

REGIONE MARCHE
Assemblea legislativa

deliberazione n. 107

APPROVATA DALL'ASSEMBLEA LEGISLATIVA REGIONALE
NELLA SEDUTA DEL 4 FEBBRAIO 2020, N. 153

PIANO SOCIO-SANITARIO REGIONALE 2020/2022.
IL CITTADINO, L'INTEGRAZIONE, L'ACCESSIBILITÀ E LA SOSTENIBILITÀ

L'ASSEMBLEA LEGISLATIVA REGIONALE

Visto l'articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421";

Vista la legge regionale 5 settembre 1992, n. 46: "Norme sulle procedure della programmazione regionale e locale";

Vista la proposta della Giunta regionale;

Visto il parere favorevole di cui all'articolo 16, comma 1, della legge regionale 15 ottobre 2001, n. 20 in ordine alla regolarità tecnica e sotto il profilo di legittimità del dirigente del servizio sanità, nonché l'attestazione dello stesso che dalla deliberazione non deriva né può comunque derivare un impegno di spesa a carico della Regione, resi nella proposta della Giunta regionale;

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

Viste la proposta di clausola valutativa espressa, ai sensi dell'articolo 42 del Regolamento interno, dal Comitato per il controllo e la valutazione delle politiche nella seduta del 23 ottobre 2019 e la modifica alla stessa espressa dal Comitato in data 12 novembre 2019;

Visto il parere espresso, ai sensi dell'articolo 11, comma 2, della l.r. 10 aprile 2007, n. 4, dal Consiglio delle autonomie locali;

Visto il parere espresso, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, della legge regionale 26 giugno 2008, n. 15, dal Consiglio regionale dell'economia e del lavoro;

Visto l'articolo 21 dello Statuto della Regione;

DELIBERA

- 1) di approvare il "Piano socio-sanitario regionale 2020/2022. Il cittadino, l'integrazione, l'accessibilità e la sostenibilità" di cui all'Allegato A, che forma parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
- 2) di stabilire che la Giunta regionale trasmette all'Assemblea legislativa a cadenza annuale e al termine di vigenza del piano, ai sensi dell'articolo 2 della l.r. 26/1996, una relazione sullo stato di attuazione del piano che contenga:
 - a) per ciascuna area di interesse generale gli interventi realizzati, specificando le risorse impiegate, i soggetti coinvolti ed i beneficiari raggiunti, nonché gli interventi da realizzare con l'indicazione dei tempi di attuazione;
 - b) il grado di raggiungimento degli obiettivi specifici declinati nelle schede di intervento;
 - c) la valutazione dell'efficacia delle misure individuate, le eventuali criticità ed i relativi correttivi;
 - d) le azioni ed i relativi risultati connessi ad esigenze emergenti nella fase di attuazione del piano, in specifici settori che possono essere indicati dal Comitato per il controllo e la valutazione delle politiche di concerto con la competente Commissione assembleare permanente;
- 3) di stabilire, inoltre, che la Giunta regionale pubblica sul sito istituzionale della Regione, i dati e le informazioni elaborati per le attività valutative previste nella relazione sullo stato di attuazione di questo piano ed i dati raccolti nel monitoraggio previsto al capitolo 8 dell'allegato A.

Avvenuta la votazione, il Presidente ne proclama l'esito: "l'Assemblea legislativa regionale approva"

IL PRESIDENTE

f.to Antonio Mastrovincenzo

IL CONSIGLIERE SEGRETARIO

f.to Boris Rapa

**PIANO SOCIO SANITARIO
2020-2022
IL CITTADINO,
L'INTEGRAZIONE,
L'ACCESSIBILITA' E LA
SOSTENIBILITA'**

INDICE

1	<i>Introduzione</i>	<i>6</i>
1.1.	Partecipazione e condivisione	9
1.2.	Impianto metodologico	9
1.3.	Contenuti del piano	10
2	<i>Il contesto socio demografico ed economico e lo stato di salute della popolazione</i>	<i>12</i>
3	<i>Il quadro normativo</i>	<i>19</i>
4	<i>Gli obiettivi strategici</i>	<i>23</i>
	Obiettivi prioritari del Piano	23
4.1.	Sostegno a fragilità e cronicità dal neonato all'anziano	25
4.2.	Incremento di qualità e appropriatezza dei servizi e dei trattamenti	28
4.3.	Miglioramento di accessibilità e prossimità	29
4.4.	Rafforzamento dell'equità del sistema	31
4.5.	Perseguimento della sostenibilità del sistema	33
5	<i>Le direttrici trasversali di sviluppo</i>	<i>36</i>
5.1.	Partecipazione, responsabilità e trasparenza	37
5.2.	Rafforzamento della sanità pubblica	39
5.3.	Consolidamento dell'assetto istituzionale	39
5.4.	Integrazione organizzativa	41
5.5.	Adeguamento strutturale e tecnologico	44
5.6.	Innovazione e info-telematica	45
5.7.	Qualificazione scientifica e professionale	47
6	<i>Le aree di intervento</i>	<i>50</i>
6.1.	Prevenzione collettiva, veterinaria e sicurezza alimentare	51
6.2.	Assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria	52
6.3.	Assistenza ospedaliera ed emergenza urgenza	54
6.4.	Assistenza farmaceutica - dispositivi medici	58
6.5.	Aree di interesse regionale	60

6.5.1	Le maxi emergenze	60
6.5.2	Le Aree Interne	63
7	<i>L'attuazione del Piano</i>	66
8	<i>Il monitoraggio e la valutazione del Piano</i>	67
	<i>Appendice 1: Le schede intervento</i>	69
	Area di intervento: Prevenzione collettiva, veterinaria e sicurezza alimentare	71
1.	Miglioramento delle coperture vaccinali e rafforzamento dei servizi vaccinali	71
2.	Aumento della copertura vaccinale per antinfluenzale nei soggetti anziani	72
3.	Tutela della sicurezza dei lavoratori addetti a comparti produttivi con alto indice di Infortuni mortali	73
4.	Tutela della Salute e della Sicurezza dei lavoratori addetti ai cantieri di ricostruzione "post sisma"	75
5.	Prevenzione e promozione della salute e di stili di vita corretti nella popolazione	76
6.	Promozione del benessere e tutela della salute di adolescenti e giovani	79
7.	Riduzione dei rischi ambientali per la salute dei cittadini	81
8.	Prevenzione dell'osteoporosi e del rischio di frattura correlato	83
9.	Promozione della pratica dell'esercizio fisico in persone con patologie croniche o a rischio aumentato	84
10.	Contrasto all'antimicrobico resistenza	85
11.	Benessere e salute degli animali, sicurezza alimentare e tutela della salute pubblica	87
	Area di intervento: Assistenza territoriale e sociosanitaria	88
12.	Accompagnamento delle persone fragili nel sistema dei servizi	88
13.	Presa in carico post-dimissione	89
14.	Regolamentazione e sviluppo delle "Case della Salute"	90
15.	Regole per la corretta prescrizione protesica	91
16.	Miglioramento dell'accesso ai servizi territoriali: PUA, UVI, PAI	92
17.	Infermiere di famiglia e di comunità	93
18.	Ambulatori Avanzati di Medicina Generale	94
19.	Promozione e tutela della salute dell'Infanzia	96
20.	Valorizzazione e stabilizzazione del Consultorio Familiare	98
21.	Costruzione di una rete integrata di nutrizione clinica	99
22.	Percorso nascita: lotta alla depressione post-partum	101

23. Miglioramento della presa in carico dei pazienti con malattie rare: consolidamento della rete regionale	102
24. Miglioramento della presa in carico dei malati che necessitano di cure palliative	103
25. Miglioramento della presa in carico dei pazienti minori che necessitano di cure palliative e terapia del dolore	105
26. Medicina di genere	106
27. Diritto alla salute e immigrazione	107
28. Attivazione di interventi di <i>family learning</i> socio sanitario	109
29. Costruzione della rete riabilitativa di comunità	111
30. Miglioramento della presa in carico delle persone affette da demenza	113
31. Promozione e Tutela della Salute Mentale	115
32. Potenziamento del sistema integrato dei Servizi per le Dipendenze Patologiche	117
Area di intervento: Rete ospedaliera e emergenza urgenza	119
33. Riorganizzazione e riqualificazione della rete ospedaliera	119
34. Riorganizzazione del Dipartimento Regionale di Medicina Trasfusionale (DIRMT)	121
35. Contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	122
36. Contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero	123
37. Percorso nascita: Implementazione delle procedure di partoanalgesia	125
38. Percorso nascita: Strutturazione rete regionale di presa in carico della gravidanza a vari livelli di rischio	126
39. Percorso nascita: Riduzione dei tagli cesarei	128
40. Miglioramento dello standard di cura per i tumori	129
41. Miglioramento dello standard di cura per i tumori dell'apparato genitale femminile	131
42. Rischio Clinico: sviluppo di strategie regionali di risk management	132
43. Miglioramento dei tempi di intervento attraverso la Rete Territoriale di Soccorso (RTS)	134
44. Attivazione CUR - NUE 1-1-2.	135
45. Realizzazione di nuove elisuperfici e adeguamento di quelle esistenti per il servizio H24	136
Aree di intervento trasversali	137
46. Migliorare l'uso razionale dei farmaci	137
47. Consolidamento del Centro Regionale di farmacovigilanza	138
48. Diffusione sul territorio della capacità di defibrillazione	139
49. Realizzazione della Rete Regionale di Health Technology Assessment (HTA)	140

50. Realizzazione sistema unico regionale per la Tecnoassistenza nei diversi setting assistenziali _____	141
51. Realizzazione rete regionale di Teleconsulto Specialistico per i percorsi di emergenza urgenza _____	143
52. Sviluppo del nuovo Sistema Informativo Sanitario di governo regionale _____	144
53. Evoluzione funzionale del fascicolo sanitario elettronico (FSE) della Regione Marche _____	145
54. Consolidamento sistema di indicatori sanitari e socio sanitari _____	146
55. Costituzione del registro di mortalità regionale _____	147
56. Accreditamento del Registro Tumori Regionale (RTR) _____	148
Aree di interesse regionale	149
57. Gestione Efficace dell'intervento sanitario in occasione delle grandi emergenze _____	149
58. Lo sviluppo delle Aree Interne _____	150
Appendice 2: Il SSR in sintesi.....	151
Appendice 3: I contributi al PSSR	197
Appendice 4: Il cronoprogramma delle schede	201

1 INTRODUZIONE

Il Piano Socio-Sanitario Regionale 2020-2022 (PSSR) della Regione Marche si ispira al modello comune di politica - **Salute 2020** concordato tra i 53 Stati Membri della Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

Salute 2020 si basa sui valori sanciti nella Costituzione dell'OMS: "Il godimento del migliore stato di salute raggiungibile è uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano".

I paesi di tutta la Regione Europea dell'OMS hanno riconosciuto il diritto alla salute e si sono impegnati a favore dell'universalità, della solidarietà e dell'equità di accesso riconoscendoli come valori guida per l'organizzazione e il finanziamento dei propri sistemi sanitari.

Questi valori comprendono l'equità, la sostenibilità, la qualità, la trasparenza, la responsabilità, l'equità di genere, la dignità e il diritto a prendere parte ai processi decisionali.

Il Comitato europeo delle Regioni, attraverso la promozione della cooperazione transfrontaliera e della regione euroadriatica, favorisce il confronto di eccellenza nel settore sanitario anche al di là dei confini regionali.

L'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OECD) assieme all'Osservatorio europeo sui sistemi e le politiche sanitarie (European Observatory on Health Systems and Policies) hanno pubblicato a novembre 2017 un profilo di salute di ogni paese dell'UE e contestualmente predisposto una sintesi (Country Health Profiles) con 5 conclusioni trasversali di seguito riportate come stralcio:

1. la promozione della salute e la prevenzione delle malattie preparano il terreno per un sistema sanitario più efficace ed efficiente. Oltre agli investimenti non adeguati nella prevenzione, devono essere affrontate le disuguaglianze sociali, come dimostrano le differenze nello screening dei tumori o nell'attività fisica tra le persone con un reddito e un'istruzione più o meno elevati;
2. cure primarie forti guidano efficacemente i pazienti attraverso il sistema sanitario e aiutano a evitare sprechi di spesa. Il 27% dei pazienti si reca al pronto soccorso a causa di cure primarie inadeguate;
3. l'assistenza integrata evita la situazione che attualmente si verifica in quasi tutti i paesi dell'UE, dove le cure sono frammentate e i pazienti devono cercare la loro strada attraverso un labirinto di strutture di assistenza;
4. la pianificazione e la previsione proattiva del personale sanitario rendono i sistemi sanitari resilienti alle future trasformazioni. L'UE conta 18 milioni di professionisti del settore sanitario e entro il 2025 saranno creati altri 1,8 milioni di posti di lavoro. Le autorità sanitarie devono preparare la forza lavoro ai cambiamenti in atto: invecchiamento demografico e multimorbidità, necessità di politiche di assunzione solide, nuove competenze e innovazione tecnica;
5. i pazienti dovrebbero essere al centro della prossima generazione di dati sanitari più attendibili per le politiche e le pratiche sanitarie. La trasformazione digitale della salute e dell'assistenza contribuisce a indirizzare correttamente l'informazione ai pazienti, gli esiti e le esperienze reali, creando grande potenziale per rafforzare l'efficacia dei sistemi sanitari.

Le conclusioni sopra riportate costituiscono la prospettiva su cui costruire il nuovo Piano SSR non solo inserito quindi nel contesto sanitario nazionale ma anche, con uno sguardo più aperto nel contesto europeo per arrivare ad una generale riqualificazione del sistema. Una sfida particolarmente impegnativa del presente Piano è quella che mira al riconoscimento del "diritto a prendere parte ai processi decisionali" da parte del cittadino.

chiave

Il miglioramento della salute e la riduzione delle disuguaglianze passano necessariamente attraverso una logica di integrazione fra diversi settori, al fine di affrontare le varie questioni sotto tutti i punti di vista e conseguire un reale cambiamento. Del tutto evidente è che la scuola, il lavoro e le condizioni in cui lo si svolge, la buona alimentazione, la *green energy*, la protezione sociale e la riduzione della povertà, devono essere orientati a costruire la salute e ridurre le disuguaglianze se si vuole essere realmente sfidanti. Mai come in questo periodo la necessità di integrazione tra i diversi settori si rende necessaria: la resilienza, l'inclusione e la coesione sociale sono necessarie per far crescere le competenze individuali e della comunità di appartenenza, per promuovere stili di vita orientati al benessere e al mantenimento della salute.

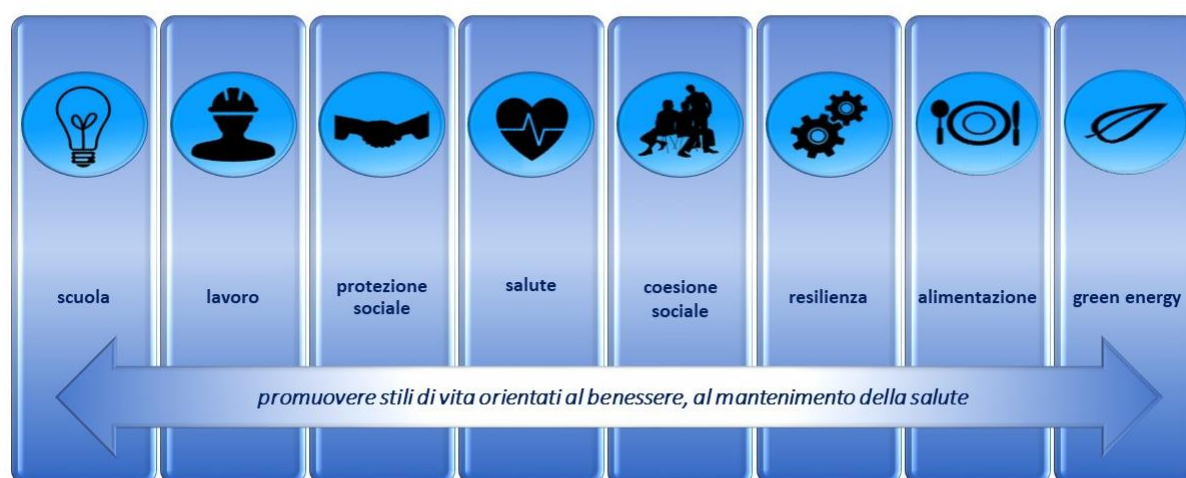


London, King's Fund, 1993.

L'incremento della popolazione anziana, la popolazione fragile per eccellenza, richiede di mettere i cittadini al centro dell'azione e delle politiche sanitarie, quali attori e protagonisti della propria salute, e di operare in modo appropriato per avere risorse a sufficienza e garantire in modo equo l'accesso alle cure.

L'impatto devastante degli eventi sismici del 2016 ed inizio 2017 ha evidenziato la necessità di sviluppare forme assistenziali meno rigide e più velocemente riconfigurabili, che forniscano risposte assistenziali ai disagi derivanti da nuove esigenze dei cittadini. Tra i bisogni emergenti a seguito degli eventi disastrosi, è inoltre opportuno individuare le attività assistenziali che tengano conto anche di supporti di tipo psico-socio assistenziale e fornire forme di assistenza "a distanza" (teleassistenza, telemedicina).

Competenze individuali e della comunità



È quindi indispensabile realizzare un piano sanitario che integri il sistema sociale e sociosanitario, e che garantisca pienamente i nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), che richiedono di declinare in maniera definita e incontrovertibile piani assistenziali individualizzati e coerenti con i bisogni di salute. Il Piano ribadisce la centralità dei bisogni del cittadino, che non si deve più trovare in balia di sistemi assistenziali rigidi e incapaci di comunicare. Il Piano inoltre, con la consapevolezza che tutto ciò che colpisce i soggetti fragili, si moltiplica in termini di disagio, vuole indicare il percorso per superare la separazione tra i sistemi, sanitario, sociosanitario, sociale, scolastico, ecc., a favore di una integrazione che veda i cittadini come parte attiva e non quali passivi spettatori, incapaci di comprendere come e dove chiedere assistenza.

Il settore sanitario ha riflessi importanti anche in ambito economico, sia per gli effetti diretti che per quelli indiretti; non solo è uno dei settori più importanti dell'economia in tutti i Paesi a medio e alto reddito, ma agisce sulla salute della popolazione e, conseguentemente, sulla sua produttività. Il personale di settore, compresi medici, infermieri e altri professionisti, fa del sistema sanitario uno dei principali "datori di lavoro", se non il primo della Regione Marche.

Nel settore sanità, inoltre, che comprende importanti beni immobili, sono previste nuove costruzioni (gli ospedali in via di realizzazione, il polo logistico per la farmaceutica, quello per lo sviluppo del nuovo Numero Unico delle Emergenze [NUE] 112, ecc.), ed è in atto l'incremento dei servizi residenziali e semiresidenziali previsto dall'atto di fabbisogno, mentre le strutture che a seguito del sisma hanno presentato delle criticità, godranno di risorse dedicate per la loro ricostruzione o la loro messa in attività.

Tra i settori di intervento sarà da ricomprendere la revisione del sistema dell'emergenza, che attraverso l'attivazione del nuovo numero unico 112, la conseguente revisione dei punti di accesso, lo sviluppo del servizio

di elitransporto sanitario diurno e notturno diffuso su tutto il territorio regionale ed una rete diffusa di piazzole di eli superfici agibili anche di notte, porterà al potenziamento dei servizi.

Infine, è importante sottolineare che, nell'ambito dei diversi possibili ambiti di azione, devono essere ulteriormente valorizzati i campi della ricerca, dell'innovazione e della formazione, anche in riferimento al fondamentale ruolo svolto dalle Università marchigiane.

Nell'ambito di questo quadro concettuale è compito della Regione delineare la strategia, le azioni e i tempi per accompagnare la sanità marchigiana nel suo percorso virtuoso di crescita.

1.1. PARTECIPAZIONE E CONDIVISIONE

Un aspetto qualificante del presente Piano è rappresentato dalla modalità adottata per la sua predisposizione. Per consentire una mirata, completa e condivisa definizione delle strategie e degli strumenti da impiegare, la fase di predisposizione del Piano da parte degli uffici regionali è stata preceduta da una campagna di ascolto e interlocuzione con gli stakeholder presenti sul territorio, a valenza regionale e locale, per raccogliere in modo puntuale, nel corso di numerosi incontri con i diversi rappresentanti di sindacati, associazioni, società scientifiche, università, enti locali, ecc., proposte, osservazioni e suggerimenti sui contenuti del documento. In appendice al Piano, sono riportate le segnalazioni e gli argomenti di chi ha voluto contribuire all'elaborazione dei temi trattati.

Il coinvolgimento iniziale di attori, formazioni sociali e cittadinanza nella funzione di consultazione si riproporrà nelle fasi di monitoraggio e verifica del Piano stesso, come indicato nel successivo capitolo 8, al fine di condividere la valutazione dei risultati conseguiti.

1.2. IMPIANTO METODOLOGICO

Il Piano contiene l'inquadramento della situazione regionale e la definizione delle logiche strategiche e degli indirizzi prioritari che rappresenteranno lo scenario della sanità dei prossimi anni.



Il Piano descrive le aree generali di intervento a cui fare riferimento per la definizione di obiettivi specifici, di cui, in Appendice 1, è riportata una **prima elencazione** attraverso la formulazione di **schede intervento**. Ai fini dell'attuazione di ciascun singolo intervento esplicitato nelle citate schede, si provvederà con uno o più provvedimenti della Giunta regionale. Gli specifici interventi prioritari, individuati dalle schede, vanno a declinare, nelle varie aree di interesse (ospedaliera, territoriale, ecc.) le azioni vere e proprie a cui dare seguito (in termini strutturali, organizzativi, tecnologici, ecc.) per garantire il raggiungimento degli obiettivi strategici.

In sostanza, il Piano fornisce la visione della sanità marchigiana per il prossimo futuro, delineando la cornice normativa, i principali obiettivi strategici e gli strumenti con cui raggiungerli e l'indicazione di una prima serie di concreti obiettivi specifici.

La declinazione operativa è demandata ad atti successivi di Giunta con cui dare attuazione alle schede intervento.

Gli *obiettivi strategici* definiscono quindi “cosa” la Regione vuole realizzare per garantire la migliore sanità per i suoi cittadini e soddisfare i loro bisogni. Le *direttrici di sviluppo* individuano invece “come” la Regione intende raggiungere gli obiettivi, cioè attraverso quali modalità, strumenti, azioni, investimenti.

Un obiettivo quindi non è realizzare la rete clinica o la casa della salute, che invece rappresentano i fondamentali strumenti (“come”) per raggiungere le finalità stabilite (“che cosa”) in termini di assistenza ai cittadini: per esempio, ridurre tempi di attesa, eliminare differenze di accesso ai trattamenti, ecc..

La raccolta puntuale di proposte, osservazioni e suggerimenti sui contenuti del documento da parte degli stakeholder presenti sul territorio, a valenza regionale e locale, ha consentito, nella fase di predisposizione del Piano da parte degli uffici regionali, la definizione completa e condivisa delle strategie, degli strumenti da impiegare e dei primi interventi da avviare.

1.3. CONTENUTI DEL PIANO

I contenuti del PSSR si sviluppano in una forma circolare: si parte dal contesto di riferimento e dal rispetto dei vincoli normativi, per poi individuare gli obiettivi strategici e declinare le direttrici trasversali di sviluppo necessarie per l'implementazione del sistema sanitario regionale, al fine di predisporre i provvedimenti necessari per incidere positivamente sul SSR.



In sintesi, il Piano si sviluppa in capitoli concernenti i seguenti argomenti:

Il contesto socio demografico ed economico e lo stato di salute della popolazione

Macro descrizione del quadro socio economico, della struttura e dinamica della popolazione, dello stato di salute della popolazione e dei principali eventi che impattano sulla salute dei cittadini.

Il quadro normativo

Descrizione sintetica delle principali disposizioni che caratterizzano il quadro normativo di riferimento a livello nazionale e regionale: Piano Sanitario Nazionale, Patto per la salute, Accordi Stato-Regioni, DEF,...; i *nuovi LEA*; *il Piano Nazionale Prevenzione, il Piano nazionale Cronicità, ...*

Gli Obiettivi strategici della programmazione

Descrizione degli obiettivi strategici della Regione per i prossimi anni, in coerenza con le indicazioni del livello centrale e con le esigenze emergenti in ambito regionale, al fine di dare risposte concrete ai bisogni dei cittadini.

Le direttrici trasversali di sviluppo

Per conseguire gli obiettivi strategici, che a loro volta si devono tradurre in obiettivi specifici nelle diverse aree di intervento, è necessario ricorrere in modo trasversale a direttrici di sviluppo che indicano gli “strumenti” (normativi, organizzativi, tecnologici, strutturali, ecc.) attraverso i quali è possibile dare attuazione alle azioni ed agli interventi per lo sviluppo del sistema sanitario.

Le aree di intervento e gli obiettivi specifici

Il Piano descrive le aree generali di intervento (riguardanti i servizi territoriali, l’assistenza domiciliare, la rete ospedaliera, la medicina preventiva, la sicurezza alimentare, la farmaceutica, ecc.), all’interno delle quali, sono declinati i primi obiettivi specifici con l’indicazione degli elementi caratteristici che consentono di definirne la scheda intervento.

L’attuazione del Piano

Descrizione delle modalità e della tempistica con cui viene data attuazione agli obiettivi descritti, in una logica di progressivo adeguamento alle esigenze emergenti nell’arco temporale di riferimento.

Relativamente alle aree generali di intervento (riguardanti i servizi territoriali, l’assistenza domiciliare, la rete ospedaliera, la medicina preventiva, la sicurezza alimentare, ecc.), e ai primi obiettivi specifici, con uno o più atti di Giunta, saranno definite in dettaglio le specifiche misure e la declinazione delle modalità operative nelle prime schede intervento, di cui all’Appendice 1. Quanto non espressamente previsto nelle citate schede potrà essere oggetto di successivi approfondimenti ed operatività.

Il monitoraggio e la valutazione del Piano

Per il monitoraggio periodico e la valutazione dell’applicazione del Piano sarà individuato un “**comitato di valutazione**”, composto da rappresentanti degli stakeholder già coinvolti nella fase iniziale di consultazione che supporterà la struttura tecnica regionale, che si occuperà della verifica periodica dello stato di attuazione degli interventi e degli eventuali impatti sul sistema, attraverso l’analisi e la valutazione dei parametri definiti nel documento di attuazione.

2 IL CONTESTO SOCIO DEMOGRAFICO ED ECONOMICO E LO STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE

POPOLAZIONE

La popolazione residente nella Regione Marche, all'1 gennaio 2017 risulta costituita da 1.538.055 residenti (745.486 maschi, 792.569 femmine) con una tendenza generale al calo delle nascite (11.482 nati per un tasso di natalità pari al 7,1‰) valore più basso degli ultimi 35 anni ed un progressivo invecchiamento della popolazione. Il Piano registra la grave crisi della natalità nella nostra regione che ha raggiunto livelli mai toccati in nessun altro tempo. Pertanto è necessario che la Regione assuma come priorità l'impegno di favorire la natalità in tutti gli aspetti dell'organizzazione sociale e socio-sanitaria in appoggio alla maternità e alle coppie che scelgono di avere figli. L'età media dei marchigiani corrisponde a 46,1 anni e la percentuale di individui di 65 anni ed oltre è pari al 24,3% del totale della popolazione (22,3% in Italia). Tali dati demografici testimoniano che siamo di fronte ad una popolazione regionale che continua ad invecchiare: gli ultra settantacinquenni sono pari al 13,2% della popolazione, a fronte dell'11,4% di presenza a livello nazionale.

All'invecchiamento generale della popolazione marchigiana corrisponde un cambiamento epidemiologico complessivo con l'aumento delle malattie neurodegenerative. Ne consegue la necessità di affrontare con sempre maggior forza, il tema dell'invecchiamento della popolazione attiva e la conseguente riorganizzazione della vita lavorativa, come anche l'aumento dell'incidenza delle malattie croniche non trasmissibili a cui contribuiscono l'invecchiamento della popolazione e gli stili di vita non salutari. A ciò corrisponde un aumento dei bisogni di salute e la loro traduzione in domanda di servizi sanitari dedicati ed adeguati.

Gli stranieri residenti all'1 gennaio 2017 sono 136.199 e rappresentano il 9% della popolazione totale; rispetto alla popolazione autoctona si tratta di una popolazione molto più giovane: il 17% degli stranieri residenti ha meno di 15 anni (13,1% cittadini autoctoni) e solo il 5% ha 65 anni e oltre (vs il 24% cittadini autoctoni) con bisogni socio sanitari diversi dalla popolazione marchigiana. Lo scenario dei prossimi anni evidenzia una popolazione regionale che crescerà a ritmi molto contenuti, e per contro la sua composizione manterrà la tendenza all'invecchiamento con la previsione al 2047 che gli over 65 sfioreranno il 36% e gli over 75 più del 21% (elaborazioni *Demo.Istat.it "Previsioni della popolazione, anni 2016-2065*).

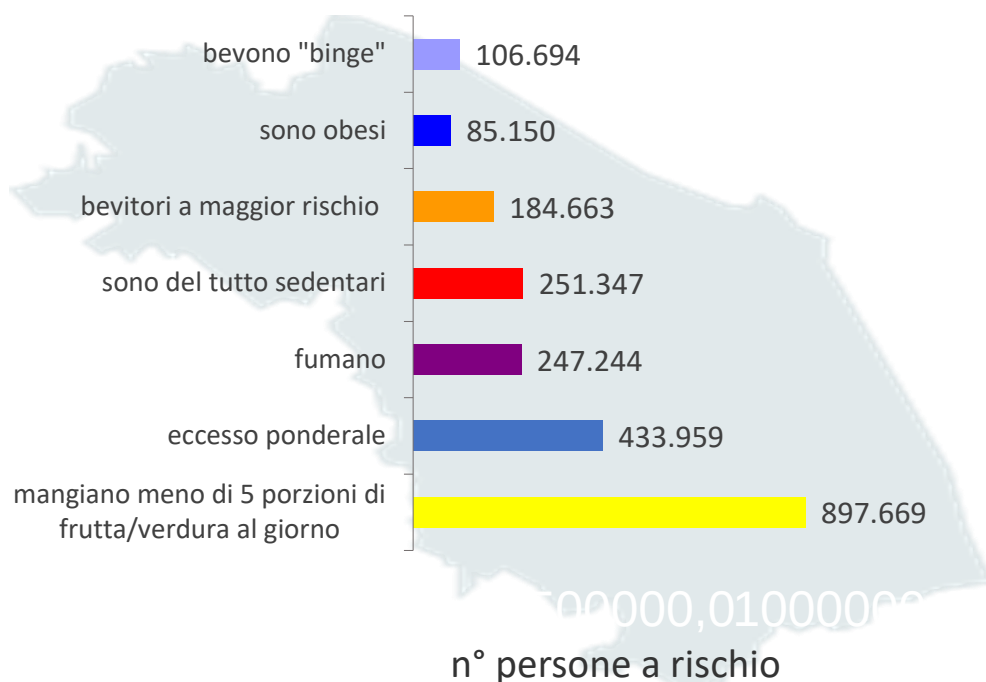
LA SALUTE NELLA REGIONE

I fattori di rischio

Le stime dell'Istituto per la misurazione e la valutazione della salute (IHME) mostrano che in Italia, nel 2015, l'impatto delle malattie (misurato in DALYs [Disability adjusted Life year]) era dovuto in buona misura a fattori di rischio comportamentali, primi fra tutti i rischi connessi alla dieta (11,2%), il tabagismo (9,5%), un elevato indice di massa corporea (6,1%), il consumo di alcolici (4,2%) e una scarsa attività fisica (2,5%) (IHME, 2016).

Nella regione Marche l'indagine condotta con il sistema di sorveglianza Passi, (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), negli anni 2013-2016, ha stimato il numero di persone con stili di vita non salutari. Fumatori circa 16%; eccesso ponderale circa 28% e obesi 5,5%; lo stile di vita sedentario in oltre il 16% dei cittadini. La combinazione nello stesso soggetto di questi stili di vita aumenta il rischio di patologie. Gli stili di vita non salutari quali fumo, alcool, alimentazione scorretta, sedentarietà svolgono un ruolo importante nella genesi delle malattie croniche non trasmissibili e costituiscono una rilevante causa di mortalità e morbosità nella popolazione, con elevati costi sanitari e sociali.

Risulta fondamentale migliorare la capacità di intervento sugli stili di vita per prevenire e controllare le malattie croniche agendo in particolare sui principali fattori di rischio delle malattie crono-degenerative di grande rilevanza epidemiologica in una popolazione anziana come quella della regione.



Tuttavia i fattori di rischio che determinano una pressione ambientale negativa per la salute dei cittadini devono essere censiti, valutati ed affrontati nella logica del superamento dei settori di attività tra loro non comunicanti a favore di una integrazione conoscitiva e di capacità di risposta complessa ed interdisciplinare dall'ambiente alla salute. I Siti inquinanti presenti in regione costituiscono delle realtà di particolare impatto sulla salute pubblica cui le risposte assistenziali devono far fronte in maniera specifica. La riduzione dell'esposizione grazie allo sviluppo di una efficace prevenzione primaria da attuarsi mediante tutte le possibili azioni che consentono il raggiungimento dell'obiettivo costituisce la prima sfida cui devono, in ogni caso, accompagnarsi azioni volte allo sviluppo di prevenzione secondaria e terziaria.

La regione partecipa attivamente ai programmi di screening e grazie a questi nell'ultimo biennio (2015-16) sono stati diagnosticati n. 376 casi di carcinomi della mammella; nello stesso biennio sono stati diagnosticati n. 197 casi di carcinomi del colon-retto e ben 908 adenomi avanzati, lesioni di natura pre-neoplastica del colon, la quasi totalità asportate per via endoscopica. Per quanto riguarda le neoplasie della cervice nel triennio ultimo di riferimento (2014-16; dati Regione Marche-ARS), sono stati diagnosticati n. 36 carcinomi della cervice e n. 706 neoplasie intra-epiteliali della cervice uterina (CIN) di grado avanzato (CIN 2-3), tutte trattate in maniera mininvasiva.

● Salute percepita

La salute percepita rappresenta la misura di un parametro soggettivo, ma che influenza anche il ricorso ai servizi sanitari e per questo risulta importante la sua valutazione. I dati del Sistema di Sorveglianza PASSI con interviste telefoniche ad un campione rappresentativo della popolazione regionale di età 18-69 anni, evidenziano che la gran parte della popolazione adulta marchigiana (circa 7 persone su 10) giudica positivo il proprio stato di salute, dichiarando di sentirsi bene o molto bene. Una piccola percentuale di persone (circa il 3%) riferisce di sentirsi male o molto male; la restante parte degli intervistati dichiara di sentirsi "discretamente" (Indagine PASSI 2013-2016).

Pur avendo la Regione attraversato un periodo caratterizzato da una situazione di crisi economica partita nel 2008 e da ultimo un sisma che per diffusione, ampiezza e modalità del tutto nuovi, nel panorama degli studi geologici, ha comportato, insieme allo stato di crisi di molte medie e piccole imprese, un enorme peggioramento delle condizioni sociali della popolazione, con la perdita di lavoro, perdita di abitazione, perdita di fiducia, problemi psico-sociali dal post-traumatico da stress all'incremento del fabbisogno delle cure, tuttavia le ricerche di settore testimoniano che nel nostro territorio i cittadini che rinunciano alle cure a causa delle condizioni sociali svantaggiate sono pochi e la percentuale risulta una delle più basse di Italia, come anche la rinuncia all'Out of Pocket risulta tra i più bassi a livello nazionale (dati CREA 13° rapporto, 2017).

Malattie infettive e vaccinazioni

Le malattie infettive rappresentano un rilevante problema in Sanità Pubblica. Basti citare il recente report (2018) dell'OMS sul morbillo, dove si evidenzia che in Europa 41.000 tra bambini e adulti sono stati infettati nei primi sei mesi del 2018 e 37 persone sono morte. Il dato più alto dell'ultimo decennio. Tra il 2010 e il 2017 il record di infezioni era stato di 23.000 lo scorso anno, mentre il minimo era stato di 5.273 nel 2016. Sette Paesi della regione Ue hanno registrato oltre 1.000 infezioni nel 2018 e tra questi l'Italia (2.029 nel primo semestre 2018). L'epidemia di morbillo registrata nel nostro Paese ed iniziata nei primi mesi del 2017 ha coinvolto nella catena di trasmissione anche giovani adulti, operatori sanitari e personale scolastico. Nelle Marche nel corso del 2017 sono stati notificati 66 casi di morbillo (53 casi confermati, 5 probabili, 2 possibili e 6 notifiche classificate come "non casi" a seguito degli specifici approfondimenti). La maggiore concentrazione di malattia è stata registrata nel periodo marzo-maggio, con prevalente localizzazione nei territori della provincia di Ancona e Macerata. Il 90,5% dei casi non era vaccinato; 2 casi si sono verificati in soggetti vaccinati con una sola dose di vaccino (3,7%) e in 3 casi (5,6%) lo stato vaccinale non era noto. L'età mediana dei casi è pari a 29 anni. La maggiore incidenza di notifica si registra nelle fasce d'età inferiori; 9 casi (17%) segnalati tra operatori sanitari, 25 i ricoveri ospedalieri (47% dei casi) e, tra le complicanze, 5 polmoniti.

Le vaccinazioni, tra gli interventi di maggiore efficacia per la prevenzione primaria delle malattie infettive, sono uno strumento essenziale per la salute della popolazione e soprattutto dell'infanzia. Raggiungere e mantenere elevate coperture vaccinali è il mezzo per garantire alla popolazione la scomparsa o il controllo di alcune importanti malattie. In Italia e in maniera particolarmente spiccata nella nostra regione, a partire dal 2013, si è registrato un progressivo trend in diminuzione del ricorso alle vaccinazioni, sia obbligatorie che raccomandate. Tale fenomeno ha determinato un calo della copertura vaccinale al di sotto del 95%, soglia raccomandata dall'OMS per il raggiungimento della cosiddetta "immunità di gregge" e da tempo obiettivo dei Piani Nazionali di Prevenzione Vaccinale (PNPV), incluso l'ultimo (PNPV 2017-2019), per proteggere indirettamente anche coloro che, per motivi di salute, non possono essere vaccinati. I dati relativi alle attività vaccinali del 2015 descrivono il declino maggiore con coperture per esavalente del 92% e per morbillo-parotite-rosolia del 79,9%. Nel 2016, si è registrata l'inversione di tendenza, confermata nel 2017, con un miglioramento generale delle coperture vaccinali. I dati più aggiornati attestano un costante e progressivo miglioramento della situazione regionale, con dati di copertura ancora sotto la soglia del 95% ma significativamente migliori rispetto a quelli degli anni precedenti. La legge nazionale 31 luglio 2017, n. 119 e la legge regionale 28/2017 sulle vaccinazioni forniscono le indicazioni per raggiungere l'obiettivo ottimale per la sicurezza dei cittadini. Con la definizione dei nuovi obblighi vaccinali i recuperi risultano infatti piuttosto rapidi: in soli sei mesi (dal 31/12/2017 al 30/6/2018) per la coorte dei bambini nati nel 2015 si è passati dalla copertura del 93,0% al 94,5% per l'esavalente e dall'88,2% al 92,5% per MPR (Morbillo Rosolia Parotite).

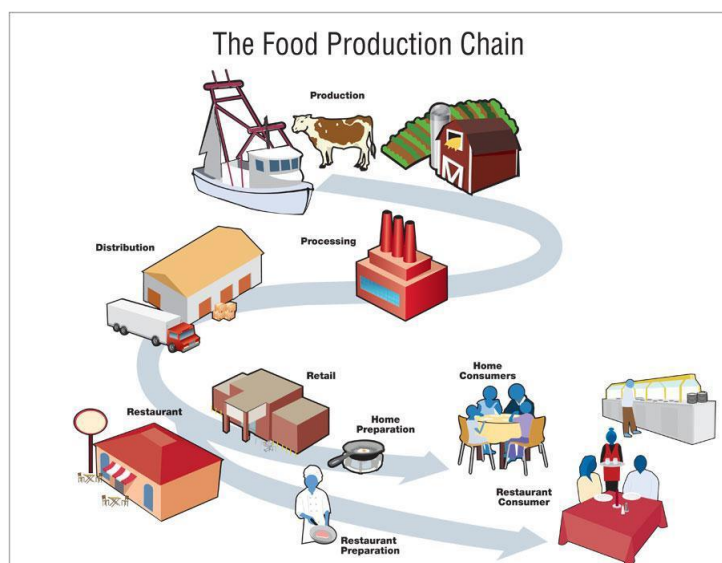
Sempre nell'ambito delle malattie infettive, un problema importante è rappresentato dall'influenza negli anziani, che sono le persone più fragili e quelle a maggior rischio di complicanze, tanto che il 90% dei decessi si verifica in persone di età superiore ai 65 anni, soprattutto se affetti da altre patologie.

Le campagne di vaccinazione contro l'influenza offrono in maniera gratuita la vaccinazione a diverse categorie di persone ad alto rischio, e tra queste ai soggetti di età pari o superiore a 65 anni.

Per ridurre significativamente morbosità, complicanze e mortalità per influenza è necessario raggiungere coperture vaccinali elevate negli anziani e nei soggetti ad alto rischio di tutte le età. Sono già in atto strategie per migliorare la copertura della vaccinazione antinfluenzale nei soggetti ≥ 65 anni, che nella stagione 2017/2018 nelle Marche è risultata del 50,0%.

Sanità animale e sicurezza alimentare

La sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare è un'area della prevenzione fortemente regolata da vincoli normativi europei e nazionali finalizzati al perseguimento dei livelli minimi di sicurezza alimentare (rischio accettabile), per evitare che il sistema dei controlli ufficiali provochi distorsione sul mercato agroalimentare. La regione si caratterizza per la presenza di un elevato numero di insediamenti produttivi afferenti alla filiera agro-alimentare di piccole e medie dimensioni, spesso a conduzione familiare e specializzati nelle produzioni tipiche locali. Queste filiere sono fortemente legate al territorio e l'ampia gamma di prodotti alimentari è espressione delle tradizioni locali che si tipizzano per le sostanziali differenze dei processi produttivi. La tutela della sicurezza alimentare si basa sul concetto di sicurezza di filiera, dal campo alla tavola: produzione, trasformazione, trasporto, commercializzazione, distribuzione e somministrazione di alimenti. Nel sistema europeo il consumatore finale di alimenti chiede cibo sano e sicuro (food safety and food security) che trova risposta sull'applicazione di criteri scientifici di analisi, valutazione e comunicazione del rischio.



Pertanto vanno attuati complessi meccanismi di tracciabilità, della Food Production Chain (catena della produzione del cibo) verifica e controllo integrato dei processi produttivi della filiera alimentare tra l'autocontrollo ed il controllo ufficiale. Le tipologie di produzione agroalimentare della Regione Marche evidenziano criticità sul versante dei controlli a causa della dispersività territoriale delle imprese, ai piccoli volumi e, spesso, alla stagionalità delle produzioni. Nel corso del 2017 a fronte di oltre 31.300 stabilimenti alimentari oltre 900 sono stati ritenuti "non Conformi" (dati Regione Marche-ARS).

È rilevante tenere presente che le attività sanitarie espletate con i controlli ufficiali di sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare sono legate al raggiungimento fisico degli insediamenti produttivi presenti sul territorio tenendo conto delle variabili che caratterizzano i processi e procedimenti produttivi degli alimenti: produzione primaria, trasformazione, commercializzazione, trasporto, distribuzione e somministrazione. L'innovazione dell'istituto della prevenzione, alla luce delle limitate risorse economiche e delle dinamiche della globalizzazione di persone e cose, richiede una pianificazione sanitaria che, sulla base delle evidenze scientifiche, adotti un approccio socio-sanitario multidisciplinare dove la centralità dell'uomo e della collettività (paziente, utente, consumatore e produttore di alimenti) si legano agli equilibri ambientali, al rapporto uomo-animali e all'eco-sostenibilità dei settori produttivi: agricoltura, industria e servizi.

Nell'attuale situazione regionale, l'analisi e la valutazione del rischio in sicurezza alimentare deve tener conto

anche dei recenti eventi sismici che hanno modificato l'organizzazione sociale delle popolazioni insistenti nelle aree colpite dal terremoto.

Incidenti sul lavoro e malattie professionali

Nel 2017 le denunce di infortunio sul lavoro (dati INAIL) occorse nelle Marche sono state pari a n. 18.866 corrispondenti al 2,94% del dato nazionale. Le denunce sono in leggero aumento rispetto al 2016 (+0,83%) e sono in diminuzione rispetto al 2015 (-1,55%). A livello nazionale, l'incremento delle denunce nel triennio 2015-2017 è pari al +0,60% (+3.853 infortuni). Nel triennio 2015-2017 le denunce di infortunio con esito mortale sono diminuite a livello nazionale del -14,52%, passando da 1.301 a 1.112 (-189 denunce infortuni con esito mortale). Nella regione Marche dal 2015 al 2017 le denunce di infortuni con esito mortale sono passate da 45 a 35 con una riduzione del 22,22%. Di queste 45 denunce, 6 sono relative ad infortuni in itinere (17,1%, mentre nel 2016 risultavano 14 su 39, il 35,9%). A livello provinciale dal 2016 al 2017 si rileva una riduzione delle denunce infortuni sul lavoro nella provincia di Ancona e Ascoli Piceno, inversamente nella provincia di Fermo, Macerata e Pesaro/Urbino dove invece si registra un incremento delle denunce di infortuni sul lavoro, incremento più marcato nella provincia di Pesaro/Urbino, unica provincia con incremento dal 2016 al 2017 delle denunce infortuni con esito mortale.

Le denunce di malattia professionale sono state pari a n. 5.359 nel 2017 e risultano in diminuzione rispetto al 2016 (5.406) ma in incremento nel triennio 2015-2017 del +3,69% (nel 2015 = 5.168 e nel 2017 = 5.359). Da rilevare che le notifiche potrebbero essere condizionate da una maggiore attenzione alla denuncia, in particolare per le malattie muscolo-scheletriche, patologie per le quali nelle Marche è stata svolta una importante attività di prevenzione. A livello nazionale, nello stesso periodo (2015-2017), le denunce di malattia professionale sono diminuite dell'1,50% (nel 2015 = 58.914 e nel 2017 = 58.029). Nella regione Marche, l'INAIL ha riconosciuto la causa lavorativa in 2.438 casi nel 2017 pari al 12,63% del dato nazionale. Le 5.359 malattie professionali denunciate nel 2017 hanno coinvolto 3.163 lavoratori. Al 53,11% dei lavoratori interessati è stata riconosciuta la causa lavorativa nel 2017. A livello provinciale dal 2016 al 2017 si rileva una riduzione delle denunce di malattie professionali nella provincia di Ascoli Piceno e nella provincia di Pesaro/Urbino, inversamente nelle province di Ancona, Fermo e Macerata dove si registra un incremento delle denunce di malattie professionali dal 2016 al 2017.

L'impegno nei confronti degli incidenti sul lavoro e sulle malattie professionali, ma in particolare per la riduzione degli incidenti sul lavoro deve mantenersi alto e trovare anche forme migliori di natura preventiva non solo con azioni formali ma di contesto capaci di agire in modo specifico mediante studi di settore.

Speranza di vita alla nascita e Principali cause di morte

La speranza di vita alla nascita (numero medio di anni che una persona può aspettarsi di vivere) è aumentata negli ultimi 15 anni di circa 2 anni per le femmine e di circa 3 per i maschi, arrivando nel 2017 a 85,8 anni per le femmine e 81,1 per i maschi. L'aspettativa di vita è tra le più alte in Italia (fonte ISTAT).

I Tassi di mortalità neonatale e infantile registrano negli ultimi anni per la Regione Marche valori tra i più bassi a livello nazionale: in particolare, il primo tasso registra per l'anno 2015 il valore di 1,3 per mille nati vivi rispetto al valore 2,0 nazionale; il secondo tasso risulta pari a 2,6 per mille nati vivi rispetto al 2,9 nazionale (Rapporto OsservaSalute 2017).

La mortalità precoce (entro i 74 anni) è da considerare evitabile quando dovuta a fattori modificabili: stili di vita, adesione a interventi di prevenzione, qualità ed efficacia dell'assistenza sanitaria. È quindi evitabile la mortalità per quelle cause alle quali è associato un rischio di morte che può essere ridotto, o addirittura azzerato, con l'adozione di stili di vita sani, raggiungendo buoni livelli di intervento pubblico, dalla prevenzione alla cura e riabilitazione. Le Marche sono tra le Regioni che presentano il minor numero di giorni di vita perduti sia per il genere maschile, con il secondo posto della classifica (Fonte: Rapporto Mortalità Evitabile con

intelligenza 2018, www.mortalitàevitabile.it) con circa 21 giorni di vita perduti, sia per quello femminile (terzo posto con circa 12 giorni di vita perduti). Tali valori sono inferiori al dato nazionale. Tuttavia esistono ancora molte differenze tra i territori della regione e questo deve essere uno stimolo a comprendere in quali settori, dalla prevenzione alla cura, è indispensabile intervenire per garantire in modo uniforme a tutti i cittadini, anche in termini di accessibilità, la riduzione dei giorni di vita perduti.

I dati desunti dalla recente indagine PASSI testimoniano stime di persone che conducono stili di vita non salutari decisamente preoccupanti e su cui l'intervento congiunto educativo e partecipativo può aprire uno spazio di recupero davvero interessante (*Sorveglianza PASSI, anni 2013-2016*). Agire in modo integrato e coordinato su quattro principali fattori di rischio modificabili (fumo, alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica), responsabili da soli del 60% della perdita di anni di vita in buona salute in Europa e in Italia, realizza un investimento che, nel lungo periodo, porta alla riduzione del peso delle malattie croniche sul sistema sanitario e sulla società e, nel breve periodo, al miglioramento della qualità della vita dei singoli individui. Questi fattori di rischio devono essere affrontati non solo dal punto di vista sanitario, ma come veri e propri fenomeni sociali informando, educando, assistendo, stimolando la responsabilità individuale, affinché ogni persona diventi protagonista e responsabile della propria salute e delle proprie scelte. Si tratta di un "impegno per il futuro" in campo socio-sanitario dal momento che le spese in questo settore, da un punto di vista preventivo, non possono essere viste soltanto come "costi da contenere", bensì appunto come investimenti a medio-lungo termine.

Le principali cause di morte (anno 2015, fonte ISTAT) sono rappresentate dalle malattie del sistema circolatorio (38,1%) e dai tumori (24,5%), dati in linea con quelli nazionali.

I dati desunti dal Registro Tumori della regione Marche testimoniano che nel triennio 2010-2012 nella regione sono stati rilevati 13.484 decessi per tumore, 7.569 (56.1%) nei maschi e 5.915 (43.9%) nelle femmine. Nella popolazione generale la prima causa di decesso per tumore è rappresentata dal tumore del polmone (18%), la seconda dal tumore del colon-retto (12%). Nella popolazione maschile la prima causa di decesso per tumore è rappresentata dal tumore nel polmone (24%) e nella popolazione femminile dal tumore della mammella (16%).



Mobilità sanitaria

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

Per quanto riguarda la mobilità interregionale i valori scambiati nel 2017 per la mobilità attiva ammontano a circa 116 milioni di euro mentre per la mobilità passiva ammontano a circa 163 milioni di euro, con un saldo negativo pari a circa -47 milioni, che rappresenta un importante elemento di criticità per la Regione ma che mostra un significativo miglioramento rispetto all'anno precedente (nel 2016, il saldo risultava pari a -56 milioni). Le voci economicamente più rilevanti - sia per la mobilità attiva che passiva - riguardano l'attività di ricovero (76,3% la passiva, 78,8% l'attiva) e la specialistica ambulatoriale (14,2% la passiva e 12,7% l'attiva).

Per quanto attiene l'attività di ricovero ospedaliera, nel 2017 si è considerevolmente ridotto il saldo negativo, passato da -46,6 milioni di euro a -33 milioni di euro, in seguito ad una riduzione della mobilità passiva di circa 3 milioni ma soprattutto ad un incremento della mobilità attiva di circa 11 milioni. In particolare, l'analisi dei dati evidenzia che il saldo negativo riguarda principalmente alcune discipline ospedaliere quali l'ortopedia e la

riabilitazione-rieducazione funzionale (p.es. per sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto di arti inferiori, interventi sul ginocchio), la chirurgia generale (p.es. per interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne).



Personale

Il personale dipendente del SSR al 31 dicembre 2017 è complessivamente pari a 21.102 unità di cui 18.995 a tempo indeterminato e 2.107 a tempo determinato (1065 in più negli ultimi due anni).

Questi sono distribuiti tra gli Enti del SSR come segue: Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) dipendenti totali n. 14.525 di cui n. 11.716 afferenti al comparto e n. 2.809 alla dirigenza; Azienda Ospedaliera Universitaria ospedali Riuniti di Ancona totale n. 3.617 di cui n. 2.877 afferenti al comparto e n. 740 alla dirigenza; Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord totale n. 2.137 di cui n. 1.660 afferenti al comparto e n. 477 alla dirigenza ed infine l'Istituto di Ricovero e Cura a carattere scientifico INRCA totale dipendenti n. 823 unità di cui n. 628 afferenti al comparto e n. 195 alla dirigenza. A questi si affiancano i medici convenzionati: MMG n. 1267, PLS n. 195 e Specialisti convenzionati n. 339 (dati Regione Marche-ARS).



SPESA SANITARIA

La spesa sanitaria totale nel 2016 in Italia incide per l'8,9% del prodotto interno lordo (PIL), di poco al di sotto della media europea (9%), ma inferiore ai valori che si registrano in Germania (11,3%), Francia (11%) e Belgio (10,4%). In merito al rapporto tra spesa sanitaria pubblica e Pil, il dato italiano al 2017 è pari al 6,7%, in linea con il resto d'Europa. Negli ultimi anni in Italia, con il rallentamento del finanziamento pubblico alla sanità, si è verificato un incremento della spesa privata dei cittadini per il ricorso alle cure e prestazioni sanitarie. A fronte della progressiva riduzione del peso della spesa sanitaria pubblica sul prodotto interno lordo, c'è stato un aumento della spesa privata che è pari al 2,2% del Pil (fonte Meridiano Sanità, anno 2017).

Il rapporto spesa sanitaria / PIL è sceso dal 7,1% del DEF 2013 al 6,6% per il 2018, con previsione del 6,4% per il 2019 e 6,3% per il 2020 e 2021 (fonte Sole 24ore/Gimbe).

La spesa sanitaria nazionale, dopo la contrazione del periodo 2011-2013, è cresciuta negli ultimi anni fino a un + 1,4% del 2017.

Il finanziamento nominale è aumentato dai 107,01 mld di euro del 2013 ai 113,4 mld del 2018. D'altra parte il finanziamento pubblico, tra il 2010 e 2017, è cresciuto in media dell'1% annuo in termini nominali mentre il tasso di inflazione medio annuo è stato pari al 1,19%.

Il finanziamento regionale del SSR negli ultimi anni ha visto la quota proveniente dal riparto del Fondo Sanitario Nazionale per le Marche passare dai 2,786 mld di euro del 2015 ai 2,843 mld del 2018, dovendo tuttavia tener presente che nel corso degli ultimi anni sono entrate a far parte dei LEA (DPCM LEA/2017) molte nuove prestazioni, come ad esempio l'erogazione di farmaci innovativi (antineoplastici e anti Epatite), o sono stati introdotti importanti aggiustamenti del sistema riguardanti per esempio i rinnovi contrattuali, il rispetto dei turni di lavoro, ecc.

Il totale delle risorse disponibili per gli Enti del SSR, che tengono conto anche delle ulteriori risorse provenienti da fondi vincolati, altri trasferimenti e entrate proprie, sono passati dai 3,002 mld di euro del 2016 ai 3,037 previsti per il 2018.

3 IL QUADRO NORMATIVO

Il Piano socio-sanitario regionale rappresenta il principale strumento della programmazione sanitaria regionale. La legge regionale 17 luglio 1996, n. 26 “Riordino del servizio sanitario regionale” e ss.mm.ii., ne delinea contenuti e obiettivi, stabilendo che, in coerenza con le indicazioni del Piano sanitario nazionale, definisce gli obiettivi del processo di programmazione regionale, i modelli organizzativi e gli standard dei servizi garantendo omogeneità di trattamento dei cittadini su tutto il territorio regionale.

Il Piano socio sanitario regionale si colloca quindi all'interno di un ambito normativo di riferimento costituito dalle indicazioni nazionali e in continuità con gli atti programmatori e di indirizzo stabiliti a livello regionale.

Di seguito, si evidenziano, in ordine cronologico, i principali riferimenti che delineano la cornice all'interno della quale si sviluppa il disegno strategico del presente Piano.

L'articolo 32 della Costituzione recita: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana".

Legge 23 dicembre 1978, n. 833 “Istituzione del servizio sanitario nazionale”: con l’istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) viene creato un sistema di strutture e servizi che hanno lo scopo di garantire a tutti i cittadini, in condizioni di uguaglianza, l’accesso universale all’erogazione equa delle prestazioni sanitarie, in attuazione dell’articolo 32 della Costituzione. I principi fondamentali su cui si basa il SSN dalla sua istituzione, sono l’universalità, l’uguaglianza e l’equità. I principi fondamentali del SSN vengono affiancati dai *principi organizzativi* che sono basilari per la programmazione sanitaria. I più importanti sono la centralità della persona, la responsabilità pubblica per la tutela del diritto alla salute, la collaborazione tra i livelli di governo del SSN, la valorizzazione della professionalità degli operatori sanitari, l’Integrazione socio-sanitaria.

Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e ss.mm.ii. “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”: si tratta della riforma mediante la quale si passa dalle Unità Sanitarie Locali, alle Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliere. La cosiddetta aziendalizzazione della Sanità.

Legge regionale 17 luglio 1996, n. 26 e ss.mm.ii “Riordino del servizio sanitario regionale”. Ha disciplinato il riordino del Servizio sanitario regionale sulla base del d.lgs. 502/1992 come modificato dal d.lgs. 517/1993, al fine di assicurare ai cittadini i livelli uniformi di assistenza sanitaria indicati nel PSN, nonché eventuali ulteriori livelli integrativi di assistenza sanitaria in rapporto alle risorse messe a disposizione in ambito regionale.

Decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 e ss.mm.ii “Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419”: introduce modifiche e variazioni al d.lgs. 502/1992, che sostanzialmente disegnano il Sistema attuale, introducendo, tra le cose più importanti, i Livelli essenziali e uniformi di assistenza (LEA), la possibilità di commissariamento delle Regioni in Sanità qualora inadempienti e/o in grave disavanzo, l’Atto aziendale, la distinzione tra sanitario e socio-assistenziale, l’autorizzazione, l’accreditamento e gli accordi contrattuali, l’inquadramento dei laureati medici, veterinari e sanitari nel ruolo unico della dirigenza, l'esclusività del rapporto di lavoro con l'SSN, a cui si collega la distinzione dell'attività libero professionale intramoenia ed extramoenia.

Decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 “Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419”: disciplina l'attività assistenziale necessaria per lo svolgimento dei compiti istituzionali delle università, nel quadro della programmazione

nazionale e regionale, in modo da assicurarne la funzionalità e la coerenza con le esigenze della didattica e della ricerca, secondo specifici protocolli d'intesa stipulati dalla Regione con le università ubicate nel proprio territorio.

Legge regionale 20 giugno 2003, n. 13 e ss.mm.ii., “Riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale”: è la legge che disciplina l’assetto organizzativo del servizio sanitario regionale.

Piano Sanitario Nazionale 2006-2008: in materia di "tutela della salute", uno degli elementi qualificanti del Servizio sanitario nazionale è rappresentato dal metodo della programmazione pluriennale. A livello statale, il principale strumento di pianificazione è rappresentato dal Piano sanitario nazionale, predisposto dal Governo su proposta del Ministro della salute tenuto conto delle proposte provenienti dalle Regioni; viene adottato con Decreto del Presidente della Repubblica previa deliberazione del Consiglio dei Ministri, d'intesa con la Conferenza unificata. Il Piano sanitario nazionale ha durata triennale. Entro centocinquanta giorni dalla data di entrata in vigore del Piano sanitario nazionale, le Regioni adottano o adeguano i propri Piani sanitari regionali. Il PSN 2006-2008 è l’ultimo piano nazionale adottato.

Legge regionale 11 novembre 2008, n. 32 e ss.mm.ii., “Interventi contro la violenza sulle donne”. È la legge regionale che riconosce che ogni forma di violenza contro le donne costituisce una violenza di genere e una violazione dei diritti umani, dell’integrità fisica e psicologica, della sicurezza, della libertà e della dignità della persona.

Legge 15 marzo 2010, n. 38 “Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”: tutela il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore.

Decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118: “Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42”. Ha la finalità di rendere i bilanci degli enti territoriali, ivi compresi i conti del settore sanitario, omogenei e confrontabili tra loro, anche ai fini del consolidamento con i bilanci delle amministrazioni pubbliche.

Decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito dalla **legge n. 135/2012**, “Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini, nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario”. Il provvedimento ha come obiettivo quello della cd. *spending review*, ossia ridurre (o eliminare), in aggiunta alle norme già vigenti nell’ordinamento, le inefficienze e gli sprechi nella spesa pubblica, in modo da reperire risorse da destinare alla crescita economica.

Programma Health 2020 – Ufficio regionale OMS per l’Europa – 2013: I 53 Paesi della Regione Europea, nel settembre 2012 in occasione della sessione del Comitato Regionale per l’Europa dell’OMS, hanno approvato un nuovo modello di politica europea per la salute, basato su valori ed evidenze, denominato Salute 2020. Questo modello si pone come obiettivo il miglioramento della salute per tutti e la riduzione delle disuguaglianze, attraverso una migliore leadership e *governance* per la salute, mettendo in rilievo la necessità di sviluppare risorse e resilienza all’interno delle comunità e di potenziare l’*empowerment* del cittadino.

Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2014, Deliberazione n. 38 del 16 dicembre 2011, “Sostenibilità, Appropriatezza, Innovazione e Sviluppo”. È l’ultimo Piano sanitario prodotto dalla programmazione regionale, in vigore fino alla emanazione del presente piano socio sanitario.

Patto per la salute: è un accordo finanziario e programmatico tra il Governo e le Regioni, di valenza triennale, in merito alla spesa e alla programmazione del Servizio Sanitario Nazionale, finalizzato a migliorare la qualità dei servizi, a promuovere l’appropriatezza delle prestazioni e a garantire l’unitarietà del sistema. L’accordo tra lo Stato e le Regioni sul *nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016*, siglato il 10 luglio 2014, evidenzia una

serie di elementi di cambiamento, a cui hanno fatto seguito ulteriori indicazioni normative, sia a livello centrale che regionale, in particolare l'aggiornamento dei Lea e la riorganizzazione della rete ospedaliera.

Piano Nazionale Prevenzione: il 13 novembre 2014 la Conferenza Stato-Regioni ha approvato l'Intesa sul Piano nazionale della prevenzione 2014-2018. L'Intesa prevede il recepimento del Piano da parte delle Regioni. Il nuovo Piano, di durata quinquennale, delinea un sistema di azioni di promozione della salute e di prevenzione, che accompagnano il cittadino in tutte le fasi della vita, nei luoghi di vita e di lavoro. Il **Piano Regionale Prevenzione** è stato adottato con *DGR n. 540/2015*, e con *DGR n. 887/2018* è stata approvata la rimodulazione per l'anno 2018 e la pianificazione per l'anno 2019 del Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018, prorogato al 31 dicembre 2019.

Legge regionale 24 marzo 2015, n. 9 "Disposizioni in materia di prevenzione, diagnosi precoce e cura del diabete mellito".

Decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70: "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera": è il Decreto ministeriale che contiene il regolamento recante la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. Il provvedimento avvia il processo di riassetto strutturale e di qualificazione della rete assistenziale ospedaliera. Ai fini della sua attuazione, la Giunta regionale ha adottato la *Deliberazione n. 541/2015* che, insieme ad altri atti successivi ha avviato il percorso di riorganizzazione della rete ospedaliera e dell'emergenza urgenza regionale.

Legge 28 dicembre 2015, n. 208 (Legge di stabilità 2016). La legge di stabilità ha definito la politica di bilancio per il 2016 e gli anni successivi, indicando, in particolare nei commi da 521 a 586 ma non solo, numerose misure per la sanità di particolare impatto, tra i quali i Piani di rientro e riqualificazione degli Enti del Servizio sanitario nazionale e Aziende sanitarie uniche, Risk management ospedaliero e nuove assunzioni personale sanitario, disposizioni in materia di acquisizione di beni e servizi degli Enti del SSN, Aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza e livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard, acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera ed ambulatoriale di alta specialità, spesa farmaceutica.

Regolamento regionale 9 aprile 2015, n. 6 "Disciplina della composizione e delle modalità di funzionamento dei Comitati di partecipazione dei cittadini alla tutela della salute. Attuazione dell'articolo 24, comma 3, della legge regionale 20 giugno 2003, n. 13 (Riorganizzazione del servizio sanitario regionale)", che disciplina la composizione e le modalità di funzionamento dei Comitati di partecipazione dei cittadini alla tutela della salute, istituiti presso ogni Azienda e ogni area vasta territoriale.

Piano Nazionale Cronicità - Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016: Il Piano nazionale della Cronicità (PNC) nasce dall'esigenza di armonizzare la materia a livello nazionale, proponendo un documento, condiviso con le Regioni, che, compatibilmente con la disponibilità delle risorse economiche, umane e strutturali, individui un disegno strategico comune inteso a promuovere interventi basati sulla unitarietà di approccio, centrato sulla persona ed orientato su una migliore organizzazione dei servizi e una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza. Per il recepimento e l'attuazione, in Regione è stata adottata la *DGR n. 1355/2017*, per la progressiva riorganizzazione della gestione dei percorsi di assistenza e cura delle persone affette da patologie croniche.

Legge regionale 30 settembre 2016, n. 21 e ss.mm.ii. "Autorizzazioni e accreditamento istituzionale delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati e disciplina degli accordi contrattuali delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati".

DPCM 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502": con la pubblicazione del DPCM, sono stati definiti i nuovi **Livelli**

essenziali di assistenza (LEA). Il nuovo Decreto sostituisce infatti integralmente il DPCM 29 novembre 2001, con cui i LEA erano stati definiti per la prima volta. Il provvedimento, che rappresenta il risultato di un lavoro condiviso tra Stato, Regioni, Province autonome e Società scientifiche, è stato predisposto in attuazione della Legge di stabilità 2016. Con *DGR n. 716/2017*, la Giunta regionale ha recepito il DPCM 12 gennaio 2017 e ha approvato le prime disposizioni attuative.

Legge 8 marzo 2017, n. 24 “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”.

Decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73 “Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale, di malattie infettive e di controversie relative alla somministrazione di farmaci”, convertito dalla legge 31 luglio 2017, n. 119. Il Decreto vaccini ha portato il numero di vaccinazioni obbligatorie nell'infanzia e nell'adolescenza nel nostro Paese da quattro a dieci, con l'obiettivo di contrastare il progressivo calo delle vaccinazioni.

Legge regionale 18 dicembre 2017, n. 38 “Disposizioni in favore dei soggetti affetti da fibromialgia e da sensibilità chimica multipla”.

Legge 11 gennaio 2018, n. 3 “Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute”.

Linee guida reti cliniche – Accordo tra il Governo, le Regioni e le province autonome, ai sensi del punto 8.1 dell'Allegato 1 al decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70, sul documento “Linee guida per la revisione delle reti cliniche - Le reti tempo dipendenti” – 24 Gennaio 2018

Legge regionale 28 gennaio 2019, n. 1 “Promozione dell'invecchiamento attivo”, che riconosce e valorizza il ruolo delle persone anziane nella comunità e promuove la loro partecipazione alla vita familiare e sociale in armonia con i principi sanciti a livello nazionale, internazionale ed europeo.

Regolamento regionale 1 febbraio 2018, n. 1 “Definizione delle tipologie delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati ai sensi dell'articolo 7, comma 3, della legge regionale 30 settembre 2016, n. 21 “Autorizzazioni e accreditamento istituzionale delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati e disciplina degli accordi contrattuali delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati”.

Legge regionale 1 aprile 2019, n. 7 “Disposizioni per garantire una buona vita fino all'ultimo e l'accesso alle cure palliative nella regione Marche”.

DEFR Marche 2020/2022 “Documento di Economia e Finanza Regionale per gli anni 2020-2022”, Deliberazione n. 103 del 28 novembre 2019. È il documento chiamato a definire le linee strategiche della programmazione economica e finanziaria della Regione, che saranno articolate dal punto di vista finanziario nel Bilancio di previsione 2020-2022.

Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa (P.N.G.L.A.) 2019/2021 - Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 tra il Governo, le Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa per il triennio 2019 - 2021, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266 – Febbraio 2019.

4 GLI OBIETTIVI STRATEGICI

OBIETTIVI PRIORITARI DEL PIANO

Per alcuni obiettivi si impongono tempi stretti di avvio/attuazione. Si tratta di obiettivi su cui è importante segnare avanzamenti sostanziali entro la fine della legislatura. Per questi obiettivi si fissa in mesi 4 la scadenza entro cui garantire con DGR, sottoposte a parere della Commissione competente, quanto segue (ogni DGR deve contenere indicazioni: su tempi di realizzazione degli interventi, sulle risorse utilizzate, sulle modalità organizzative e strutturali e sui criteri di verifica di attuazione):

- 1) governo del rapporto con i privati: va approvato con DGR un documento con il Piano di Committenza che specifichi le linee di attività da sviluppare e quelle da ridimensionare per ogni tipologia di struttura. Il documento deve essere comprensivo dei dati di produzione degli ultimi 3 anni e deve specificare i criteri di riconoscimento delle attività da ridimensionare o potenziare;
- 2) potenziamento dei distretti: va approvato con DGR un Piano di potenziamento dell'assistenza domiciliare che indichi con precisione le risorse economiche e di personale incrementali che verranno messe a disposizione del livello distrettuale entro il 30 aprile 2020;
- 3) potenziamento della prevenzione nei luoghi di lavoro: va approvato con DGR un Piano di potenziamento che indichi con precisione le risorse economiche e di personale incrementali che verranno messe a disposizione entro il 30 aprile 2020;
- 4) messa a regime del sistema informativo sanitario: entro 4 mesi dall'approvazione del Piano dovrà essere pronto ed operativo un sito dell'ARS con il sistema di reporting a regime per tutti i flussi sanitari inclusi negli adempimenti ministeriali;
- 5) messa a regime delle strutture di medicina territoriale: entro 4 mesi dall'approvazione del Piano dovranno essere chiariti modi e tempi in cui verranno rese operative le strutture Ospedali di Comunità – Case della Salute, garantendo il funzionamento dei punti di primo intervento nel territorio, con una specifica attenzione alle aree interne.

Per orientare correttamente la programmazione regionale nel settore sanitario e sociosanitario è necessario definire scelte di priorità e finalità con riferimento alla visione politica, sulla base della combinazione tra il “contesto socio demografico ed economico e lo stato di salute della popolazione” da una parte ed il “quadro normativo” dall'altra.

Dallo studio del contesto socio-demografico, dalle analisi di natura epidemiologica e dalle valutazioni sulle risultanze delle risposte date ai bisogni dei cittadini, anche mediante un confronto con altre realtà regionali qualificate (cfr. analisi annuale delle performance a cura dell'Istituto S. Anna di Pisa - MES), per evitare modalità di analisi autoreferenziali, sono emerse ed individuate le principali criticità che hanno orientato la definizione degli obiettivi strategici.

Le risultanze immediate delle analisi hanno evidenziato buone risposte sul versante ospedaliero, quali interventi per acuzie con ottime abilità assistenziali, con buoni tassi di ospedalizzazione, buone performance sul Piano nazionale Esiti per le patologie chirurgiche più impattanti (tumori, patologie cardiologiche). Tuttavia nel settore delle acuzie, anche a fronte del miglioramento degli esiti dei trattamenti che stanno via via emergendo per le patologie tempo dipendenti, ad es. grandi traumi e ictus, persistono importanti criticità sul versante dell'emergenza relative al ricorso ancora molto elevato del Pronto soccorso e a conseguenti tempi di

attesa troppo lunghi. Tale situazione è aggravata da un lato dalla difficoltà a filtrare richieste inappropriate di ricorso al pronto soccorso, che potranno essere sanate anche attraverso l'aumento della presenza diffusa di servizi territoriali e di eventuali forme innovative organizzative nei PS, dall'altro dalla difficoltà a smaltire i pazienti verso il ricovero, specie quando dallo stesso resta difficile attuare le dimissioni verso setting assistenziali più idonei, quali la domiciliarità e/o la residenzialità.

Lo studio del territorio, a conferma di quest'ultimo aspetto, ha evidenziato alcune carenze importanti di settore, principalmente la carenza di cure domiciliari ma anche la carenza di posti letto per estensività di residenzialità e semi-residenzialità (Hospice, Residenze Sanitarie Assistenziali [RSA], Residenze Protette [RP], Residenze Protette Disabili [RPD], ecc.) confermando le difficoltà alle dimissioni dai reparti e gli accessi spesso impropri dei pazienti al Pronto Soccorso, dove cercano presso l'ospedale per acuti le risposte assistenziali che mancano nel territorio. Le indagini condotte hanno inoltre testimoniato difformità di accesso dei cittadini di diverse aree geografiche regionali verso i setting di cure tipicamente territoriali.

Tenuto conto del rilevante continuo flusso di pellegrini e turisti presso il Santuario di Loreto, che sarà ulteriormente accresciuto di centinaia di migliaia di unità in occasione del "Giubileo Lauretano. Chiamati a volare alto", si istituirà un Punto di Primo Intervento presso l'Ospedale di Loreto, collegato ad un pronto soccorso del presidio ospedaliero dell'Area Vasta.

Gli incontri di ascolto effettuati sul territorio e con le principali rappresentanze (vedi Appendice 3) hanno in larga parte confermato queste criticità, pur evidenziando situazioni peculiari nelle diverse linee di intervento e nei diversi territori.

Dal combinato disposto dell'analisi dei dati, degli incontri tenutisi per costruire un percorso condiviso e grazie ai numerosi contributi che gli interlocutori contattati, ma anche i singoli cittadini, hanno fatto pervenire, viene confermata e rafforzata la scelta dei principali obiettivi strategici già indicati e di seguito esplicitati in maniera più dettagliata.

Con la definizione degli obiettivi strategici della programmazione regionale si individuano quindi gli "*intenti*" della Regione per garantire la migliore sanità per i suoi cittadini e soddisfare i loro bisogni.

Questi scopi devono essere tradotti in "*traguardi*" da raggiungere con le azioni e le scelte di politica sanitaria e sociosanitaria.

Di seguito è riportata una descrizione di carattere generale degli obiettivi strategici della Regione per i prossimi anni, in coerenza con le indicazioni del livello centrale e con le esigenze emergenti in ambito regionale, necessari per rispondere alla domanda di salute e di assistenza dei cittadini.

Sono individuati come "*strategici*" perché esprimono concetti e finalità ritenute prioritarie, particolarmente urgenti, qualificanti, indicando "*cosa*" è effettivamente necessario conseguire nel medio periodo, da parte della Regione, delle Aziende Sanitarie e da tutto il sistema integrato dei servizi sanitari e sociosanitari regionale, per dare le risposte più adeguate alla popolazione marchigiana.



4.1. SOSTEGNO A FRAGILITÀ E CRONICITÀ DAL NEONATO ALL'ANZIANO

Porre come primo obiettivo del PSSR il potenziamento della risposta al bisogno di salute delle persone che per fragilità, temporanee o permanenti, congenite o acquisite (minore età, disabilità, disagio psichico, patologie geriatriche, dipendenze...) non sono in grado, totalmente o parzialmente, di provvedere ai propri bisogni, indica una scelta precisa ed un impegno importante.

Il PSSR vuole essere attento a tutte le persone fragili, per cui molti degli interventi previsti avranno come destinatari, e per quanto possibile soggetti attivi, gli individui di tutte le fasce deboli e fragilità presenti, quelle connesse con il periodo della maternità, con il momento della nascita, con la tutela della prima infanzia; va garantito il supporto con interventi di prevenzione e cura alla sempre più faticosa “transizione” di preadolescenti e adolescenti alla vita adulta; vanno sostenuti con team multi-professionali che possano meglio prendersi carico delle necessità di salute emergenti gli adulti svantaggiati per problematiche collegate alla salute mentale e alle dipendenze, fino alla presa in carico delle cronicità di disabili e anziani.

Con particolare riferimento al ruolo delle persone anziane nella comunità, è da promuovere inoltre l'invecchiamento attivo secondo quanto previsto dalla l.r. 1/2019, garantendo la loro partecipazione alla vita familiare e sociale. Al fine di favorire gli aspetti relativi all'invecchiamento attivo, al sostegno dell'autosufficienza ed alla prevenzione, saranno realizzati progetti ispirati all'housing e co-housing sociale ed intergenerazionale.

La cronicità accentua e caratterizza alcuni aspetti della fragilità: il progressivo invecchiamento della popolazione, l'aumentata prevalenza di poli-patologie e multi-problematicità sanitarie e sociali, il modificarsi del contesto sociale, la consapevolezza di non poter godere di risorse crescenti alla luce delle condizioni socioeconomiche del Paese, si traducono nella necessità di rivedere il sistema di prevenzione, presa in carico e cura delle cronicità. Occorre, nello specifico, un profondo rinnovamento del sistema delle cure territoriali che dovranno essere rifondate mediante una nuova produzione-erogazione dei servizi, per superare l'attuale modalità di lavoro prevalentemente individuale ed autoreferenziale dei vari operatori, e transitare ad un modello di lavoro in team, che affronti le fragilità e la cronicità in un'ottica di medicina di iniziativa. Al riguardo è da prevedere la revisione della DGR n. 1355/2017, al fine di procedere al potenziamento dei servizi dedicati ai cittadini portatori di patologie croniche, sviluppando, secondo le più recenti indicazioni dei Chronic Care Model applicati in altre Regioni, modelli di assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale. Occorre

inoltre procedere alla valorizzazione di proposte indirizzate a favorire stili di vita salutari nel follow-up oncologico, attualmente non inclusi nei programmi di medicina, per migliorare la qualità di vita, la prognosi e per ridurre le recidive nei pazienti oncologici lungo sopravvivenza (es. carcinoma, mammella e prostata).

Tutta la ri-centralizzazione sulle cure primarie, con lo sviluppo della medicina di iniziativa, tende a riqualificare l'assistenza accorciando le distanze tra cittadino e luogo di cura, allontanandolo dagli ospedali dove il ricovero deve essere considerato evento raro da riservare solo ai momenti dove il livello assistenziale adeguato ed appropriato debba essere offerto nelle sedi ospedaliere. Tale modello consentirà di evitare il sovraffollamento degli ospedali garantendo miglior qualità assistenziale ai cittadini riducendo il rischio di infezioni ospedaliere che, nei pazienti fragili e/o cronici, spesso determinano un prolungamento dei ricoveri ed un utilizzo massivo di antibiotici che a loro volta determinano la crescita dell'antibiotico-resistenza. Allo stesso tempo i pazienti fragili troveranno gli spazi di ricovero necessari quando richiesti.

Fin dal momento del ricovero ospedaliero dovrà essere predisposta la dimissione protetta verso le strutture più adeguate (Domicilio, Cure Intermedie, Residenze sanitarie, Residenze Protette, Residenze protette Demenza, Hospice, ecc.) e dovrà essere predisposta la Valutazione multidimensionale da cui deriva il Piano Assistenziale Individualizzato; conseguentemente, per le situazioni che lo consentono, la stessa permanenza nel livello assistenziale territoriale va collegata ad una dimissione, con l'eventuale inserimento nel sistema delle Cure domiciliari. Ci si pone l'obiettivo dello sviluppo e miglioramento assistenziale dei pazienti fragili a domicilio e indirettamente ci si attende una minor ospedalizzazione e minor ricorso al Pronto Soccorso. Come evidenziato successivamente nel paragrafo sull'integrazione organizzativa, il Distretto deve rappresentare lo snodo fondamentale per governare il tema delle fragilità.

Il sostegno alla fragilità nella futura programmazione sanitaria di contesto non può prescindere dalla partecipazione, un altro obiettivo fortemente correlato. Ad esempio, nell'ambito della salute mentale, con la riattivazione della nuova Consulta la Regione Marche ha voluto ribadire l'importanza del coinvolgimento dei soggetti fragili e delle loro famiglie, delle formazioni sociali impegnate in questo settore. A fianco dell'organo Consultivo sono presenti tavoli tecnici monotematici, come quello delle Dipendenze patologiche (Gioco d'Azzardo), quello sul Disturbo del Comportamento Alimentare (DCA) e quello relativo all'implementazione dell'intesa della Conferenza Unificata Stato-Regioni-Comuni sui principali Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) riguardanti le seguenti patologie mentali: disturbi schizofrenici, disturbi dell'umore (bipolari e depressivi), comorbidità psichiatrica e disturbi gravi di personalità. Nell'area della residenzialità e semi residenzialità, la Regione Marche attraverso i manuali di autorizzazione e accreditamento sta procedendo verso una completa rivisitazione dei criteri di appropriatezza del ricovero introducendo strumenti di valutazione multidimensionale, uniformi ed omogenei su tutto il territorio marchigiano, in grado di discriminare, da un punto di vista del carico assistenziale, i pazienti psichiatrici di cui il Centro di Salute Mentale (CSM) di competenza ha fatto richiesta di ingresso in struttura. Il riconoscimento dei disturbi dello spettro autistico all'interno dei Livelli Essenziali di Assistenza ha impegnato la Regione Marche nella attivazione della rete dei servizi (dalla diagnosi alla presa in carico) con il riconoscimento dei due Centri regionali per Autismo (età evolutiva e età adulta) come punto di partenza nell'attesa della definizione di specifici percorsi diagnostico-terapeutico assistenziali che vadano dalla diagnosi alla effettiva presa in carico. Inoltre, azioni di supporto, andranno adottate nei confronti di un disturbo sempre più evidente tra i giovanissimi: i Disturbi Specifici dell'Apprendimento (dislessia, discalculia, disortografia, ecc.). Al riguardo è possibile prevedere l'utilizzo della Comunicazione Aumentativa e Alternativa (CAA), modello libro InBook e con libri 2.0., attraverso la rete dei servizi bibliotecari.

Per le persone fragili e per quelle affette da patologie croniche la famiglia in cui vivono può rappresentare una opportunità o essere un fattore di possibile intralcio all'autonomia, alla tutela, al rispetto del complessivo diritto alla salute. La famiglia vive oggi una difficile normalità per le conseguenze di mutamenti demografici, economico-sociali, culturali. Vanno tenute in conto le fatiche, le diversità delle famiglie e del fare famiglia. È

nella famiglia che convivono situazioni di grande bisogno e fragilità (assistenziali, esistenziali...) con grandi opportunità di sostegno, accoglienza, promozione; ma proprio partendo da questa difficoltà diffusa va superato l'approccio che contrappone la "famiglia risorsa" alla "famiglia problema". Sostenere le persone fragili, per quanto è possibile nella loro famiglia, impegna la collettività nel garantire (nel rispetto dei diritti personali e degli interessi collettivi) il sostegno e la valorizzazione delle capacità (anche "residue" nelle situazioni di disagio) dei diversi componenti della famiglia. In questa prospettiva, anche la sanità marchigiana deve dare il suo contributo specifico per il supporto alle persone fragili delle Marche e alle famiglie, soprattutto a quelle meno attrezzate culturalmente e quelle più povere, realizzando interventi e servizi sempre più "per" e "con" la famiglia, perché la famiglia va supportata con strumenti diversi e flessibili che abbiano una caratteristica comune, quella di essere centrati sulla "persona che vive in famiglia" e non sul singolo individuo, come se fosse decontestualizzato e senza relazioni interpersonali; in questo modo si aiuterà la famiglia a sostenere il carico di eventuali membri con forti bisogni assistenziali.

In questa prospettiva dovranno essere assicurati lo sviluppo e la rivitalizzazione dei consultori familiari come luogo di prevenzione e sviluppo dell'assistenza sanitaria, ma anche psicologica e socio-sanitaria della famiglia, per garantire azioni preventive e curative della fragilità fin dalla nascita e in modo indiretto migliorare la capacità genitoriale. Andrà valorizzata la Psicologia, disciplina fortemente implicata nei processi di promozione della salute e dei sistemi assistenziali, anche attraverso la capacità di individuare fattori di rischio e protettivi per una assistenza e presa in carico globale, come sottolineato nel DPCM sui "nuovi LEA".

Per assicurarsi la partecipazione dei cittadini e delle famiglie nella gestione quotidiana delle patologie, soprattutto croniche, nel Distretto va sviluppato il "Family Learning Socio Sanitario" (FLSS) quale modalità per sviluppare competenze e abilità che possano consentire ai cittadini/pazienti e ai loro familiari l'utilizzo di strumenti e modelli assistenziali concordati con i professionisti sanitari e sociali, da applicare durante le diverse fasi di progressione della patologia cronica. Il modello del FLSS, ideato e già sperimentato nella nostra regione, permette di sviluppare forme di accompagnamento e di solidarietà comunitarie (tra pazienti, tra famiglie, all'interno delle stesse famiglie), colmando aree di solitudine e di criticità che spesso spingono a richiedere interventi di urgenza oppure non appropriati alla patologia in essere.

Il sistema di garanzie a tutela della salute della popolazione fragile si ripropone anche con la popolazione carceraria: tale sistema è stato delineato con la DGR 1220 del 30 dicembre 2015 in cui si articolano e programmano gli interventi sanitari nei diversi Istituti di pena presenti nella regione Marche garantendo all'interno di essi tutti i livelli essenziali di assistenza (LEA). Per una effettiva applicazione, l'atto regionale ha bisogno di una manutenzione continua in grado di adeguare l'organizzazione assistenziale alle emergenti esigenze sanitarie dei detenuti. Il SSR pertanto continuerà a garantire, cercando di migliorarne costantemente le performance, tutte le prestazioni sanitarie necessarie come previsto anche dall'Allegato "A" al DPCM del 01.04.08.

Di seguito si evidenziano alcune aree di intervento citate nell'Accordo della Conferenza Unificata Stato Regioni del 22.01.15, recepito e implementato a livello regionale secondo le direttive della DGR sopracitata, che saranno soggette a costante manutenzione e volte allo sviluppo della Medicina d'iniziativa e promozione della salute, Screening e diagnosi precoce, assistenza farmaceutica e visite medico-specialistiche ambulatoriali, cura delle Dipendenze patologiche, della salute mentale con la riduzione del rischio di suicidio e sviluppo della Telemedicina.

Nell'ambito del superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, la Regione Marche si è immediatamente allineata alle disposizioni nazionali garantendo per i propri residenti internati il principio cardine della territorialità della pena e pertanto vengono garantiti agli internati le adeguate cure e livelli assistenziali previsti dal Decreto del Ministero della Salute del 1 ottobre 2012 e recepito dalla Regione Marche con DGR 290/2015 che ha inserito la struttura nella filiera assistenziale riservata ai pazienti con problemi di salute mentale.

4.2. INCREMENTO DI QUALITÀ E APPROPRIATEZZA DEI SERVIZI E DEI TRATTAMENTI

Il termine “appropriatezza” ha acquistato una rilevanza normativa con il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, divenendo uno dei criteri per la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (d.lgs. 229/1999). L’appropriatezza comporta implicazioni dirette e indirette riguardanti la procedura corretta sul paziente giusto al momento opportuno e nel setting più adatto.

La definizione proposta dall’organizzazione americana RAND Corporation (Cfr. Ministero della Salute, Manuale di formazione per il governo clinico: appropriatezza, 2012) è ad oggi la più ampiamente usata a livello internazionale: *Una procedura è appropriata se il beneficio atteso (ad es. un aumento della aspettativa di vita, il sollievo dal dolore, la riduzione dell’ansia, il miglioramento della capacità funzionale) supera le eventuali conseguenze negative (ad es. mortalità, morbosità, ansia, dolore, tempo lavorativo perso) con un margine sufficientemente ampio, tale da ritenere che valga la pena effettuarla.*

Il Ministero della Salute (Cfr. Ministero della Salute, Manuale di formazione per il governo clinico: appropriatezza, 2012) riporta *“L’appropriatezza definisce un intervento sanitario (preventivo, diagnostico, terapeutico, riabilitativo) correlato al bisogno del paziente (o della collettività), fornito nei modi e nei tempi adeguati, sulla base di standard riconosciuti, con un bilancio positivo tra benefici, rischi e costi”.*

L’efficacia, efficienza e l’equità del SSR dipendono in larga misura dalla capacità di determinare e identificare le cure necessarie, per fornire prestazioni di alta qualità in modo appropriato e coerente con il contesto demografico ed epidemiologico e con la domanda e i bisogni dei pazienti).

Un obiettivo strategico di rilievo consiste nel garantire la risposta adeguata, nel posto adeguato ed al momento giusto per ogni necessità sanitaria e socio-sanitaria di acuzie, post-acuzie e cronicità che si esprime per ogni esigenza di natura sanitaria e /o socio-sanitaria e che va considerata anche se rappresenta bisogni inespressi. L’aumento dei costi sanitari, inoltre, contestualmente all’esigenza di promuovere qualità e sicurezza, colloca la valutazione dell’appropriatezza al centro delle politiche sanitarie nazionali, regionali e locali. Affinché il servizio sanitario si mantenga coerente con i suoi principi fondativi, si impone la necessità di focalizzare le priorità di salute e contestualmente di valutare la riorganizzazione delle modalità e dei setting di erogazione delle cure, garantendone l’efficacia delle stesse grazie alla realizzazione di meccanismi di integrazione e coordinamento ai vari livelli del sistema, mediante lo sviluppo di Protocolli Diagnostico Terapeutico Assistenziali, percorsi di cura che accompagnano il paziente attraverso tutta la filiera assistenziale. A ciò deve affiancarsi una interazione continua con la collettività mediante la partecipazione attiva dei pazienti. In questo modo l’Appropriatezza si traduce in qualità assistenziale.

Tra gli obiettivi strategici di qualità ed appropriatezza si inserisce la riduzione dei ricoveri potenzialmente inappropriati, spesso determinati da pazienti dimessi a domicilio, che non riescono ad essere autonomi e che, preoccupati delle loro condizioni di salute, ricorrono nuovamente alle cure ospedaliere anche mediante accessi inappropriati in Pronto Soccorso. Una gestione appropriata dei ricoveri consente la riduzione dei ricoveri ripetuti, indicatore misurabile, assieme ad un miglioramento della salute complessiva.

L’appropriatezza del setting assistenziale risulta indispensabile relativamente a tutti i setting assistenziali poiché nella logica circolare del sistema di cure quanto viene realizzato nei diversi sistemi si ripercuote inevitabilmente sugli altri.

Al tema dell’appropriatezza si lega anche la questione della mobilità sanitaria, spesso riscontrata in relazione a prestazioni a forte rischio di inappropriata. Nello stesso tempo, al fine di garantire la migliore qualità dell’assistenza nel ricorso a prestazioni in mobilità, è opportuno il richiamo alla Direttiva europea sulla mobilità sanitaria transfrontaliera (2011/24/UE) e in ogni caso al recente Accordo-Stato-regioni sulla opportunità di non costringere i pazienti all’interno del proprio territorio quando necessitano di interventi di alta complessità.

L'aver lavorato alla riduzione della frammentazione ospedaliera ha reso necessario e sta imponendo la messa a regime delle modalità assistenziali territoriali dallo sviluppo delle Cure primarie all'adeguamento delle forme assistenziali domiciliari, residenziali e semiresidenziali.

Da ultimo molto può essere svolto in tema di appropriatezza dallo sviluppo della consapevolezza dei cittadini, come parte attiva del sistema delle cure che dovranno sempre più essere attori principali delle scelte diagnostiche e terapeutiche: si pensi alla enorme richiesta di esami strumentali, molte volte inutili o addirittura dannosi e che non consentono un accesso adeguato ai cittadini che hanno veramente bisogno di quegli esami.

4.3. MIGLIORAMENTO DI ACCESSIBILITÀ E PROSSIMITÀ

Inserire nel titolo del Piano Socio Sanitario Regionale il termine "accessibilità" implica da un lato la consapevolezza che la fruibilità dei servizi sanitari sul territorio regionale non sia uguale per qualsiasi tipologia di cittadino/utente e, dall'altro, la volontà di intervenire concretamente per migliorare l'accessibilità a tutti e a tutti i servizi presenti nel Servizio Sanitario Regionale (SSR).

Nella convinzione che l'accessibilità dei servizi sanitari dipenda da svariati fattori economici, sociali ed ambientali, un'azione complessiva e coerente sui "determinanti della salute" deve riguardare tutte le politiche regionali e non solo quelle sanitarie.

D'altra parte, poiché il termine si riferisce abitualmente alla possibilità che persone con ridotta o impedita capacità sensoriale, motoria, o psichica accedano in modo autonomo ad ambienti, luoghi, spazi..., la priorità di intervento riguarderà ancora le persone in situazioni di fragilità, garantendo l'eliminazione delle barriere architettoniche, come quelle della comunicazione e dell'accesso ai servizi informatici e telematici collegati alla "salute", anche attraverso l'uso di tecnologie assistite.

Una generale accezione di accessibilità riguarda le modalità di accesso ai servizi, cioè di prenotazione delle prestazioni, per cui il PSSR prevede azioni specifiche per il miglioramento delle attività del Centro Unico di Prenotazione e di gestione delle "agende" di ambulatori e servizi.

L'accessibilità riguarda quindi i *tempi di attesa*, per gli esami clinici e le visite specialistiche, ma anche le liste di attesa dei servizi residenziali e semiresidenziali delle aree sanitaria extra-ospedaliera, sociosanitaria e sociale, che vanno contenute con interventi normativi e organizzativi che obblighino la formazione di liste di attesa di livello distrettuale, con criteri oggettivi e chiari per le priorità di accesso; nella gestione delle dimissioni protette i tempi di attesa dovranno essere minimizzati e, possibilmente, eliminati, grazie anche ai progetti di "presa in carico post-dimissione" sviluppati in sinergia tra pubblico e cittadini.

L'accessibilità è fortemente correlata alla prossimità, un concetto che, rispetto agli interventi e ai servizi per la "salute", va adeguatamente declinato, individuando significati e implicazioni adeguate e coerenti nei diversi ambiti in cui va garantita.

Rispetto all'accezione di prossimità come "vicinanza", è necessario considerare un servizio da attivare e consolidare in tutti i territori della regione, e che più di altri coniuga l'accessibilità e la prossimità: il Punto Unico di Accesso (PUA) ai servizi e agli interventi sanitari, sociosanitari e sociali, il quale, per favorire l'accesso, deve essere il più diffuso, quindi il più vicino; implementare, stabilizzare e sviluppare le indicazioni della DGR 111/2015 su questo e sulle altre dimensioni del "governo della domanda" è un obiettivo specifico del presente Piano con particolare attenzione alle Aree Interne.

Accessibilità e prossimità hanno a che fare con "distanza", dimensione che non riguarda solo la distribuzione e l'articolazione della rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali, che deve essere comunque la più diffusa possibile, ma anche i livelli di "mobilità" in un territorio. Rispetto a questo è utile chiarire che ad ogni area di intervento in sanità corrisponde una "giusta distanza" da trovare con equilibrio, anche in relazione alla sostenibilità dei servizi, per ridurre il più possibile la *mobilità sanitaria* dei cittadini:

- l'area dell'Emergenza/Urgenza è quella in cui è sicuramente importante il "numero" dei "punti" di intervento, ma obiettivo specifico del Piano è il miglioramento dell'integrazione del "sistema di sistemi" previsto dalla normativa, nazionale e regionale, e organizzato dalla Regione Marche sui territori: sistema allarme sanitario (CO118), sistema territoriale di soccorso, sistema ospedaliero di emergenza, anche con l'attivazione del NUE 112 e con l'implementazione della rete delle eli-superfici e del volo notturno per avvicinare i cittadini delle aree interne/disagiate; si istituiranno, comunque, Punti di Intervento Immediato collegati ad un pronto soccorso di un presidio ospedaliero di Area Vasta, nelle aree interne disagiate ed al di fuori di queste nelle aree ove siano previsti oltre 8.000 accessi;
- per l'area dell'assistenza Ospedaliera la necessità di mantenere l'ospedale luogo di elezione per l'acuzie deve coniugarsi con la presenza di tutti i servizi necessari per garantire un efficace intervento; su questa linea la concentrazione dei presidi ospedalieri, in coerenza con il DM 70/2015, risponde primariamente ad un'esigenza di salute, a garantire cure adeguate, complete e tempestive e, in subordine, ad un'opportuna ottimizzazione delle risorse disponibili. A questo deve aggiungersi lo sviluppo di Percorsi diagnostico terapeutico assistenziali per la garanzia della assistenza ospedaliera, in particolare per le reti tempo dipendenti con la capacità di favorire l'accessibilità del paziente nel punto della rete più adeguato;
- l'area dell'assistenza Territoriale si deve caratterizzare per la prossimità, o con una distanza comunque contenuta, rispetto alla residenza dei cittadini; ci sarà una diversità rispetto alle tipologie dei servizi (da quelli più vicini, in primis le Cure domiciliari e poi le attività ambulatoriali, fino a quelli semiresidenziali e residenziali), ma con una capillarità diffusa ed una "lontananza" moderata che garantiscano sempre il mantenimento dei collegamenti relazionali, familiari e sociali alle persone. A questo deve aggiungersi la capacità di ridurre le forme di istituzionalizzazione a favore dello sviluppo della Vita Indipendente e di tutte le forme che mirano all'autonomia dei cittadini con problemi di salute mentale, disabilità, anziani, dipendenze patologiche, ecc.;
- un'area con le distanze "brevi" è quella della Prevenzione che, in tutte le sue articolazioni, dall'igiene e sanità pubblica, alla veterinaria e sicurezza alimentare, fino alla sicurezza sul lavoro, deve assicurare una presenza costante per un'accessibilità effettiva e celere ai servizi- Attenzione va posta anche allo sviluppo dei corretti stili di vita compreso lo svolgimento di corsi di attività motoria per adulti e anziani;
- il sistema delle farmacie marchigiane diffuso sul territorio contribuisce ad assicurare prossimità e accessibilità innanzitutto alla dispensazione di farmaci, oltre all'eventuale possibilità di consentire la prenotazione di prestazioni specialistiche. Ad ulteriore qualificazione della presenza sul territorio, è da prevedere lo sviluppo della farmacia dei servizi.

Tutti hanno bisogno di prossimità, di vicinanza e di ascolto, ma anche i servizi necessitano di più *compliance*, di non essere evitati, svalorizzati dai possibili utenti e dalla collettività.

Per alcune tipologie di destinatari e di interventi è utile attivare, ed è un obiettivo specifico del presente Piano, "Servizi di prossimità" che si collocano in un contesto di sinergia tra i servizi pubblici, del privato sociale, del volontariato e le risorse informali della Società Civile. I Servizi di prossimità, all'interno della rete dei servizi sanitari e sociali possono aiutare l'armonizzazione tra i diversi punti formali/informali, fungendo da punto di raccordo, facilitando l'incontro soprattutto con i cittadini in situazione di maggiore fragilità.

Particolare attenzione dovrà essere dedicata ai cittadini più fragili che per la loro natura hanno maggior difficoltà ad accedere ai servizi, nello specifico ci si riferisce ai cittadini non autosufficienti, ai cittadini con minori possibilità economiche cui spesso si associa una scarsa alfabetizzazione sanitaria (Health Literacy), come può accadere anche agli anziani che perdono le loro abilità.

Inoltre molto spesso, erroneamente, si ricorre al recupero di informazioni sanitarie, attraverso i motori di ricerca in internet dove, se non si conosce la qualità della fonte informativa, si rischia di trovare notizie molte volte inappropriate se non fuorvianti.

4.4. RAFFORZAMENTO DELL'EQUITÀ DEL SISTEMA

L'equità del SSR è un principio che nasce direttamente dall'articolo 32 della Costituzione repubblicana. Le differenze nell'erogazione dell'assistenza sanitaria, legate ai territori, al genere, all'età, alla provenienza dipendono da ragioni storiche, oltre che politiche, quando interessi localistici prevalgono su una logica di governo e di *governance* unitaria e coerente, rispettosa delle diversità dei bisogni.

L'universalismo del diritto alla salute è un principio fondante del sistema sanitario pubblico italiano che, pur nelle difficoltà, si è sostanzialmente mantenuto nel tempo, anche se la realtà italiana è molto variegata e le differenze tra i diversi territori, a livello nazionale e della Regione Marche, sono ancora presenti, in termini di accesso alle cure, tempi e costi per l'assistenza. Il SSR ha saputo reggere alla crisi globale, grazie alla resilienza e alla capacità del sistema di adattarsi ai cambiamenti in atto e alla componente professionale e umana che ci lavora. Molti indicatori testimoniano che i cittadini marchigiani sono nelle prime posizioni delle "classifiche" per aspettativa di vita e anni in buona salute; a questo ha contribuito anche il SSR che rappresenta, con le sue peculiarità e problematicità, una modalità in grado di coniugare ancora qualità ed equità.

La realtà sta cambiando velocemente: la popolazione si caratterizza per un invecchiamento crescente, aumentano le cronicità e le reti familiari si modificano. Per affrontare i cambiamenti perseguendo l'equità dei servizi sanitari, sia rispetto all'accesso che alla qualità delle prestazioni erogate e ricevute, è necessario che il Piano definisca nuovi modelli di cura che siano assicurati ad una rete in grado di potenziare l'integrazione ospedale territorio e ripensare i percorsi assistenziali territoriali, coinvolgendo sempre di più i cittadini nel disegno delle politiche sanitarie e sociosanitarie per mettere al centro dei servizi la persona e la sua rete familiare e sviluppare l'assistenza in modo più mirato e integrato.

Su questa linea le principali piste su cui il Piano affronterà la sfida dell'equità sono: un maggior investimento sulla medicina del territorio, con la nascita di nuove figure come l'infermiere di comunità, lo psicologo di comunità, lo sviluppo della filiera assistenziale per affrontare le nuove cronicità, integrando sempre di più il domicilio dei pazienti come elemento estensivo assistenziale prioritario e decisivo; anche la sanità digitale potrà incrementare la risposta di soluzioni applicative e di servizi professionali adeguati.

Sempre in tema di equità, è opportuno considerare la condizione di "deprivazione sociale, economica, culturale e relazionale" che si presenta in stretta correlazione con lo stato di salute degli individui che, infatti, se svantaggiati sul piano socio-economico presentano un profilo di salute peggiore rispetto a chi è in posizione di vantaggio. Le disuguaglianze nella salute non sono "biologiche" ma sono socialmente determinate e, quindi, evitabili. Infatti in tutti i paesi del mondo la mortalità e la morbidità aumentano sistematicamente via via che si scende nella scala sociale. In sostanza, le persone socialmente svantaggiate si ammalano di più e muoiono prima. Il peggior stato di salute, a sua volta, ha ripercussioni negative sulle sorti economiche non solo degli individui ma anche sulla "ricchezza" dell'intera collettività. Inoltre, le persone più vulnerabili che in quanto tali hanno un precario accesso alle risorse (economiche, sociali, culturali, relazionali) hanno maggiori difficoltà nell'accesso ai servizi e nella fruizione delle cure e hanno maggior rischio di ricevere cure inappropriate e di minore qualità. Le persone più vulnerabili più spesso sono rappresentate da immigrati, donne oltre che dagli anziani.

In questo ambito è opportuno anche dare continuità alla tutela della salute odontoiatrica secondo le finalità indicate nella deliberazione della Giunta regionale n. 315/2017 in attuazione del D.P.C.M. di aggiornamento dei L.E.A., con attenzione alla vulnerabilità sociale e sanitaria, attraverso la riorganizzazione sul territorio di reti cliniche, pubbliche e strutture private accreditate e con rapporto contrattuale con il SSR, coordinate dalla Direzione generale ASUR Marche, ad invarianza di oneri a carico del SSR, rafforzando la sostenibilità, l'appropriatezza, la qualità e quantità di servizi e prestazioni con strumenti e progetti innovativi e di ampio respiro in aderenza all'articolo 1, comma 13, del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e ss.mm.ii., agli articoli 8

octies, 9 e 9 bis dello stesso decreto, alla legge 326/2003 e coerentemente con quanto stabilito con le delibere di Giunta regionale n. 1571 e n. 1572 del 16 dicembre 2019.

La condizione di *immigrato* costituisce di per sé un fattore di rischio per un peggior profilo di salute a causa del “processo di migrazione” che è un fattore di “fragilizzazione” dell’individuo e a causa di condizioni di deprivazione/esclusione in cui gli immigrati si trovano spesso nel paese ospite - ridotto grado di cittadinanza, difficoltà di inserimento lavorativo, difficoltà di avere un reddito, svolgimento di lavori più a rischio e meno remunerati, difficoltà a comprendere nuove abitudini ed il funzionamento dei servizi, difficoltà linguistiche, solitudine, xenofobia, incapacità dei servizi ad essere “culturalmente competenti” rappresentano cause di esclusione sociale, con aumento del rischio per la perdita della salute.

Riguardo al *genere*, l’asimmetria di potere in molti ambiti a svantaggio delle donne viene associata alla cattiva qualità della loro salute, che le porta a vivere più degli uomini, ma con maggiori sofferenze e problemi di salute. Il vantaggio che deriva alle donne da una maggiore longevità è segnato da una più accentuata presenza di patologie nel corso degli anni, con esiti invalidanti soprattutto nella tarda età. I percorsi di vita delle donne sono caratterizzati da posizioni deboli sul mercato del lavoro, da minore disponibilità di risorse economiche, da minore libertà/opportunità di scelta, dal minor tempo per sé, dalla violenza di genere, quest’ultimo problema di sanità pubblica - che vede un livello di accettazione sociale di comportamenti violenti sulle donne ancora troppo alto. Pertanto se è vero che donne e uomini sperimentano percorsi diversi nei differenti ambiti della loro vita (famiglia, scuola, lavoro, abitazione, associazionismo/relazioni), l’attenzione delle politiche dovrebbe concentrarsi sulle specificità per sesso/genere di questi percorsi al fine di ridurre il gap di salute tra uomini e donne.

La dimostrazione della intersectorialità dei determinanti della salute comporta che il tema delle disuguaglianze rappresenta una responsabilità di cui si deve far carico sia il mondo sanitario che quello extra sanitario.

In tale ottica le priorità che il SSR si pone sono:

- promuovere ed implementare costantemente azioni congiunte e coordinate tra il settore sanitario e i settori non sanitari che devono riguardare tutte le politiche ai vari livelli di governo (in particolare ambienti di vita, abitazione, lavoro, istruzione/formazione, trasporti) attraverso un approccio life-course;
- garantire l’equità nelle cure, mediante la riduzione delle “differenze” nell’accesso ai servizi per evitare di praticare discriminazioni, tra cui quelle etniche e quelle di sesso/genere, in termini di accesso ai servizi e di qualità dell’assistenza.

In altre parole è necessario che i servizi si rimodellino per essere in grado di rispondere ai differenti bisogni di salute mediante interventi specifici e relativa allocazione delle risorse a favore dei gruppi con maggiori necessità che sono quelli più a rischio. L’istituzione del Garante per il diritto alla salute può rappresentare un importante strumento di rafforzamento della tutela dei cittadini.

Inoltre l’equità così come l’accessibilità attiene anche alla trasparenza in termini di servizi offerti per un più facile raggiungimento degli stessi da parte dei cittadini per una loro scelta consapevole con il riconoscimento di paziente esperto decisore delle sue cure.

Infine equità si interseca con la “resilienza”, la capacità del sistema di sapersi adattare ai rapidi cambiamenti e alla crescente complessità dei sistemi; in particolare quando il cambiamento viene imposto da fattori esterni di natura socio economica o per calamità naturali sviluppando la capacità di far fronte alle grandi sfide con risorse limitate.

4.5. PERSEGUIMENTO DELLA SOSTENIBILITÀ DEL SISTEMA

La sostenibilità del sistema sanitario viene spesso intesa esclusivamente come il risultato dell'uso efficiente delle risorse finanziarie disponibili - comunitarie, statali, regionali - a copertura del fabbisogno sanitario, nel rispetto dell'equilibrio economico.

In realtà, la sostenibilità non è solo un problema economico di disponibilità delle risorse, bensì concerne il soddisfacimento dell'effettivo bisogno di salute della popolazione nelle sue varie manifestazioni da garantire attraverso una efficiente ed efficace allocazione delle risorse disponibili. L'articolo 32 della Costituzione tutela il diritto alla salute delle persone e la legge istitutiva del SSN stabilisce l'obiettivo della promozione, mantenimento e recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione, introducendo i principi di universalità, equità e solidarietà del SSN. Tali principi non stabiliscono che vi può essere un accesso e un utilizzo indiscriminato delle prestazioni e dei servizi sanitari da parte di tutti, bensì che ciascun cittadino ha il diritto di ottenere prestazioni di cura secondo l'effettiva necessità e bisogno. Di conseguenza, la sostenibilità del sistema sanitario regionale non deve riguardare solo il modo in cui è possibile contenere le spese, bensì diventa uno sforzo collettivo per garantire realmente a tutti il diritto alla salute, cioè di ricevere le migliori cure in ragione delle specifiche esigenze, purché venga affrontata la ricerca di risoluzione delle principali criticità che rischiano, in generale, di mettere in discussione la reale sostenibilità della sanità nazionale e, in particolare, quella marchigiana.

In questo senso, l'obiettivo della sostenibilità è strettamente collegato al raggiungimento degli altri obiettivi strategici indicati dal presente Piano, nonché ad un mirato e sistematico ricorso alle direttrici trasversali di sviluppo che devono concorrere a rendere efficiente ed efficace il consolidamento del sistema in tutte le sue dimensioni.

L'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle situazioni di cronicità rappresentano lo scenario in cui si andrà evolvendo la società e a cui si dovrà adeguare il sistema sanitario. Al contempo, negli ultimi anni si è verificata la riduzione e/o mancata crescita del finanziamento della sanità, con una riduzione in percentuale sul PIL complessivo. Questo ha comportato la necessità di rivedere le politiche di spesa adottate da ciascuna Regione, anche per tenere conto dei vincoli sempre più stringenti imposti dal livello nazionale.

Il ricorso al solo contenimento della spesa d'altra parte può produrre effetti preoccupanti nel funzionamento dei servizi di assistenza ai cittadini con il risultato di aumentare le disuguaglianze. In questo senso, e in continuità con le politiche precedenti, è indispensabile agire su tutti i fronti del sistema sanitario al fine di recuperare le risorse necessarie a mantenere la qualità e l'equità di servizi e trattamenti di cura.

Per garantire la sostenibilità è allora necessario superare le principali criticità che rendono inefficiente e inefficace il sistema, e che contribuiscono a ridurre le risorse necessarie per coprire l'effettivo fabbisogno di salute dei cittadini e a produrre sprechi e inefficienze:

- un ricorso disomogeneo e variabile nell'utilizzo di servizi e prestazioni, che può comportare un inefficace esito della prestazione se non addirittura il mancato accesso all'assistenza, dovuto a diversi fattori quali la non omogenea presenza sul territorio di servizi di erogazione, la distanza da domicilio del paziente, fattori economici o culturali, ecc.;
- l'inadeguato coordinamento dell'assistenza, all'interno di un'unica struttura (tra reparti, tra P.S. e reparto e servizi diagnostici) o tra strutture diverse (servizi territoriali e ospedalieri), per mancanza di percorsi standard, di scarsa comunicazione, per differenti valutazioni clinico assistenziali;
- l'eccessiva medicalizzazione nei termini di utilizzo improprio di diagnostica e trattamenti; sovra utilizzo di prestazioni inappropriate (p.es. prestazioni diagnostiche, visite, farmaci, interventi terapeutici), dovute a varie cause tra cui forme di medicina difensiva, eccessiva pressione e aspettativa del paziente, incentivazione della produzione e non della appropriatezza;

- il sottoutilizzo di servizi e prestazioni anche in relazione al mancato accesso all'assistenza; prestazioni non prescritte e/o erogate per carenze strutturali, tecnologiche, organizzative e/o professionali (p.es. sottoimpiego di apparecchiature diagnostiche), nonché mancata compliance del paziente (come il mancato rispetto dell'appuntamento, non condivisione e/o non esecuzione delle prescrizioni terapeutiche, altre ragioni di carattere economico, culturale, ecc.);
- il ricorso non adeguato alle misure di prevenzione, dall'assunzione di adeguati stili di vita all'adesione alle campagne di screening diagnostici o al ricorso alle vaccinazioni obbligatorie o facoltative;
- la presenza di sprechi nella gestione e nell'utilizzo di beni e servizi in termini di uso eccessivo o inappropriato o, all'opposto, di eliminazione di prodotti non utilizzati;
- l'eccesso di esternalizzazione dei servizi, da ridurre al fine di garantire vere economicità, efficienza e reale trasparenza nei confronti dell'utenza.

Le linee di azione per contrastare le criticità che minano la sostenibilità del sistema, passano attraverso specifiche linee di intervento e sviluppo:

- orientare le azioni verso il riequilibrio della spesa per macro livello assistenziale (prevenzione, distrettuale, ospedaliera) nel rispetto delle quote percentuali previste dalla normativa vigente;
- introduzione di nuovi modelli organizzativi per l'integrazione e il coordinamento (negli aspetti clinico sanitari e amministrativo-tecnico-logistici), al fine di riorganizzare l'attività e le diverse funzioni sanitarie in termini di concentrazione e differenziazione di servizi e prestazioni;
- standardizzazione dei processi e riduzione degli sprechi, anche nella logica del "lean management", al fine di aumentare, tramite la valorizzazione dei professionisti, il valore percepito dall'utente finale;
- investimenti di riqualificazione e adeguamento strutturale, a salvaguardia della sicurezza di operatori e pazienti, nonché per consolidare e potenziare gli snodi della rete diffusa dei servizi sanitari sul territorio;
- governo dei LEA nei termini di monitoraggio e verifica della loro uniforme, appropriata ed efficiente applicazione;
- formazione degli operatori sanitari sulle modalità di gestione e sul corretto utilizzo delle risorse disponibili;
- informatizzazione e digitalizzazione di tutte le fasi dei processi tecnico-amministrativi e dei percorsi diagnostico terapeutici;
- rapporti con il privato convenzionato secondo regole chiare di committenza e come integrazione al sistema pubblico per la garanzia della copertura del fabbisogno;
- utilizzo delle competenze del privato sociale e terzo settore per lo sviluppo di progettazioni integrate per il raggiungimento degli obiettivi comuni di pubblico servizio;
- *compliance* del paziente, facilitata da una maggiore comunicazione, coinvolgimento e partecipazione nella definizione dei percorsi di cura e delle connesse responsabilità;
- eventuale ricorso a forme di "sanità integrativa", intesa come finanziamento "di terzi" in termini di fondi, assicurazioni, forme di welfare adottate da singole aziende, ecc., non in forma sostitutiva del SSR, e purché governata da specifiche indicazioni normative di carattere nazionale e regionale e in misura coerente con le necessità della popolazione;
- adozione di misure anti spreco e anti corruzione, secondo le indicazioni formulate dalla legislazione nazionale e dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC);
- stabilizzazione del precariato in sanità tramite anche la re-internalizzazione di alcuni servizi;
- particolare attenzione al completamento dell'attuazione della l.r. 3/2013, concernente "Interventi regionali per il recupero, la restituzione e la donazione ai fini del riutilizzo di medicinali in corso di validità".

La sostenibilità della sanità è da ricercare nella sua capacità di essere un efficiente settore di produzione, in cui sono coinvolti migliaia di operatori e utenti e che, in quanto tale, non deve essere considerato il luogo dove

risparmiare risorse, bensì deve diventare il volano per forme di sviluppo e di crescita sia in termini di salute e benessere dei cittadini sia nell'occupazione, nella ricerca e nell'innovazione.

5 LE DIRETTRICI TRASVERSALI DI SVILUPPO

La transizione demografica, epidemiologica e sociale e la crisi economica che hanno caratterizzato questi ultimi anni richiedono risposte nuove ai nuovi bisogni di salute attraverso un sostanziale ripensamento organizzativo dell'assistenza sanitaria nelle sue molteplici componenti, dimensioni, specializzazioni ed ambiti di intervento. Negli anni peggiori della crisi con la riduzione del fondo sanitario e la *"spending review"* la Regione ha potuto contare sullo spirito di sacrificio e sull'etica dei tanti professionisti che hanno dato del loro meglio per garantire la salute ai cittadini.

In questo panorama il nuovo contesto regionale in cui ben tre province su 5 sono state colpite in maniera significativa dal sisma, che costringe a politiche economiche, di contesto e salute maggiormente sfidanti, porta ad un'ulteriore complessità della domanda e quindi delle risposte da mettere in campo.

Le principali traiettorie su cui si sviluppa il presente Piano Socio Sanitario Regionale sono relative:

- allo sviluppo della presa in carico copartecipata da parte del paziente che diviene centro del fabbisogno e contemporaneamente soggetto che concorre allo sviluppo del piano di prevenzione, del piano di cura ecc.;
- al superamento concettuale dell'ospedale come unico luogo di cura qualificato attraverso la riqualificazione delle strutture presenti nel territorio, anche grazie alle nuove regole determinate dai nuovi manuali di autorizzazione ed accreditamento istituzionale.

Grazie alla DGR 139/2016 la frammentazione delle strutture ospedaliere si è finalmente ridotta, consentendo contestualmente lo sviluppo degli Ospedali di Comunità, strutture dedicate alla fragilità e a coprire una parte di risposte per pazienti da seguire non più in ospedale, in lungodegenza o riabilitazione e tuttavia non ancora gestibili a domicilio e contestualmente non adeguati per alcune tipologie di strutture residenziali (RSA, RP, ecc.). La distribuzione degli Ospedali di Comunità tuttavia non ha ancora una definizione territoriale che ne garantisca piena accessibilità ed equità su tutto il territorio regionale; lo stesso accade per le Case della Salute di tipo A e tipo B.

La consapevolezza che il cittadino debba trovare, quando possibile, all'interno o nelle vicinanze della propria dimora la miglior collocazione, soprattutto quando l'assistenza non necessita di livelli impegnativi e di alta complessità, cioè quando è il *"Take Care"* e non l'*"High Care"* che determina la qualità assistenziale, ha indotto la Regione a sperimentare forme di miglioramento assistenziale con lo sviluppo delle Cure Intermedie (CI). Le Cure Intermedie costituiscono una residenzialità che garantisce un livello assistenziale adeguato ai pazienti che, per varie situazioni non possono trovare la giusta collocazione nel proprio domicilio, ma che rimane fortemente radicata nel territorio. Ovviamente lo sviluppo dell'Assistenza Domiciliare, delle Cure Intermedie, dell'accoglienza residenziale e semiresidenziale extraospedaliera, sociosanitaria e sociale, dovrà avvenire nel rispetto della garanzia della qualità del percorso di cura dell'assistito che verrà accompagnato attraverso i PDTA a lui dedicati in sintonia con lo sviluppo della continuità assistenziale.

I servizi di telemedicina possono rappresentare, in questo senso, una parte integrante del ridisegno strutturale ed organizzativo della rete assistenziale sanitaria e sociosanitaria del territorio regionale.

Risulta quindi necessario adeguare l'organizzazione sanitaria e sociosanitaria, ricollocando il ruolo centrale per la gestione del paziente nel territorio, da cui il paziente proviene e a cui torna dopo eventuali percorsi assistenziali ospedalieri, rivedendo l'intera filiera dei servizi, secondo il criterio dell'integrazione delle cure primarie con quelle intermedie e con l'assistenza ospedaliera. A tal fine si deve ridefinire l'assetto organizzativo strutturale e funzionale del Territorio.

L'assistenza primaria rappresenta il punto centrale dei processi assistenziali, con forti collegamenti con il resto del sistema e per realizzare questo obiettivo occorre che si strutturi un nuovo concetto di Distretto.

Lo spostamento dall'ospedale al territorio dell'asse portante degli interventi sanitari e sociosanitari, previsto dal presente Piano Sanitario Sociosanitario Regionale comporterà, necessariamente, la promozione del Distretto Sanitario come luogo di organizzazione delle risposte territoriali, riqualificandolo nel suo ruolo di valutazione dei bisogni individuali e collettivi, garantendogli una funzione di committenza chiara e valutabile, rafforzando la responsabilità e la gestione delle attività di integrazione sociosanitaria con la collaborazione sempre più strutturale e costante con gli Ambiti Territoriali Sociali. Il Distretto Sanitario, grazie al lavoro in team di professionisti che condividono strumenti di valutazione, consente equità di accesso su tutto il territorio e migliora in maniera significativa la valutazione dei fabbisogni. A tal fine risulta imprescindibile l'approccio onnicomprensivo alla persona proprio della "Medicina di famiglia" (Medici di Medicina Generale (MMG) e dei Pediatri di Libera Scelta (PLS), con l'univocità del rapporto di fiducia medico-paziente che la caratterizza e la sua capillare diffusione sul territorio e la modalità ordinaria "on demand" (medicina di attesa) di organizzazione del lavoro per dare risposte al cittadino quando esprime il suo bisogno di salute.

Gli obiettivi strategici, che si devono tradurre in obiettivi specifici nelle diverse aree di intervento, sono quindi raggiungibili ricorrendo in modo trasversale a specifiche direttrici di sviluppo tra loro interconnesse e che caratterizzano l'insieme di azioni, criteri e strumenti necessari a determinare lo sviluppo e la crescita del SSR in tutte le sue dimensioni e sfaccettature.



5.1. PARTECIPAZIONE, RESPONSABILITÀ E TRASPARENZA

Il coinvolgimento di tutti gli interlocutori che possono partecipare ai processi decisionali, di gestione del cambiamento e di diffusione delle conoscenze, rappresenta un passaggio fondamentale nel percorso di sviluppo e consolidamento della sanità.

La partecipazione è un processo attivo in cui tutti i partecipanti devono avere, in ragione del proprio ruolo, la possibilità di influenzare in maniera significativa le decisioni. Una reale partecipazione implica condivisione del potere di decisione nonché assunzione di responsabilità.

La cultura della condivisione nasce dalla capacità di definire con chiarezza i ruoli e le responsabilità in un percorso di funzionamento, con il contributo dei diversi interlocutori, in particolare operatori e utenti.

Perché vi sia un'influenza da parte del paziente/cittadino occorre che il livello di partecipazione sia alto, che il paziente/cittadino sia coinvolto nell'intero processo di decisione e non sia chiamato a dare un parere su un singolo passaggio, deciso e attuato da altri.

Il processo di consultazione non può prescindere da trasparenza e apertura nelle procedure di decisione, a partire da quelle che, nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 3, comma 3, della l.r. 13/2003, in ottica negoziale con le OO.SS. maggiormente rappresentative, riguardano il raccordo tra politiche occupazionali, gestione del personale ed assetto dei servizi sanitari e socio-sanitari. I servizi devono nascere dal contributo dei pazienti, ma questi ultimi devono avere fiducia nelle istituzioni e negli operatori. È necessario che i pazienti non sottovalutino la complessità e l'incertezza che caratterizzano l'attività medico sanitaria, preparandosi adeguatamente al coinvolgimento che intendono promuovere o al quale sono chiamati. La presenza dei Comitati di partecipazione alla tutela della salute, di cui all'articolo 24 della l.r. 13/2003, nell'ambito degli enti del SSR svolge su questi temi un ruolo di primaria importanza.

Un percorso di sviluppo di tal senso richiede, in ogni caso, l'accettazione sia da parte dei pazienti sia degli operatori coinvolti, nella scelta degli strumenti da utilizzare e dei percorsi da seguire.

Coinvolgere i pazienti e ascoltare il loro punto di vista può essere centrale per il miglioramento dei servizi sanitari: questo richiede un consistente sforzo organizzativo, poiché richiede che vi sia tempo sufficiente per l'ascolto e la consultazione, che non vi siano carenze di rappresentatività, che sia possibile raggiungere anche le fasce marginali della popolazione. Infatti, spesso proprio dove sono presenti le disuguaglianze, e quindi dove ci sarebbe più bisogno di partecipazione, la partecipazione è debole e l'ascolto risulta più difficile.

La forte richiesta di trasparenza e di apertura proveniente dai cittadini può derivare da diversi fattori di carattere soggettivo e oggettivo, quali l'assenza di conoscenza ed esperienza tecnico-professionale, una comunicazione carente o un mancato accesso alle informazioni, la richiesta di sostegni economici, processi e percorsi di cura non sempre chiari e trasparenti, lo stress fisico o emotivo legato al perdurare di pesanti procedure diagnostiche terapeutiche, che producono la sensazione di ricevere minore considerazione.

Ne consegue, al fine di rendere concreta e diffusa la condizione della partecipazione, la necessità di sviluppare le principali dimensioni che ne tracciano i contenuti e che riguardano la comunicazione e l'informazione, l'accesso alla documentazione, la formazione.

La comunicazione è un fattore centrale per ogni processo di partecipazione: è necessario comunicare chiaramente gli obiettivi di sistema, le regole procedurali, la relazione fra la consultazione e le decisioni prese, l'uso che sarà fatto della informazione, quanto le decisioni siano negoziabili e il grado di conoscenze necessario per poter partecipare in modo efficace ai processi di miglioramento.

L'informazione è indispensabile sia per gli operatori direttamente coinvolti nei processi di lavoro, sia per gli utenti che con loro interagiscono. Il cittadino coinvolto può essere informato tramite diversi strumenti, dall'accesso a internet al mailing personalizzato, con particolare attenzione al fatto che l'informazione sia qualificata, eviti conflitti di interesse, sia presentata con chiarezza, onestà e integrità, preferibilmente da parte di facilitatori neutrali, includa e valuti il punto di vista di tutti i partecipanti, contribuisca a fare chiarezza e non confusione nelle persone che non hanno dimestichezza con i temi trattati, con un linguaggio che favorisca l'accesso da parte di tutti i cittadini.

L'accesso alla documentazione deve avvenire ai sensi della normativa vigente di massima trasparenza nonché di rispetto della privacy.

La formazione gioca un ruolo di enorme importanza, al fine di creare nuove esperienze di coinvolgimento che tengano conto di esperienze di partecipazione svolte e valutate da altri, per applicare metodologie sperimentate e validate. La Formazione deve riguardare non solo gli operatori ma anche i cittadini attraverso le organizzazioni che li rappresentano e i comitati di partecipazione aziendale: programmi di formazione per offrire ai pazienti e ai cittadini coinvolti strumenti di conoscenza e autostima, conoscenza dei servizi, delle

regole che li governano, dei diversi livelli di responsabilità. In questo ambito, lo sviluppo del *Family learning* costituisce un percorso virtuoso da intraprendere.

Tra i principali strumenti che è necessario introdurre e sviluppare per dare concretezza agli elementi indicati, si evidenziano:

- l'omogeneizzazione della Carta dei servizi quale principale strumento di comunicazione e informazione tra le aziende e i cittadini, con la precisa esplicitazione di tutti i contenuti previsti dalle linee guida nazionali, concernenti, oltre l'organizzazione dei servizi, i programmi e gli standard di qualità nonché i meccanismi di verifica e tutela;
- l'introduzione di strumenti di monitoraggio e di misurazione della performance, a tutti i livelli istituzionali regionale e aziendali e per le diverse fasi operative, con l'individuazione di specifici meccanismi di verifica condivisa e la più ampia diffusione dei risultati;
- la qualificazione e valorizzazione delle informazioni in termini di completezza, tempestività e fruibilità mediante il miglioramento e la diffusione attraverso i principali canali di comunicazione, in particolare i siti web istituzionali, anche ricorrendo a metodi di confronto partecipativi.

Poiché le attività di *Comunicazione e informazione* sono strumenti indispensabili per il sostegno, la promozione e lo sviluppo di *empowerment* individuale sui temi di qualità e appropriatezza dei servizi, di accessibilità e prossimità, e di supporto alle situazioni di fragilità e cronicità, è da riqualificare l'importante funzione aziendale svolta dagli Uffici di comunicazione e informazione e di Relazione con il Pubblico (URP), che fino ad oggi ha avuto uno sviluppo assai disomogeneo e sporadico, legato esclusivamente alle diverse "sensibilità" espresse delle Direzioni aziendali che si sono avvicendate nelle aziende della Regione, senza specifiche indicazioni strategiche. Ciò ha determinato nel tempo un impoverimento di risorse umane e materiali, riducendo molto spesso il ruolo degli URP a quello di mero "sportello reclami".

La Regione, attraverso linee di indirizzo generali, fornisce indicazioni generali per l'organizzazione e il coordinamento delle attività da affidare ai Servizi di Comunicazione e informazione aziendali, per lo svolgimento di un ruolo propulsivo e di guida per le Aziende, e di coordinamento per le campagne di comunicazione a valenza regionale e di area vasta, anche ricorrendo a nuovi profili professionali in sanità, riguardanti in particolare le attività di comunicazione e informazione tradizionalmente affidate agli URP.

Nell'ambito della partecipazione, è inoltre importante evidenziare l'aspetto del Volontariato in Sanità nella nostra Regione, risorsa che gioca un ruolo fondamentale sia in ambito ospedaliero sia nel territorio: dalla presenza capillare dei volontari in corsia, alle realtà che operano con un ruolo da protagonista nella deospedalizzazione, fino a chi è quotidianamente al fianco delle disabilità e delle fragilità gravi.

5.2. RAFFORZAMENTO DELLA SANITÀ PUBBLICA

Per assicurare un'adeguata risposta ai bisogni di salute della comunità ed evitare che, nell'ambito sanitario, crescano le disuguaglianze, è necessario accrescere la qualità e l'efficienza del servizio sanitario pubblico. Ciò richiede investimenti tecnologici e in termini di risorse umane.

5.3. CONSOLIDAMENTO DELL'ASSETTO ISTITUZIONALE

L'obiettivo del consolidamento dell'assetto istituzionale del SSR marchigiano da perseguire con il presente Piano va inteso nel senso del rafforzamento delle funzioni di coordinamento, a tutti i livelli istituzionali, per lo

svolgimento delle azioni di governo e indirizzo, programmazione, monitoraggio e controllo, nonché attraverso il completamento dell'integrazione tra i diversi attori, pubblici e non, che lo compongono. In questa prospettiva potrà essere utile anche una "rivisitazione" degli assetti istituzionali che, in questi anni, hanno reso complicata la già complessa gestione delle politiche per la salute, sia nell'ambito della "sanità" che in quello dei "servizi sociali".

Le piste principali di intervento del Piano nell'ambito dell'assetto istituzionale riguarderanno:

● per quanto riguarda gli organi di governo e indirizzo:

- il consolidamento della comunicazione tra il Servizio Sanità della Giunta regionale ed il Consiglio regionale, con particolare riferimento all'attività della Commissione assembleare competente, per favorire la conoscenza, il confronto e la consapevolezza degli atti sugli interventi ed i servizi per la salute, assicurando il rapporto informativo che comprenderà la determinazione degli stanziamenti da destinare al Servizio sanitario regionale e dei budget dei singoli enti del Servizio sanitario stesso. A tal fine i consiglieri regionali possono accedere ai sistemi informativi degli enti medesimi concernenti la gestione del bilancio, nonché ai dati e alle informazioni relativi agli adempimenti posti a carico della Regione dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, nonché agli adempimenti previsti da intese successive;
- il rafforzamento del Servizio Sanità in termini di risorse umane e professionali per poter rispondere in modo sempre più adeguato ai bisogni crescenti, insieme al consolidamento dell'Agenzia Regionale Sanitaria, organo tecnico autonomo, per il supporto alle attività di programmazione, monitoraggio e controllo;
- l'individuazione e l'applicazione di modalità di raccordo sistematiche e coerenti tra il Servizio Sanità ed il Servizio Politiche sociali e sport, con particolare riferimento alle tematiche afferenti l'interazione sociale e sanitaria;
- il mantenimento e l'ulteriore qualificazione del Coordinamento degli Enti, coordinato dal Servizio Sanità, come fondamentale snodo per la traduzione operativa degli indirizzi strategici;
- il rafforzamento delle competenze della Conferenza dei Sindaci di Area Vasta con una modifica della l.r. 13/2003 che prevede che la Conferenza dei Sindaci di Area Vasta sia convocata almeno cinque volte l'anno per la rendicontazione dell'attività svolta nell'Area, per l'esame di proposte di competenza della Giunta e del Consiglio regionale, per la presa visione del bilancio dell'Area Vasta e l'espressione di pareri obbligatori sulle principali materie di programmazione da individuare con legge;
- l'interlocuzione continuativa con le principali OO.SS.;

● per quanto riguarda i diversi livelli gestionali:

- l'analisi delle attività delle Aziende Ospedaliere e l'INRCA, nonché dei Presidi Unici di Area Vasta e l'indicazione delle direttrici di miglioramento delle attività di ricovero e specialistica e funzioni di urgenza-emergenza con il completamento della struttura delle reti, a partire dalle tempo-dipendenti, in coerenza con gli atti programmatici nazionali e con l'obiettivo di consolidare e sviluppare le forme di eccellenza già presenti nel sistema, anche mediante l'introduzione di nuovi modelli organizzativi;
- la maggiore caratterizzazione e qualificazione dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale come azienda del livello territoriale, articolata in Distretti Sanitari, per il governo della domanda attraverso il coordinamento e la gestione delle funzioni di prevenzione, assistenza primaria e socio-sanitaria, in gestione diretta e con attività di committenza pubblica e privata; in questa prospettiva si consoliderà il monitoraggio dell'attività degli ospedali territoriali dell'ASUR e lo sviluppo di modelli innovativi; al riguardo occorre rivalutare, attraverso la revisione della l.r. 13/2003, il ruolo dell'ASUR e la sua organizzazione interna in una visione di maggiore efficacia ed efficienza del funzionamento della sanità regionale;

- una osservazione costante ed un aggiornamento permanente del ruolo e delle funzioni dei Distretti Sanitari che sono lo snodo centrale di coordinamento delle attività e dell'integrazione tra le funzioni territoriale e ospedaliera (Cure domiciliari, Cure intermedie, Ospedali di comunità, Case della Salute) e di raccordo funzionale con i Dipartimenti ASUR per la Prevenzione, la Salute mentale e le Dipendenze patologiche;
- la messa a regime e l'aggiornamento della DGR 110/15 sull'integrazione sociale e sanitaria, eseguendo un'accurata analisi dei punti critici mostrati da ciascun sistema, finalizzata alla soluzione degli stessi, per giungere velocemente alla coincidenza territoriale tra Distretti Sanitari ed Ambiti Territoriali Sociali;
- la messa a regime delle necessarie modifiche amministrative, organizzative e gestionali delle situazioni di urgenza ed emergenza, anche attraverso la costituzione di una funzione regionale dell'Emergenza Urgenza, capace di garantire il coordinamento delle funzioni territoriali e ospedaliere e la gestione dei mezzi di soccorso.

● per gli strumenti della programmazione sanitaria e sociosanitaria:

- i riferimenti unitari e indicazioni operative correlate tra il presente Piano Socio Sanitario Regionale ed il Piano Sociale Regionale di cui alla l.r. 32/2014 "Sistema regionale integrato dei servizi sociali a tutela della persona e della famiglia";
- i necessari aggiornamenti del Piano regionale Prevenzione, degli Atti aziendali, dei Piani aziendali, dei Piani attuativi territoriali... per renderli coerenti con le indicazioni del Piano Socio Sanitario Regionale;
- l'attivazione, presso il Servizio Sanità, di un tavolo di monitoraggio con gli Enti del SSR e le OO.SS. avente ad oggetto le politiche occupazionali, anche in relazione agli effetti derivanti dal D.M. 70/2015, nonché alla valutazione del fabbisogno di personale e correlate previsioni occupazionali necessarie alla garanzia dei LEA, con specifica attenzione ai servizi e alle strutture territoriali.

Il Piano Socio Sanitario Regionale, nell'ambito del consolidamento dell'assetto istituzionale, individuerà gli strumenti più adeguati per un miglior esercizio della *governance* con il coinvolgimento delle organizzazioni di rappresentanza dei sindacati dei lavoratori, dei Comitati di Partecipazione di cui all'articolo 24 della legge regionale 13/2003, dell'associazionismo dei cittadini e del mondo del volontariato, per il rafforzamento del ruolo del sistema pubblico, anche nella sua funzione di committenza nei confronti del privato convenzionato.

5.4. INTEGRAZIONE ORGANIZZATIVA

Il concetto di integrazione, inserito nel titolo stesso del presente Piano per sottolinearne l'importanza, ha la caratteristica di attraversare gran parte delle diverse dimensioni operative del SSR. Nello specifico, l'integrazione organizzativa rappresenta una sfida importante per la sanità nella Regione Marche perché i sistemi sanitari detengono il primato della complessità organizzativa: le molteplici, diverse e, per certi versi, crescenti attività, competenze, professionalità, procedure di interventi e servizi per la salute rendono difficile il mantenimento di una visione e di una gestione unitaria del sistema salute; i rischi di frammentazione e autoreferenzialità di "sottosistemi" più o meno ampi sono grandi.

La Regione provvede alla gestione del proprio sistema sanitario pubblico mediante personale dedicato, limitando il più possibile il ricorso a strutture private, a cui vengono convenzionati servizi integrativi specifici, per tempi limitati e sotto stretto controllo regionale.

L'integrazione organizzativa deve riguardare la capacità di coinvolgere, nei diversi processi, aree governate da strutture e uffici diversi, sia a livello regionale che territoriale, e che di fatto impattano congiuntamente sulla salute del cittadino (ambiente, scuola, ecc.).

Gli impianti organizzativi presenti ed i modelli di riferimento unitamente ai processi sociali e lavorativi che li caratterizzano con questo Piano saranno oggetto di costante osservazione e controllo per raccordare i pur necessari livelli di discrezionalità organizzativa con le indispensabili sinergie e coerenze di sistema per qualificare la loro logica strutturale e l'operatività. Coerentemente con la direttrice del consolidamento dell'assetto istituzionale le "aree" di azione saranno: gli organi di governo e indirizzo, i diversi livelli gestionali, gli strumenti della programmazione sanitaria e sociosanitaria.

Questo processo si caratterizzerà per la dimensione partecipativa, coinvolgendo sia gli operatori sanitari e sociosanitari pubblici e privati che le formazioni sociali e le forme di associazione dei cittadini, finalizzata alla diagnosi, all'aggiornamento e alla eventuale riprogettazione di impianti organizzativi complessi, a partire dall'analisi delle situazioni reali presenti nei diversi territori e nei diversi ambiti sanitari; individuando i fattori di successo da valorizzare ed estendere in altri contesti operativi e territoriali; sperimentando e verificando modalità diverse di organizzare il lavoro e le risposte ai bisogni di salute dei cittadini.

Un elemento importante della capacità di risposta ai bisogni dei cittadini in cui gioca un ruolo fondamentale l'integrazione organizzativa è la creazione della Centrale Unica di Risposta (CUR) e l'istituzione del NUE 112 secondo quanto previsto dalle normative Europee e Nazionali, al fine di interfacciare in modalità integrata le centrali operative di secondo livello (118, VVF, Polizia, Carabinieri), permettendo a tutte le attuali centrali operative esistenti, il mantenimento dell'attuale gestione e lasciando alla CUR i compiti primari di ricezione e coordinamento in quanto centrale di primo livello. Al fine di consolidare il servizio di continuità assistenziale, si prevede inoltre l'attivazione del numero 116117 per l'accesso alle cure mediche non urgenti e ad altri servizi sanitari. Non verrà comunque ridotta e sarà mantenuta invariata, per la durata del Piano stesso, la localizzazione e funzionalità degli attuali punti di continuità assistenziale (guardia medica).

L'integrazione organizzativa passa anche, necessariamente e conseguentemente, attraverso il potenziamento del territorio con l'incremento di servizi diffusi e differenziati. Per realizzare questa dimensione i riferimenti generali che orienteranno gli interventi previsti nel presente Piano Sanitario Sociosanitario Regionale sono: la messa a regime della l.r. 21/2016 "Autorizzazioni e accreditamento istituzionale delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati e disciplina degli accordi contrattuali delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati"; il collegato regolamento regionale n. 1/2018 che potrà essere aggiornato in relazione alla necessità di prevedere "nuovi" servizi o percorsi di intervento da autorizzare; la DGR 1105/17 dell'Atto di fabbisogno con il mantenimento dei principi di riequilibrio territoriale, il miglioramento dell'analisi dei bisogni di salute, la qualificazione dei criteri di allocazione territoriale dei servizi.

L'integrazione organizzativa comporta inoltre che la componente economico-finanziaria si strutturi, si consolidi ed evolva fino a prevedere una integrazione dei fondi, verso il budget sanitario assistenziale personalizzato già auspicato da diversi documenti regionali, in maniera tale che, pur mantenendo la specificità dei finanziamenti nazionali, sia possibile co-progettare azioni efficaci integrate tra sociale e sanitario, tra sanitario e sanitario ed anche con i servizi già esistenti di organismi diversi, nel campo del terzo settore e del privato sociale accreditato.

Il Distretto deve essere valorizzato per consentire che quello sia l'ambito ove si valuta il fabbisogno e la domanda di salute della popolazione di riferimento, e dove si tutela e programma la risposta assistenziale con un ruolo di *governance* orientata e *problem solving*. Le attività sanitarie e socio sanitarie territoriali integrate sono affidate, come previsto dalla legge 189/2012 (cosiddetta "Legge Balduzzi"), alle varie figure professionali del Territorio, possibilmente operanti in team, che realizzano una presa in carico "*over time*", raccordandosi di volta in volta con le strutture ospedaliere ed i diversi *setting* assistenziali territoriali. Per rinforzare il ruolo del Distretto Sanitario è necessario: potenziare e consolidare le forme di collaborazione ed integrazione con figure centrali quali il Medico di Medicina Generale (MMG), il Pediatra di Libera Scelta (PLS), il *Farmacista* e gli Specialisti che, soprattutto per le persone fragili ed in situazione di fragilità, spesso rappresentano il primo

accesso alla rete dei servizi sanitari e sociosanitari, oltre ad essere essi stessi i primi responsabili della “presa in carico”; valorizzare le diverse figure professionali presenti, a partire dallo sviluppo delle funzioni del personale infermieristico nell’ambito della gestione attiva delle patologie croniche, delle figure dell’assistente sociale e dello psicologo ormai imprescindibili nelle condizioni di criticità e non solo. Sperimentazioni che prevedono un miglior utilizzo del personale infermieristico e degli assistenti sociali, già attive nel territorio regionale e che hanno dimostrato una buona capacità di risposta ai bisogni assistenziali realizzando spazi di medicina proattiva con lo sviluppo degli Ambulatori Avanzati. Tali forme assistenziali dovranno trovare compiuta realizzazione nell’ambito del nuovo PSSR. A queste si affiancano le dimensioni di sviluppo delle Case della Salute tipo A, B e C/Ospedali di Comunità per consentire di attivare modalità di cura ravvicinate utilizzando in via rapida, qualora necessario diagnostica qualificata e vicina al cittadino. Si affiancano, inoltre, il massimo utilizzo delle strutture esistenti, in particolare degli Ospedali di Comunità, e immobili dismessi da precedenti servizi anche con convenzioni con il privato, per l’erogazione di servizi già esistenti o di nuovi sia per acuti che per la post-acuzie, riabilitazione e diagnostica. In particolare creando presso gli Ospedali di Comunità una rete di emergenza con punti di intervento dotati di personale proprio.

Per quanto riguarda il ruolo del *Privato*, il dettato costituzionale che affida alle regioni la decisione in ordine alla distribuzione delle funzioni nella potestà concorrente Stato-Regioni sulla tutela della salute viene declinato nella Regione Marche con il mantenimento della titolarità della funzione di programmazione, ancorché partecipata, e con la prevalente funzione di gestione diretta del servizio e dell’erogazione delle prestazioni, integrata da un ruolo di regolatore e di finanziatore di servizi gestiti dal privato, nel rispetto della parità tra gli operatori, pubblici e privati, con implicazioni sulla concorrenza e sulla libertà di scelta dell’utente.

Attraverso la definizione dei requisiti per l’autorizzazione, l’accreditamento e gli accordi contrattuali la Regione Marche stabilisce gli equilibri nella distribuzione dell’offerta pubblica e della presenza privata all’interno del servizio pubblico, individuando una funzione sostanzialmente complementare per il settore privato, rispetto a settori e a ambiti di intervento determinati dalla necessaria armonizzazione della programmazione pubblica.

La stessa articolazione del privato che opera nel settore sanitario, tra soggetti “no profit” ed altri “for profit”, è oggetto di attenzione da parte della Regione Marche che, necessariamente, mira a valorizzare il contributo dei soggetti gestori che hanno fini solidaristici e comunque governando il percorso di affidamento dei servizi (con particolare attenzione agli interventi sanitari e sociosanitari) per evitare l’assegnazione al massimo ribasso o al minimo costo, privilegiando la presenza di criteri di qualità e l’affidamento di “servizi compiuti”, con specifici obiettivi e indicatori di risultato, soprattutto nei servizi rivolti direttamente alle persone. Su questo specifico argomento la Regione Marche intende predisporre e approvare linee guida con criteri unificanti e cogenti per l’intero territorio regionale, sia del comparto sanitario che sociosanitario.

Gli auspicati effetti di aumento dell’efficienza, dell’economicità e dell’efficacia dell’intervento pubblico, grazie ad una presenza concorrenziale da parte del privato non sono stati completamente raggiunti.

L’utilizzo dello strumento della programmazione, della modificazione degli assetti normativo e amministrativo, permetteranno alla Regione Marche di governare l’equilibrio del margine di operatività dei fornitori privati di prestazioni sanitarie.

Con riferimento ai contenuti del regolamento regionale n. 1/2018: il settore ospedaliero è quello dove è e sarà più contenuta la spesa sanitaria per i privati; la parte relativa agli ambulatori dovrà essere oggetto di una riorganizzazione complessiva per governare e razionalizzare il contributo del privato; il sanitario extraospedaliero e il sociosanitario sono i settori con gli interventi residenziali e semiresidenziali dove, storicamente, la presenza del privato (soprattutto privato sociale) è maggiore e, quindi, andrà ulteriormente regolata in funzione del riequilibrio territoriale previsto dall’atto di fabbisogno; il settore delle terme, ancorché marginale, è appannaggio quasi esclusivo dei privati, di conseguenza sarà oggetto di attenzione specifica; nel settore degli studi la parte relativa ad accreditamenti e accordi contrattuali è sostanzialmente delimitata e circoscritta.

In tutti questi ambiti i quattro strumenti previsti dall'ordinamento: l'autorizzazione alla realizzazione di strutture sanitarie e sociosanitarie, l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie, l'accreditamento e gli accordi contrattuali indicano gli strumenti di governo del percorso, sono il luogo privilegiato di governo del settore. I primi due strumenti assicurano il rispetto dei presupposti minimi per l'attività sanitaria in generale; gli altri sono collegati dalla finalità ultima di rendere accessibili risorse pubbliche a soggetti privati: accreditamento propedeutico a fornire prestazioni sanitarie e sociosanitarie nell'ambito del servizio pubblico, mentre l'accordo è necessario per remunerare le prestazioni a spese del servizio pubblico. Proprio per la loro diversa funzione questi procedimenti implicano anche livelli, criteri e meccanismi differenziati di controllo che la Regione Marche eserciterà in modo sempre più strutturato e diffuso.

5.5. ADEGUAMENTO STRUTTURALE E TECNOLOGICO

La legge regionale 21/2016 *“Autorizzazioni e accreditamento istituzionale delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati e disciplina degli accordi contrattuali delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati”*, ha inteso rivedere i requisiti autorizzativi e di accreditamento a favore di un adeguamento strutturale e tecnologico ormai obsoleto poiché le norme precedenti ed i requisiti ivi definiti risalgono al 2000. La medesima legge all'articolo 3, comma 1, dispone che la Giunta regionale “stabilisce e aggiorna periodicamente i requisiti per il rilascio delle autorizzazioni e per l'accreditamento istituzionale e disciplina i relativi procedimenti” e specifica che tale disposizione è adottata dalla Giunta regionale sentita la competente Commissione assembleare. Inoltre l'articolo 2 della medesima legge esplicita che per accreditamento istituzionale si intende “il provvedimento con il quale si riconosce alle strutture pubbliche e private già autorizzate l'idoneità a essere potenziali erogatori di prestazioni nell'ambito e per conto del Servizio sanitario nazionale (SSN) e del sistema integrato di interventi e servizi sociali”.

L'attuazione di tale legge regionale ha preso il via grazie al regolamento regionale n. 1 del 1 febbraio 2018, approvato con deliberazione dell'Assemblea legislativa regionale n. 69 del 30 gennaio 2018, in cui sono state definite le tipologie delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati. I requisiti di autorizzazione ed i criteri di accreditamento riguardano le tipologie di strutture così come definite con il predetto regolamento regionale. L'aggiornamento dei requisiti di autorizzazione delle strutture sanitarie considera e si adegua ai nuovi contenuti di cui alla l.r. 21/2016 e s.m.i., nonché al D.M. n. 70 del 02/04/2015 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”, ai nuovi LEA di cui al D.P.C.M. del 12 gennaio 2017 ed a tutta la normativa di settore definita in ambito nazionale e regionale. Resta, comunque, necessario avviare un processo di semplificazione del numero delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali al fine di ridurre le tipologie e accorparne le competenze.

L'Accreditamento Istituzionale è il processo con il quale la Regione riconosce alle strutture sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche e private, la possibilità di erogare prestazioni per conto del SSR nell'ambito della programmazione regionale. Questo riconoscimento garantisce ai cittadini che le strutture accreditate siano in possesso degli specifici requisiti di qualità stabiliti dalla Regione.

La Regione Marche si avvale dell'Organismo Tecnicamente Accreditante (in seguito definito O.T.A.) per i procedimenti finalizzati al rilascio/rinnovo dell'autorizzazione e dell'accreditamento istituzionale.

L' O.T.A. deve garantire autonomia e assenza di conflitti di interesse nell'espletamento delle proprie funzioni e nella formulazione dei pareri tecnici di competenza e deve operare nel rispetto dei principi di imparzialità e trasparenza.

La Regione, con la revisione dei Manuali di Autorizzazione ed Accredimento vuole contestualmente promuovere un processo di miglioramento continuo delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie attraverso la valutazione dell'efficienza delle organizzazioni, dell'uso delle risorse e della formazione degli operatori.

Inoltre sarà necessario verificare che le attività svolte producano risultati congruenti con le finalità dell'organizzazione sanitaria e compatibili con gli indirizzi di programmazione regionale e monitorare l'adeguatezza delle attività erogate, delle risorse e dell'organizzazione delle strutture sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche e private, secondo quanto previsto dagli standard regionali e nazionali.

Questo consentirà di facilitare l'adozione di politiche di miglioramento della qualità delle strutture sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche e private e garantirà il funzionamento del sistema di autorizzazione e di accreditamento istituzionale regionale previsto dalla l.r. 21/2016 anche grazie alla tenuta e gestione dell'elenco regionale dei verificatori tramite formazione e aggiornamento continuo degli stessi e la tenuta e aggiornamento dell'elenco dei soggetti autorizzati e accreditati.

Il ruolo di terzietà dell'O.T.A., sia nei confronti della Regione, sia nei confronti delle strutture sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche e private, garantisce la necessaria autonomia per effettuare le verifiche e la consegna dei conseguenti pareri alla competente struttura del Servizio Sanità incaricata di adottare il decreto di accreditamento istituzionale.

Pertanto tutto lo sforzo di raggiungere gli obiettivi strategici viene permeato dal contestuale adeguamento strutturale e tecnologico, per portare le strutture ai più elevati standard di funzionamento e di sicurezza in chiave organizzativa, strutturale, tecnica e logistica. Infine con l'avvio recente dell'ammodernamento tecnologico e gli investimenti per la realizzazione di nuove sedi ospedaliere si è avviato un percorso virtuoso per la riqualificazione strutturale e tecnologica del SSR che si sostanzierà nel corso dei prossimi anni, anche mediante l'introduzione di tecnologie ancora carenti nel SSR marchigiano quali ad esempio quelle relative alle procedure di circolazione extracorporea con ossigenazione a membrana (ECMO) per l'insufficienza respiratoria, peraltro già in uso per le patologie cardiovascolari. A questo si lega in particolare l'ammodernamento tecnologico per la realizzazione dell'elisoccorso notturno e la realizzazione delle piazzole di atterraggio adeguate al volo notturno, diffuse in modo reticolare sull'intero territorio regionale per garantire il soccorso in emergenza.

5.6. INNOVAZIONE E INFO-TELEMATICA

La regione Marche, in linea con i trend nazionali, si trova ad affrontare numerose sfide dal punto di vista sanitario e sociale. Il SSR deve infatti confrontarsi con i profondi mutamenti demografici, politici, economici ed ambientali in atto. Si sta assistendo, da un lato, ad un notevole aumento del grado di complessità in termini di bisogni di salute e di organizzazione dei servizi e dall'altro ad una costrizione delle risorse finanziarie disponibili. L'innovazione, quale direttrice trasversale di sviluppo, rappresenta la chiave attraverso cui definire e pianificare risposte nuove e adeguate agli attuali scenari. Innovare significa operare un cambiamento culturale e strutturale che prenda in considerazione tutti i fattori determinanti e gli attori coinvolti per realizzare strategie, processi e modelli organizzativi efficaci e sostenibili. L'adozione di un approccio multidimensionale e multidisciplinare insieme alla definizione di valori comuni, risulta cruciale per la realizzazione degli obiettivi strategici del Piano socio-sanitario. La valutazione e il monitoraggio degli interventi sono parte integrante di tale processo.

Un ruolo importante è rivestito dalla ricerca, che per sua natura è portatrice di nuove conoscenze e nuove prospettive e che deve essere vista come supporto al cambiamento, opportunità di ampliamento degli orizzonti e promozione alla collaborazione. Solo grazie ad una alleanza d'intenti e di forze, unita all'utilizzo di strumenti quali le nuove tecnologie si può conseguire il necessario sviluppo della società e del sistema.

In tempi di rapidi progressi scientifici e tecnologici, i medici e il personale sanitario sono nella condizione di utilizzare con padronanza quanto è reso disponibile dall'innovazione. I processi decisionali e operativi clinico-sanitari dispongono di molte nuove opportunità, che derivano dai rapidi progressi scientifici in atto e dai quali è possibile ottenere vantaggi in termini di efficienza, efficacia e sostenibilità.

Lo sviluppo della medicina ruota intorno alla robotica, alla medicina digitale e alla genomica, volta alla medicina personalizzata, ed è orientato all'integrazione tra imaging, telemedicina digitale e intelligenza artificiale ed al correlato sviluppo di nuovi modelli organizzativi ed operativi.

Dai progressi scientifici in questi campi, possono derivare enormi benefici in termini clinico assistenziali, con l'accortezza di approcciare il cambiamento avendo comunque a disposizione strumenti di controllo della spesa. Un aspetto decisivo dell'attuale contesto è rappresentato quindi dall'individuazione delle condizioni per l'adozione di quanto deriva dalla ricerca e dall'evoluzione tecnologica, con il consolidamento delle logiche di Health Technology Assessment (HTA) nell'ambito di un approccio capace di valutarne appieno il potenziale e misurarne gli effetti, secondo criteri di valutazione che misurino gli impatti in ambito assistenziale, economico e sociale.

Inoltre la partecipazione della Regione e degli Enti del SSR alle progettualità europee, e non solo, favorisce la sperimentazione di modelli assistenziali sanitari e socio-sanitari che possono poi essere esportati su tutto il territorio regionale.

Un ulteriore elemento dell'innovazione riguarda l'info-telematica. La crescente disponibilità di nuovi strumenti di sanità digitale consente la pianificazione di soluzioni fortemente innovative per le mutate esigenze di salute della popolazione.

L'innovazione info-telematica è in grado infatti di rappresentare l'elemento abilitante per la realizzazione di nuovi modelli assistenziali e soprattutto il miglior driver per l'evoluzione dei modelli esistenti e dei relativi assetti organizzativi.

Nondimeno tali potenzialità rischiano di venir fortemente ridimensionate qualora il processo di digitalizzazione non venga sostenuto da adeguati strumenti di valutazione del valore (*value*) degli investimenti in ICT sanitario ovvero della loro capacità di apportare benefici concreti ai cittadini ed agli operatori migliorando efficienza, sostenibilità e accessibilità dei servizi del SSR.

Il "valore" della innovazione info-telematica deve pertanto rappresentare il naturale obiettivo delle strategie di crescita e sviluppo della sanità digitale nell'ambito del presente PSSR.

Tale propensione al "valore" dovrà essere caratteristica comune delle principali direttive progettuali di innovazione info-telematica previste nel PSSR 2020-2022:

- crescente digitalizzazione dei percorsi sanitari (sia clinici che amministrativi) e progressiva dematerializzazione dei documenti al fine di ottimizzare i processi, semplificarne il *workflow* aumentando il tempo medico e di assistenza dedicato al paziente, migliorare l'accessibilità ai servizi da parte del cittadino, raccogliere e distribuire dati ad alto valore informativo;
- sviluppo di strumenti telematici che consentano la migliore e più tempestiva circolarità delle informazioni nei percorsi assistenziali trasversali (PDITA) e nelle reti integrate per patologia, con particolare riguardo agli ambiti di emergenza-urgenza ed a quelli correlati alle condizioni di cronicità e fragilità, superando i confini della specializzazione ed abbattendo i vincoli legati alle distanze geografiche ed alla disponibilità locale di servizi diagnostici e di supporto specialistico;
- miglioramento dei livelli di aggregazione e di fruibilità dei dati prodotti dai sistemi informativi sanitari e socio-sanitari al fine di costituire una crescente mole di informazioni trasparenti "certificate" e facilmente disponibili, correlabili ed interpretabili;
- adozione di nuovi strumenti per l'analisi avanzata dei dati (*advanced analytics*) per poter non solo analizzare e descrivere i fenomeni sanitari e sociali esistenti (analisi descrittiva) ma anche per sviluppare

nuove strategie (analisi predittiva e cognitiva) che mirino alla personalizzazione dei percorsi di assistenza perfezionando l'allocazione delle risorse ed i livelli di appropriatezza;

- sviluppo della domotica, secondo gli indirizzi forniti nella "Carta di Jesi", approvata da 271 regioni presenti nel Comitato europeo delle regioni, rivolta a sostenere la sfida della longevità attiva e il miglioramento della qualità dei servizi erogati al cittadino in ospedale, in centri servizi, in strutture intermedie e al domicilio.

Particolare attenzione verrà inoltre posta ai valori della "usabilità" e della "flessibilità" delle nuove soluzioni info-telematiche per l'accesso ai servizi sanitari e di mobile *health*, la teleassistenza e l'*homecare*. L'introduzione di tali sistemi dovrà necessariamente prevedere il coinvolgimento attivo degli stakeholder ed in primis del cittadino (paziente o *caregiver*) favorendo una maggiore *compliance* alla innovazione e rafforzando i processi di *empowerment* del paziente.

Il risultato complessivo delle diverse azioni deve tendere al raggiungimento dell'obiettivo di una *Sanità 4.0*, ovvero una sanità in cui giocano un ruolo importante i concetti sopra descritti in una logica di digitalizzazione, informatizzazione e dematerializzazione dei processi, puntando al rafforzamento del sistema d'informazione telematica per le attività sanitarie, amministrative e di erogazione di servizi, con i soli limiti imposti dalla legge sulla privacy, attraverso una pagina dedicata sul sito istituzionale della Regione. Il presente Piano prosegue in questo percorso indirizzandosi in prima battuta verso le forme di tecnoassistenza, l'*health technology assessment*, il teleconsulto specialistico, il sistema informativo di governo, l'evoluzione del fascicolo sanitario elettronico e lo sviluppo di forme di insegnamento per i professionisti sanitari attraverso simulatori adattati (articolo 31 del protocollo UNIVPM-Reg Marche).

5.7. QUALIFICAZIONE SCIENTIFICA E PROFESSIONALE

Raggiungere obiettivi strategici ambiziosi è possibile solo saldando un patto di alleanza forte con i professionisti del nostro SSR. Il nostro SSR gode di professionalità molto qualificate e vede la presenza sul territorio dell'Università Politecnica delle Marche (UNIVPM), ove insiste anche la Facoltà di Medicina, considerata di rilievo negli score nazionali, unitamente alla presenza di Università e Facoltà altrettanto di rilievo (Università di Camerino, Macerata e Urbino), ove insistono facoltà scientifiche, sociali e umanistiche che arricchiscono il sapere della nostra regione, garantendo anche Corsi di perfezionamento e Master in management sanitario che di fatto consentono la creazione e sviluppo di una classe dirigente sanitaria preparata e capace.

Lo sviluppo di nuove modalità assistenziali, la medicina proattiva nei distretti ed in particolare la sperimentazione di modelli organizzativi maggiormente efficaci nelle Aree Interne può realizzarsi grazie ad una attenta e profonda qualificazione e riqualificazione professionale.

La formazione continua come risorsa per la crescita e il miglioramento della qualità dell'assistenza del Sistema Sanitario regionale si pone come strumento ancorato a 4 obiettivi fondamentali:

- obiettivo organizzativo, rispetto al quale costituisce il supporto indispensabile per attivare processi di revisione organizzativa e sviluppare le professionalità necessarie a nuovi ruoli e nuove competenze;
- obiettivo tecnologico, rispetto al quale è diretta a preparare gli operatori al miglior utilizzo di strumenti tecnologici, informativi e informatizzati quali la telemedicina;
- obiettivo di sviluppo delle risorse umane, mirato ad accrescere competenze, abilità per lo sviluppo professionale delle diverse professioni sanitarie e non, e della classe dirigente chiamata al governo efficace ed efficiente delle medesime risorse;
- obiettivi di qualità dei servizi allo scopo di produrre un reale miglioramento di efficienza ed efficacia dei servizi sanitari offerti ai cittadini.

Una bassa alfabetizzazione sanitaria (Health Literacy) influenza la capacità di comprendere le informazioni sulla salute, accedere ai servizi, utilizzare i farmaci e gestire autonomamente la propria patologia. Questa problematica affligge circa il 47% della popolazione europea ed il 55% di quella italiana, con conseguenze negative sulla salute, in particolare per le fasce più svantaggiate e gli anziani.

Favorire l'implementazione di una formazione adeguata degli studenti delle facoltà mediche, infermieristiche e delle altre professioni sanitarie per migliorare la comunicazione tra paziente ed operatore potrà ridurre le difficoltà legate alla bassa alfabetizzazione sanitaria, contribuendo al raggiungimento di molti obiettivi del presente Piano.

Rimuovere le barriere culturali che ostacolano la comunicazione costituisce un obiettivo ambizioso. La regione partecipa a progetti europei sul settore da anni (IROHLA, IMPACCT) e ora vede la possibilità di portare l'esperienza a sistema nell'ambito del SSR. Infatti, è prevista per l'inizio del 2019 una sperimentazione presso la Facoltà di Medicina dell'UNIVPM di un percorso formativo specifico sull'alfabetizzazione sanitaria.

Il *family learning* e la formazione sui problemi di alfabetizzazione sanitaria, unite alle forme tradizionali di formazione, favoriranno l'incremento della formazione specialistica e la ridefinizione dei profili professionali, garantendo così una qualificazione scientifica e professionale per adeguare e valorizzare le competenze e le esperienze degli operatori, dei pazienti e delle famiglie, oltre che interventi innovativi che consentiranno il miglioramento delle cure.

La futura carenza dei professionisti sanitari MMG, PLS e specialisti di diversi settori sarà una sfida dura da affrontare e la logica di rete assistenziale e formativa distribuita sull'intero territorio regionale potrà aumentare la capacità formativa della Facoltà di Medicina nelle sue scuole di specialità (vedi Protocollo d'Intesa Regione-UNIVPM, DGR n. 1092 del 6 agosto 2018). Contestualmente potrà alimentare la frequenza degli specializzandi nell'ambito degli Enti del SSR, consentendo la presenza di medici in formazione e contestualmente fidelizzando con loro un rapporto privilegiato che ne faciliti la permanenza nelle sedi presso cui operano al termine della formazione specialistica, nell'ambito del normale svolgimento del reclutamento concorsuale previsto dalle norme.

La qualificazione professionale non può non tener conto della peculiarità del sistema sanitario regionale che si esprime attraverso la ricerca nazionale ed internazionale con picchi di elevata qualificazione in grado di tradurre in forme assistenziali e in modelli organizzativi innovativi i risultati che emergono dalla ricerca, anche nell'ambito degli aspetti gestionali secondo le logiche del *lean thinking*.

La presenza, nel sistema, non solo delle università ma anche dell'IRCCS INRCA di Ancona, qualificherà l'assistenza agli anziani e promuoverà le attività di prevenzione volte al mantenimento dello stato di salute mediante interventi mirati nella logica del *life long learning* e con l'obiettivo di perseguire non solo l'eccellenza delle prestazioni assistenziali erogate nelle sue due strutture sanitarie (Ancona e Fermo), ma anche una ricerca scientifica di alto livello che sveli i meccanismi della longevità, della fragilità dell'anziano e dei loro determinanti. Il ruolo e le finalità dell'IRCCS-INRCA fanno riferimento a due ambiti fondamentali e fortemente integrati fra loro: la ricerca traslazionale nel campo biomedico, epidemiologico, clinico e in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, e l'attività assistenziale con prestazioni di ricovero e cura di alta specialità.

La regione partecipa, sia con l'ARS che con l'INRCA, all'azione congiunta ADVANTAGE (co-finanziata dal Programma Salute dell'Unione Europea). Tale progetto coinvolge 22 Stati membri e oltre 33 soggetti con l'obiettivo di sviluppare una strategia Europea comune di prevenzione, screening, diagnosi precoce e valutazione della fragilità. ADVANTAGE, grazie all'identificazione dei componenti chiave della fragilità e della sua relativa gestione, promuoverà inoltre i cambiamenti necessari per l'organizzazione delle cure e la loro adozione all'interno del sistema socio-sanitario, favorendone la sostenibilità. Il prodotto finale sarà il "*Frailty Prevention Approach*" (FPA), un modello europeo comune per contrastare la fragilità e un piano d'azione con le future priorità a livello europeo, nazionale e regionale. Sulla base di tale modello potranno essere creati un

approccio gestionale e modelli assistenziali comuni per le persone anziane fragili o a rischio di sviluppare fragilità, declinabili e adattabili al profilo sociale e sanitario specifico di ciascuno stato membro dell'Unione Europea (UE).

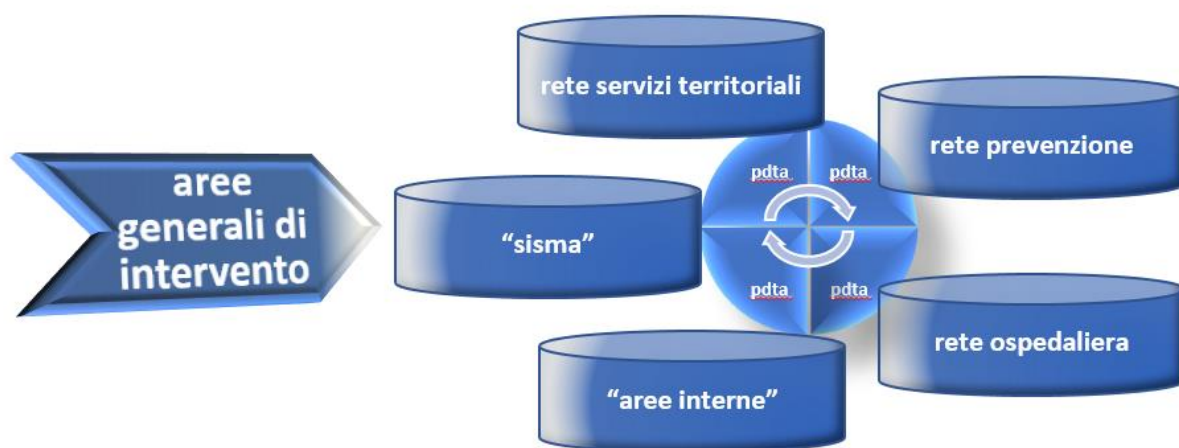
6 LE AREE DI INTERVENTO

Gli obiettivi strategici della programmazione regionale definiscono in termini generali le reali esigenze e bisogni di salute della popolazione marchigiana. Tali obiettivi devono essere tradotti in azioni concrete, definendo “cosa” la Regione deve realizzare per garantire la migliore sanità per i suoi cittadini.

Ciascuno di essi richiede la realizzazione di interventi nell’ambito di ciascun livello assistenziale o di specifiche aree di attività. Per dare concretezza agli indirizzi strategici, è necessario quindi selezionare specifici obiettivi per i quali individuare le azioni e gli interventi ed il loro conseguente impatto sulle diverse aree assistenziali, quali l’area ospedaliera, l’area territoriale e distrettuale, l’area di integrazione socio sanitaria, l’area della prevenzione, l’area della veterinaria e della sicurezza alimentare, l’area dell’emergenza urgenza, l’area della farmaceutica, l’area dei servizi e delle infrastrutture. In aggiunta alle elencate e specifiche aree di intervento, è inoltre opportuno non dimenticare alcune “aree” di particolare rilevanza per la descrizione degli interventi indispensabili per la sanità della Regione Marche, e che riguardano il territorio colpito dagli eventi sismici verificatisi nel corso dell’anno 2016, ed il conseguente traumatico insegnamento, nonché le cosiddette “Aree interne”, per la peculiarità delle caratteristiche che contraddistinguono alcuni territori della Regione.

È necessario sottolineare che l’insieme delle attività evidenziate nel presente Piano e riguardanti le diverse aree di intervento, si integrano con quanto la Regione è impegnata a realizzare per garantire il migliore funzionamento del SSR anche nel rispetto delle norme nazionali. Questo presupposto è importante per comprendere che le strategie e le azioni qui descritte operano in coerenza e in continuità con quanto nel sistema sanitario si sta portando avanti sulla base di precise disposizioni nazionali e regionali, per esempio per l’attuazione del Piano Regionale della Prevenzione, o per la completa attuazione del D.M. 70/2015 sulla riorganizzazione della rete ospedaliera, per gli interventi sulla salute mentale e sulle dipendenze, ecc. Il presente Piano, quindi, nello sviluppare azioni di intervento, affianca, consolida o, in alcuni casi, puntualizza ulteriormente, alcune misure attuative già in itinere e che comunque continueranno il loro percorso realizzativo.

E’ inoltre impegno della Regione predisporre, nel rispetto dei vincoli normativi, modalità di intervento e azioni per risolvere specifiche situazioni di criticità dovute a carenze strutturali o organizzative nelle diverse aree assistenziali, che possono comportare conseguenze negative per i cittadini in termini di tempi di attesa e di mobilità sanitaria.



6.1. PREVENZIONE COLLETTIVA, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE

Gli interventi di Sanità Pubblica partono dai bisogni della popolazione e fanno riferimento ad un modello di salute globale, che richiede un atteggiamento intersettoriale e multidisciplinare, nonché una particolare attenzione alla destinazione delle risorse al fine di perseguire il livello percentuale di spesa previsto per il macro livello assistenziale. Le azioni richiedono una pluralità di metodi e conoscenze appropriate, per promuovere l'*empowerment* della popolazione e la promozione della salute, quindi si estendono al di là dei confini del settore sanitario per comprendere gli sforzi organizzati di tutta la società. Ne consegue che gli interventi di Sanità Pubblica, come espresso anche nel programma ministeriale "Guadagnare salute", richiedono l'integrazione e la collaborazione intersettoriale. Il riferimento normativo, ma anche metodologico per le principali attività dell'Area della Prevenzione, è rappresentato dal Piano Nazionale della Prevenzione (PNP), parte integrante del Piano Sanitario Nazionale, che affronta le tematiche relative alla promozione della salute e alla prevenzione delle malattie e prevede che ogni Regione predisponga e approvi un proprio Piano.

Nel PNP 2014/2018, già prorogato al 31/12/2019, sono stati individuati i macro-obiettivi ad elevata valenza strategica, perseguibili dalle Regioni attraverso la messa a punto di piani e programmi che, partendo dagli specifici contesti locali e su un approccio il più possibile intersettoriale e sistematico, permettano di raggiungere i risultati attesi. I macro-obiettivi sono stati individuati e fissati sulla base di specifiche priorità: ridurre il carico di malattia; investire sul benessere dei giovani; rafforzare e confermare il patrimonio comune di pratiche preventive; rafforzare e mettere a sistema l'attenzione a gruppi fragili; considerare l'individuo e le popolazioni in rapporto al proprio ambiente.

I dieci macro obiettivi sono i seguenti:

1. Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili;
2. Prevenire le conseguenze dei disturbi neurosensoriali;
3. Promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani;
4. Prevenire le dipendenze da sostanze e comportamenti;
5. Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti;
6. Prevenire gli incidenti domestici e i loro esiti;
7. Prevenire gli infortuni e le malattie professionali;
8. Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute;
9. Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie;
10. Attuare il Piano Nazionale Integrato dei Controlli per la prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria.

Per dare attuazione a tutti i macro-obiettivi del Piano Nazionale, la Regione Marche ha attivato, nell'ambito del proprio Piano Regionale della Prevenzione (PRP), 12 programmi regionali con 77 linee di intervento, i cui obiettivi specifici risultano coerenti con quelli centrali, con l'analisi di contesto locale e con i risultati raggiunti dai precedenti Piani.

Con la DGR 540/2015, modificata con la DGR 202/2016, sono stati approvati gli "Interventi regionali di attuazione del Piano Nazionale della Prevenzione 2014 – 2018". Con la DGR 887/2018 è stata approvata la rimodulazione 2018 e la pianificazione 2019 a seguito dell'Atto d'intesa n. 247 del 21.12.2017, che ha esteso al 31 dicembre 2019 la validità del Piano Nazionale della Prevenzione. Il Piano si sviluppa in un quadro strategico pluriennale e la programmazione prevede azioni "basate sull'evidenza", già sperimentate e in grado, nel medio-lungo termine, di produrre un impatto sia di salute sia di sistema, da realizzare attraverso interventi sostenibili e "ordinari"; incorpora inoltre gli obiettivi di Piani nazionali di settore (ad es., lo sviluppo degli screening oncologici, la sicurezza alimentare e sanità veterinaria, la sicurezza sul lavoro e lo sviluppo di azioni per le patologie asbesto correlate).

In sintesi, gli elementi maggiormente innovativi del PRP delle Marche sono: l'estensione degli interventi che abbracciano l'intero arco della vita (*Life course*); l'articolazione per setting, intesi come contesti (servizio sanitario, scuola, lavoro, comunità, ecc.) in cui è possibile raggiungere più facilmente individui e gruppi di popolazione per promuovere la salute e realizzare interventi di prevenzione; l'impiego di azioni basate su evidenze di efficacia e buone pratiche; l'intersectorialità, con il coinvolgimento di diversi attori/istituzioni, finalizzati a rendere facili le scelte salutari, sviluppando reti e alleanze secondo l'approccio europeo della salute in tutte le politiche (*Health in all Policies*). Queste sono le modalità di sviluppo del settore che saranno ottimizzate e proseguite nell'ambito del presente Piano Socio Sanitario Regionale.

Inoltre, viene prospettata una definizione ampia di Prevenzione: il Piano Regionale (sulla base delle indicazioni nazionali) include interventi che riguardano anche i temi "ambiente e salute" e "sicurezza alimentare e veterinaria", in particolare con lo sviluppo o il potenziamento di sistemi di sorveglianza mirati alla riduzione dei rischi ambientali per la popolazione (siti inquinanti di interesse nazionale e non solo) e per lo sviluppo di azioni virtuose quali ad esempio la diffusione delle energie alternative e rinnovabili anche all'interno delle strutture del SSR, nonché per il monitoraggio della sanità animale e dell'igiene degli allevamenti ai fini della sicurezza alimentare. In relazione alla Prevenzione Primaria Collettiva, con particolare riferimento alle specificità del settore della Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare, le indicazioni della "scheda intervento" prevista nel presente PSSR troverà adeguata declinazione e articolazione in fase di realizzazione operativa.

Il PRP, la cui completa attuazione si inserisce nei percorsi di sviluppo tratteggiati dal presente Piano, concorre quindi operativamente al raggiungimento degli obiettivi a lungo termine che mirano a prolungare la vita vissuta in buona salute, ridurre progressivamente le morti premature ed evitabili, aumentare l'equità, il benessere sociale e il potere decisionale del singolo e della comunità per raggiungere il più elevato standard di salute possibile.

6.2. ASSISTENZA TERRITORIALE ED INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

Nella parte introduttiva del capitolo 5 sulle direttrici trasversali di sviluppo, è stata già prospettata la necessità della valorizzazione del Distretto Sanitario (DS) "come luogo di organizzazione delle risposte territoriali", rimodulando funzioni ed organizzazione a partire dal rafforzamento delle figure professionali che lo compongono.

Nel Distretto Sanitario va garantito un numero adeguato di figure professionali dell'area medica, sanitaria ed amministrativa per poter dare risposte adeguate ai bisogni e agli impegni crescenti di cui dovrà farsi carico. Oltre ad una sempre più stretta collaborazione con le figure centrali dei MMG e dei PLS, risulta indispensabile che nel Distretto Sanitario siano presenti in maniera stabile l'Assistente Sociale, lo Psicologo, l'Educatore professionale ed altre figure professionali quali il "*case manager*", l'Infermiere di famiglia.

L'OMS Europa già nel documento "Salute 21" del '98, proponeva il ruolo innovativo dell'Infermiere di Famiglia e dell'Infermiere di Comunità (IFeC), quale consulente specialista-generalista, opportunamente formato ed in grado di agire soprattutto a livello preventivo attraverso la valutazione e la gestione integrata dei bisogni di salute di un gruppo di cittadini a lui assegnato, in stretta collaborazione con il MMG. Diventa questa la sfida della nuova organizzazione sanitaria di cui la regione intende dotarsi, dove l'infermiere del territorio sarà il professionista sanitario concentrato sulla salute della famiglia, intesa come nucleo familiare, e in particolare sarà il responsabile delle cure domiciliari e garantirà, in collaborazione con i MMG, l'insieme di tutti quei trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi al fine di stabilizzare il quadro clinico e rendere migliore la qualità di vita del cittadino. Infermieri e MMG svolgeranno le necessarie azioni promotrici che garantiranno lo sviluppo della medicina del territorio con il potenziamento di ambulatori territoriali che saranno realmente

proattivi. MMG, Infermieri e altri professionisti qualificati (Assistenti Sociali, Assistenti sanitari, Psicologi, ecc.) potranno sviluppare una nuova Medicina di Iniziativa avvalendosi di strumenti di informatizzazione, attualmente già avanzati nella nostra Regione ma non ancora utilizzati appieno (telemedicina e FSE).

I Distretti Sanitari e gli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) sono il luogo privilegiato dell'integrazione sociale e sanitaria, sia rispetto al necessario livello di omogeneità territoriale ed organizzativo/gestionale, sia come interfaccia istituzionale principale tra il sistema dei servizi sanitari ed il sistema dei servizi sociali.

I Distretti Sanitari nella Regione Marche hanno subito nel corso degli anni diverse modifiche territoriali. L'ultima revisione della legge 13/2003 e la successiva DGR n. 1403 del 2012 "Individuazione dei Distretti dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale ai sensi dell'articolo 30, comma 2, della legge regionale 1 agosto 2011, n. 17" hanno individuato e delimitato 13 Distretti Sanitari, sancendo la fine della coincidenza territoriale tra Distretti e Ambiti che rimane il prerequisito fondamentale per facilitare l'integrazione sociosanitaria.

Una recente indagine, "L'organizzazione dei Servizi Sanitari e Sociali territoriali nella regione Marche - Rapporto 2017", che analizza e confronta l'organizzazione e l'attività di Distretti Sanitari e gli Ambiti Territoriali Sociali, anche per verificare il "modello marchigiano" di integrazione socio sanitaria, testimonia molte dissonanze tra i territori e in particolare tra le forme di collaborazione ed integrazione dei Distretti Sanitari con gli Ambiti Territoriali Sociali.

La popolazione media residente in un DS al 01/01/2016 presenta un valore pari a 118.750 unità. Tale valore medio nasconde, tuttavia, un elevato grado di variabilità interdistrettuale, passando dalle 47.190 unità (Distretto di Camerino) alle 254.609 unità (Distretto di Ancona). Contestualmente la densità di popolazione residente registra il valore minimo nel Distretto di Camerino con 36,8 abitanti per kmq ed il suo valore massimo nel Distretto di Ancona con 522,4 abitanti per Km². L'estensione media della superficie di un Distretto Sanitario è di 723 km² nel 2017.

L'Ambito Territoriale Sociale, luogo privilegiato della pianificazione e della programmazione in forma associata delle politiche sociali, ha una estensione di superficie media pari a 408 Km², una popolazione residente media di 67.120 unità e una densità di popolazione media pari a 164 residenti per Km².

Le difformità si susseguono riguardo ai livelli organizzativi (profili professionali, tipologie di incarico esperienze precedenti, strutturazione, tipologie di uffici, organismi partecipanti – Ufficio di coordinamento delle Attività Distrettuali [UCAD] e Ufficio di Piano, periodicità degli incontri, negoziazione degli obiettivi di budget, formazione ed incontri di confronto).

Le difficoltà di integrare le due sfere di intervento, sanitaria e sociale, scaturiscono, in parte, dalla mancanza di coincidenza territoriale dell'organizzazione dei soggetti deputati a gestire unitariamente i bisogni sociosanitari (DS e ATS), generando inevitabili difficoltà di comunicazione e raccordo. Diviene una necessità ritrovare un assetto territoriale uniforme tra Distretti Sanitari e Ambiti Territoriali Sociali, al fine di superare le asimmetrie dei confini territoriali e gli squilibri tra "sotto" e "sopra" dimensionamento territoriale.

L'indicazione sul riassetto territoriale viene rafforzata anche dalla recente indicazione normativa contenuta nel d.lgs. 147/2017 (articolo 23 – Coordinamento dei servizi territoriali e gestione associata dei servizi sociali) in base alla quale le Regioni *"...adottano, in particolare, ove non già previsto, ambiti territoriali di programmazione omogenei per il comparto sociale, sanitario e delle politiche per il lavoro, prevedendo che gli ambiti territoriali sociali trovino coincidenza per le attività di programmazione ed erogazione integrata degli interventi con le delimitazioni territoriali dei distretti sanitari e dei centri per l'impiego"*.

Gli operatori del settore sanitario e socio-sanitario sono la vera risorsa del sistema, coloro che rendono possibile le risposte di salute. Spesso sacrificati in ruoli burocratici sono sottratti al loro compito principale. Lo sviluppo di supporti amministrativi che liberino le risorse dei sanitari per aumentare il tempo dedicato all'ascolto, alla diagnosi e alla cura è sicuramente un obbligo. Questo può realizzarsi anche grazie allo sviluppo

di tecnologie utili allo scopo con sistemi informatici realmente gestionali, capaci anche di saldare il debito informativo.

6.3. ASSISTENZA OSPEDALIERA ED EMERGENZA URGENZA

Le strutture sanitarie, in qualità di erogatori di prestazioni a tutela della salute del cittadino, devono necessariamente garantire efficacia, efficienza, qualità, sicurezza delle cure nel rispetto della centralità del paziente e della dignità della persona.

In ogni sistema sanitario regionale diventa pertanto strategico promuovere l'appropriatezza delle cure, nell'ottica di un uso sempre più razionale delle risorse pubbliche, sviluppando forme alternative al ricovero ospedaliero.

Un'attenta analisi dei parametri di efficienza ospedaliera (tasso di occupazione dei posti letto, della durata della degenza media e tasso di ospedalizzazione, Piano Nazionale Esiti, ecc.) consentiranno, in alcuni casi, un recupero della produttività delle strutture di ricovero, con conseguente miglioramento dell'efficienza del SSR. Il DM 70/2015 ha definito gli standard di riferimento relativamente alla rete ospedaliera per la garanzia della sicurezza e appropriatezza della presa in carico, anche attraverso strumenti che favoriscano l'integrazione organizzativa, la qualificazione scientifica e professionale, l'adeguamento strutturale e tecnologico, l'innovazione info-telematica, l'*empowerment* del cittadino e programmi di formazione continua del personale.

La Giunta regionale dovrà provvedere, pertanto, con deliberazione e previo parere della Commissione assembleare competente, alla riclassificazione delle strutture ospedaliere secondo livelli organizzativi a complessità crescente, e ridefinire il sistema ospedaliero sulla base del livello organizzativo, del ruolo all'interno della rete assistenziale, della posizione geografica e dei volumi di attività. Tale processo riorganizzativo includerà anche il sistema dell'emergenza-urgenza, sia ospedaliera che territoriale, attraverso la revisione della legge regionale 36/1998 (Sistema di emergenza sanitaria). La strumentazione tecnologica sanitaria, valutata in modalità HTA, verrà potenziata sulla base della revisione delle reti cliniche, il cui funzionamento verrà garantito con i Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA).

Le strutture regionali di ricovero per acuti verranno sottoposte ad interventi di riqualificazione mediante:

- a) ridisegno organizzativo e funzionale delle strutture, delle attività e degli spazi;
- b) promozione di interventi per l'innovazione strutturale e tecnologica, a supporto della riorganizzazione e redistribuzione dei posti letto e delle specialità/attività;
- c) definizione di strategie per la valorizzazione e potenziamento dei centri di eccellenza di riferimento regionale;
- d) definizione ed applicazione di percorsi di riorganizzazione, redistribuzione ed ammodernamento della diagnostica strumentale;
- e) definizione ed adozione di modelli organizzativi innovativi, quale risposta ad obiettivi di ottimizzazione sia dei percorsi clinico-assistenziali che degli aspetti economico-gestionali.

La rete marchigiana delle strutture di ricovero ospedaliero per acuti, a ciclo diurno e continuativo, pubblica e privata convenzionata, prevede lo sviluppo di modelli organizzativi integrati, secondo la logica *Hub & Spoke*, per ambiti di competenza/specializzazione, volumi di attività e complessità della casistica, su 3 livelli per la garanzia del rispetto dei livelli ottimali di accessibilità ed appropriatezza delle prestazioni e dei ricoveri, efficacia ed efficienza del sistema. Partendo dalla ricognizione dell'attuale offerta dei servizi ospedalieri, sarà possibile disegnare una rete ospedaliera che sia sempre più rispondente ai bisogni del territorio di riferimento (dimensionamento del sistema), volano per la promozione di qualità, sicurezza ed innovazione strutturali e tecnologiche. Tale percorso non può ovviamente prescindere dalla riorganizzazione delle reti cliniche regionali

il cui funzionamento verrà garantito dall'implementazione dei percorsi diagnostico terapeutico assistenziali per specifiche patologie (es. neoplasie colon-retto, neoplasie dell'apparato genitale femminile, Infarto miocardico acuto, malattie neurodegenerative, ecc.). Nell'Unità spinale della Regione Marche, già istituita all'interno dell'A.O.U. "Ospedali Riuniti" di Ancona, è da prevedere l'ulteriore attivazione di due posti letto di degenza e due posti letto in regime di day hospital, comunque nel rispetto del tetto dei posti letto previsto ai sensi del D.M. n. 70/2015.

La classificazione della rete ospedaliera su 3 livelli a complessità crescente prevede la presenza del presidio ospedaliero DEA di II livello nel quale sono disponibili, oltre a quelle presenti negli altri livelli organizzativi, discipline a particolare complessità: cardiologia con emodinamica interventistica h24, neurochirurgia, cardiocirurgia e rianimazione cardiocirurgica, chirurgia vascolare, chirurgia toracica, chirurgia maxillo-facciale, chirurgia plastica, endoscopia digestiva ad elevata complessità, broncoscopia interventistica, radiologia interventistica, rianimazione pediatrica e neonatale, medicina nucleare e altre eventuali discipline di alta specialità. Sono inoltre disponibili h24 i servizi di radiologia con TAC ed ecografia (con presenza medica), laboratorio, servizio immunotrasfusionale. Le attività di emergenza-urgenza prevedono la strutturazione di Trauma Center regionale per la realizzazione di particolari attività interventistiche di stabilizzazione e cura del paziente (es. chirurgia d'urgenza) e di ricovero, in maniera da dare una risposta a tutti i bisogni sanitari complessi della popolazione. Per le patologie complesse, in cui il presidio ospedaliero funga da *hub* regionale, verranno sviluppati e implementati protocolli di consultazione e trasferimento delle immagini oltre che di centralizzazione e decentralizzazione dei pazienti sulla base delle necessità clinico-assistenziali. La rete di teleconsulto, inoltre, rappresenta un utile supporto alle reti specialistiche di emergenza, in quanto, essendo connessa alle centrali operative 118, permette flussi informativi e trasporto dei dati tecnici fra tutti i centri collegati, con la possibilità di anticipare informazioni sui pazienti in arrivo in ospedale e ricevere dati sulla disponibilità dei posti letto. Attualmente l'unica struttura di II° livello dotata dei requisiti previsti dalla normativa nazionale in vigore è l'Azienda Ospedaliero Universitaria "Ospedali Riuniti" di Ancona.

Altro livello organizzativo delle strutture ospedaliere è rappresentato dai Presidi di I Livello, dotati di servizi di base e specialistici di complessità medio-alta tra cui medicina interna, chirurgia generale, anestesia e rianimazione, ortopedia e traumatologia, ostetricia e ginecologia (se prevista per numero parti/anno), pediatria, cardiologia con Unità di Terapia Intensiva Coronarica (UTIC), neurologia, psichiatria, oculistica, oncologia, ORL, urologia, con servizio medico di guardia attiva o di reperibilità oppure in rete. Le attività di emergenza-urgenza sono presenti con l'osservazione breve intensiva e la medicina d'urgenza. Sono inoltre presenti o disponibili h24 i servizi di radiologia con TAC ed ecografia, laboratorio, servizio immunotrasfusionale, consultazione e trasferimento di immagini.

Al riguardo sarà individuato come presidio di I livello il Presidio Ospedaliero Unico AV2 di Jesi/Senigallia/Fabriano, inteso nella sua articolazione dei tre ospedali (Fabriano, Jesi, Senigallia).

Infine, i presidi ospedalieri di base, dotati di pronto soccorso con osservazione breve intensiva, garantiscono attività di ricovero in medicina interna, chirurgia generale, ortopedia, anestesia e attività H24, in pronta disponibilità, di radiologia, laboratorio, emoteca.

In relazione al passaggio del Comune di Cingoli all'Area Vasta territoriale n. 3, disposto con l'articolo 8 della legge regionale 30 dicembre 2019, n. 43 (Misure urgenti di adeguamento della legislazione regionale), ferma restando la dotazione di posti letto del medesimo Comune di Cingoli, è individuato ed attivato, entro il termine indicato nel comma 3 dello stesso articolo 8, un numero di posti letto di post acuzie e di cure intermedie da destinare all'area dello Jesino e, in particolare, alla sperimentazione relativa alla Cittadella della Salute di Jesi. Il riconoscimento della presenza di strutture ospedaliere in aree particolarmente disagiate, con condizioni meteorologiche e geografiche ostili, tipicamente in ambiente montano o premontano con collegamenti di rete viaria complessi consentirà, in tali presidi, il mantenimento di attività di pronto soccorso con attività di

medicina interna e di chirurgia generale ridotta, in raccordo con l'ospedale di riferimento; va prevista la presenza di una emoteca; il personale deve essere assicurato a rotazione dall'ospedale hub o spoke più vicino. Per queste strutture ospedaliere è prevista la possibilità di eseguire indagini radiologiche con trasmissione di immagine collegata in rete al centro hub o spoke più vicino.

La Regione Marche ha la presenza nel suo territorio di diverse aree particolarmente disagiate a causa delle condizioni geo-morfologiche, infrastrutturali e di vulnerabilità sismica. Per questo il piano prevede per le strutture ospedaliere di Amandola e Pergola, situate in aree disagiate, in coerenza con i criteri della programmazione nazionale, le funzioni di presidio ospedaliero con Pronto Soccorso o, in subordine, di presidio ospedaliero in zone particolarmente disagiate. Per i medesimi motivi sopra descritti, tenendo anche conto dei percorsi sanitari già avviati, anche per i territori di Cingoli, Cagli e Sassocorvaro si prevede l'equiparazione ad aree disagiate o particolarmente disagiate prevedendo anche un rafforzamento della rete di Emergenza – Urgenza nelle strutture sanitarie presenti mediante la presenza H24 di personale medico dedicato in aggiunta a quello già presente nelle ambulanze medicalizzate. Tale rafforzamento si rende necessario per permettere di effettuare H24 almeno prestazioni di media e bassa intensità assistenziale in maniera più prossimale a questi territori disagiati e per contribuire ad attenuare l'attuale sovraccarico di lavoro del pronto soccorso degli ospedali per acuti di riferimento. Fermo restando quanto sopra stabilito, la Giunta regionale individua con apposito atto, da sottoporre al parere della Commissione assembleare competente, le zone particolarmente disagiate, con l'individuazione delle relative strutture ospedaliere, sulla base dei criteri stabiliti dal D.M. n. 70/2015.

Lo sviluppo della rete ospedaliera marchigiana prevede inoltre la costruzione di nuove strutture ospedaliere che rappresentano, per la dotazione di risorse strumentali e professionali, nodi ancor più qualificati per l'assistenza ospedaliera nelle aree geografiche di competenza: Nuovo Ospedale Materno-Infantile Salesi di Ancona, Nuovo Ospedale Marche Nord, Ospedale Unico Ancona Sud INRCA Ancona-Osimo, Nuovo Ospedale di Fermo, Nuovo Ospedale Area Vasta 3, Nuovo Ospedale Area Vasta 5, comunque nel rispetto dei vincoli sui posti letto fissati dalla normativa vigente.

In previsione della realizzazione di queste nuove strutture e ferma restando la titolarità della competenza in tema di sanità in capo alla Regione, occorre prevedere una riorganizzazione della rete ospedaliera di concerto con i territori coinvolti. In particolare, lo schema di protocollo previsto nella DGR 523/2018 per il Presidio del Santa Croce di Fano, che prevede che lo stesso svolgerà funzioni sanitarie integrate con la nuova struttura e con la restante rete, va preso, per la parte che riguarda le strutture pubbliche, come modello regionale da applicare nella previsione dei nuovi Ospedali di area vasta. Detti protocolli, da sottoscrivere tra Regione Marche ed Amministrazioni comunali del distretto sanitario interessato al processo di accorpamento parziale di strutture esistenti, oltre a tenere nel dovuto rispetto quanto previsto dalla normativa, devono tener conto delle specificità territoriali (viabilità, indice demografico, indice demografico-turistico, etc.) e delle specificità sanitarie già presenti.

Per quanto riguarda la costruzione di nuove strutture ospedaliere è da prevedere, inoltre, la predisposizione di un'accurata analisi costi/benefici, da sottoporre al vaglio della Commissione assembleare competente, sulla costruzione/ammodernamento/manutenzione delle strutture sanitarie regionali prima di avviare l'iter di nuove costruzioni.

Inoltre da questa riorganizzazione dovrà emergere ancor di più la specificità di alcune eccellenze regionali, tra le quali ci si può riferire in particolare al Salesi, che realizza una eccellenza nel panorama nazionale svolgendo inoltre un ruolo di riferimento nei confronti dei presidi del territorio e che dovrà trovare quanto prima collocazione in spazi più idonei.

Inoltre, tra gli altri, ci si può riferire anche all'eccellenza IRCCS- INRCA di Ancona che assieme alle due sedi periferiche di Casatenovo e di Cosenza svolge un ruolo di leadership culturale e di ricerca per quanto attiene

la longevità attiva anche supportato dalla presenza di Italia Longeva, costituita dalla Regione Marche, che svolge un ruolo di riferimento nazionale ed internazionale nell'area dell'anziano fragile.

L'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) – INRCA, oggi in fase di riassetto organizzativo dopo aver incorporato per fusione l'Ospedale di rete Osimo-Loreto-Castelfidardo, in data 1 gennaio 2018, dovrà mantenere la sua forte connotazione specialistica geriatrica e gerontologica e potenziare le sue peculiarità di Istituto di ricerca nei due ambiti fondamentali e fortemente legati tra loro come la ricerca traslazionale nel campo biomedico, epidemiologico, clinico, in settori propri dell'Istituto e cioè della bio-gerontologia e geriatria e in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari e l'attività assistenziale con prestazioni di ricovero e cura ad alta specialità.

Le linee di indirizzo strategiche dei prossimi anni saranno:

- l'alta specializzazione nella gestione di multimorbilità associata a politerapia e studio delle basi biologiche dell' invecchiamento e delle malattie età-associate;
- l'organizzazione dell'assistenza attraverso modelli innovativi ospedale-territorio con focus sulla fragilità/disabilità;
- l'organizzazione dell'assistenza attraverso modelli innovativi “tecnoassistiti”;
- la realizzazione, lo sviluppo e il potenziamento delle bio-banche, ivi compresa quella derivata dall'analisi per studiare e definire l'anzianità biologica delle persone e dei loro singoli organi;
- lo studio dell'epigenetica da ambiente, da cibo e da farmaco.

L'INRCA-IRCCS, nei settori di sua competenza sopra descritti, dovrà essere sempre più riferimento regionale e nazionale per la popolazione e la sanità organizzata.

L'Istituto dovrà, inoltre, attivare il servizio di “Dignity Care – Simultaneous & End of Life Palliative Care”, per la cura della dignità, con approccio multidimensionale, rivolta al paziente geriatrico in fase di scompenso d'organo. Il servizio dovrà prevedere:

- la disponibilità di una consulenza, comprendente la valutazione multidimensionale e il colloquio di counseling con il paziente e con i familiari, nonché il confronto in equipe multidisciplinare per costruire un adeguato percorso assistenziale individuale. Tale consulenza dovrà essere aperta anche al territorio, a disposizione dei medici di medicina generale, dei servizi territoriali e delle strutture socio sanitarie e sociali che erogano prestazioni in regime residenziale e semiresidenziale per anziani fragili;
- la costruzione di una rete con il territorio per garantire alla dimissione la continuità di cura e il supporto alle strutture socio sanitarie e sociali sopra indicate.

L'Istituto dovrà anche attivare percorsi di formazione finalizzati a supportare lo sviluppo di una nuova cultura in merito a strumenti quali la comunicazione, la Death Education, le cure palliative simultanee e di vita, la Dignity. L'Istituto dovrà anche creare percorsi di educazione per la comunità e i caregivers, con l'obiettivo di supportare “il processo del vivere & del morire”, “la prevenzione & la longevità”, “l'incontro/dialogo & lo scambio intergenerazionale”.

Uno dei temi centrali della programmazione sanitaria a livello nazionale e regionale è rappresentato dalla realizzazione delle reti cliniche, il cui sviluppo deve proseguire in coerenza con il recente Accordo Stato Regioni concernente le linee guida per la revisione di reti cliniche e reti tempo dipendenti e in continuità con le esperienze qualificanti già attivate; alcune di queste, che sono anche di carattere interregionale, quali il trapianto d'organo, dovranno mantenere la qualità regionale e sviluppare il trapianto da vivente. Altre reti dovranno vedere consolidati i percorsi avviati, come per la rete oncologica del tipo Comprehensive Cancer Care Network (CCCN) anche in chiave di ricerca attraverso la realizzazione del Centro Oncologico e di Ricerca delle Marche (CORM).

Le reti cliniche rappresentano un nodo strategico per l'incremento della qualità dell'assistenza ospedaliera; nei prossimi anni verranno completate e messe a regime le attività di implementazione delle reti già istituzionalizzate (*breast unit*, rete per ictus acuto, trauma grave, oncologica, trapiantologica, ecc.) e dato

ulteriore impulso a quelle in fase di realizzazione (rete per le emergenze cardiologiche, per le malattie vascolari, medicine specialistiche, ad esempio nefrologia con particolare attenzione allo sviluppo nel territorio della dialisi in assistenza domiciliare, ecc.), consentendo una connessione efficace tra ospedale e territorio per la garanzia di continuità assistenziale e di presa in carico globale del paziente in tutte le fasi di malattia. Nell'ambito delle malattie reumatologiche, che hanno un rilevante impatto sociale e quindi riflessi negativi sulla qualità della vita, dovrà essere dimensionato ed organizzato il sistema in maniera tale da consentire una diagnosi tempestiva e l'inizio di terapie adeguate, implementati i rapporti con il medico specialista al fine di creare maggiore conoscenza tecnico-scientifica di tali malattie, migliorata la comunicazione medico di medicina generale e medico specialista, adeguati i percorsi diagnostici e terapeutici alle linee guida nazionali ed internazionali, valutata la realizzazione di una rete reumatologica, garantita la gestione multidisciplinare del paziente che comprenda anche trattamenti riabilitativi adeguati, favorita la semplificazione della prescrizione e della dispensazione dei farmaci biotecnologici e dei farmaci "off-label", autorizzati dall'Agenzia Italiana del Farmaco. Dovranno inoltre essere potenziate le competenze del Centro regionale di riferimento per il coordinamento del sistema integrato di prevenzione, diagnosi e cura della fibromialgia e della sensibilità chimica multipla, di cui alla l.r. 38/2017.

L'evoluzione dell'assetto organizzativo del sistema sanitario regionale che ha caratterizzato l'ultimo decennio evidenzia inoltre la necessità di un adeguamento del sistema di emergenza-urgenza regionale. Una attenta e completa revisione della l.r. 36/1998, che a tutt'oggi regola tale sistema, permetterà di adeguare alle reali necessità della popolazione marchigiana l'organizzazione del sistema emergenza-urgenza, oltreché adempiere alle indicazioni normative fornite a livello comunitario e nazionale.

Aspetto cardine e centrale della revisione della l.r. 36/1998 dovrà essere quello di razionalizzare le risorse ed uniformarne gestione e procedure, attraverso una "*governance*" unitaria del Sistema di emergenza – urgenza che permetta di sviluppare un'efficace integrazione tra l'assistenza intra ed extra ospedaliera, garantendo contestualmente un coordinamento univoco dei soggetti coinvolti.

Questo potrà essere perseguito attraverso l'unificazione sotto un'unica Struttura di Direzione dell'intero sistema di emergenza – urgenza a cui dovranno essere aggregati tutti gli interlocutori coinvolti (CUR NUE 1-1-2, C.O. 118, PoTES [Postazioni Territoriali di emergenza Sanitaria], Elisoccorso, Trasporti sanitari, ecc.). La revisione della l.r. 36/1998, nell'ottica di "gestione unitaria" dell'emergenza – urgenza, dovrà garantire e prevedere un modello organizzativo idoneo alle reali necessità della popolazione regionale, che permetta rapporti funzionali tra la "*governance*" e le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere regionali, e gli altri soggetti coinvolti nell'assistenza sanitaria di emergenza-urgenza.

La missione del nuovo soggetto unitario dell'emergenza–urgenza, sarà quella di garantire, implementare, uniformare ed organizzare il soccorso sanitario di emergenza (anche per la gestione di maxi – emergenze) in tutti i suoi aspetti, in raccordo con tutte le altre strutture/enti coinvolti.

6.4. ASSISTENZA FARMACEUTICA - DISPOSITIVI MEDICI

Il progresso tecnologico e le dinamiche demografiche attese legate all'invecchiamento della popolazione nella regione determineranno nei prossimi anni un'ulteriore espansione della domanda di nuove e costose tecnologie sanitarie, inclusi farmaci, dispositivi medici, attrezzature sanitarie e sistemi diagnostici che renderà indispensabile un incessante e rinnovato impegno verso livelli di efficienza ed efficacia ottimali, nell'azione di governo del sistema sanitario nel suo complesso rispettando l'equilibrio economico-finanziario.

In ambito farmaceutico ruolo fondamentale sarà svolto nella capacità di definire il posizionamento terapeutico più adeguato e contestualmente indirizzare verso un uso etico delle risorse del settore, atteso che con l'introduzione di farmaci ad alto costo, nuove terapie in grado di modificare la storia naturale della patologia

(es Terapia per HCV) a risorse sicuramente non incrementali, il governo del settore attraverso le competenze dei Farmacisti del SSR, con modalità attenta e responsabile potrà determinare l'accessibilità alle cure.

Per i dispositivi medici, in assenza di un prontuario nazionale, la regione ha un ruolo ancora più rilevante nelle valutazioni, nelle scelte e nella programmazione della spesa anche utilizzando procedure snelle e più aderenti al bisogno del cittadino per garantire in particolare l'assistenza protesica più appropriata.

Al governo della farmaceutica dovranno partecipare con ruolo attivo tutte le Unità di Farmacia ospedaliera e territoriale del SSR, tramite nuovi servizi, ma anche con il rafforzamento delle funzioni di informazione sul corretto uso delle terapie, di verifica della aderenza terapeutica e di prevenzione, nonché la promozione dei corretti stili di vita attraverso il miglioramento del coinvolgimento attivo del cittadino. La partecipazione consapevole del cittadino potrà consentire l'ottimizzazione delle *compliance* e un minor ricorso all'utilizzo di farmaci autoprescritti non sempre corretti. Per tutto quanto sopra l'alleanza terapeutica tra pazienti e prescrittori costituisce la modalità di base più adeguata per raggiungere l'obiettivo di efficacia ed efficienza.

La complessità delle terapie farmacologiche e l'aumento dell'età dei pazienti sono causa di frequenti interazioni farmacologiche con conseguenti reazioni avverse e abbandono delle terapie. Particolare attenzione dovrà essere dedicata al tema della aderenza della terapia e alla farmacovigilanza. L'attenzione alla sicurezza dei farmaci e dei dispositivi è importante in tutti i setting di cura, ma va riservata un'attenzione particolare alle situazioni meno presidiate: residenze sanitarie e Istituti penitenziari.

Al fine di accompagnare gradualmente il SSR verso la piena operatività di un modello unificante di governo a rete delle tecnologie sanitarie, sono identificati quali obiettivi strategici della programmazione la capacità di garantire a tutti i cittadini l'accesso alle terapie innovative promuovendo l'uso etico delle risorse. A questo deve aggiungersi la capacità di ridurre i danni alla salute derivanti da errori nella prescrizione e somministrazione di farmaci, reazioni avverse e trattamenti inappropriati proseguendo nel percorso di miglioramento continuo dell'appropriatezza prescrittiva garantendo l'integrazione ospedale-territorio per l'assistenza sanitaria. Inoltre dovrà essere assicurata la sicurezza delle cure messe a disposizione con particolare attenzione alla interazione tra farmaci, alla aderenza terapeutica, alle transizioni di cura e al controllo degli errori farmacologici.

L'attività di Farmacovigilanza garantisce la sicurezza di impiego dei farmaci, e comprende anche i vaccini. Il Centro di Riferimento di Farmaco Vigilanza (CRFV) coinvolge a tale scopo tutti gli *stakeholders* della filiera del farmaco, e mira a incentivare la segnalazione delle sospette reazioni avverse (ADR, *Adverse Drug Reaction*) da parte di cittadini ai Responsabili Locali di Farmacovigilanza (RLFV) anche tramite le farmacie convenzionate, con l'obiettivo della valutazione del rischio/beneficio nell'uso dei farmaci.

Per garantire l'uso appropriato delle risorse dovrà essere favorito l'uso dei farmaci a brevetto scaduto e consolidato il modello organizzativo di rilascio delle autorizzazioni in rete alla prescrizione dei farmaci ad alto costo e dell'utilizzo di dispositivi medici innovativi, basato su criteri di razionalità e appropriatezza.

Una ulteriore forma di garanzia per la sicurezza dei cittadini è rappresentata dal monitoraggio e dalla vigilanza sull'impiego dei dispositivi medici.

Per liberare risorse da mettere a disposizione dei cittadini andrà rinforzata la centralizzazione degli acquisti dei farmaci e dei dispositivi medici e verranno effettuate valutazioni di Health Technology Assessment (HTA) nel quadro di un innovativo Programma Regionale di Valutazione che sappia anche migliorare la trasferibilità nel SSR delle valutazioni condotte a livello nazionale ed internazionale.

Dovrà essere sviluppata la partecipazione del cittadino alle politiche farmaceutiche, implementando adeguatamente le conoscenze dei cittadini rispetto a costi e benefici dei farmaci, con particolare riferimento alle fasce di popolazione in cui si verificano i maggiori rischi di errore e di eventi avversi (anziani); uno spazio di lavoro inoltre dovrà essere dedicato al recupero di farmaci e presidi non più utilizzati dai pazienti.

Per l'assistenza protesica, andranno individuate modalità uniformi su tutto il territorio regionale relativamente alla manutenzione ed al ripristino del materiale protesico e l'implementazione di un sistema informativo

adeguatamente alimentato a livello aziendale, che consenta un monitoraggio sia a livello di Azienda che a livello regionale.

Dovrà essere sviluppato ulteriormente il monitoraggio costante delle prescrizioni (farmaci e dispositivi) con valutazioni regionali e territoriali implementando maggiormente l'attività dell'organismo regionale dell'Appropriatezza (ORA) da cui far partire segnalazioni e nel contempo sviluppare forme partecipate di formazione adeguata anche mediante audit con i professionisti specialisti e con i prescrittori del territorio (MMG, PLS, Specialisti) per uniformare modalità prescrittive più adeguate ai bisogni di salute dei cittadini.

Inoltre dovrà proseguire l'azione di monitoraggio costante della spesa farmaceutica convenzionata e per acquisti diretti con l'obiettivo di verificare scostamenti diffusi nel sistema, coglierne la specificità e valutare modalità per intervenire con l'obiettivo di garantire accessibilità ed equità per tutti i cittadini marchigiani.

Infine andranno implementate le forme di Sperimentazione clinica dei farmaci che garantiscono accessibilità dei cittadini marchigiani a progetti sperimentali e che sviluppino cultura nei professionisti del settore.

La Regione monitorizza e verifica le attività che fanno capo al Comitato Etico Regionale (C.E.R.) e a quello dell'IRCCS-INRCA di Ancona in collaborazione con L'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) che ha istituito l'Osservatorio Nazionale sulla Sperimentazione Clinica dei medicinali (OsSC) per la gestione delle sperimentazioni cliniche (fase I-IV) che si svolgono in Italia.

6.5. AREE DI INTERESSE REGIONALE

A fianco delle tradizionali aree di intervento che rispecchiano quanto previsto dalla normativa in materia di Livelli Essenziali di Assistenza, si è ritenuto opportuno stigmatizzare aree specifiche che presentano aspetti peculiari a livello regionale: l'area delle maxi-emergenze che sono di tutta evidenza necessarie a causa della caratteristica geomorfologica del territorio regionale che in più casi è stato devastato da calamità naturali come il sisma, le inondazioni, ecc. e da emergenze sanitarie in senso stretto come focolai epidemici, contaminanti ambientali e alimentari e disastri causati dall'uomo.

A questo si aggiungono le specificità dell'impianto regionale oro-geografico che è caratterizzato da aree montane meno servite a maggiore dispersione territoriale e che tuttavia manifestano maggiori bisogni assistenziali a causa della presenza di popolazione prevalentemente anziana. Anche a tal fine sono stati avviati i progetti sulle Aree Interne.

6.5.1 Le maxi emergenze

L'evento sismico del 24/08/2016 ha colpito sette Comuni del territorio della Regione Marche: Acquasanta, Arquata, Montegallo, Montemonaco, Montefortino, Amandola e Castelsantangelo sul Nera.

Gli eventi sismici del 26 e 30/10/2016 hanno causato nuova forte scossa di magnitudo 5,4, che è stata registrata nel comune di Castelsantangelo sul Nera (MC) a cui è seguita una ancora più forte, di magnitudo Mw 5,9 alle ore 21.18, con epicentro nel comune di Ussita. Le due scosse hanno provocato innumerevoli crolli. Il 30 ottobre alle 07.40 si è verificata una scossa di magnitudo 6,5 la più forte scossa di terremoto in Italia dal sisma dell'Irpinia del 1980. Il sisma si è originato a 10 chilometri di profondità con epicentro tra i paesi di Castelsantangelo sul Nera, Preci, Norcia. Si sono verificati numerosi crolli e gravissimi danni agli edifici pubblici e privati e alle infrastrutture, in particolare nelle province di Macerata, Fermo e Ascoli Piceno, e fortunatamente nessuna vittima. Dei circa 30.000 cittadini che sono stati sfollati molti i cittadini ultrasessantacinquenni, ultra settantacinquenni ed un considerevole numero di grandi anziani.

Numerosi studi condotti dopo eventi sismici hanno rivelato un incremento di prescrizione di antidepressivi e del 37% e di antipsicotici sopra al 120% in particolare sulle donne anziane. Tra i giovani si rileva l'aumento del consumo di alcol tabacco e cannabis.

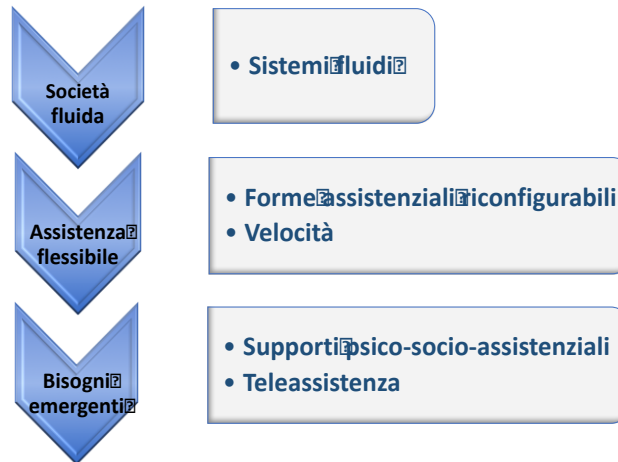
Dopo gli eventi sismici, nelle settimane e mesi successivi, molti studi di settore riportano, oltre i danni diretti prevalentemente di tipo lesivo, danni di tipo psichiatrico come il disturbo post-traumatico da stress (PTDS), disturbi depressivi ed altre sintomatologie di tipo psichico come ansia, irritabilità ed insonnia.

Uno studio dell'Istituto Superiore di Sanità nel 2010 comparato con il 2007-2008 ha rilevato l'aumento del PTDS di ben 10 volte, di ben 6 volte la depressione, e la sedentarietà è raddoppiata negli adulti sopra i 50 anni, particolarmente nelle donne e nei ricollocati. Inoltre immediatamente dopo il sisma l'ospedalizzazione aumentava di quasi il 27% a causa di problemi cardiocircolatori tra gli anziani.

Studi di settore hanno testimoniato che gli anziani sono tra i più colpiti poiché, come sottolineato dal WHO nel report *Active aging: a policy framework* (2002), la loro qualità di vita non dipende solo dal loro stato di salute ma da molte variabili come le relazioni sociali, le attività ricreative e culturali e il loro ambiente. L'assenza di tali fattori costituisce un serio rischio per il declino fisico e cognitivo delle popolazioni anziane.

Le evidenze scientifiche e le testimonianze raccolte provano che la Sanità pubblica e la Protezione Civile hanno dato risposte concrete e valide ai bisogni dei cittadini grazie al coraggio, all'inventiva e alla generosità degli operatori e delle istituzioni, ma anche grazie al sistema organizzato tra protezione Civile e Sanità: il Gruppo Operativo emergenze Sanitarie (Gores). Tuttavia si evidenzia come la risposta ai danni e ai rischi per la salute prodotti dal disastro debba essere pianificata e organizzata molto prima dell'emergenza (*preparedness*) e molto meglio con una maggiore adeguatezza. I servizi sanitari devono prepararsi a cambiare le priorità sanitarie con un passaggio dal trattamento iniziale degli infortuni legati ai bisogni sanitari più generali che si verificano nelle prime settimane. La preparazione è necessaria per affrontare le esigenze di salute mentale e di riabilitazione a medio-lungo termine. Le disuguaglianze sull'impatto dei terremoti sulla salute sono state rilevate in particolare per le donne, i bambini, gli anziani, i disabili e le comunità rurali. Sono state identificate le necessità di mantenere l'accesso a servizi essenziali come la salute riproduttiva e i servizi di prevenzione sanitaria. Le azioni chiave di preparazione comprendono l'identificazione di leader appropriati, la pianificazione e la formazione del personale. Mentre ci sono una serie di conseguenze sanitarie dei terremoti, temi comuni sono emersi in contesti diversi e da diversi eventi sismici e non solo, ma in generale a seguito di disastri naturali ed eventi di emergenze straordinarie (ad es disastri provocati dall'uomo). La preparazione dei sistemi sanitari è essenziale e possibile, al fine di mitigare gli impatti negativi sulla salute dei disastri naturali. La preparazione è possibile e necessaria a livello di comunità, organizzazione e sistema. In particolare l'allestimento, prima che i disastri si verifichino, di piani di intervento da rendere operativi nell'emergenza e nel post-emergenza. Fanno parte essenziale di questi piani sistemi di monitoraggio della salute in tutti i suoi aspetti, di educazione, di creazione della consapevolezza e di comunicazione del rischio. La letteratura internazionale ha documentato effetti sulla salute dei disastri che si manifestano anche a distanza di anni dall'evento (mortalità, problemi di salute mentale, malattie cardiovascolari, disturbi del comportamento). Da considerare in particolare i soggetti più vulnerabili (per età, per deprivazione sociale e per patologie concomitanti) che risultano i più esposti. Le soluzioni adottate per il governo del territorio e per il ricollocamento della popolazione che ha perduto la propria abitazione hanno un effetto rilevante sulla salute. La consapevolezza a priori del ruolo di entrambi i fattori può contribuire a programmare interventi volti a ridurre il carico degli effetti tardivi. Inoltre una attenta comunicazione sullo stato di salute e sui rischi per la salute della popolazione esposta ad un evento disastroso è di importanza strategica per il buon esito dell'assistenza, oltre che della sorveglianza e della ricerca dopo il disastro.

**Le maxi emergenze sanitarie:
Il sistema come evento per apprendere**



Nonostante l'ottima risposta ai terribili eventi sismici che hanno caratterizzato il 2016 il sistema necessita di una ulteriore abilità per essere maggiormente operativo.

Anche per raggiungere l'obiettivo del miglioramento della risposta ai disastri naturali le direttrici trasversali di sviluppo risultano particolarmente necessarie, senza dimenticare, nell'ambito delle maxi emergenze, quelle epidemiche (ad es. ebola), riferite sia alla salute umana sia alla salute animale, e la conseguente predisposizione di piani di evacuazione in sicurezza di pazienti potenzialmente infetti, in particolare da aeroporti e porti, verso i centri di riferimento nazionali.

Le principali priorità sono quindi di seguito descritte:

- favorire la partecipazione dei cittadini, per garantire un approccio integrato alla sorveglianza della salute, in tutte le sue fasi, dalla pianificazione delle indagini alla interpretazione dei risultati, alla definizione degli interventi necessari. Questi ultimi si devono basare sulla capacità di mettere a sistema il sapere accumulato dalle istituzioni, dai politici, dalla ricerca e dalla popolazione colpita e che ha sviluppato esperienze concrete;
- incrementare il numero di operatori formati in grado di elaborare e gestire protocolli operativi anche attraverso un approccio multidisciplinare rivolto alla sorveglianza della salute, individuando indicatori prioritari (di salute, di accesso e offerta dei servizi, ad es. l'attività degli psicologi) fino alla misura e analisi dei dati;
- sviluppare la sorveglianza delle popolazioni colpite da eventi disastrosi (con particolare attenzione ai gruppi di popolazione vulnerabili). I professionisti e i ricercatori dovranno essere meglio coinvolti per accrescere le conoscenze utili alla resilienza della comunità;
- assicurare sistemi informativi efficienti e capaci di resistere nelle crisi come lo sviluppo del nuovo numero unico di emergenza, il NUE 112 con il suo *disaster recovery* che garantisce la continuità dei soccorsi, anche nei casi di gravi danni ai sistemi di telecomunicazione locali;
- sviluppare sistemi di telemedicina facilmente riconfigurabili laddove le strutture sanitarie vanno in difficoltà;
- definire un piano di comunicazione come strumento capace di ridurre il danno derivato dalla paura, dallo stress, dall'incertezza e capace di controllare ansia e stress e aumentare la resilienza della popolazione;
- garantire l'adeguamento strutturale e tecnologico, il cui ruolo fondamentale è rappresentato dal lavoro in atto di sviluppo dei nuovi manuali di autorizzazione e accreditamento, che cambieranno il volto delle

infrastrutture sanitarie, al fine di renderle completamente adeguate alle norme di sicurezza e capaci di essere punti di sicurezza per i cittadini.

Infine i servizi dell'area veterinaria e sicurezza alimentare devono garantire una risposta sanitaria adeguata al perseguimento dell'obiettivo comune di tutela della salute pubblica favorendo la ripresa produttiva delle imprese alimentari delle aree terremotate attraverso un supporto diretto alle filiere produttive. La vastità del territorio marchigiano coinvolto negli ingenti danni da terremoto, 87 Comuni estesi su una superficie di circa 4000 kmq, richiede una risposta sanitaria flessibile e capace di garantire la conformità sanitaria degli alimenti circolanti. Le imprese danneggiate dal terremoto devono essere sostenute nelle loro produzioni riaccreditando i processi della produzione primaria e post primaria (trasformazione, trasporto, commercializzazione, distribuzione e somministrazione) degli alimenti lungo tutta la filiera modulando i piani di controllo sanitario in base alle nuove situazioni legate ai requisiti delle strutture produttive locali e di quelle che hanno delocalizzato i processi produttivi della filiera in modo temporaneo, parziale o totale.

6.5.2 Le Aree Interne

Con la DGR n. 1126 del 6 ottobre 2014 e la DGR n. 1308 del 24 novembre 2014 sono state individuate le tre Aree Interne della Regione Marche nei territori "*Basso Appennino Pesarese e Anconetano*" (Comuni di Acqualagna, Apecchio, Cagli, Cantiano, Piobbico, Frontone, Serra Sant'Abbondio, Pergola, Arcevia, Sassoferrato), "*Maceratese*" (Comuni di Acquacanina, Bolognola, Castelsantangelo sul Nera, Fiastra, Fiordimonte, Monte Cavallo, Muccia, Pievebovigliana, Pieve Torina, Serravalle di Chienti, Ussita, Visso Cessapalombo, Gualdo, Monte San Martino, Penna San Giovanni, San Ginesio, Sant'Angelo in Pontano, Sarnano), "*Picena*" (Comuni di Comunanza, Force, Montedinove, Montemonaco, Rotella Acquasanta Terme, Arquata del Tronto, Castignano, Montegallo, Palmiano, Roccafluvione, Carassai, Cossignano, Montalto delle Marche, Offida). L'individuazione è avvenuta attraverso sovrapposizioni cartografiche ed analisi statistiche che hanno evidenziato il grado di disagio/perifericità dei territori e a seguito del Rapporto di istruttoria del Comitato Tecnico Nazionale Aree Interne.

La regione sta sviluppando piani specifici per le Aree Interne che a partire dal bisogno rilevato nel territorio creino i presupposti per investimenti commisurati alle necessarie risposte. Le aree interne si differenziano rispetto al territorio costiero per organizzazione sociale, popolazione e viabilità. Il profilo della popolazione assistita\residente testimonia una minor quantità e densità abitativa delle aree interne rispetto alle zone costiere. Il profilo orogeografico mostra una maggiore dispersione territoriale delle aree montane. Per effetto di queste differenze, l'insieme delle attività gestionali va rivista e finalizzata ad assicurare in modo unitario il soddisfacimento della domanda di salute espressa dalla comunità di riferimento.

La Strategia Nazionale per le Aree Interne (SNAI) è una strategia di sviluppo territoriale ad ampio raggio, coordinata dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, che coinvolge importanti Ministeri e tutte le Regioni. L'obiettivo generale è la valorizzazione di quei territori che, per ragioni geografiche o territoriali, si sono dovuti confrontare con il tema della marginalità territoriale. In particolare un primo obiettivo della Strategia Nazionale per le Aree Interne riguarda il miglioramento della quantità e qualità dei "servizi di cittadinanza", individuando una "prima classe" di azioni in settori decisivi quali: i servizi per la salute, il ruolo della scuola, la mobilità nelle e dalle Aree interne.

Nella regione Marche la questione delle Aree interne è particolarmente delicata e resa ancor più problematica dagli eventi sismici del 2016, per cui l'Amministrazione regionale segue con particolare attenzione le diverse progettualità territoriali, svolgendo il necessario ruolo di coordinamento e di collegamento con gli orientamenti generali delle politiche e degli interventi.

Considerare la strategia delle Aree interne nell'ambito del presente Piano non ha solo lo scopo di evidenziarne il valore strategico, riconoscendo ai territori identificati come "svantaggiati", un protagonismo nella

progettazione partecipata e nella realizzazione degli interventi, ma anche e soprattutto quello di sperimentare, in situazioni di difficoltà, modalità di risposta flessibili e azioni innovative in ambiti strategici della salute, in grado di essere estese a tutto il territorio regionale.

Base per la Strategia Nazionale per le Aree Interne è l'Accordo di Programma Quadro (APQ) che coinvolge più soggetti pubblici e li vincola in un'azione concertata.

Nelle Marche è stato già firmato l'APQ per l'Area interna basso Pesarese e Anconetano (cfr. DGR n. 85 del 30/01/2017) che è entrato nella fase operativa con l'acquisizione da parte della Regione dell'anticipo del finanziamento per il settore "Salute" (776.000,00 € del totale di 1.940.000,00 € a valere sulla Legge di Stabilità) e con l'avvio delle attività dei gruppi di lavoro, uno per ogni intervento previsto dal progetto, che sono costituiti prevalentemente da operatori sanitari e sociali dei territori interessati ed integrati da professionisti dell'ASUR e della Regione, per il necessario raccordo con le politiche regionali in materia di salute e di politiche sociali. Gli argomenti dei gruppi sono profondamente radicati negli Obiettivi e nelle Diretrici di sviluppo alla base del Piano Socio Sanitario Regionale:

- il primo gruppo, sulla "Telemedicina", si è attivato per avviare interventi di diagnostica mobile e teleconsulto per i cittadini, anche con riferimento ai servizi di emergenza;
- a "Gestione delle cronicità" è l'oggetto del lavoro del secondo gruppo, incentrato da una parte nella "mappatura" delle situazioni di maggiore cronicità anche con strumenti unitari di valutazione multidimensionale e, dall'altra nell'avvio della sperimentazione dell'"infermiere di comunità";
- il terzo gruppo si deve occupare della "Piattaforma per nuovo Punto Unico di Accesso per Salute e Welfare" individuando i contenuti dell'attività informativa sull'offerta delle prestazioni sociali, sociosanitarie e sanitarie disponibili sul territorio e di prima risposta per i bisogni semplici, sociali e sanitari, che può essere data dallo sportello unitario, diffuso nei diversi Comuni firmatari l'Accordo di Programma;
- sulla strutturazione ed il consolidamento della "Rete delle strutture residenziali e semiresidenziali" è impegnato il quarto gruppo, per il potenziamento dell'offerta assistenziale rivolta a soggetti anziani, prevalentemente non autosufficienti, con disabilità secondaria a patologie cronico-degenerative, terminali, e a soggetti con problemi di salute mentale.

Il Gruppo di Coordinamento regionale Strategie Aree Interne, istituito presso il Servizio Sanità, nel raccogliere le prime indicazioni operative emerse dai gruppi ha dato mandato di avviare prima possibile le diverse azioni individuate. Tra queste azioni assume un'importanza rilevante anche un'efficace e concreta realizzazione di una rete di farmacie rurali soprattutto nei comuni e nei borghi più isolati e necessitanti di questo servizio essenziale; i recenti eventi sismici hanno ancora una volta confermato come solo intervenendo concretamente sulla rete delle farmacie, che in alcune aree sono unico presidio della salute soprattutto per anziani soli e senza mezzi di locomozione, si possono garantire alla popolazione efficienti servizi essenziali.

Si auspica che nei tempi dell'approvazione e dell'operatività del presente Piano divengano pienamente operativi gli altri due Accordi di Programma Quadro che riguardano: l'Area interna "Picena", con una dozzina di Comuni della Provincia di Ascoli Piceno, per la quale è stata già adottata la DGR 1675/18 e l'Area interna "Maceratese", che comprende i Comuni "montani" della Provincia di Macerata. Le progettualità per la "salute" messe in campo in questi territori sono naturalmente e correttamente contestualizzate rispetto alle esigenze specifiche (per esempio nel settore dell'Emergenza/Urgenza e in quello dell'integrazione dei servizi sociali e sanitari), ma anche queste sono fortemente collegate con le politiche regionali sanitarie e sociali e, quindi, rappresenteranno un contributo importante per la realizzazione del presente Piano.

La tematica specifica delle Aree Interne, collegata alla strategia nazionale, va collegata ad una più ampia strategia per i territori montani, che dal nord al sud della regione, presentano tutti i sintomi di territori svantaggiati ai quali estendere, prioritariamente, le progettualità e la messa a regime dei servizi previsti dagli APQ approvati. A tal proposito, si evidenzia la necessità di avviare un percorso di valutazione delle particolari

condizioni per l'individuazione delle Aree interne, anche con un nuovo assetto istituzionale da attuare attraverso il necessario iter legislativo.

Infine, sempre attraverso il medesimo iter legislativo, le Aree Interne devono essere garantite e favorite nell'erogazione dei servizi con criteri e parametri numerici in deroga rispetto al resto della regione, soprattutto per quanto attiene al rapporto servizi/popolazione e alle distanze delle strutture socio sanitarie fra loro.

7 L'ATTUAZIONE DEL PIANO

La legge regionale 17 luglio 1996, n. 26 “Riordino del servizio sanitario regionale” prevede, all’articolo 31, che “il Consiglio regionale su proposta della Giunta provvede all'approvazione del piano sanitario regionale o di parti di esso uniformandolo alle indicazioni del piano sanitario nazionale”. Inoltre, che “il Piano sanitario regionale ha durata triennale e può essere aggiornato annualmente (...). Fino all'entrata in vigore del nuovo Piano è comunque prorogata l'efficacia del Piano precedente”.

Con l’approvazione del Piano, diventa operativo il perseguimento degli obiettivi strategici indicati. Questi sono declinati in obiettivi specifici e concreti, grazie alla formulazione di *schede intervento* per mettere in evidenza le modalità operative contenenti l’indicazione delle azioni da avviare e dei criteri di misurazione dei risultati (indicatori).

L’innovazione di questo Piano infatti consiste anche nella volontà di declinare in schede intervento (riportate in Appendice 1) la presentazione di un primo elenco di obiettivi specifici che costituisce il nucleo iniziale di azioni da avviare.

L’attuazione degli obiettivi strategici del Piano per le diverse aree generali di intervento (riguardanti i servizi territoriali, l’assistenza domiciliare, la rete ospedaliera, la medicina preventiva, la sicurezza alimentare, ecc.), è demandata a più atti di Giunta che definiranno in dettaglio le azioni operative riguardanti gli obiettivi specifici previsti dalle schede.

Sono adottate previo parere della Commissione assembleare competente le deliberazioni della Giunta regionale concernenti:

1. la disciplina generale e i criteri di organizzazione dell’assistenza sanitaria distrettuale e ospedaliera, compresa la distribuzione dei posti letto e delle reti cliniche;
2. le modalità di attuazione di disposizioni statali che incidono sulla disciplina e sui criteri previsti al punto 1.

La valenza pluriennale del PSSR e la compresenza di *schede intervento* che, per quanto specificato nell’introduzione all’Appendice 1, hanno necessariamente orizzonti temporali diversi, implica una produzione di atti regionali coerente, che si protrae nel tempo e che accompagna la progressiva realizzazione delle schede. Nel corso del monitoraggio periodico dell’attuazione del Piano, descritto nel capitolo 8, si potrà valutare se sono necessari correttivi e aggiustamenti di azioni, target e tempi, nonché se è opportuno predisporre schede integrative in sede di aggiornamento annuale del Piano stesso.

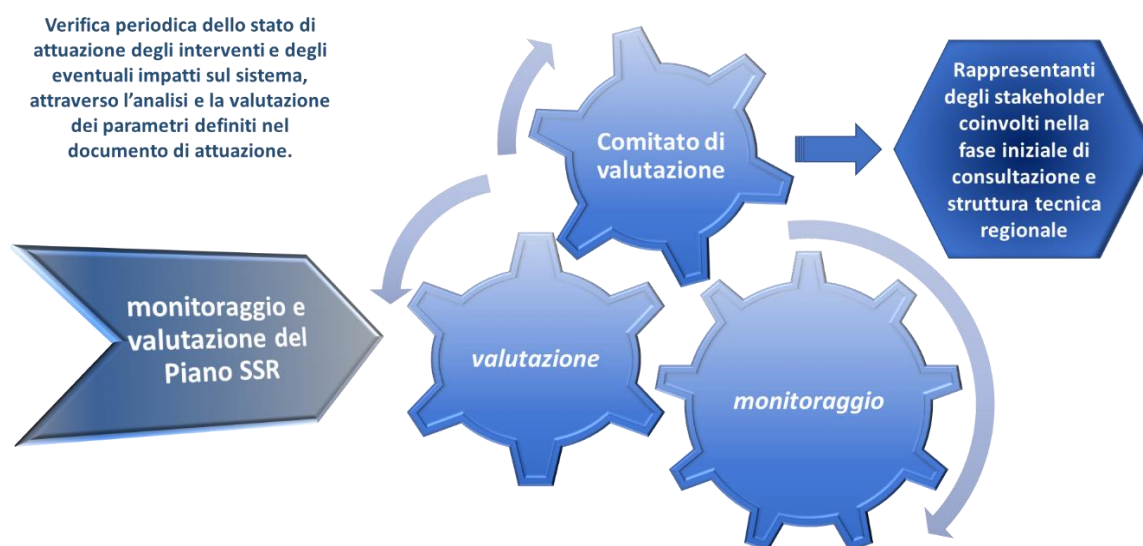
Ai fini dell’attuazione del Piano, si rende inoltre indispensabile procedere alla definizione di momenti formativi a supporto delle azioni di intervento previste, che andranno ad integrare i piani formativi stabiliti a livello regionale e dagli Enti del SSR.

8 IL MONITORAGGIO E LA VALUTAZIONE DEL PIANO

La fase di monitoraggio e valutazione del Piano rappresenta il momento fondamentale di verifica dello stato di attuazione degli obiettivi previsti e dell'impatto sulla sanità regionale delle azioni intraprese.

Per il monitoraggio periodico e la valutazione dell'applicazione del Piano viene individuato un "comitato di valutazione", composto da rappresentanti dei diversi interlocutori (*stakeholder*) coinvolti nella fase iniziale di consultazione che, insieme alla struttura tecnica regionale, si occuperà della verifica periodica dello stato di attuazione degli interventi e degli eventuali impatti sul sistema, attraverso l'analisi e la valutazione dei parametri definiti nei documenti di attuazione.

Il monitoraggio e la valutazione



Il comitato di valutazione, costituito con deliberazione della Giunta regionale, verifica periodicamente lo stato di attuazione di ciascun intervento. Nel comitato, oltre al Dirigente del Servizio regionale competente in materia e al Direttore dell'Agenzia regionale sanitaria, partecipano referenti degli Enti del SSR, degli Enti locali, delle Organizzazioni sindacali, dei Comitati di partecipazione dei cittadini di cui all'articolo 24 della l.r. 13/2003, e di altri soggetti che si ritiene utile coinvolgere, in relazione alle specifiche competenze, per mantenere attivo il sistema di partecipazione e condivisione.

L'azione di monitoraggio inoltre è facilitata almeno nel primo periodo di attuazione del Piano stesso grazie alla definizione degli indicatori selezionati come utili alla verifica delle azioni intraprese (in ogni *scheda intervento*, sono evidenziati in corsivo e neretto quelli specifici ai fini del monitoraggio).

Nel corso dell'attività di monitoraggio e a seguito della valutazione dello stato di attuazione del Piano, il comitato può evidenziare situazioni che richiedono un aggiornamento delle schede esistenti o eventuali integrazioni che, coerenti con le linee strategiche, aggiornano le azioni di intervento. Le integrazioni seguono l'iter descritto nel capitolo 7.

L'attività di monitoraggio si traduce in una relazione da sottoporre annualmente all'attenzione della Commissione assembleare competente, così come previsto dagli articoli 2, comma 4, e 31, comma 7, della l.r. 26/1996. L'analisi del rapporto tra costi dei servizi e relativi benefici, di cui all'articolo 2 della legge medesima,

sarà esaminata in un'apposita seduta della stessa Commissione assembleare, con il coinvolgimento delle Conferenze di area vasta, dei direttori degli Enti del Servizio sanitario regionale, dei Comitati di partecipazione dei cittadini alla tutela della salute di cui all'articolo 24, comma 3, della l.r. 13/2003, degli altri stakeholder, nonché delle strutture competenti della Giunta regionale e dell'assessore con delega alla Tutela della salute.

APPENDICE 1: LE SCHEDE INTERVENTO

Di seguito viene formulato un primo elenco di **schede intervento** che declinano gli obiettivi strategici e le indicazioni strategiche, individuando gli obiettivi specifici, al fine di stabilire, in termini concreti e puntuali, con quali strumenti è possibile ottenere risultati utili al conseguimento dei macro-obiettivi. Ogni obiettivo specifico è inserito nell'ambito di una specifica area di intervento, anche se in alcuni casi viene comunque indicato che l'obiettivo è comune e trasversale a più aree di intervento, in coerenza con la necessità di garantire continuità e integrazione nei percorsi assistenziali. Per ciascun obiettivo è predisposta una **scheda intervento** contenente la descrizione del contesto, il target da raggiungere, le azioni da avviare per la realizzazione dell'obiettivo attraverso le direttrici di sviluppo, gli indicatori per la misurazione dei risultati.



Le *schede intervento* contengono quindi l'indicazione degli elementi necessari alla formulazione degli interventi specifici e delle modalità operative da sviluppare nella fase attuativa del presente Piano.

Le schede intervento, che riportano nel titolo l'obiettivo specifico, sono presentate per aree di intervento e contengono al loro interno il riferimento agli obiettivi strategici del presente Piano. Alcuni obiettivi possono essere comuni e trasversali a più aree di intervento o comunque riguardare temi di carattere generale: per necessità di schematizzazione, ogni obiettivo specifico è inserito nel paragrafo di un'area di intervento ma, se riferito a più di una di queste, contiene all'interno della scheda i riferimenti alle altre aree di interesse.

In questa logica, oltre la possibile collocazione del contenuto delle *schede intervento* lungo un asse di "complessità", con i poli da circoscritto/specifico a trasversale/generale, l'attuazione delle varie azioni previste nelle schede ha anche una successione temporale differenziata di realizzazione nel periodo di vigenza del PSSR. Le *schede intervento* hanno diversi "orizzonti" temporali di riferimento e di attuazione perché collegati alle diverse articolazioni degli interventi e della difficoltà di realizzazione dei "prodotti" previsti. In conseguenza di ciò saranno previsti diversi tempi di inizio e *step* di avanzamento nell'ambito di ciascuna *scheda intervento*,

con conseguenti cronoprogrammi di attuazione differenziati che terranno necessariamente conto anche delle condizioni di “partenza” dei diversi contesti territoriali ed organizzativi di riferimento.

Ci sono *schede intervento* di carattere “macro”, che prevedono interventi articolati, su larga scala, che interessano più ambiti e sistemi di cura, quindi, generalmente, con una valenza temporale di lungo termine; altre *schede intervento* riguardano sì più tematiche, ma analoghe, tra loro collegate, che coinvolgono attori diversi, ma “vicini”, con una prospettiva “meso” e tempistiche di realizzazione a medio termine; altre *schede intervento*, o articolazioni di esse, prevedono un intervento, ancorché articolato, in un settore specifico o comunque circoscritto, in una dimensione che si potrebbe definire “micro”, con una realizzazione in tempi medio/brevi.

Ai fini del monitoraggio per la valutazione dello stato di attuazione del Piano, in ciascuna scheda sono evidenziati uno o più indicatori, tra quelli elencati (in corsivo e neretto), che saranno oggetto di verifica periodica ad opera del comitato di valutazione di cui al capitolo 8.

In Appendice 4 è riportata la tabella contenente il cronoprogramma con l’indicazione dei tempi massimi di avvio per l’attuazione delle schede di intervento previste dal presente PSSR.

AREA DI INTERVENTO: PREVENZIONE COLLETTIVA, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE

1. Miglioramento delle coperture vaccinali e rafforzamento dei servizi vaccinali

<i>Obiettivo strategico di riferimento:</i> Qualità e appropriatezza dei servizi e dei trattamenti
<i>Obiettivo specifico:</i> Miglioramento delle coperture vaccinali dell'età pediatrica e raggiungimento degli standard raccomandati a livello nazionale e internazionale
<i>Definizione / descrizione:</i> Le vaccinazioni sono tra gli interventi di maggiore efficacia per la prevenzione primaria delle malattie infettive e rappresentano uno strumento essenziale per la salute della popolazione e soprattutto dell'infanzia. Raggiungere e mantenere elevate coperture vaccinali è il mezzo per garantire alla popolazione la scomparsa o il controllo di alcune importanti malattie. In Italia e in maniera particolarmente spiccata nella nostra regione, a partire dal 2013, si è registrato un progressivo trend in diminuzione del ricorso alle vaccinazioni, sia obbligatorie che raccomandate. Tale fenomeno ha determinato un calo della copertura vaccinale al di sotto del 95%, soglia raccomandata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per il raggiungimento della cosiddetta "immunità di gregge" e da tempo obiettivo dei Piani Nazionali di Prevenzione Vaccinale (PNPV), incluso l'ultimo (PNPV 2017-2019), per proteggere indirettamente anche coloro che, per motivi di salute, non possono essere vaccinati. I dati relativi alle attività vaccinali del 2015 descrivono il declino maggiore con coperture per esavalente (Difterite, Tetano, Pertosse, Polio, <i>Haemophilus influenzae</i> B, Epatite B) del 92% e per morbillo-parotite-rosolia del 79,9%. Nel 2016 si è registrata l'inversione di tendenza, con un miglioramento generale delle coperture vaccinali. I dati del 2017, anche a seguito dell'obbligo scolastico, attestano un costante e progressivo miglioramento della situazione regionale (esavalente 93,0%, MPR 88,2%), ma i dati di copertura risultano ancora sotto la soglia del 95%.
<i>Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):</i> > Realizzazione e diffusione di reportistica annuale su coperture vaccinali e su vaccinovigilanza, disponibile anche su web. Indagine sulla qualità percepita dagli utenti dei servizi vaccinali; > Coinvolgimento attivo di MMG e PLS nelle attività vaccinali. Procedure per la piena e completa attuazione dell'offerta attiva e gratuita per le vaccinazioni dei soggetti fragili, degli anziani e dei soggetti in età pediatrica; > Attivazione di percorso comunicativo specifico integrato tra Servizi vaccinali, MMG e PLS. Percorso condiviso per accompagnamento alla scelta consapevole da parte dei genitori. Presa in carico dei genitori esitanti nelle diverse possibilità di contatto: bilanci di salute, colloqui prevaccinali e informativi; > Valutazione e revisione delle sedi vaccinali sul territorio regionale, anche attraverso un programma di <i>site visit</i> locali; > Trasformazione dell'attuale Anagrafe Vaccinale in un sistema gestionale. Valutazione della fattibilità di estensione dell'Anagrafe Vaccinale informatizzata a MMG, PLS. > Realizzazione e distribuzione delle nuove Linee Guida regionali e formazione di tutti gli Operatori sanitari.
<i>Target (risultato atteso) da raggiungere:</i> Vaccinazioni Esavalente e MPR copertura $\geq 95\%$
<i>Misurazione dei risultati (indicatori):</i> % Coperture vaccinali rispetto alla popolazione target

2. Aumento della copertura vaccinale per antinfluenzale nei soggetti anziani

<i>Obiettivo strategico di riferimento:</i> Accessibilità e prossimità
<i>Obiettivo specifico:</i> Aumentare la copertura vaccinale per la vaccinazione antinfluenzale nei soggetti di età pari o superiore a 65 anni.
<i>Definizione / descrizione:</i> L'influenza rappresenta un rilevante problema di Sanità Pubblica e sono le persone più fragili quelle a maggior rischio di complicanze, tanto che il 90% dei decessi si verifica in persone di età superiore ai 65 anni, soprattutto se affette da altre patologie. Inoltre, l'influenza ha costi sociali elevatissimi. Ogni anno, infatti, colpisce, in forma più o meno severa, tra il 10 e il 20% della popolazione generale. Le campagne di vaccinazione contro l'influenza offrono in maniera gratuita la vaccinazione a diverse categorie di persone ad alto rischio, e tra queste ai soggetti di età pari o superiore a 65 anni. Per ridurre significativamente morbosità, complicanze e mortalità per influenza è necessario raggiungere coperture vaccinali elevate negli anziani (obiettivo minimo 75%, obiettivo ottimale 95%) e nei soggetti ad alto rischio di tutte le età. Nell'ultima campagna vaccinale antinfluenzale (2017/2018) la copertura nelle Marche è risultata il 50,0%.
<i>Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):</i> > Rafforzare la comunicazione verso la popolazione coinvolta. Attività informativa attraverso stakeholder (es. sindacati, associazioni anziani). Azione proattiva della Medicina generale e delle Cure primarie; > Implementazione delle attività a supporto del coinvolgimento dei MMG. Indicazioni tempestive e pratiche sulle campagne vaccinali e linee guida operative. Coperture vaccinali come obiettivo di performance degli Operatori; > Integrazione tra SISP e MMG, sviluppo di un modello organizzativo efficiente ed integrato; > Accessibilità degli ambulatori vaccinali territoriali. Appropriata tipologia del vaccino rispetto al paziente. Adeguata distribuzione dei vaccini rispetto al fabbisogno; > Integrazione attraverso strumenti informativi tra Dipartimenti di Prevenzione e Cure Primarie. Strategie di comunicazione basate su tecnologie informatiche; > Diffusione di materiale scientifico ed eventi formativi specifici; audit operatori.
<i>Target (risultato atteso) da raggiungere:</i> Copertura vaccinazione antinfluenzale per soggetti ≥ 65 anni: $\geq 75\%$ (obiettivo minimo)
<i>Misurazione dei risultati (indicatori)</i> % Numero di soggetti ≥ 65 anni vaccinati rispetto alla popolazione target.

3. Tutela della sicurezza dei lavoratori addetti a comparti produttivi con alto indice di Infortuni mortali

<i>Obiettivo strategico di riferimento:</i> Fragilità e cronicità
<i>Obiettivo specifico:</i> Contrastare il fenomeno degli infortuni mortali attraverso lo sviluppo di azioni che hanno come “setting” i luoghi di lavoro. La strategia si fonda, in particolare, sulla puntuale attuazione delle linee d'intervento 6-7 e 6-8 del Piano Regionale di Prevenzione 2014/2018, prorogato al 31 dicembre 2019.
<i>Definizione / descrizione:</i> L'andamento infortunistico mostra negli ultimi anni un trend di complessiva riduzione degli eventi segnalati su tutto il territorio nazionale ed anche regionale. Con buona approssimazione si può affermare che l'applicazione dei Piani di Prevenzione nazionali hanno, specie come primo intervento sistematico nel settore, generato processi di prevenzione virtuosi che hanno prodotto quasi immediatamente risultati rilevanti. La riduzione riguarda soprattutto i lavoratori italiani; è assai più contenuta nei lavoratori extracomunitari. I dati INAIL evidenziano inoltre che la riduzione degli infortuni mortali non è consistente e quindi continuano ad essere un problema rilevante. Sicuramente la lunga crisi economica e la ripresa che stenta a ripartire tolgono risorse alle aziende che quindi non innovano macchine, impianti e strutture e non curano adeguatamente la manutenzione. Importante quindi, in questa fase, prevedere processi informativi / formativi destinati ad operatori interni e/o esterni alle aziende che sono incaricati della manutenzione e degli adeguamenti delle macchine, degli impianti, delle attrezzature e delle strutture in genere. La predisposizione di strumenti di controllo omogenei ed appropriati, realizzati anche sulla base di <i>near miss</i> o eventi nefasti manifestatisi, possono consentire lo svolgimento di controlli mirati, finalizzati all'eliminazione delle situazioni più critiche. – Declinazione a livello regionale ed attuazione dei Piani nazionali di Prevenzione nel comparto edile e nel comparto agro-forestale. Potenziamento del sistema regionale: per la gestione ed il monitoraggio delle azioni di prevenzione predisposte ed attuate; per il supporto informativo e formativo alle imprese, associazioni di categoria e datoriali; – Sinergia con altre strutture regionali (es. Assessorato agricoltura) e nazionali (Inail) per la promozione della sicurezza e per l'attivazione di percorsi finalizzati a sostenere le imprese anche attraverso specifici finanziamenti per il miglioramento delle strutture e delle attrezzature da lavoro; – Miglioramento dei percorsi formativi specifici per i lavoratori addetti alla realizzazione/ conduzione / manutenzione di opere provvisorie, attrezzature di lavoro/ macchine; – Programmazione dell'attività di vigilanza nei comparti più a rischio e in una selezione di aziende di tutti i comparti produttivi che presentino indici infortunistici significativamente più elevati rispetto al dato medio del proprio comparto. Quanto sopra, con l'ausilio dei sistemi di gestione <i>Marche prevenzione</i>, SIAR e flussi informativi INAIL, e finalizzata anche al raggiungimento dei LEA e declinata dalle indicazioni del Comitato regionale di Coordinamento per la salute e sicurezza sul lavoro e dai relativi organismi provinciali; – Miglioramento della qualità degli accessi ispettivi anche attraverso l'ausilio di strumenti (es. indicazioni operative per gli operatori di vigilanza per l'applicazione del titolo II del d.lgs. 81/2008 e per l'applicazione del d.lgs. 17/2010) condivisi a livello interregionale; – Azioni di Prevenzione proattive finalizzate all'intercettazione di attrezzature da lavoro non a norma in fase di commercializzazione; – Predisposizione di protocolli operativi con le strutture coinvolte nella gestione degli infortuni su lavoro; – Alimentazioni dei flussi informativi relativi agli incidenti mortali e gravi (<i>In.Forma</i>)
<i>Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):</i> > Sensibilizzazione delle strutture territoriali affinché partecipino alla realizzazione di percorsi formativi indirizzati ad operatori addetti alla manutenzione e/o adeguamento delle macchine e degli impianti; > Coinvolgimento degli operatori dei Servizi nei corsi di formazione organizzati dalle scuole ad indirizzo tecnico in relazione ai progetti di scuola/lavoro; > Effettuazione di accessi ispettivi supportati da strumenti condivisi in ambito regionale al fine di assumere comportamenti omogenei; > Raggiungimento dei numeri di accessi ispettivi programmati per i vari comparti individuati sulla base dei flussi informativi a rischio alto; > Attivazione di protocolli operativi con la Procura per la gestione delle indagini di infortuni gravi e mortali; > Azioni repressive (sequestri) in presenza di palesi e ridondanti non conformità riscontrabili su macchine, attrezzature, impianti e strutture. > Realizzazione di un focus annuale specifico relativo alla incidentalità, con l'utilizzo delle fonti informative a disposizione, nell'ambito del report regionale in funzione degli obiettivi strategici ex articolo 7 d.lgs. 81/2008.

Target (risultato atteso) da raggiungere:

Trend in diminuzione dei tassi di Infortuni mortali in ambito lavorativo

Misurazione dei risultati (indicatori)

(n. denunce di infortunio riconosciuto con esito mortale anno corrente) – (n. denunce di infortunio riconosciuto con esito mortale anno precedente)/ n. denunce di infortunio riconosciuto con esito mortale anno precedente)*100

4. Tutela della Salute e della Sicurezza dei lavoratori addetti ai cantieri di ricostruzione “post sisma”

<i>Obiettivo strategico di riferimento:</i> Qualità e appropriatezza dei servizi e dei trattamenti
<i>Obiettivo specifico:</i> Contrastare il fenomeno degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali
<i>Definizione / descrizione:</i> A seguito degli eventi sismici verificatisi nel periodo 2016-2017 i territori delle province di Macerata, Ascoli Piceno e Fermo saranno interessati da estese opere di ricostruzione con apertura di numerosi cantieri (pubblici ma soprattutto privati). Il comparto edile è notoriamente caratterizzato da una elevata incidenza di infortuni, anche gravi e di malattie professionali. Inoltre nei cantieri di ricostruzione sono presenti difficoltà e rischi “aggiuntivi” rispetto ai “classici” cantieri edili legati sia al contesto territoriale che alle criticità delle fasi di lavoro e alle interferenze tra le professionalità impiegate. In questa prima fase di attività (rimozione macerie e demolizione delle strutture pericolanti) riveste particolare importanza la gestione delle macerie che possono esporre i lavoratori a fibre di amianto. Nella regione Marche si è mantenuta alta l’attenzione in tema di salute e sicurezza nei cantieri edili attraverso: - il raggiungimento degli obiettivi LEA e quelli del Piano Regionale della Prevenzione; - l’attività di coordinamento sviluppata in seno al Comitato regionale di Coordinamento per la salute e sicurezza sul lavoro; - l’attivazione dal 01.01.2018 della piattaforma <i>Marche Prevenzione</i> per le notifiche on-line. Tuttavia, in vista dell’elevato numero di aziende e lavoratori edili che si troveranno ad operare in un territorio concentrato nelle Aree vaste 3-4-5, è necessario porre ulteriore attenzione alle azioni già in atto, puntando sul coordinamento delle attività di vigilanza e sull’assistenza ad aziende e figure della prevenzione per aumentare la consapevolezza e l’impegno di imprese e professionisti rispetto alla tutela della salute e sicurezza degli addetti.
<i>Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):</i> > Favorire il coordinamento tra i Servizi Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (PSAL) delle Aree Vaste ASUR (AAVV) coinvolti nelle attività di vigilanza e di assistenza nei cantieri nelle aree di ricostruzione “post sisma”; favorire il coordinamento tra i servizi PSAL delle AAVV coinvolte nelle attività di vigilanza e le altre Istituzioni di controllo. > Promuovere il miglioramento delle condizioni di salute e sicurezza dei lavoratori delle imprese impegnate nella ricostruzione, al fine di ridurre il fenomeno degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali, con particolare riguardo all’esposizione a fibre di amianto nelle prime fasi di demolizione/rimozione macerie: supporto nelle fasi demolizione e rimozione macerie, nel controllo e gestione del rischio amianto (informazione, formazione, assistenza in logica sinergica con tutti gli attori coinvolti); > Valorizzare la funzione di assistenza verso le figure della prevenzione nei luoghi di lavoro (coordinatori, RLS, RSPP, medici competenti), i datori di lavoro e i lavoratori impegnati nella ricostruzione; > Favorire il coordinamento delle attività di vigilanza nell’area del cratere con altri Enti deputati al controllo nei cantieri, anche attraverso l’implementazione dei sistemi informativi regionali (<i>Marche Prevenzione</i>); > Definire le priorità di intervento e l’identificazione dei criteri minimi di gestione delle attività di vigilanza nei cantieri della ricostruzione post sisma. > Inquadrare le situazioni e fasi di criticità peculiari delle aree del cratere e relativa gestione del cantiere (profili di responsabilità delle varie figure, gestione dei rischi interferenti e degli appalti). > Adeguare il personale dei Servizi PSAL per fronteggiare l’“emergenza ricostruzione”: si stima che almeno 50.000 nuovi cantieri verranno avviati. > Costituzione gruppo di lavoro con componenti delle AAVV ASUR interessate dal sisma; > Elaborazione e diffusione Linee di Indirizzo regionali per la gestione delle attività di assistenza (alle Aziende ed alle figure della prevenzione) e di vigilanza nei cantieri post sisma
<i>Target (risultato atteso) da raggiungere:</i> Tasso di infortuni sul lavoro nei cantieri post-sisma non superiore al tasso regionale
<i>Misurazione dei risultati (indicatori)</i> Numero infortuni sul lavoro sul numero addetti

5. Prevenzione e promozione della salute e di stili di vita corretti nella popolazione

Aree di intervento - Trasversale- Assistenza territoriale, Assistenza ospedaliera, Prevenzione collettiva, Politiche Sociali e Sport.

Obiettivi strategici di riferimento:

1. Incremento di qualità e appropriatezza dei servizi e dei trattamenti
2. Miglioramento accessibilità e prossimità
3. Rafforzamento dell'equità del Sistema
4. Sostenibilità del Sistema

Obiettivi generali:

- a) Sostenere un sistema regionale, accessibile ed equo, di promozione della salute per le persone e le comunità perseguendo gli obiettivi dell'Organizzazione Mondiale della Sanità allo scopo di contrastare/eliminare le malattie prevenibili, attuare politiche efficaci per l'invecchiamento sano, prolungare negli anni la qualità della vita, ridurre i bisogni di cura e garantire il diritto a ciascun individuo per il raggiungimento del più alto standard di salute fisica e psichica possibile nel suo ambiente naturale;
- b) Promuovere gli stili di vita corretti nella popolazione sviluppando le competenze specifiche negli operatori, per prevenire le malattie cronico non trasmissibili (MCNT), attraverso la costruzione della Rete Regionale della Promozione della Salute.

Obiettivi specifici:

- a) Approvare gli strumenti normativi e programmatori (L. R. e D.G.R.) per definire e realizzare la programmazione e l'attuazione di strategie integrate finalizzate alla promozione della salute della persona e della comunità e alla prevenzione primaria in attuazione dei principi quali Salute in tutte le Politiche e One Health con particolare attenzione all'equità e riduzione delle disuguaglianze di salute;
- b) Promuovere la cultura della prevenzione come strategia anche in funzione di un razionale e migliore utilizzo delle risorse; migliorare la pianificazione territoriale locale di AV prevedendo azioni di valutazione, rendicontazione e monitoraggio; aumentare la consapevolezza delle funzioni e potenzialità del Piano Regionale della Prevenzione e della opportunità di integrazione trasversale con altre programmazioni regionali che lo stesso rappresenta; accrescere le competenze per migliorare la qualità degli interventi, al fine di riconoscere e diffondere interventi quanto più efficaci e con caratteristiche di buona pratica; sviluppare competenze comunicative efficaci a sostegno delle azioni in promozione della salute.

Definizione / descrizione:

La DGR 540/15 concernente "Interventi regionali di attuazione del PNP 2014-2018" e s.m.i. ha approvato i 12 Programmi - e le relative linee d'intervento - che perseguono i Macro Obiettivi indicati dal Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2014-2018 – Intesa S.R. n. 156 CSR del 13/11/2014. I quattro programmi dedicati alla prevenzione primaria e alla promozione della salute si realizzano secondo le strategie maggiormente efficaci quali l'approccio lungo l'intero arco della vita, l'approccio per setting, l'empowerment della popolazione target, strategie raccomandate altresì nel documento OMS regione europea- Salute 2020.

L'esperienza del PRP 2014-18, prorogato al 31.12.2019, ha evidenziato come l'approccio intersettoriale, tramite il coinvolgimento dei diversi settori della società civile, oltre che della componente sanitaria nel suo complesso, abbia dato i maggiori risultati in termini di sostenibilità delle azioni, continuità e ricerca di buone pratiche.

Contemporaneamente l'utilizzo di strumenti progettuali che garantiscono un approccio multicomponente ai fattori di rischio e ai determinanti per la salute ha veicolato le azioni verso la necessaria integrazione delle componenti sanitarie nelle diverse e specifiche professionalità e competenze. Si evidenzia a tale proposito la necessità di realizzare percorsi formativi rivolti ai professionisti della Promozione della salute e ad altri professionisti coinvolti e/o interessati nelle tematiche. Tale percorso allo scopo di realizzare un confronto "sul campo" per individuare e sperimentare i principi e i criteri che guidano verso azioni di progettazione quanto più efficaci (buone pratiche), di valutazione e rendicontazione allo scopo di rafforzare la governance locale correlandola alla governance regionale.

In adesione ai principi di intersettorialità e trasversalità nel periodo di vigenza dell'attuale PRP (DGR 540/15 e DGR 887/18) sono stati approvati i seguenti atti:

- DGR 1163/15 "Attuazione DGR 540/2015 - Approvazione Protocollo d'Intesa tra Regione Marche e UISP - Unione Italiana Sport Per Tutti, Comitato Regionale Marche per la promozione dell'attività fisica nella comunità locale, anche attraverso lo sport per la salute"

- DGR 572/16 “Attuazione DGR 540/2015 - Approvazione Protocollo d'Intesa tra Regione Marche e Unione Sportiva ACLI - Comitato Regionale - per la promozione dell'attività fisica nella comunità locale”
- DGR 1220/17 “Attuazione DGR 540/2015 e DGR 1118/17 - Approvazione Protocollo d'Intesa tra Regione Marche e Centro Sportivo Italiano Comitato regionale delle Marche, per la promozione dell'attività fisica nella comunità locale”
- DGR 1118/17 “Progetti di sostegno alla promozione dell'attività fisica e motoria”
- DGR 270/17 “Attuazione DGR 540/2015 - Rete regionale delle "Aziende che Promuovono Salute"
- DGR 888/18 “Approvazione Protocollo d'Intesa tra Regione Marche e Anci Marche per la Promozione della Salute nella Comunità secondo la strategia di Guadagnare Salute, in applicazione della DGR 540/2015. Interventi di attuazione del Piano Regionale della Prevenzione”
- DGR678/19 Approvazione Protocollo d'Intesa tra Regione Marche e SPI Cgil, FNP Cisl, UILP Uil per la Promozione della Salute nella Comunità e il sostegno alle strategie di Prevenzione”
- DGR 876/19 “Recepimento del Documento "Indirizzi di policy integrate per la Scuola che Promuove Salute" di cui all'Accordo Stato Regioni N. 2/CSR del 17.01.2019”
- DGR 1067/19 Proroga DGR 1118/17 “Progetti di sostegno alla promozione dell'attività fisica e motoria. Proroga del progetto "Marche in Movimento con lo Sport di Classe" per l'anno scolastico 2019-2020”

Il contenuto delle proposte del nuovo Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 – in corso di approvazione – rafforza la visione, già presente nell’attuale PNP e PRP, che considera la salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell’essere umano, della natura e dell’ambiente. Ciò in linea con l’approccio One health che, riconoscendo che la salute delle persone, degli animali e degli ecosistemi sono interconnesse, promuove l’applicazione di un approccio multidisciplinare, intersettoriale e coordinato per affrontare i rischi potenziali o già esistenti per la salute. A ciò si aggiunge l’approvazione dell’Agenda 2030 e i suoi 17 obiettivi, anche in questo caso tra loro interconnessi, tra cui quello del diritto alla salute per tutti.

La prossima programmazione regionale in tema di prevenzione e promozione della salute terrà conto della visione, principi, metodologie e strategie del nuovo Piano Nazionale della Prevenzione 2020/2025, del quale è imminente l’approvazione, sostenendo il riorientamento del sistema prevenzione, nella sua articolazione di compiti e responsabilità, anche attraverso azioni formative ad hoc, con il coinvolgimento di tutti i servizi socio –sanitari del territorio, sviluppata e/o orientata da Dipartimenti di Prevenzione delle AAVV ASUR, tramite la costituzione di una rete operativa regionale per la promozione della salute che favorisca il coordinamento, monitoraggio e valutazione degli interventi, rafforzando e uniformando i Servizi di Promozione della Salute delle AAVV ASUR.

Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):

Finalità: Condividere all’interno del contesto della programmazione sanitaria gli obiettivi individuati dal PNP e conseguente PRP, allo scopo di concorrere al raggiungimento degli obiettivi e indicatori, anche ai fini del raggiungimento LEA:

- Costituzione del Gruppo tecnico rappresentativo di Servizio Salute - ARS – Servizio Politiche Sociali e Sport - ASUR. Finalità: Assicurare l’integrazione ed il coordinamento delle politiche previste dai diversi strumenti di programmazione e rendere sinergici i programmi proposti dalle diverse strutture regionali riguardanti il benessere e la salute dei cittadini
- Costituzione del Tavolo Multisetoriale di coordinamento delle politiche di promozione della salute e prevenzione primaria. Finalità: Sviluppare competenze di pianificazione, di integrazione tra servizi e dipartimenti delle AAVV ASUR e altri Enti del SSR ai fini dell’attuazione degli obiettivi del Piano Regionale della Prevenzione:
- Coinvolgimento dell’ASUR, stesura progetto formativo e accreditamento ECM
- Avvio della formazione nel primo anno di vigenza del Piano e completamento entro l’anno successivo.

Target (risultato atteso) da raggiungere:

Adozione di atto regionale – Delibera Amministrativa- per la formalizzazione della organizzazione della Rete per la Promozione della Salute nell’ambito di quelle per la prevenzione primaria collettiva.

Adozione di indirizzi regionali - Delibera di Giunta – in attuazione del Piano Regionale della Prevenzione - per la definizione di linee di indirizzo finalizzate alla realizzazione di accordi operativi locali per la salute di comunità e alla definizione di standard minimi organizzativi e di risorse delle UO di Promozione della Salute delle AAVV ASUR.

Avvenuta redazione del progetto formativo e suo completamento entro il secondo anno di vigenza del Piano.

Misurazione dei risultati (indicatori)

Formula: Approvazione di Delibera Amministrativa su Sistema regionale per la Promozione della Salute, del benessere della persona e della comunità

Standard: L.R. entro il terzo anno di vigenza del Piano

Fonte: Regione

Formula: Approvazione di DGR per Linee di Indirizzo per Accordi operativi locali per la salute di comunità in attuazione del Piano Regionale della Prevenzione. Standard: DGR entro il terzo anno di vigenza del Piano

Fonte: Regione

Formula : Percorso formativo di livello regionale realizzato

Standard: percorso formativo entro il secondo anno di vigenza del Piano

Fonte: Regione, ASUR

6. Promozione del benessere e tutela della salute di adolescenti e giovani

Obiettivo strategico di riferimento: Sostegno a fragilità e cronicità dal neonato all'anziano; Miglioramento di accessibilità e prossimità

Obiettivo specifico:

Promuovere una strategia complessiva a favore degli adolescenti che riduca la frammentazione e la precarietà di singoli progetti e costruisca un sistema stabile e competente, volto a prevedere la compartecipazione dei giovani agli snodi decisionali che li riguardano sulle questioni sociali e di salute relative al contesto in cui vivono, nonché alla promozione del benessere fisico e relazionale combattendo inoltre la sedentarietà, con l'incentivazione di stili di vita salutari. Particolare attenzione, inoltre, alla prevenzione del maltrattamento e abuso, favorendo l'integrazione sociale dei soggetti svantaggiati e l'incentivazione del processo di integrazione fra il sistema sportivo e quello scolastico. Attivazione quindi di azioni integrate e coordinate a favore della popolazione adolescenziale, caratterizzata da veloci cambiamenti, e delle loro famiglie, valorizzando le competenze acquisite dai diversi soggetti pubblici e privati presenti sul territorio e favorendo la collaborazione tra essi. Fondamentale è il coinvolgimento e il supporto agli adulti (genitori ed educatori) nei processi di cura facilitando lo scambio e l'auto-aiuto tra genitori ed adulti di riferimento per condividere strategie educative sulle principali problematiche dell'adolescenza e favorire momenti formativi per gli insegnanti sulla relazione con gli adolescenti e gli obiettivi di salute.

Definizione / descrizione:

Prendersi cura della salute degli adolescenti non significa soltanto garantire il diritto alle prestazioni sanitarie ma richiede attenzione alle specificità dell'età, degli ambienti di vita, del ruolo della famiglia. L'attenzione alla specificità in adolescenza è fondamentale sia per i rapidi cambiamenti evolutivi che avvengono in un breve arco temporale, sia per la necessità di coinvolgere la famiglia nell'attuazione degli interventi, sia per la rilevanza e l'influenza degli ambienti di vita sugli adolescenti. Gli interventi da mettere in campo devono essere mirati, tempestivi, specifici, condotti con un approccio transculturale e devono tener conto dei fattori protettivi e dei fattori di rischio presenti, della capacità di supporto della famiglia, delle risorse del contesto e utilizzare modalità di comunicazione appropriate. Altro elemento fondamentale in questa età è garantire la partecipazione attiva dei ragazzi in tutto il percorso di cura.

Si rende necessaria la definizione di un percorso progettuale per lo sviluppo unitario di azioni e interventi, orientati alla presenza di una rete territoriale multiprofessionale con competenze specifiche sull'adolescenza; alla collaborazione tra gli ambiti sanitario, sociosanitario ed educativo; alla continuità tra promozione del benessere, prevenzione e cura per superare le separazioni; all'accoglienza; al coinvolgimento degli adolescenti e delle famiglie nel percorso di cura; all'attivazione delle risorse presenti nel territorio; sostegno alle esperienze di auto-aiuto e di peer education.

Vanno proposti interventi di promozione di stili di vita sani in ambito scolastico; interventi di prevenzione di comportamenti a rischio nell'extrascuola (interventi di prossimità, educazione all'affettività, utilizzo del web, esercizio fisico, anche per contrastare l'abbandono dell'attività sportiva in adolescenza e promuovere condizioni d'ascolto anche in ambito sportivo) e interventi su temi specifici (prevenzione del maltrattamento e abuso, percorsi di cura di salute mentale, pronto soccorso).

A partire dalla Convenzione Onu sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (Convention on the Rights of the Child, approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 20 novembre 1989) sono diverse le norme giuridiche che stabiliscono la necessità di ascoltare i bambini e gli adolescenti e di fare in modo che siano nella condizione di potere esprimere la propria opinione in ogni occasione. "Il diritto all'ascolto e alla partecipazione non è però ancora pienamente realizzato: l'adolescente non ha reale potere socialmente sancito, ancorché proporzionalmente definito rispetto alla sua età o caratteristiche. La sua determinazione, peraltro non sempre e non necessariamente richiesta, è inefficace se non è accompagnata dall'avvallo genitoriale.

In questo senso, è necessario che il diritto alla salute dei giovani sia favorito e supportato anche attraverso azioni di ambito socioeducativo sul territorio, che abbiano come focus specifico la formazione, l'orientamento, l'ascolto delle giovani generazioni, la promozione del successo formativo, attraverso laboratori di formazione, di sviluppo delle competenze, di promozione dell'aggregazione sociale, eccetera; nonché, siano incoraggiate azioni che favoriscono il protagonismo degli adolescenti e i giovani nelle loro comunità e il riconoscimento del loro ruolo nella società.

Inoltre, il fenomeno dell'abbandono della pratica sportiva è un dato preoccupante che riverbera negativamente sulla salute psico-fisica delle persone e, fra queste, di tanti giovani e bambini. Le indagini conoscitive su questo fenomeno evidenziano che le ragioni di questo alto tasso di inattività sono dovute a molteplici fattori che hanno radici eterogenee e che, pertanto, devono essere affrontate in un contesto di sistema, con strategie mirate e con un ampio ventaglio di azioni diversificate.

La scuola quindi può essere il principale luogo di apprendimento degli stili di vita e della presenza sociale da parte degli adolescenti e costituire un enorme laboratorio diffuso di apprendimento della loro cittadinanza, al fine di sostenere metodi di programmazione e decisionali maggiormente partecipativi utili a costruire competenze diffuse e a facilitare processi di cambiamento.

Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):

- Prevedere spazi e forme di ascolto degli adolescenti nei diversi livelli e ambiti di programmazione che li riguardano: in ambito scolastico, del tempo libero, sportivo, culturale, dei mezzi di trasporto e dei servizi in generale che offre la comunità di appartenenza.
- Costituzione di un gruppo di lavoro regionale, con il coinvolgimento adolescenziale, per il coordinamento progettuale.
- Sviluppo di linee di indirizzo unitarie progettuali a livello regionale rivolte a:
 - Attivare punti di accesso distrettuali dedicati agli adolescenti per facilitare la conoscenza e l'accesso ai servizi.
 - Organizzare attività di promozione del benessere nelle scuole, anche con il supporto di peer basate sul potenziamento delle "life skills" nel contrasto alle pressioni sociali che condizionano i comportamenti individuali e di gruppo nell'uso di sostanze psicoattive legali ed illegali e comportamenti di gioco d'azzardo.
 - Istituire un canale di ascolto e coinvolgimento diretto con gli adolescenti su alcuni filoni, come ad esempio è già avvenuto con un progetto all'interno della programmazione di ConCittadini che ha coinvolto 14 realtà tra scuole, enti locali e associazioni su un questionario sulle dimensioni di vita degli adolescenti costruito e somministrato dai ragazzi stessi.
 - Attivare collaborazioni con i servizi di Emergenza/Urgenza per condividere procedure di collaborazione nei grandi eventi (concerti ecc.) e di intervento in caso di accessi ai PS per abuso di sostanze psicoattive legali ed illegali e di accessi di adolescenti per situazioni di disagio;
 - Attivare in tutti i distretti Spazi giovani; consultoriali liberi e gratuiti.
 - Promuovere progetti per il miglioramento del benessere fisico, psichico e sociale della persona attraverso l'attività motoria e sportiva di carattere educativo e formativo, da realizzare in ambito scolastico o nell'ambito dell'associazionismo e del volontariato, caratterizzati dalla collaborazione fra Enti locali, Istituzioni scolastiche, Aziende USL, ecc.).
 - Promuovere la formazione e l'aggiornamento professionale e qualificazione degli operatori del settore sportivo, assicurando che durante l'esercizio delle attività sportive, sia sempre presente personale qualificato.
 - Promozione di attività di formazione a sostegno degli adulti di riferimento, genitori, insegnanti, educatori ed allenatori.

Target (risultato atteso) da raggiungere:

- Istituzione del tavolo di coordinamento regionale;
- Predisposizione di linee guida progettuali regionali;
- Almeno un corso di formazione per operatori professionali sulle problematiche dell'adolescenza per provincia;
- Almeno due incontri per provincia organizzati presso le scuole medie e superiori con operatori specializzati;
- Almeno uno "sportello" attivato presso ciascuna Area Vasta a livello distrettuale dedicato agli adolescenti.

Misurazione dei risultati (indicatori):

- Numero di corsi di formazione per operatori professionali sulle problematiche dell'adolescenza
- Numero di incontri organizzati presso le scuole medie e superiori con operatori specializzati
- Numero di "sportelli" attivati presso gli Enti del SSR dedicati agli adolescenti

7. Riduzione dei rischi ambientali per la salute dei cittadini

<i>Obiettivo strategico di riferimento:</i> Qualità e appropriatezza dei servizi e dei trattamenti; Sostenibilità del sistema
<i>Obiettivo specifico:</i> Tutelare la salute della popolazione nei confronti dei Rischi Ambientali, consolidando la Rete <i>Ambiente e Salute</i> che si occupa delle procedure di Valutazione di impatto ambientale. Consolidamento della Rete Ambiente e Salute con un adeguato percorso formativo e sostenendo le sinergie tra i diversi Enti interessati al fine utilizzare strumenti condivisi per la valutazione preventiva degli impatti sulla salute.
<i>Definizione / descrizione:</i> Le tematiche ambientali rappresentano un problema rilevante in Sanità Pubblica e rappresentano anche una tematica molto sentita nella popolazione, in particolare riguardo la possibile esposizione a fonti inquinanti e relativi effetti negativi sulla salute. Attualmente è forte l'esigenza di riqualificare le valutazioni preventive a supporto delle Amministrazioni e la necessità di fornire indicazioni più puntuali e complete per sviluppare adeguatamente la componente salute nell'ambito delle procedure di Valutazione di Impatto Ambientale. A tal fine è importante rafforzare il contributo dell'epidemiologia sul tema ambiente e salute e sviluppare strumenti e percorsi interdisciplinari validi per la valutazione preventiva degli impatti sulla salute dei fattori inquinanti, con particolare riferimento ai siti di interesse nazionale (SIN) e all'area ex AERCA. Trattandosi di tematiche in forte e complessa evoluzione, è fondamentale sviluppare un percorso di formazione degli operatori del settore sanitario e ambientale e comunicazione del rischio in modo strutturato e sistematico. Per quanto riguarda la operatività della Rete regionale Ambiente e Salute è già sviluppata una collaborazione relativa all'area epidemiologica, mentre deve essere potenziata la strutturazione di una vera e propria Rete che comprenda Operatori del SSR con i suoi settori dedicati, di ARPAM, IZS, Regione nelle sue articolazioni ed Università. Risulta fondamentale, inoltre, pur in presenza di carenze normative e applicative nazionali per quanto riguarda la valutazione di Impatto Ambientale (VIA), la valutazione Integrata di Impatto Ambientale e Sanitario (VIAS) e la valutazione del Danno Sanitario (VDS), sviluppare percorsi condivisi per poter offrire una risposta alla crescente sensibilità rivolta alle problematiche ambientali e di salute portate dalla collettività tramite il coinvolgimento di quelle Istituzioni che sono chiamate ad esprimersi in termine di valutazioni sull'ambiente e di conseguenza sulla salute della popolazione. Uno strumento fondamentale per il raggiungimento dell'obiettivo è rappresentato dalla diffusione e dall'applicazione dei principi di buona pratica nella Valutazione dell'Impatto Integrato Ambiente e Salute per le procedure di VIA. Il percorso di rafforzamento della Rete consentirà attività di supporto alle politiche ambientali di miglioramento della qualità di aria, acqua, suolo secondo il modello della "Salute in tutte le politiche".
<i>Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):</i> 1. Consolidare la rete ambiente salute 2. Supportare la Rete Ambiente Salute con un adeguato percorso formativo interistituzionale; 3. Sviluppare le competenze in ambito epidemiologico per valutare l'impatto sulla salute dei determinanti ambientali; 4. Realizzazione Linee guida operative, in attuazione delle norme regionali in materia di impatto sanitario e di valutazione integrata di impatto ambientale e sanitario; 5. Diffondere ed applicare i principi di buona pratica: predisposizione di liste di controllo per la valutazione preventiva dell'impatto sulla salute delle modifiche ambientali e dei fattori inquinanti e predisposizione di procedure integrate per la gestione delle problematiche sanitarie da esse derivanti. 6. Migliorare la collaborazione tra Istituzioni deputate alla difesa della salute e dell'ambiente 7. Realizzazione Liste di controllo per la valutazione preventiva dell'impatto sulla salute delle modifiche ambientali 8. Aggiornare le competenze attribuite ad ARPAM e ASUR in materia di epidemiologia secondo quanto previsto dai nuovi LEA, nell'ambito della relativa specifica normativa regionale. 9. Sviluppare modelli, relazioni interistituzionali per la valutazione degli impatti sulla salute dei fattori inquinanti.
<i>Target (risultato atteso) da raggiungere:</i> <i>Adeguamento della l.r. 60/1997, e atti conseguenti, entro dodici mesi dall'approvazione di questo piano.</i> Realizzazione di un corso interistituzionale entro sei mesi dall'approvazione di questo piano; Realizzazione Linee guida operative entro dodici mesi dall'approvazione di questo piano;

Compilazione Liste di controllo nel 100% dei casi esaminati
Misurazione dei risultati (indicatori)
Compilazione liste di controllo=100% dei casi

8. Prevenzione dell'osteoporosi e del rischio di frattura correlato

<i>Obiettivo strategico di riferimento:</i> Fragilità e cronicità; Qualità e appropriatezza dei servizi e dei trattamenti
<i>Obiettivo specifico:</i> Rafforzare e rendere omogeneo il percorso preventivo-diagnostico-terapeutico-assistenziale dell'osteoporosi e del rischio di frattura correlato. Elaborazione di PDTA (percorso preventivo-diagnostico-terapeutico-assistenziale) sperimentale su Osteoporosi e rischio di frattura correlato, mediante integrazione organizzativa
<i>Definizione / descrizione:</i> È dimostrato che gli stili di vita impattano su molte patologie, compresa l'osteoporosi, malattia cronica non trasmissibile (MCNT) molto diffusa e che comunemente si manifesta durante la menopausa e nell'anziano. Si tratta di un problema globale in continuo aumento che l'OMS ha identificato come una priorità sanitaria a livello mondiale. In Italia l'osteoporosi è la terza patologia cronica più diffusa (dopo ipertensione e artrosi/artrite), per la quale si evidenziano marcate differenze di genere, in quanto colpisce circa 3,5 milioni di donne e 1 milione di uomini. Ne sono affette il 15% delle donne appartenenti alla fascia di età 50-59, più del 30% della classe 60-69 e il 45% della fascia 70-79. Si stima che ne sia affetto anche il 15% dei maschi over 60. In Italia, ogni anno, si registrano circa 80.000 fratture di femore, il 75% delle quali si verifica nella popolazione femminile e, di questa percentuale, il 94% avviene nelle donne di età >65 anni. La causa o concausa "osteoporosi" è presente nella quasi totalità dei casi. Il 90% delle fratture femorali è legato ad una caduta e il rischio di cadute aumenta con l'età. Circa un terzo degli individui oltre i 65 anni cade almeno una volta all'anno. Nelle Marche il tasso di ospedalizzazione della popolazione > 75 anni, con diagnosi principale o secondaria di frattura del collo del femore, nel 2013 risultava 12,57/1.000 e l'obiettivo centrale indicato dal Ministero della Salute nel Piano Nazionale della Prevenzione è quello di ridurre il tasso del 15% nel 2019 (10,69/1.000). La prevenzione dell'osteoporosi si basa sulla correzione dei fattori di rischio (connessi alla acquisizione del picco di massa ossea in età giovanile, alla densità ossea in età senile e agli aspetti strutturali scheletrici) e su stili di vita corretti (dieta equilibrata e con giusto apporto di vitamina D, attività fisica regolare, esposizione al sole). Nella regione Marche si è svolto e si sta svolgendo un intenso lavoro su questi argomenti, attraverso un articolato Gruppo di Lavoro regionale, che vede la presenza di componenti rappresentative di tutte le professionalità coinvolte nella gestione della tematica, di rappresentanti dei Coordinamenti Donne Pensionate e della Commissione Pari Opportunità della Regione Marche. Come evoluzione del lavoro svolto, si propone lo sviluppo di una rete di prevenzione-diagnosi-assistenza che accompagni le persone (sani e malati) in modo sinergico e non frammentato, favorito dalla costruzione di un PPDTA, come anche previsto dal recente Accordo Stato-Regioni Rep. Atti 105 del 10 maggio 2018 "Una strategia di intervento per l'osteoporosi".
<i>Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):</i> Alcune azioni sono già previste nell'ambito del Piano Regionale della Prevenzione vigente: informazione/sensibilizzazione della popolazione target e dei <i>caregiver</i>; informazione/formazione del personale del SSR e dei MMG coinvolti nella prevenzione, diagnosi e cura dell'osteoporosi; realizzazione di azioni di contrasto ai fattori di rischio. L'obiettivo è di rafforzare le azioni già previste con: - Partecipazione a tavoli di lavoro con il settore farmaceutico per la stesura di linee guida condivise sull'appropriatezza prescrittiva della Vitamina D; - Costruzione di percorso sperimentale Preventivo-Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale (PPDTA) su Osteoporosi e rischio di frattura correlato; - Stesura di PDTA sperimentale su Osteoporosi e rischio di frattura correlato; - Stesura di Linee guida regionali condivise dai diversi <i>stakeholders</i> e dal Gruppo di lavoro regionale sull'appropriatezza prescrittiva della Vitamina D.
<i>Target (risultato atteso) da raggiungere:</i> Riduzione del tasso di ospedalizzazione per fratture (soggetti di età > 75 anni) da 12.57/1.000 (anno 2013) a 10.69/1.000 nel primo anno di vigenza di questo piano e mantenimento nel secondo anno.
<i>Misurazione dei risultati (indicatori)</i> Tasso di ospedalizzazione per fratture (soggetti di età > 75 anni)

9. Promozione della pratica dell'esercizio fisico in persone con patologie croniche o a rischio aumentato

<i>Obiettivo strategico di riferimento:</i> Fragilità e cronicità; Qualità e appropriatezza dei servizi e dei trattamenti
<i>Obiettivo specifico:</i> Diffondere, a scopo preventivo, la pratica dell'esercizio fisico nelle persone con patologie croniche o a rischio aumentato. Attività Fisica Adattata (AFA). Costruire un profilo di "paziente esperto" riguardo alla propria condizione di rischio o di malattia Realizzare una prima Rete di Palestre Sicure – palestre certificate dal SSR per svolgere attività fisica finalizzata alla tutela della salute. Dare seguito a quanto indicato nel Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2019 per il contrasto alle Malattie Croniche non Trasmissibili relativamente ai soggetti con rischio di salute aggiuntivo (in sovrappeso, iperteso, dislipidemico, iperglicemico, fumatore, sedentario, consumatore di bevande alcoliche a rischio). Definire, in una logica di continuità assistenziale, un percorso di facile accesso riservato a soggetti portatori di patologie croniche stabilizzate o di disabilità che abbiano bisogno di implementare le strategie acquisite in un precedente programma riabilitativo svolto nelle strutture sanitarie.
<i>Definizione / descrizione:</i> Si stima che circa il 70-80% delle risorse sanitarie a livello mondiale sia oggi speso per la gestione delle malattie croniche; il dato diviene ancora più preoccupante alla luce delle più recenti proiezioni epidemiologiche, secondo cui nel 2020 esse rappresenteranno l'80% di tutte le patologie nel mondo. (DGR1335/17 Piano cronicità). Nel 2016 il 20,7 % della popolazione ha dichiarato di essere affetto da due o più patologie croniche, con differenze di genere molto marcate a partire dai 55 anni. Tra gli ultra settantacinquenni la comorbidità si attesta al 66,7 per cento (58,4 per cento tra gli uomini e 72,1 per cento tra le donne). Rispetto al 2015 aumenta la quota di chi dichiara due o più patologie croniche, soprattutto nelle fasce di età 45-54 anni (+2,6 punti percentuali). (Fonte Istat Annuario Statistico Italiano 2017) AFA non è attività riabilitativa, interviene nella fase preventiva e/o cronica stabilizzata della malattia quando il trattamento riabilitativo ha esaurito il suo intervento o per mantenere i livelli raggiunti, può essere prescritta dal Medico (MMG) o da Specialisti. Le attività sono svolte in palestre "accreditate" dal SSR, la formazione del personale è curata dai dipartimenti di prevenzione dell'ASUR, i corsi sono tenuti da personale con Laurea Magistrale in Scienze e Tecniche dell'attività Motoria preventiva e adattata, o con titoli affini/equipollenti.
<i>Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):</i> - Costituire un gruppo tecnico regionale multidisciplinare (operatori del SSR: medici della prevenzione, fisiatri, fisioterapisti, MMG, operatori dei dipartimenti di prevenzione dell'ASUR, medici dello sport; - Università di Urbino Corso di Laurea in Scienze Motorie, Associazioni di pazienti (anziani e disabili) sofferenti di malattie croniche, associazioni di laureati in scienze motorie; - Definire Linee di Indirizzo Regionali sulla promozione dell'attività fisica adattata nei soggetti cronici; - Identificare i requisiti strutturali ed organizzativi delle palestre che potranno erogare AFA e coinvolgere gli Enti Locali interessati dalla sperimentazione; - Formare il personale coinvolto; - Sperimentazione e valutazione dei costi e dei risultati della sperimentazione; - Diffusione della progettualità all'intero territorio regionale.
<i>Target (risultato atteso) da raggiungere:</i> Adozione di indirizzi regionali sulla promozione dell'esercizio fisico adattato nei soggetti con patologie croniche con la redazione dei criteri accreditamento strutture e palestre. Effettuazione di almeno 10 corsi AFA aderenti agli indirizzi regionali entro il primo anno di vigenza di questo piano.
<i>Misurazione dei risultati (indicatori)</i> Effettuazione di corsi AFA

10. Contrasto all'antimicrobico resistenza

<i>Aree di intervento (Trasversale): Assistenza territoriale, Assistenza ospedaliera, Prevenzione collettiva</i>
<i>Obiettivo strategico di riferimento:</i> Qualità e appropriatezza dei servizi e dei trattamenti; sostenibilità del sistema
<i>Obiettivo specifico:</i> Promuovere una strategia integrata per il contrasto all'antimicrobico resistenza (AMR), utilizzando un approccio "One Health" e seguendo le coordinate indicate nel Piano Nazionale (PNCAR) 2017 – 2020
<i>Definizione / descrizione:</i> L'antimicrobico-resistenza (<i>Anti Microbial Resistance</i> AMR) è in aumento e costituisce un serio problema di Salute pubblica, poiché rende problematico il trattamento di molte infezioni. L'Italia è tra i paesi in cui l'uso di antibiotici e l'antibiotico-resistenza si attestano a livelli superiori rispetto alla media europea, come risulta dal rapporto che contiene i dati delle reti europee di sorveglianza relativi al periodo 2013-15, curato dall'Agenzia Europea dei Medicinali (<i>European Medicines Agency</i> EMA), dal Centro Europeo per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (<i>European Centre for Disease Prevention and Control</i> ECDC) e dall'Autorità Europea per la Sicurezza Alimentare (<i>European Food Safety Authority</i> EFSA). Il contrasto dell'AMR richiede un approccio globale, "One Health", che promuova interventi coordinati nell'ambito della medicina umana e veterinaria, nonché nell'ambito della sicurezza alimentare. Il 30 giugno 2017, la Commissione Europea ha adottato lo <i>European One Health Action Plan against Antimicrobial Resistance</i> (AMR). Il Ministero della Salute ha successivamente pubblicato il Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020, con lo scopo di dare un indirizzo coordinato e sostenibile per contrastare il fenomeno dell'AMR a livello nazionale, regionale e locale: tale Piano è stato approvato dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 02.11.2017 – Repertorio Atti n. 188. Il Piano, che è stato recepito con DGRM 841/2018, va implementato con azioni specifiche a livello regionale.
<i>Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):</i> > Elaborazione del Piano Regionale di contrasto all'antimicrobico resistenza. > Organizzare la sorveglianza in un'ottica "One-Health" per raccogliere ed analizzare, in maniera coordinata ed integrata, i dati sul consumo degli antibiotici e sull'antibiotico-resistenza provenienti dalla medicina umana, dalla medicina veterinaria e dalla zootecnia. > Migliorare l'appropriatezza nel consumo di antibiotici nell'ambito della medicina umana e di quella veterinaria, attraverso adeguate strategie formative e informative e attraverso l'implementazione di strumenti di controllo già in utilizzo presso alcune aziende regionali. > Consolidare a livello regionale gli strumenti già utilizzati nelle aziende per il monitoraggio delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA). > Prevedere anche presso le Case della salute di tipo C o Ospedali di Comunità o di cure intermedie o strutture residenziali, la disponibilità di servizi di prelievo di campioni da sottoporre ad esami di diagnostica microbiologica presso i centri di analisi per la diagnosi rapida dei patogeni responsabili e del loro profilo di antibiotico resistenza nel luogo di assistenza. > Identificare le inefficienze organizzative e procedurali, attraverso gli strumenti del RISK ASSESSMENT, per ridurre gli eventi avversi legati alle Infezioni Ospedaliere che hanno causato più richieste di risarcimento. > Realizzazione di un data base regionale del contenzioso.
<i>Target (risultato atteso) da raggiungere:</i> > Presenza nel primo anno di vigenza di questo piano di un sistema regionale di sorveglianza dell'antibiotico-resistenza > Riduzione del 10% del consumo di antibiotici sistemici in ambito territoriale dal secondo anno di vigenza di questo piano rispetto al 2018 > Riduzione della prevalenza di CPE (Enterobatteri produttori di carbapenemasi) negli isolati da sangue dal secondo anno di vigenza di questo piano rispetto al 2018

Misurazione dei risultati (indicatori)

- > **Consumo di antibiotici sistemici in ambito territoriale per anno**
- > Misura della prevalenza di CPE (Enterobatteri produttori di carbapenemasi) negli isolati da sangue

11. Benessere e salute degli animali, sicurezza alimentare e tutela della salute pubblica

<i>Obiettivo strategico di riferimento:</i> Qualità e appropriatezza dei servizi e dei trattamenti
<i>Definizione / descrizione:</i> L’emanazione dei Regolamenti UE 2016/429 e 2017/625, già in vigore, ma la cui applicazione decorrerà gradatamente tra la fine del 2019 e la primavera del 2022, nonché la successiva emanazione da parte del Ministero della Salute del Decreto 7 dicembre 2017 impongono una drastica modifica sul sistema dei controlli integrati, sia in autocontrollo e sia in controllo ufficiale, lungo le filiere di produzione primaria e postprimaria e di distribuzione degli alimenti. Particolare riferimento è rivolto alle varie tipologie di allevamento, alle garanzie relative alla sanità animale, alla qualità sanitaria delle produzioni zootecniche e al sistema dei controlli ufficiali in sicurezza alimentare che richiede un importante miglioramento qualitativo degli attuali strumenti di analisi, valutazione e comunicazione del rischio. Le strategie d’azione che vengono adottate hanno ricadute, dirette e indirette, sulla salute pubblica e sulla competitività produttiva del sistema Italia e, come tali, sono assoggettate a criteri di valutazione della loro efficacia ed efficienza.
<i>Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):</i> > In un’ottica di partecipazione, responsabilità e trasparenza si dovrà rafforzare la comunicazione del rischio in sicurezza alimentare rivolta agli operatori istituzionali, alla popolazione coinvolta (allevatori, operatori alimentari, cittadini) mediante una attività informativa attraverso i portatori di interesse (associazioni di categoria) e attraverso il portale regionale dedicato VeSa. > Sviluppo e applicazione di un modello organizzativo integrato tra SSA, SIAOA, SIAPZ e SIAN, che vada ad incrementare l’efficacia e l’efficienza operativa dell’area specifica all’interno della prevenzione primaria collettiva > Dotazione a tutti i Servizi delle necessarie risorse umane e strumentali per lo svolgimento delle incrementate attività istituzionali: strumenti informatici tecnologicamente adeguati alle nuove esigenze professionali (tablet portatili, ecc.) e strumenti di connessione alle piattaforme informatiche in tempo reale. > Sviluppo e consolidamento dell’informatizzazione delle attività di programmazione, controllo, monitoraggio e rendicontazione tra i livelli Aree Vaste ASUR, Regione, Ministero della Salute > Realizzazione di eventi formativi dedicati alle varie tipologie professionali coinvolte nella tutela della salute pubblica.
<i>Target (risultato atteso) da raggiungere:</i> > 100% di allevamenti controllati e prevalenza delle aziende < 0,1% > > 99,8% di allevamenti controllati per ciascuna delle 4 specie e, per ciascuna specie, conferma della qualifica di Regione Ufficialmente Indenne > ≥ 100% delle categorie di matrici programmate, con almeno il 95% dei campioni svolti per ciascun programma > ≥ 90% in tutte le categorie previste dal DM 23/12/1992 (Tabelle 1 e 2)
<i>Misurazione dei risultati (indicatori)</i> > N. % di allevamenti controllati per TBC bovina e trend della prevalenza (Efficacia dei controlli ufficiali per il contrasto alla TUBERCOLOSI bovina); > N. % di allevamenti controllati e trend della prevalenza (Efficacia dei controlli ufficiali per il contrasto alla BRUCELLOSI ovi-caprina, bovina e bufalina); > N. % dei campioni eseguiti su totale dei campioni programmati (Attuazione del Piano Nazionale per la ricerca di Residui PNR); > N. % dei campioni previsti i cui esiti sono resi disponibili per l'invio all'EFSA nei tempi previsti (Programma di ricerca di residui di fitosanitari degli alimenti vegetali)

AREA DI INTERVENTO: ASSISTENZA TERRITORIALE E SOCIO SANITARIA

12. Accompagnamento delle persone fragili nel sistema dei servizi

Obiettivo strategico di riferimento: Situazioni di fragilità e cronicità
Obiettivo specifico: Migliorare e qualificare i percorsi di accoglienza e presa in carico per i soggetti fragili individuando modalità dedicate per garantire la continuità assistenziale nell'ambito dei servizi sanitari/sociosanitari e adeguate forme di integrazione con i servizi sociali, al fine di garantire maggiore attenzione e sensibilità complessiva del sistema regionale dei servizi sanitari e sociosanitari ai pazienti fragili.
Definizione / descrizione: Elaborazione e implementazione di prassi specifiche di accompagnamento dei soggetti fragili nei servizi sanitari e sociosanitari, dalla presa in carico alla continuità assistenziale, a partire da processi e procedure attivati nei territori delle Unità Operative Sociali e Sanitarie (UU.OO. SeS - DGR 110/2015 - Distretti Sanitari e Ambiti Territoriali Sociali) per la tutela specifica di varie tipologie di fragilità (anziani non autosufficienti senza famiglia di riferimento, malati terminali, disabili fisici o conseguenti a patologie cronico-degenerative, senza fissa dimora, donne maltrattate, HIV sieropositivi, immigrati, carcerati, persone sole...). Sperimentazione della figura di Tutor per l'accompagnamento delle fragilità e costituzione di reti e coordinamento, a livello di U.O. SeS, degli interventi destinati a garantire pari opportunità di accesso, presa in carico e continuità assistenziale per le persone fragili nei servizi sanitari e sociosanitari.
Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo): > Conoscenza, catalogazione e interpretazione metodologica delle esperienze di accompagnamento dei soggetti fragili realizzate nei territori delle UU.OO. SeS (<i>integrazione organizzativa</i>); > Elaborazione di criteri, struttura e caratteristiche per la definizione di percorsi di accompagnamento delle fragilità (<i>qualificazione scientifica e professionale</i>); > Predisposizione e approvazione di protocolli di intervento, a livello delle UU.OO. SeS, con la formalizzazione delle modalità di accompagnamento e di percorsi specifici di tutela per l'accoglienza, la valutazione del bisogno, la presa in carico, l'accompagnamento e la continuità assistenziale destinati ai soggetti fragili (<i>partecipazione, responsabilità e trasparenza</i>); > Definizione delle competenze e delle funzioni della figura di Tutor per l'accompagnamento delle fragilità, con la formazione, l'aggiornamento del personale dedicato e la sperimentazione operativa (<i>qualificazione scientifica e professionale</i>).
Target (risultato atteso) da raggiungere: Qualificazione delle modalità di lettura del bisogno, valutazione del bisogno e definizione della presa in carico dei soggetti fragili che si rivolgono ai servizi sanitari e sociosanitari. Diffusione della funzione di accompagnamento dell'utente fragile nel percorso assistenziale all'interno dei servizi sanitari/sociosanitari e nel rapporto con le funzioni svolte da altre agenzie esterne, indispensabili al raggiungimento del progetto individualizzato (servizi residenziali e semiresidenziali, servizi sociali, formazione, occupazione...). Sperimentazioni della figura del Tutor per l'accompagnamento delle fragilità in ogni territorio U.O. SeS per almeno due tipologie di destinatari
Misurazione dei risultati (indicatori) Pubblicazione annuale (on line) da parte delle UU.OO. SeS dei protocolli approvati e dei percorsi e degli interventi di accompagnamento delle persone fragili nel sistema integrato dei servizi sanitari e sociali. Numero di sperimentazioni della figura del Tutor per l'accompagnamento delle fragilità in ogni territorio U.O. SeS.

13. Presa in carico post-dimissione

Obiettivo strategico di riferimento: Qualità e appropriatezza dei servizi e dei trattamenti
Obiettivo specifico: Unificazione delle procedure di presa in carico post-dimissione da Unità Operative per Acuti, Degenza Post-acuzie e Riabilitazione Intensiva Ospedaliera di pazienti fragili dal punto di vista sanitario e/o socio-sanitario.
Definizione / descrizione: L'intervento nasce dal lavoro comune dell'AOU Ospedali Riuniti, dell'INRCA e dell'Area Vasta 2 dell'ASUR, su proposta dei Comitati di partecipazione, coinvolti nella costruzione della progettualità. Si propone la definizione e l'adozione di un percorso comune a tutti gli ospedali della regione (delle Aziende Ospedaliere, INRCA e ASUR) per i pazienti (compresi quelli terminali, non solo oncologici) che, dopo la dimissione, hanno bisogno di essere accolti in strutture territoriali. Il percorso comune è completato da una modulistica unificata (per la Richiesta alle Unità Valutative Integrate dei Distretti Sanitari; per la informazione a pazienti e loro familiari con la descrizione delle strutture territoriali di accoglienza, corredato da un elenco per favorire una scelta consapevole; per il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale; per il collegamento informatizzato al Sistema Informativo per la Rete del Territorio - SIRTE...)
Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo): > Revisione e condivisione complessiva, a livello regionale, della documentazione predisposta dal gruppo di lavoro misto Aziende/Comitati di partecipazione sul Percorso comune delle Aziende per i pazienti che hanno bisogno di essere accolti in strutture territoriali (<i>partecipazione, responsabilità e trasparenza</i>); > Verifica delle implementazioni necessarie con i moduli informatici del SIRTE: dimissioni, MMG, UVI... (<i>adeguamento strutturale e tecnologico</i>); > Adozione di atto per l'avvio del percorso comune di Presa in carico post-dimissione (<i>integrazione organizzativa</i>); > Avvio della nuova metodologia e della necessaria formazione interprofessionale e paziente esperto (qualificazione scientifica e professionale); > Verifica degli esiti della nuova metodologia anche attraverso Questionari di soddisfazione della famiglia e, se possibile, del paziente/utente > Adozione di atto definitivo sul percorso comune di Presa in carico post-dimissione.
Target (risultato atteso) da raggiungere: Ottimizzare l'assistenza globale al paziente, durante e dopo il ricovero per problematiche di natura sanitaria e socio-sanitaria che rendono difficile la dimissione ordinaria a domicilio; Utilizzare in maniera ottimale le risorse esistenti all'interno dell'offerta del SSR, consentendo il miglior inserimento possibile dei pazienti, dopo la dimissione, in ambito domestico o nella struttura sanitaria o socio-sanitaria adeguata; Promuovere un ruolo attivo della famiglia, del paziente/utente nel processo di cura; Prevenire i casi di ricovero ripetuto.
Misurazione dei risultati (indicatori) Rapporti semestrali a partire dall'adozione dell'atto che avvia l'azione. Rapporti di analisi da Questionari di soddisfazione della famiglia e, se possibile, del paziente/utente. Numero % di ricoveri ripetuti per tipologie analoghe di pazienti (coinvolti o meno con il nuovo metodo gestionale della post-dimissione)

14. Regolamentazione e sviluppo delle “Case della Salute”

<i>Obiettivo strategico di riferimento:</i> Qualità e appropriatezza dei servizi e dei trattamenti
<i>Obiettivo specifico:</i> Riallineare i percorsi organizzativi, la presenza dei servizi, i criteri di eleggibilità dei pazienti, le modalità di presa in carico, il riequilibrio territoriale delle Case della Salute, di Tipo A, di Tipo B e gli Ospedali di Comunità nella Regione Marche.
<i>Definizione / descrizione:</i> Il percorso di implementazione delle Case della Salute nella Regione Marche, iniziato nel 2013 (con le DD.GG.RR.: 735, 920 e 1476) e continuato fino alla DGR 139/16 con l'adeguamento di quelle di Tipo C in Ospedali di Comunità, in coerenza con il DM 70/15 è stato, da una parte, condizionato, dalla necessità della riconversione dei cosiddetti “piccoli ospedali” e, dall'altro, dalla necessità di continuare a garantire servizi ai territori, rimodulando anche le tipologie degli interventi, a partire dalla l.r. 21/2016, con l'approvazione del regolamento regionale n.1/2018 e dei corrispettivi manuali di autorizzazione e accreditamento. In concomitanza con l'approvazione delle nuove normative finalizzate a definire i requisiti di autorizzazione e accreditamento si ritiene necessario contestualizzare una riflessione che impegni tutti gli attori regionali coinvolti nel “sistema” Casa della Salute, dal Distretto Sanitario, all'assistenza primaria, alle Cure Intermedie.
<i>Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):</i> Nel periodo di vigenza del Piano Sanitario Sociosanitario Regionale si realizzeranno: > Monitoraggio permanente della situazione e dell'evoluzione della implementazione di Case della Salute (A e B) e Ospedali di <i>Comunità</i> (ovvero questi ultimi corrispondenti alle strutture riconvertite di cui alla DGR n. 139/2016, a partire dal riconoscimento della Casa della Salute di Arcevia come Ospedale di Comunità già esistente da circa venti anni) con riferimento alla dislocazione sul territorio regionale, alla catalogazione della presenza dei servizi e del modello organizzativo (<i>integrazione organizzativa</i>); > Predisposizione e approvazione di “Linee guida regionali sulle Case della Salute” con la identificazione e formalizzazione delle caratteristiche minime (organizzative e funzionali), dei criteri di eleggibilità dei pazienti, delle modalità di presa in carico, dello sviluppo e della crescita della presenza nella logica del riequilibrio territoriale (<i>miglioramento di accessibilità e prossimità</i>); > Applicazione delle “Linee guida regionali sulle Case della Salute” e riorganizzazione della rete delle “Case della Salute” (<i>integrazione organizzativa</i>).
<i>Target (risultato atteso) da raggiungere:</i> - Definizione dei modelli organizzativi e funzionali di Casa della Salute (di Tipo A, B e Ospedale di Comunità). - Realizzazione di nuove Case della Salute (di Tipo A, B e Ospedale di Comunità) a partire dai territori in cui il monitoraggio permanente rileva più carenze.
<i>Misurazione dei risultati (indicatori)</i> - Incremento annuale del numero di Case della Salute (di Tipo A, B e Ospedale di Comunità) rispetto all'anno precedente - predisposizione report periodico su attività e prestazioni erogate da Case della Salute e Ospedali di Comunità

15. Regole per la corretta prescrizione protesica

Obiettivo strategico di riferimento: Qualità e appropriatezza dei servizi e dei trattamenti
Obiettivo specifico: Miglioramento dell'accesso ai servizi territoriali attraverso la definizione di criteri, requisiti e procedure per la costituzione dell'Elenco Regionale di fornitori di protesi, ortesi e ausili e di linee guida per l'uniformità delle attività di verifica da parte dell'ASUR.
Definizione / descrizione: Il D.P.C.M. 12 gennaio 2017 sui "nuovi LEA" ha modificato l'Assistenza protesica: riformulando il nuovo nomenclatore con le prestazioni e le tipologie di dispositivi, erogabili dal SSN; definendo i nuovi destinatari dell'assistenza protesica e le nuove modalità di erogazione delle prestazioni di assistenza protesica. La Regione Marche ha recepito le indicazioni del D.P.C.M. prorogando la precedente normativa in tema di assistenza protesica di cui alla DGR 176/2000. Nell'ambito del PSSR si ritiene necessario procedere ad una riformulazione più organica della materia, raccordandola anche alla riorganizzazione della erogazione delle prestazioni territoriali, con particolare riferimento a: - la definizione di criteri, requisiti e procedure per la costituzione dell'Elenco Regionale di fornitori di protesi, ortesi e ausili di cui ai tre elenchi (1, 2°, 2B) previsti dal D.P.C.M.; - l'adozione di linee guida per l'uniformità delle modalità di erogazione dell'assistenza protesica da parte dell'ASUR; - il monitoraggio delle attività delle imprese inserite nell'elenco e delle modalità di erogazione da parte dell'ASUR.
Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo): > Predisposizione e approvazione di atto con la definizione di criteri, requisiti e procedure per la costituzione dell'Elenco Regionale di fornitori di protesi, ortesi e ausili di cui ai tre elenchi (1, 2°, 2B) previsti dal D.P.C.M. > Costituzione di un Gruppo Regionale per l'Assistenza Protesica per la definizione delle "Linee di indirizzo regionali sui percorsi organizzativi e clinico-assistenziali nell'assistenza protesica, ortesica e fornitura di ausili tecnologici", comprensive delle modalità di monitoraggio e verifica delle attività delle imprese inserite nell'Elenco Regionale di fornitori di protesi e delle modalità di erogazione dell'assistenza protesica da parte dell'ASUR > Adozione di un atto con le "Linee di indirizzo regionali sui percorsi organizzativi e clinico-assistenziali nell'assistenza protesica, ortesica e fornitura di ausili tecnologici" > Realizzazione di Corsi di formazione (con ECM) per aggiornare le conoscenze e le competenze relativamente alle nuove modalità di prescrizione di ausili previste dall'entrata in vigore dei LEA (DPCM 12 gennaio 2017) rivolti agli operatori sanitari impegnati nei territori; > Verifica degli esiti di monitoraggio e verifica delle attività delle imprese inserite nell'Elenco Regionale di fornitori di protesi e delle modalità di erogazione dell'assistenza protesica da parte dell'ASUR
Target (risultato atteso) da raggiungere: Adeguate l'Elenco Regionale di fornitori di protesi, ortesi e ausili della regione Marche alle indicazioni del D.P.C.M. 12 gennaio 2017. Armonizzare i percorsi organizzativi e clinico-assistenziali nell'assistenza protesica, ortesica e fornitura di ausili tecnologici in tutti i territori dell'ASUR. Attivare il monitoraggio e la verifica permanente delle attività delle imprese inserite nell'Elenco Regionale di fornitori di protesi e delle modalità di erogazione dell'assistenza protesica da parte dell'ASUR.
Misurazione dei risultati (indicatori) Censimento delle eventuali incoerenze nell'attività delle imprese inserite nell'Elenco Regionale di fornitori di protesi, ortesi e ausili. Aderenza di almeno il 75% dei territori della regione Marche alle "Linee di indirizzo regionali sui percorsi organizzativi e clinico-assistenziali nell'assistenza protesica, ortesica e fornitura di ausili tecnologici"

16. Miglioramento dell'accesso ai servizi territoriali: PUA, UVI, PAI

<i>Obiettivo strategico di riferimento:</i> Accessibilità e prossimità
<i>Obiettivo specifico:</i> Consolidamento dei servizi territoriali con la stabilizzazione organizzativa e gestionale e dei “cardini” dell’integrazione sociale e sanitaria della Regione Marche rappresentati dalle Unità Operative Sociali e Sanitarie (UU.OO. SeS di Distretti Sanitari e Ambiti Territoriali Sociali - DGR 110/2015) e dai percorsi del “governo della domanda di salute”: Punto Unico Accesso (PUA), Unità Valutativa Integrata (UVI), Piano di Assistenza Individualizzata (PAI) - DGR 111/2015
<i>Definizione / descrizione:</i> L’applicazione delle deliberazioni della Giunta Regionale sull’integrazione sociale e sanitaria (DGR 110/2015 e DGR 111/2015) ha incontrato una serie di difficoltà che scaturiscono da varie cause: dalla non coincidenza territoriale dell’organizzazione dei soggetti deputati a gestire unitariamente i bisogni sociosanitari (DS e ATS), dalle diverse modalità di comunicazione e raccordo, dagli approcci all’integrazione sociosanitaria non sempre coerenti tra “sanità” e “sociale”, dalle “asimmetrie” evidenziate nel precedente PSSR, dalle carenze di organico sia nei Distretti Sanitari che negli Ambiti Territoriali Sociali. Nell’arco temporale di vigenza del PSSR vanno approvati atti e attivati interventi specifici finalizzati al raggiungimento dell’obiettivo indicato nelle “aree”: istituzionale, organizzativa, gestionale, professionale.
<i>Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):</i> > Area istituzionale - Predisposizione, approvazione e implementazione di atti che favoriscano la coincidenza territoriale dell’organizzazione dei soggetti deputati a gestire unitariamente i bisogni sociosanitari (DS e ATS) (<i>consolidamento dell’assetto istituzionale</i>); > Area organizzativa - Predisposizione, approvazione e implementazione di Linee guida regionali condivise sulla U.O. SeS e sul “governo della domanda di salute” (<i>integrazione organizzativa</i>); > Area organizzativa - Predisposizione, approvazione e implementazione delle modalità di programmazione integrata sociale e sanitaria da parte delle UU.OO. SeS anche in riferimento a: utilizzo di personale competente e dedicato; riequilibrio territoriale delle reti di assistenza residenziale, semiresidenziale, domiciliare; sperimentazione di budget territoriale sociale e sanitario integrato... (<i>integrazione organizzativa</i>); > Area gestionale - Predisposizione e sperimentazione di PDTA integrati tra sociale e sanitario individuando i temi ed i destinatari prioritari con riferimento al Capo IV del DPCM 12/01/2017 (<i>partecipazione, responsabilità, trasparenza</i>); > Area professionale - Percorsi formativi, di livello centrale e territoriale, sulle diverse tematiche collegate a DGR 110/15 e della DGR 111/15 (<i>partecipazione, responsabilità, trasparenza</i>).
<i>Target (risultato atteso) da raggiungere:</i> > Miglioramento degli indicatori di: assetti istituzionali, modalità organizzative, funzioni gestionali, integrazioni professionali nell’ambito delle UU.OO. SeS e del “governo della domanda di salute”. > Entro il periodo di vigenza del piano tutti i PUA distrettuali dovranno essere coerenti con le indicazioni regionali per il personale.
<i>Misurazione dei risultati (indicatori)</i> > Continuazione, con definizione di una cadenza fissa, dei monitoraggi periodici sull’applicazione della DGR 110/15 e della DGR 111/15, curati dalla P.F. Integrazione sociosanitaria, già avviati dal gennaio 2016 e confronto sistematico dei risultati/indicatori nei report di analisi. > Numero dei PUA distrettuali coerenti con le indicazioni regionali per il personale.

17. Infermiere di famiglia e di comunità

<i>Obiettivo strategico di riferimento:</i> Qualità e appropriatezza dei servizi e dei trattamenti
<i>Obiettivo specifico:</i> Nell'ambito della "sanità di iniziativa" perseguire l'evoluzione e lo sviluppo di alcune funzioni già presenti nell'infermiere territoriale, favorendo una presa in carico globale della persona in ambito familiare e della salute della collettività, sviluppando un modello e percorsi che sostengano una forte integrazione con gli altri professionisti territoriali (MMG e PLS, Assistenti sociali del Distretto Sanitario e dell'Ambito Territoriale Sociale...).
<i>Definizione / descrizione:</i> L'Organizzazione Mondiale della Sanità, con la pubblicazione di Health21: Salute per tutti nel XXI secolo, definisce la figura di un nuovo infermiere: Infermiere di Famiglia. L'Infermiere di Famiglia e di Comunità è una figura professionale formata: per riconoscere i bisogni di salute della persona nella famiglia, indicando la strada migliore nell'utilizzo dei servizi sanitari; per promuovere e proteggere la salute dell'individuo e della popolazione per tutto l'arco della vita insieme a quello di ridurre l'incidenza delle malattie e degli incidenti più comuni; per garantire la continuità assistenziale insieme alle altre figure sanitarie e sociosanitarie del territorio, con una buona capacità di creare connessione sistemica. La figura dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità sarà impegnato: nel partecipare insieme ad altri professionisti ad un'analisi della comunità in cui è inserito rispetto alle tematiche di salute; in un'assistenza infermieristica incentrata sui problemi di salute e le necessità della persona assistita e/o della famiglia in relazione all'età, al grado di autonomia, alla necessità di mantenere e sviluppare legami affettivi; in un processo infermieristico in grado di coinvolgere la persona, la famiglia, la comunità, nell'ambito di un gruppo di lavoro composto da più professionalità sanitarie e sociali; nella promozione dell'educazione terapeutica della persona, del <i>caregiver</i>, della famiglia, della collettività nel senso della promozione della salute. Nell'arco temporale di vigenza del PSSR vanno approvati atti e attivati interventi specifici finalizzati al raggiungimento dell'obiettivo indicato.
<i>Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):</i> > Costituzione di una cabina di regia tecnica regionale "mista" sulla figura professionale dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità, composta da referenti del Servizio Sanità e dell'ARS della Regione e dai rappresentanti delle professionalità interessate e coinvolte, con funzioni di predisposizione linee di indirizzo, avvio e andamento fase pilota, attivazione del percorso formativo regionale, monitoraggio (<i>integrazione organizzativa</i>); > Predisposizione e approvazione di un documento con le "Linee di indirizzo per l'Infermiere di Famiglia e di Comunità" nel quale siano indicati, motivazioni e riferimenti concettuali della figura assistenziale, la definizione di: caratteristiche professionali, responsabilità, funzioni, competenze e relativo percorso formativo (<i>integrazione organizzativa</i>); > Predisposizione ed avvio, ancorché in prima sperimentazione, di un percorso formativo destinato agli operatori coinvolti (<i>qualificazione scientifica e professionale</i>); > Avvio di una fase sperimentale dell'Infermiere di famiglia e di Comunità in alcuni territori della regione Marche, con priorità da dare alle Aree Interne; la sperimentazione deve essere adeguatamente monitorata identificando i necessari criteri di valutazione rispetto a adeguatezza, sostenibilità e progressività per l'implementazione a regime (<i>partecipazione, responsabilità, trasparenza</i>).
<i>Target (risultato atteso) da raggiungere:</i> Approvazione delle "Linee di indirizzo per l'Infermiere di Famiglia e di Comunità" Sperimentazione in almeno 3 Distretti Sanitari della figura dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità
<i>Misurazione dei risultati (indicatori)</i> Numero sperimentazioni della figura dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità

18. Ambulatori Avanzati di Medicina Generale

Obiettivo strategico di riferimento: Qualità e appropriatezza dei servizi e dei trattamenti
Obiettivo specifico: Nell'ambito della "sanità di iniziativa" perseguire l'evoluzione e lo sviluppo di modelli di Medicina del territorio che vadano nella direzione della presenza di figure integrate con i MMG e PLS, come Collaboratore di Studio, Infermiere di Famiglia e Comunità, Assistenti Sociali.
Definizione / descrizione: Con DGR 1456 del 4/12/2017 si sono gettate le basi per lo sviluppo dei presidi di assistenza avanzata di Medicina generale e delle cure primarie. Nella DGR si esplicita che il Presidio di Assistenza Avanzata di Medicina Generale e delle Cure Primarie ha l'obiettivo di promuovere e mantenere la salute dei Cittadini secondo un approccio definito "primario", caratterizzato da coordinamento, continuità, presa in carico e accessibilità mediante una attività assistenziale fornita dai MMG e da altro personale medico e non (specialisti, infermieri, assistenti sociali, personale di collaborazione) volta alla gestione più appropriata dei bisogni assistenziali, in particolare di quelli delle persone affette da malattie croniche. Il Presidio di Assistenza Avanzata può essere progettato per offrire prestazioni di primo livello compresa l'educazione sanitaria, al fine di migliorare le condizioni di salute della popolazione e la capacità di gestire al meglio, da parte del paziente stesso, la propria condizione di malattia con particolare riferimento alla malattia cronica, prevenendo eventuali episodi di riacutizzazione. I Presidi di Assistenza Avanzata, realizzati secondo una logica di funzionalità organizzativo-gestionale potranno: - afferire a strutture del territorio (Distretto, Ospedali di Comunità, ecc.) detti "Presidi di Assistenza Avanzata Territoriale"; - essere autonomamente organizzati dagli MMG mediante le loro forme organizzative complesse e attraverso personale (infermieristico, assistenti sociali, collaboratori, ecc.) dagli stessi medici reclutato (dipendenti o liberi professionisti) detti "Presidi di Assistenza Avanzata di Equipe". In ogni caso si raccorderanno in modo organico con il Distretto Sanitario competente per territorio, integrando la rete di assistenza territoriale con l'opportunità di attivare su almeno 4 aree di patologia (BPCO, Diabete, Ipertensione, cardiopatia ischemica), percorsi di medicina pro-attiva, che dovranno essere gestiti ordinariamente dai MMG all'interno dei propri studi e, per le necessità non ordinarie, nei Presidi Avanzati (quelli Territoriali e quelli di Equipe), in collaborazione con le strutture distrettuali, medici specialisti, infermieri e assistenti sociali e altri specialisti (ad es Psicologi, Farmacisti) e personale di collaborazione, secondo percorsi di cura condivisi.
Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo): Nell'arco temporale di vigenza del PSSR vanno approvati atti e attivati interventi specifici finalizzati al raggiungimento dell'obiettivo indicato: - Costituzione di una cabina di regia tecnica regionale "mista" con la rappresentanza delle figure professionali da coinvolgere e con referenti del Servizio Sanità, dell'ARS, dell'ASUR, Università anche in relazione alle sperimentazioni attivate nel territorio della Regione con gli studi dei MMG, per la predisposizione linee di indirizzo, avvio e andamento fase pilota, attivazione del percorso formativo regionale, monitoraggio Costituzione di una cabina di regia tecnica regionale "mista" con la rappresentanza delle figure professionali da coinvolgere (<i>integrazione organizzativa</i>); - Predisposizione e approvazione di un documento con le "Linee di indirizzo per Presidi di Assistenza Avanzata Territoriale e Presidi di Assistenza Avanzata di Equipe" nel quale siano indicate: caratteristiche professionali, responsabilità, funzioni, competenze, modalità di raccordo organico con il Distretto Sanitario di riferimento, possibili coinvolgimenti della figura dello psicologo in raccordo agli ambulatori avanzati per alcune aree di salute (pz in cure Palliative, patologie croniche, percorsi formativi (<i>integrazione organizzativa</i>); - Predisposizione ed avvio, ancorché in prima sperimentazione, di un percorso formativo destinato agli operatori coinvolti (<i>qualificazione scientifica e professionale</i>); - Avvio di una fase sperimentale sia per i Presidi di Assistenza Avanzata Territoriale che per i Presidi di Assistenza Avanzata di Equipe in alcuni territori della regione Marche; la sperimentazione deve essere adeguatamente monitorata identificando i necessari criteri di valutazione rispetto a adeguatezza, sostenibilità e progressività per l'implementazione a regime (<i>partecipazione, responsabilità, trasparenza</i>).
Target (risultato atteso) da raggiungere: Approvazione delle "Linee di indirizzo per Presidi di Assistenza Avanzata Territoriale e Presidi di Assistenza Avanzata di Equipe". Sperimentazione di forme di Assistenza "Presidi di Assistenza Avanzata Territoriale" e "Presidi di Assistenza Avanzata di Equipe" in almeno una Area Vasta.

Misurazione dei risultati (indicatori)

Numero sperimentazioni di Ambulatori Avanzati di Medicina Generale attivate

19. Promozione e tutela della salute dell'Infanzia

<i>Obiettivo strategico di riferimento:</i> Situazioni di fragilità e cronicità
<i>Obiettivo specifico:</i> Garantire approcci e interventi sanitari e sociosanitari integrati per la tutela della salute dell'infanzia, strutturando la collaborazione tra Pediatri di Libera Scelta, servizi dei Distretti Sanitari, con particolare riferimento alle attività dei Consultori familiari.
<i>Definizione / descrizione:</i> Il tema salute, nella condizione dell'infanzia, merita un'attenzione specifica sia nella logica del benessere che in quella della prevenzione; forti evidenze scientifiche indicano i primi mille giorni di vita del bambino e la gravidanza cruciali per la salute; gli investimenti nei servizi per l'infanzia e per il sostegno ai genitori assicurano risultati e ritorni che permettono una migliore qualità della vita nel breve e nel lungo periodo. Strutturare un "Progetto Salute Infanzia" che, nell'ambito delle cure primarie, sviluppi e potenzi da un lato la specificità professionale della pediatria di famiglia, legata alla presa in carico del bambino e della sua famiglia dalla nascita all'adolescenza, e dall'altro la varietà di servizi ed interventi dell'assistenza territoriale dei Consultori familiari e, più in generale, dei Distretti Sanitari, con la complementarietà necessaria delle attività socioassistenziali svolte dagli Ambiti Territoriali Sociali.
<i>Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):</i> > Costituzione di una cabina di regia tecnica regionale "mista" (Regione, ASUR, PLS, ATS...) che predispone un "Progetto Salute Infanzia" strutturato rispetto alle aree successive con azioni e processi collaborativi da attivare (partecipazione, responsabilità e trasparenza); ○ In area sanitaria > Revisione dei Bilanci di Salute (0-3 anni) per migliorare l'identificazione precoce di disturbi neuromotori, neurosensoriali e psicorelazionali > Revisione dei bilanci salute (3-6 anni) con la ricerca dei disturbi specifici dello sviluppo, dell'apprendimento e del comportamento > Definizione di un nuovo modello assistenziale con la costituzione di una rete pediatria-neuropsichiatria infantile integrata con le professionalità dei Consultori familiari e con progetti di iniziativa socio-assistenziale > Rafforzamento delle campagne vaccinali anche attivando strategie di <i>counselling</i> e comunicazione sociale > Ridefinizione delle strategie per il sostegno responsabile e costante nel tempo ad un corretto stile alimentare fin dai primi mesi e anni di vita > Prevenzione delle malattie del cavo orale rivolta alla fascia pediatrica, da garantire presso ogni distretto sanitario > Miglioramento delle competenze nell'epidemiologia e nella rete assistenziale per le malattie rare e malattie croniche ○ In area sociosanitaria e socioassistenziale > Iniziative di sostegno alla genitorialità (anche in collaborazione con soggetti e attori delle aree: sanità, sociale, ambiente, istruzione) sull'educazione alla salute: consapevolezza del rischio ambientale e strategie di azione, importanza dell'igiene del sonno, percorsi per genitori di consigli e pratiche per crescere un bambino in buona salute; percorsi di sostegno e accompagnamento nella transizione dall'infanzia all'adolescenza alla giovinezza > Proposte e organizzazione di percorsi di lettura in famiglia e dell'ascolto condiviso della musica. > Approvazione del "Progetto Salute Infanzia" da parte della Giunta regionale e implementazione da parte dei soggetti coinvolti, con il coordinamento da parte cabina di regia tecnica regionale "mista" (<i>qualificazione scientifica e professionale</i>); > Costruzione e applicazione di sistema di monitoraggio e verifica costanti dei risultati raggiunti in termini di <i>output</i> e <i>outcome</i> da parte della cabina di regia tecnica regionale "mista" (<i>integrazione organizzativa</i>).
<i>Target (risultato atteso) da raggiungere:</i> Miglioramento della qualità della vita dei minorenni residenti nelle Marche.

Misurazione dei risultati (indicatori)

Sperimentazione e implementazione di un sistema di BES - Benessere Equo e Sostenibile per l'infanzia e l'adolescenza nella Regione Marche attraverso gli indicatori di monitoraggio proposti

20. Valorizzazione e stabilizzazione del Consultorio Familiare

<i>Obiettivo strategico di riferimento:</i> Qualità e appropriatezza dei servizi e dei trattamenti
<i>Obiettivo specifico:</i> Rilanciare il Consultorio Familiare come luogo privilegiato dell'integrazione e dei percorsi di cura di maternità, infanzia e adolescenza, anche attraverso la sua stabilizzazione, con personale dedicato, nell'ambito dell'organizzazione del Distretto Sanitario.
<i>Definizione / descrizione:</i> Il DPCM 12.01.2017 sui "Nuovi LEA", all'articolo 24 riguardante l'Assistenza sociosanitaria, individua le prestazioni necessarie ed appropriate, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative che il Servizio sanitario nazionale deve garantire alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie. La collocazione privilegiata di molte di queste attività è il Consultorio Familiare che, quindi, proprio da queste disposizioni trova conferma rispetto al ruolo e alle funzioni, da rilanciare e consolidare. Nel corso degli anni i Consultori Familiari della Regione Marche hanno perso molte delle loro caratteristiche e connotazioni diluendosi troppo spesso in generiche attività consultoriali. La Regione Marche intende rafforzare il ruolo e la struttura del Consultorio Familiare, nell'ambito del presente PSSR e anche con una nuova legge regionale ad iniziativa della Giunta. Il Consultorio Familiare deve tornare ad essere un servizio territoriale multiprofessionale rivolto alla comunità e orientato alla prevenzione e alla tutela della salute e della qualità della vita delle donne, dei soggetti in età evolutiva, dei giovani, delle coppie e delle famiglie. Gli interventi sono rivolti alla promozione della salute e alla prevenzione, al sostegno ed alla cura e rispondono ai criteri della multidimensionalità.
<i>Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):</i> Nell'arco temporale di vigenza del PSSR va riorganizzata la rete dei Consultori Familiari sul territorio regionale con riferimento alle seguenti azioni: – Costituzione di un Consultorio Familiare, con personale dedicato in misura adeguata e conforme alle indicazioni autorizzative regionali su requisiti minimi strutturali, organizzativi, assistenziali, in ogni Distretto Sanitario (<i>integrazione organizzativa</i>); – Predisposizione e approvazione di un documento regionale con le "Linee di indirizzo per l'attività dei Consultori Familiari e per il funzionamento della rete delle attività consultoriali" che coinvolga i Consultori familiari pubblici, i Consultori Familiari del privato sociale, le U.O. S.eS. (al fine di realizzare l'integrazione tra la parte socio-assistenziale del Servizio Sociale Comunale con quella socio-sanitaria garantita dall'équipe consultoriale), le Unità Operative Ospedaliere, gli altri servizi territoriali della ASUR, gli altri soggetti pubblici e del privato sociale impegnati nelle tematiche dell'attività dei Consultori Familiari, anche per superare le criticità del rapporto con gli Organismi di tutela giudiziaria dei minori (<i>integrazione organizzativa</i>); – Predisposizione di un percorso formativo integrato (operatori sanitari e sociali del pubblico e del privato sociale) destinato agli operatori coinvolti, su base regionale prima e a livello territoriale poi (<i>qualificazione scientifica e professionale</i>).
<i>Target (risultato atteso) da raggiungere:</i> Organizzazione di 13 sedi principali di Consultorio Familiare, una per ogni Distretto Sanitario, con personale dedicato. Predisposizione di sistema informativo stabile per i Consultori Familiari collegato al SIRTE (Sanità) e al SIRPS (Politiche sociali). Identificazione di indicatori di attività per i Consultori Familiari della Regione Marche.
<i>Monitoraggio sulla progressiva attivazione dei Consultori Familiari</i> Misurazione dei risultati di attività dei Consultori familiari (indicatori)

21. Costruzione di una rete integrata di nutrizione clinica

<i>Obiettivo strategico di riferimento:</i> La qualità e l'appropriatezza dei servizi e dei trattamenti; l'accessibilità e la prossimità
<i>Obiettivo specifico:</i> Data la disomogeneità organizzativa e di intervento in ambito nutrizionale tra le diverse Aree Vaste e Aziende Ospedaliere dell'ASUR Marche, in riferimento alle problematiche sulla comorbidità della malnutrizione ospedaliera/territoriale e l'evidenza rilevata sull'obesità, nasce una proposta condivisa di organizzazione di un sistema unico di nutrizione clinica regionale formato da professionisti del SSR, con comprovata esperienza in campo nutrizionale, quali medici specialisti in scienza dell'alimentazione e specialità equipollenti/affini, anestesisti, laureati in dietistica, biologi nutrizionisti e laureati in scienze infermieristiche, capaci di lavorare in equipe multidisciplinare e multiprofessionale in integrazione con le reti già esistenti, quale quella dei Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN) operanti nei Dipartimenti di Prevenzione. Ciò potrebbe essere un progetto pilota a livello Nazionale tale da prevedere uniformità di procedure e di presa in carico del paziente, con interventi efficienti, appropriati e di qualità. A tale scopo si evidenzia la necessità di revisione delle prestazioni e dei relativi codici di intervento professionale, utili a rilevare gli effettivi bisogni della popolazione e a quantificare in maniera univoca le prestazioni erogate. Nello specifico, l'obiettivo vuole conseguire: la continuità di cure tra ospedale e territorio; l'uniformità del trattamento tra ospedale e territorio e all'interno delle 5 AAVV; la riduzione dei tempi di attesa per la risoluzione di piccole problematiche con l'accesso delle figure professionali sopra citate al domicilio del paziente invece che trasportando il paziente in ospedale; la prevenzione dell'obesità con educazione alimentare sistematica nelle scuole; la razionalizzazione delle risorse riducendo sprechi e doppioni.
<i>Definizione / descrizione:</i> Nel 2016 il rapporto ISTAT "Aspetti della vita quotidiana" ha evidenziato come in Italia oltre 4 adulti su 10 (45,9%) risultino in eccesso ponderale, con un'aumentata probabilità di sviluppare problemi di salute permanenti. Gli specialisti della nutrizione sopra citati si prendono cura della dieta dei bambini in età prescolare, partecipano al trattamento dei disturbi del comportamento alimentare negli adolescenti, svolgono prestazioni specialistiche per gli obesi patologici, intervengono su patologie croniche negli anziani. I professionisti della nutrizione della costituenda "Rete ASUR della Nutrizione", possono recarsi anche al domicilio di chi non può spostarsi e necessita di una valutazione o terapia nutrizionale. E proprio l'assistenza alla nutrizione artificiale domiciliare, per pazienti che non possono alimentarsi per via orale e si nutrono attraverso un sondino nasogastrico o per altra via di accesso (attualmente gestita a macchia di leopardo), potrà essere ampliata e potenziata. A fondamento della necessità di creare questa rete di dietetica regionale sottostanno due fattori rilevanti: a) una ormai consolidata trasversalità della professione, che vede il professionista della nutrizione occuparsi a 360° di salute, dagli ospedali agli ambulatori territoriali e al domicilio, dai dipartimenti di prevenzione fino ai percorsi integrati e multidisciplinari per bambini, adulti e anziani; b) l'affermarsi di un quadro epidemiologico della popolazione in cui l'attività del professionista della nutrizione gioca un ruolo importante a livello di prevenzione e di <i>counselling</i> nutrizionale, per contrastare l'obesità infantile (un fattore di rischio per l'insorgenza di patologie croniche degenerative) e per fornire prestazioni specialistiche nell'ambito dei disturbi alimentari. L'attività dei professionisti della nutrizione deve essere svolta di routine nell'ambito della ristorazione scolastica per educare fin da piccoli ad una corretta alimentazione e corretto stile di vita, onde prevenire e invertire questo trend, oltre che in quella sanitaria, in ospedali, case di riposo, centri di riabilitazione e istituti di assistenza. Una fetta molto ampia del lavoro dei professionisti della nutrizione è rappresentata anche dall'attività specialistica ambulatoriale sul territorio: prestazioni legate a patologie croniche come diabete, dislipidemie, scompenso cardiaco e obesità ma anche correlate a allergie alimentari e ad interventi pre e post chirurgia bariatrica per la grande obesità.
<i>Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):</i> Creare una rete per la nutrizione artificiale trasversale a tutti gli Enti (uno per AV integrati in logica interaziendale) Su questa rete innestare le figure professionali dei professionisti della nutrizione, che facciano da collegamento tra i centri ospedalieri e il territorio, in modo che il paziente abbia garanzia di continuità assistenziale senza dover duplicare i passaggi
<i>Target (risultato atteso) da raggiungere:</i> - Riduzione dei trasporti da domicilio a strutture ospedaliere per pazienti in nutrizione artificiale domiciliare (NAD); - Riduzione delle complicanze (infezioni accessi venosi, dislocazione presidi per NED, decubiti, malnutrizione e dismetabolismi) e miglioramento qualità di vita dei pazienti in NAD;

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Riduzione tempi di attesa per prestazioni ospedaliere/ambulatoriali- riduzione del BMI medio delle fasce scolari grazie alla educazione alimentare. |
| <p><i>Misurazione dei risultati (indicatori)</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Numero dei trasporti da domicilio a strutture ospedaliere per pazienti in nutrizione artificiale (NA);- Numero di complicanze per pazienti in NAD- Misurazione tempi di attesa per prestazioni ospedaliere/ambulatoriali |

22. Percorso nascita: lotta alla depressione post-partum

<i>Aree di intervento (Trasversale): Assistenza territoriale, Assistenza ospedaliera</i>
<i>Obiettivo strategico di riferimento:</i> Fragilità e cronicità dal neonato all'anziano
<i>Obiettivo specifico:</i> Migliorare la capacità dei servizi sanitari regionali di mettere in atto strategie efficaci di prevenzione, diagnosi, cura e assistenza della sindrome depressiva post partum.
<i>Definizione / descrizione:</i> La depressione post partum (DPP) o depressione puerperale è un disturbo che colpisce, con diversi livelli di gravità, dal 7 al 12% delle neomamme ed esordisce generalmente tra la 6 ^a e la 12 ^a settimana dopo la nascita del figlio, ma può manifestarsi già in gravidanza e dopo il parto, tanto che l'ultima edizione, la quinta, del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (Dsm-5) ha modificato il nome alla depressione postpartum, che viene ora denominata "depressione peripartum o perinatale". Rappresenta un problema di salute pubblica di notevole importanza, se si considerano la sofferenza soggettiva della donna e dei suoi familiari, nonché le limitazioni e i costi diretti e indiretti dovuti alla compromissione del suo funzionamento personale, sociale e lavorativo. È di fondamentale importanza creare, attraverso opportune strategie informative, una forte sensibilizzazione culturale nelle donne e negli operatori sanitari e intercettare precocemente le donne a rischio. A tale riguardo la regione Marche implementerà specifiche iniziative per l'attivazione di percorsi di accompagnamento alla donna nel periodo pre e post nascita di un figlio, nell'ambito dei servizi sanitari regionali esistenti; tali percorsi saranno finalizzati all'individuazione precoce di fattori di rischio di disagio psichico perinatale e ad un'efficace presa in carico della donna.
<i>Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):</i> - Offrire attivamente alla donna e ai familiari, nell'ambito del percorso nascita, materiale informativo e di sensibilizzazione sull'importanza del disagio psichico e sull'opportunità di un intervento precoce. - Individuare precocemente la popolazione femminile a rischio di disagio psichico e psicosociale perinatale attraverso la somministrazione di strumenti di valutazione standardizzati, anche prevedendo nei Punti nascita o attraverso i Servizi sanitari territoriali l'offerta attiva, sia alla donna che alla coppia, di colloqui psicologici che favoriscano il superamento del disagio e l'attivazione e il rafforzamento delle risorse personali utili ad affrontare la nuova situazione. - Implementare i fattori protettivi del benessere psichico mediante azioni di sostegno alle donne a rischio al fine di ridurre l'incidenza e la gravità dei disturbi psichici in epoca perinatale, anche favorendo positive competenze genitoriali al fine di assicurare al bambino un ambiente adeguato a sostenere lo sviluppo psichico. - Valutare gli interventi effettuati mediante la somministrazione dei medesimi strumenti di screening e di valutazione utilizzati nella fase iniziale al fine di valutare l'efficacia del trattamento-intervento messo in atto
<i>Target (risultato atteso) da raggiungere:</i> > Intercettazione e presa in carico delle donne a rischio (7-12 % delle partorienti) > Popolazione intercettata dall'intervento di screening (Gold Standard almeno il 25% delle donne che hanno partorito nella regione nell'ultimo anno) > Popolazione femminile a rischio/ Popolazione destinataria dell'intervento di screening (Gold Standard 10-15%) > Donne che accettano la proposta di trattamento / donne individuate a rischio di disagio psichico perinatale (Gold Standard 50%) > Percentuale di casi in cui si è ridotto il rischio / casi trattati (Gold Standard 70%) > Valutazione dell'interazione madre-bambino ai 12 mesi di vita con sistema di codifica Care-Index (Gold Standard 70%) > Donne che completano il trattamento / donne trattate (Gold Standard almeno il 90%) > Miglioramento del benessere psicologico e della qualità di vita (indice di cambiamento significativo della scala utilizzata per la valutazione) > Effettuazione di almeno una iniziativa formativa annuale multi-professionale e multidisciplinare inerente la depressione post-partum
<i>Misurazione dei risultati (indicatori)</i> > Donne che accettano la proposta di trattamento / donne individuate a rischio di disagio psichico perinatale > Valutazione dell'interazione madre-bambino ai 12 mesi di vita con sistema di codifica Care-Index

23. Miglioramento della presa in carico dei pazienti con malattie rare: consolidamento della rete regionale

<i>Obiettivo strategico di riferimento:</i> L'accessibilità e la prossimità; le situazioni di fragilità e cronicità; la qualità e l'appropriatezza dei servizi e dei trattamenti
<i>Obiettivo specifico:</i> Sviluppo delle azioni della rete regionale Malattie Rare per il miglioramento della presa in carico dei pazienti affetti da malattie rare
<i>Definizione / descrizione:</i> In continuità con l'attività progettuale degli anni precedenti si procederà a consolidare quanto già avviato in merito alla implementazione della rete, al fine di gestire in maniera sistemica ed efficace il tema delle MR attraverso il collegamento tra i nodi della rete e a specifici progetti fornendo, anche mediante l'analisi delle informazioni cliniche e assistenziali contenute nel registro regionale, un supporto alle attività di programmazione e monitoraggio regionali. Il Coordinamento MR già attivato è composto dai principali referenti di tutti i nodi della rete ed ha funzioni di revisione del percorso diagnostico terapeutico del paziente, di adozione di specifici protocolli clinici condivisi, di aggiornamento della documentazione e degli strumenti di lavoro, di formazione degli operatori coinvolti e dell'informazione al cittadino ed alle associazioni dei malati e dei loro familiari e di valutazione di riconoscimento di ulteriori patologie nell'elenco delle MR. Svolge inoltre le proprie funzioni avvalendosi di volta in volta del supporto dei diversi specialisti in materia. Si procederà a rafforzare il lavoro di mediazione tra i servizi pubblici ed i cittadini, orientando questi ultimi verso i punti di riferimento della rete regionale, nazionale e, se necessario, europea, allo scopo di garantire la loro presa in carico precoce e, nel contempo, il riavvicinamento alla propria residenza nelle fasi di gestione delle patologie che possono essere sviluppate sul territorio regionale dal Centro regionale MR CRMR e dagli altri nodi della rete. Si garantisce, inoltre, il mantenimento della cura e dell'assistenza dei pazienti (adulti e pediatrici) affetti da malattia rara, anche attraverso la somministrazione di farmaci <i>off-label</i>, grazie alla capacità di attrazione del Centro Regionale Malattie Rare CRMR dell'A.O.U. Ospedali Riuniti di Ancona.
<i>Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):</i> - Definizione di una Carta dei Servizi regionale per le MR e di una Guida dei diritti esigibili da pubblicare sul sito ARS e sui siti istituzionali regionali - Definizione di PDTA specifici per le malattie rare e gruppi di MR - Attivazione di corsi di formazione per la definizione di PDTA MR. - Potenziamento del sistema informativo relativo alla gestione dei dati richiesti dall'Istituto Superiore di Sanità anche mediante l'aggiornamento del software di gestione del registro regionale REMARA
<i>Target (risultato atteso) da raggiungere:</i> > Aumento del numero dei pazienti adulti presi in carico sul totale dei pazienti adulti iscritti nel registro delle malattie rare > Aumento del numero dei pazienti pediatrici presi in carico sul totale dei pazienti pediatrici iscritti nel registro delle malattie rare > Aumento dei pazienti pediatrici con malattia rara transitati nel Percorso Assistenziale Complesso (PAC) degli adulti (continuità di cura)
<i>Misurazione dei risultati (indicatori)</i> > Numero dei pazienti adulti presi in carico sul totale dei pazienti adulti iscritti nel registro delle malattie rare > Numero dei pazienti pediatrici presi in carico sul totale dei pazienti pediatrici iscritti nel registro delle malattie rare > Numero dei pazienti pediatrici con malattia rara transitati nel Percorso Assistenziale Complesso (PAC) degli adulti

24. Miglioramento della presa in carico dei malati che necessitano di cure palliative

<i>Obiettivo strategico di riferimento:</i> L'accessibilità e la prossimità; le situazioni di fragilità e cronicità; la qualità e l'appropriatezza dei servizi e dei trattamenti
<i>Obiettivo specifico:</i> Sviluppo delle azioni del Coordinamento regionale delle Cure Palliative per il miglioramento della presa in carico dei malati che necessitano di cure palliative attraverso il consolidamento della rete regionale delle cure palliative.
<i>Definizione / descrizione:</i> La Rete di Cure palliative è composta da un'aggregazione funzionale ed integrata che opera nell'ambito delle cure palliative, erogate nei diversi setting assistenziali (Hospice, ospedale, domicilio), per l'assistenza della persona affetta da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esse esistono, sono inadeguate o sono risultate inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita, nonché la persona affetta da una patologia dolorosa cronica da moderata a severa. Il modello organizzativo proposto consente al paziente, oncologico e non, di compiere l'intero processo assistenziale riducendo tempi e spostamenti attraverso l'identificazione di percorsi specifici per ogni fase della presa in carico, garantisce la continuità assistenziale mediante l'applicazione di specifici Percorsi Diagnostici Terapeutico Assistenziali (PDTA) per il passaggio dalla fase ospedaliera a quella domiciliare, senza trascurare gli aspetti di integrazione socio-sanitaria, migliora la coerenza prescrittiva verso farmaci a maggiore efficacia antalgica (es. oppioidi), consolida la compilazione del registro dei malati in cure palliative quale strumento per la presa in carico tempestiva ed appropriata e per il monitoraggio degli indicatori di processo e di esito per la verifica dell'appropriatezza clinica e organizzativa. Il percorso di una Rete per le cure palliative integra la gamma di servizi offerti dalla Regione Marche nell'ambito delle cure palliative, introducendo il livello domiciliare accanto a quello residenziale/di ricovero e a quello ambulatoriale. Tale Rete si configura come un servizio integrato di cure palliative domiciliari nel quale le unità di cure palliative (UCP), in accordo con il Medico di Medicina Generale e i servizi territoriali preposti all'assistenza territoriale, operano in un'ottica di continuità delle cure.
<i>Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):</i> - Implementazione delle azioni previste negli atti regionali - Potenziamento dell'assistenza domiciliare - Definizione di PDTA specifici - Definizione della Carta dei Servizi Hospice in integrazione con i comitati di partecipazione dei cittadini e con il terzo settore - Aggiornamento del software relativo al Flusso Hospice - Attivazione di corsi di formazione specifici.
<i>Target (risultato atteso) da raggiungere:</i> - Aumento del numero di deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in Hospice sul numero di deceduti per causa di tumore dell'ultimo triennio disponibile (dati ISTAT) - Aumento del numero posti letto in Hospice su numero deceduti per causa di tumore - Aumento del rapporto tra il numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati a causa di tumore e il numero dei deceduti per causa di tumore dell'ultimo triennio disponibile (dati ISTAT) - Aumento del numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio (dalla Rete di cure palliative domiciliari), nei quali il periodo di ricovero è inferiore o uguale a 7 giorni/numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica - Aumento dei ricoverati in Hospice per cause diverse da tumore

Misurazione dei risultati (indicatori)

- Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in Hospice sul numero di deceduti per causa di tumore dell'ultimo triennio disponibile (dati ISTAT)
- Numero posti letto in Hospice su numero deceduti per causa di tumore
- Rapporto tra il numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati a causa di tumore e il numero dei deceduti per causa di tumore dell'ultimo triennio disponibile (dati Istat)
- Numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio non assistito (dalla Rete di cure palliative domiciliari), nei quali il periodo di ricovero è inferiore o uguale a 7 giorni/numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica
- Numero di assistiti ricoverati in Hospice durante l'anno e i deceduti per tutte le cause.

25. Miglioramento della presa in carico dei pazienti minori che necessitano di cure palliative e terapia del dolore

Obiettivo strategico di riferimento: L'accessibilità e la prossimità; le situazioni di fragilità e cronicità; la qualità e l'appropriatezza dei servizi e dei trattamenti
Obiettivo specifico: Sviluppo delle azioni del Coordinamento regionale delle cure palliative e terapie del dolore pediatriche per il miglioramento della presa in carico dei malati attraverso la creazione della rete regionale delle cure palliative e terapie del dolore pediatriche.
Definizione / descrizione: La rete di cure palliative e terapie del dolore pediatriche deve garantire la miglior qualità di vita al bambino con malattia irreversibile ed ai suoi familiari, fornendo un'assistenza globale (medica, infermieristica, psicologica, spirituale) in grado di consentire l'espressione di tutto il potenziale residuo di salute. L'obiettivo principale consiste nel formulare una proposta organizzativa per garantire le CPP a tutti i neonati, bambini, adolescenti; in una parola ai minori della nostra regione che si trovino in condizioni di fragilità a causa di patologie croniche o progressive irreversibili e tra queste in particolare laddove siano presenti situazioni di carattere neoplastico. Allo scopo di dar corso a tale obiettivo è indispensabile progettare una rete clinica integrata che, attraverso un'organizzazione di assistenza competente, pianifichi per ogni minore fragile un programma di cure palliative che preveda l'intervento integrato di tutti i servizi ospedalieri, territoriali e sociali delle Marche. Attraverso tale rete assistenziale sarà pertanto possibile contenere la durata del ricovero ospedaliero promuovendo la dimissione del bambino malato e quindi la gestione delle cure palliative a domicilio e, al contempo, offrire al minore e alla sua famiglia la possibilità di concordare con i servizi di cura il luogo in cui vivere la malattia e ricevere assistenza, garantendo in ogni caso competenza clinica, supporto organizzativo e strumentale, oltre a personale adeguatamente formato.
Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo): - Istituzione dell'Hospice pediatrico su base regionale o sovra-regionale previo accordo con regioni limitrofe - Implementazione delle azioni previste negli atti regionali - Potenziamento dell'assistenza domiciliare - Definizione di PDTA (percorsi diagnostici terapeutici assistenziali) specifici - Integrazione con i comitati di partecipazione dei cittadini e con il terzo settore - Attivazione di corsi di formazione specifici.
Target (risultato atteso) da raggiungere: - Creazione di una rete pediatrica di cure palliative e terapia del dolore - Garantire l'attivazione di corsi di formazione specifici in cure palliative e terapia del dolore pediatriche.
Misurazione dei risultati (indicatori) - Numero di pazienti di età inferiore ai 18 anni presi in carico dalla rete di cure palliative e terapia del dolore pediatriche della Regione Marche.

26. Medicina di genere

Obiettivo strategico di riferimento: La qualità e l'appropriatezza dei servizi e dei trattamenti
Obiettivo specifico: Promuovere l'attenzione al genere nei servizi sanitari e sociosanitari e nei percorsi di presa in carico per garantire l'equità e la riduzione delle differenze nell'accesso ai servizi, soprattutto nei contesti della fragilità.
Definizione / descrizione: La Medicina di genere prima ancora che esigenza culturale del servizio sanitario è espressione della consapevolezza che le differenze di genere influiscono su prevenzione, diagnosi e cura delle malattie per cui è necessario attrezzarsi per coglierle, con strategie innovative che ne tengano conto, diventando azione pervasiva a tutti i livelli. Nell'arco temporale di vigenza del PSSR vanno approvati atti e attivati interventi specifici finalizzati al raggiungimento dell'obiettivo indicato.
Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo): > Dare continuità a campagne di informazione destinate alla cittadinanza sulla medicina di genere finalizzate a: svelare i pregiudizi, indicare i fattori di rischio specifici, mettere in rete le informazioni specifiche per promuovere la salute (<i>partecipazione, responsabilità e trasparenza</i>); > Dare indicazioni regionali cogenti per favorire una migliore integrazione dei percorsi orientati alla Medicina di genere all'interno delle Aziende Sanitarie anche per garantire una maggiore appropriatezza clinica e terapeutica in alcune situazioni specifiche (es. nella depressione post-partum, violenza di genere, prevenzione delle neoplasie, ecc.) (<i>integrazione organizzativa</i>); > Valorizzare le azioni dirette, accrescendo le competenze degli operatori sanitari - compresi MMG e PLS - verso il determinante di genere, favorendo la raccolta delle buone pratiche anche in una logica di <i>benchmarking</i> (es. Bollini Rosa) (<i>qualificazione scientifica e professionale</i>); > Approvare e rendere operativi gli indirizzi attuativi della l.r. 32/2008 sugli interventi contro la violenza sulle donne, anche con l'integrazione dei Centri Antiviolenza provinciali nella rete integrata dei servizi sanitari e sociosanitari impegnati su questo fronte (<i>integrazione organizzativa</i>); > Sul fronte socio-sanitario riconfermare la centralità del Consultorio anche in questo ambito, potenziandone il personale e formandolo specificamente agli approcci e alle metodologie della Medicina di genere per rafforzare soprattutto le azioni di prevenzione e di promozione della salute (<i>qualificazione scientifica e professionale</i>).
Target (risultato atteso) da raggiungere: Maggiore diffusione della consapevolezza nell'opinione pubblica e negli operatori sanitari e sociosanitari dell'importanza della medicina di genere. Aumento del numero di percorsi di presa in carico orientati alla medicina di genere.
Misurazione dei risultati (indicatori) Indicatori di verifica ex ante e ex post nelle campagne di informazione alla cittadinanza. Numero di percorsi di presa in carico orientati alla medicina di genere

27. Diritto alla salute e immigrazione

Obiettivo strategico di riferimento: Equità del sistema

Obiettivo specifico:

Le disuguaglianze nella salute sono un danno per tutta la collettività comportando costi sociali e sanitari molto elevati (in termini di produttività e in termini di disabilità e morti evitabili). L'equità nelle cure concerne specificamente il servizio sanitario che deve organizzarsi per abbattere le differenze nell'accesso ai servizi e organizzare servizi in grado di rispondere ai differenti bisogni di salute, favorendo i gruppi con maggiori necessità, che sono quelli che si ammalano e muoiono di più. È compito del sistema sanitario garantire l'accesso ai servizi: attraverso l'equità "geografica", ovvero la disponibilità di servizi nelle differenti aree geografiche; attraverso l'equità economica, ovvero garantire cure anche a chi non ha mezzi economici; attraverso la competenza "culturale", ovvero l'abolizione delle barriere linguistiche e culturali che escludono le minoranze e i gruppi più marginali della società.

Definizione / descrizione:

Il contrasto alle disuguaglianze nella salute ha come presupposto la loro misurazione, per cui occorre confrontare il profilo di salute dei diversi gruppi di popolazione, monitorarne l'accesso ai LEA e misurare l'effetto degli interventi del SSR. Solamente la rilevazione e le conseguenti correlazioni con variabili fondamentali quali sesso/genere, età, livello di istruzione, cittadinanza, condizione lavorativa ed economica possono consentire lo studio delle condizioni di salute e la valutazione delle risposte dei servizi relativi ai gruppi "svantaggiati". Il SSR pertanto si deve impegnare a migliorare la qualità dei flussi informativi - misura trasversale - dando continuità e stabilità organizzativa al lavoro già svolto dal livello regionale.

Le condizioni di vulnerabilità sociale comportano una "selezione negativa" e una sorta di "esclusione morale" dei soggetti più marginali da parte dei servizi con conseguente ulteriore esclusione e aumento dei rischi per la salute. È pertanto indispensabile che il SSR migliori la capacità di fornire servizi efficaci che prendano in considerazione le peculiarità individuali legate all'età, al sesso/genere, alla appartenenza etnica, alle diverse abilità, alle convinzioni culturali, religiose e spirituali" a partire dal presupposto che i soggetti vulnerabili sono soggetti dotati di diritti da riconoscere, rafforzare e promuovere e non oggetto di charity. Questo significa avere strategie per raggiungere efficacemente tutti attraverso: un mutamento culturale degli operatori, implementando percorsi di formazione continua, la riorganizzazione dei servizi e l'allocatione delle risorse al fine di ridurre le disuguaglianze negli esiti di salute.

Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):

1. Miglioramento dell'accesso dalla popolazione immigrata agli screening oncologici

- Caratterizzazione socio-anagrafica degli immigrati presenti sul territorio, per cittadinanza, sesso, classi di età, attraverso la realizzazione di mappe tematiche interattive che verranno messe a disposizione degli operatori dei servizi sanitari (al fine di avere informazioni dettagliate sulla popolazione immigrata presente e target, nei rispettivi territori).
- Attivazione di percorsi di formazione\azione integrati destinati a operatori dei servizi presso i quali si effettuano gli screening; soggetti e istituzioni; mediatori interculturali.
- Azioni dirette di sensibilizzazione e informazione della popolazione immigrata (APP informativa; spot video; materiali informativi interculturali "tradizionali" sugli screening oncologici e loro diffusione).

2. Costruzione di un percorso assistenziale per la prevenzione e presa in carico del disagio psichico degli immigrati con particolare riguardo ai migranti forzati

- Caratterizzazione quali-quantitativa del fenomeno attraverso la geolocalizzazione dei richiedenti protezione internazionale.
- Rilevazione delle principali criticità e delle conseguenti priorità per il SSR in relazione all'utenza immigrata in generale e ai richiedenti/titolari protezione/diniegati nell'ambito dei servizi per la salute mentale.
- Formazione/azione degli operatori della salute mentale per migliorare le loro competenze interculturali ed etno-psichiatriche/psicologiche per la "cura" dei richiedenti/titolari protezione/diniegati.
- Costituzione e formazione di un team regionale multiprofessionale e multidisciplinare integrato "competente" nella prevenzione, diagnosi e trattamento del disagio psichico dell'utenza immigrata.

- Costruzione e realizzazione del “percorso assistenziale” da parte del SSR per affrontare le fasi psichiatriche di acuzie e di post acuzie garantendo una adeguata accoglienza in strutture residenziali protette sanitarie e territoriali.

3. Implementazione del Protocollo per l'identificazione e per l'accertamento olistico multidisciplinare dell'età dei minori non accompagnati

- Consolidamento delle équipes del SSR per la piena applicazione del “Protocollo per l'identificazione e per l'accertamento olistico multidisciplinare dell'età dei minori non accompagnati” ai sensi del documento della Conferenza delle Regioni, 3 marzo 2016 al fine di assicurare il superiore interesse del minore.

4. Attuazione della legge n. 7/2006 “Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile”

- Allargamento e consolidamento della Rete regionale con il coinvolgimento anche di altre figure professionali quali i PLS, MMG, operatori degli Ambiti territoriali sociali.
- Prosecuzione del “Programma Regionale di Formazione/azione degli operatori socio sanitari del SSR sulla tutela della salute delle persone straniere, con particolare riguardo alle donne con Mutilazione Genitale”.

5. Impiego corretto ed adeguato alla domanda della mediazione interculturale in attuazione della DGR 573/2017

- Impiego stabile della mediazione interculturale nei Servizi sanitari della regione secondo quanto previsto nella DGR 573/2017.
- Costituzione di un gruppo di mediatori interculturali specializzati per svolgere la mediazione in contesti sanitari complessi quali il disagio psichico, le mutilazioni genitali femminili, la valutazione dell'età dei MSNA; con un coordinamento regionale e disponibile per tutti i servizi sanitari del SSR Marche.
- Formazione rivolta agli operatori del SSR Marche (sanitari e amministrativi) sulla mediazione interculturale e sul suo corretto impiego.

6. Applicazione omogenea della specifica normativa sull'assistenza sanitaria agli immigrati (extra-comunitari e comunitari) ai sensi della normativa vigente (Dl.gs 286/1998, Accordo CSR 255/2012, DPCM 12 gennaio 2017, DGR 1/2015)

- Formazione ed indicazioni specifiche regionali rivolte ai settori amministrativi degli Enti del SSR.
- Omogeneizzazione e relative indicazioni formali da parte della Regione Marche sulle tipologie di iscrizione al SSR/esenzione partecipazione alla spesa di gruppi particolarmente vulnerabili quali: minori (STP, ENI, collocati fuori della famiglia di origine, MSNA richiedenti protezione internazionale, in affidato), donne con MGF, richiedenti protezione internazionale.
- Monitoraggio relativi interventi correttivi regionali su applicazione omogenea degli Enti del SSR Marche della specifica normativa sull'assistenza sanitaria agli immigrati.

Target (risultato atteso) da raggiungere:

Attraverso le azioni sopra elencate ci si attende:

- una migliore conoscenza dell'utenza immigrata e un aumento della competenza interculturale e della comprensione dei “bisogni” di salute della popolazione immigrata;
- un miglioramento da parte del SSR della capacità di prevenire i tumori “evitabili” attraverso gli screening oncologici, di farsi carico delle donne con/a rischio di MGF e di gestire le problematiche di salute mentale degli immigrati e dei migranti forzati con vulnerabilità psico-fisica;
- una corretta valutazione dell'età dei MSNA;
- miglioramento della comunicazione e della relazione fra servizi sanitari e persone immigrate, con una riduzione del ricorso inappropriato ai servizi e del rischio clinico;
- adesione da parte degli Enti del SSR Marche alla specifica normativa sull'assistenza sanitaria agli immigrati (extra-comunitari e comunitari) ai sensi della normativa vigente ed una riduzione delle barriere economiche all'accesso ai servizi per i soggetti particolarmente vulnerabili.

Misurazione dei risultati (indicatori)

- **Aumento dell'adesione agli screening oncologici da parte della popolazione immigrata (misurabile a condizione che venga attuata la misura trasversale di cui alla descrizione dell'obiettivo specifico)**
- Percorso assistenziale per affrontare la malattia mentale degli immigrati in tutte le fasi psichiatriche (dalla prevenzione alla acuzie, alla riabilitazione) garantendo una adeguata accoglienza in strutture residenziali protette sanitarie e territoriali, anche in collegamento/rete con le risorse del territorio.
- Impiego stabile della mediazione interculturale nei Servizi sanitari della regione secondo quanto previsto nella DGR 573/2017 e attraverso la costituzione di un Gruppo di mediatori “specializzati” operativo a livello regionale per tutti i servizi del SSR.

28. Attivazione di interventi di *family learning* socio sanitario

Obiettivo strategico di riferimento: Accessibilità e prossimità / Situazioni di fragilità e cronicità

Obiettivo specifico:

L'attivazione di interventi di Family Learning Socio-Sanitario ha l'obiettivo di:

- > Migliorare la gestione delle situazioni di fragilità e cronicità, aiutando i servizi a rispondere ai bisogni dei pazienti in tali condizioni e delle loro famiglie/*caregivers*, attraverso un percorso di educazione terapeutica che ne sostenga l'*Health literacy* e l'*empowerment*
- > Migliorare la gestione delle situazioni di fragilità e cronicità con un modello di intervento che prevede una forte integrazione tra operatori sanitari e socio-sanitari della rete ospedaliera e di quella territoriale
- > Favorire l'accessibilità con un modello di intervento di iniziativa in cui sono i servizi coinvolti a individuare e selezionare i soggetti target che verranno arruolati nei percorsi di FLSS (azione proattiva)
- > Favorire la prossimità con un modello di intervento che prevede di portare l'educazione terapeutica in setting non sanitari più prossimi ai contesti di vita.

Definizione / descrizione:

Il Family Learning Socio-Sanitario (FLSS) è il risultato del lavoro di ricerca e di formazione del CRISS dell'UNIVPM, ideato e implementato a partire dal 2005 (marchio depositato).

Il Family Learning Socio-Sanitario si configura come un intervento di ETP (Educazione Terapeutica del Paziente) che mira ad aiutare i servizi sanitari e socio-sanitari a rispondere ai bisogni dei pazienti e delle famiglie/*caregivers* che si trovano a dover gestire condizioni di cronicità e di fragilità, sostenendone l'*health literacy* e l'*empowerment*.

Si tratta di uno specifico percorso di ETP, condiviso tra più pazienti/nuclei familiari e i professionisti afferenti al sistema territoriale e ospedaliero dei servizi. La finalità è quella di valorizzare il bagaglio di esperienza pratica maturata dalle famiglie/*caregivers* nell'assistenza a malati cronici/fragili e di fornire loro una serie di competenze per gestire la malattia con maggiore consapevolezza. Tale modalità formativa è volta a sostenere l'attivazione dei pazienti e delle famiglie/*caregivers*, fornendo le condizioni per una effettiva co-produzione dei processi di cura.

Gli interventi di Family Learning Socio-Sanitario:

- > possono essere attivati per una pluralità di condizioni di fragilità/cronicità, a differenti stadi di gravità.
- > vengono promossi dai servizi sanitari (territoriali od ospedalieri), con riferimento ad un Comitato tecnico scientifico, che attivano, a tal fine, un team di professionisti (sanitari e sociali) esperti nella condizione di fragilità/cronicità oggetto dell'intervento e i referenti delle locali associazioni di pazienti (Gruppo tecnico organizzativo)
- > i professionisti condividono i contenuti dell'intervento di FLSS mettendo a punto i "saperi minimi" da trasmettere ai pazienti e ai familiari/*caregivers* negli incontri di FLSS
- > sono previsti 8-10 incontri (uno a settimana) di due ore e trenta; in ciascun incontro uno o più professionisti approfondiscono un aspetto della gestione della patologia, dedicando una prima parte dell'incontro a fornire una serie di informazioni utili, e una seconda parte al confronto con le famiglie/*caregivers* sulla base delle sollecitazioni da queste avanzate.
- > un tutor specificamente formato (infermiere, educatore professionale, assistente sociale, ecc.) coordina l'intero intervento di FLSS curando le relazioni con i professionisti coinvolti e facilitando la comunicazione con le famiglie/*caregivers* nel corso degli incontri.
- > gli incontri non si realizzano all'interno di strutture sanitarie ma in un luogo di carattere comunitario (una scuola, una biblioteca, una sala comunale o parrocchiale, ecc.) per facilitare la prossimità e la costruzione di un rapporto improntato a un confronto diretto.
- > per garantire l'efficacia della cosiddetta "prossimità" sono previsti interventi di Family learning "attivi" anche presso la residenza del paziente coinvolto, previo consenso, al fine dell'applicazione concreta e dell'efficace risposta al bisogno dovuto alla fragilità e alla cronicità.

Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):

- > Coinvolgere in fase di progettazione degli interventi di FLSS (tavolo tecnico-scientifico) un team integrato di professionisti sanitari e socio-sanitari e rappresentanti dell'associazionismo di pazienti
- > Favorire la partecipazione dei medici di medicina generale sia in fase di progettazione che nella fase di arruolamento dei pazienti

> Curare il processo di arruolamento dei pazienti in modo da favorire la più ampia partecipazione, soprattutto di coloro che risultano meno raggiungibili (per capitale culturale, capitale sociale, condizioni geografiche, ecc.) > Coinvolgere in fase di progettazione (Comitato tecnico-scientifico) referenti sia della rete ospedaliera che di quella territoriale > Coinvolgere nel gruppo tecnico-organizzativo, in qualità di esperti, sia professionisti della rete ospedaliera che di quella territoriale > Prevedere momenti formativi in cui intervengano congiuntamente professionisti della rete ospedaliera e di quella territoriale
<i>Target (risultato atteso) da raggiungere:</i> Attivazione di percorsi di FLSS per le seguenti condizioni croniche/di fragilità: - Demenza/Alzheimer - Sclerosi Laterale Amiotrofica/Sclerosi Multipla - Patologie croniche dell'apparato respiratorio (es. BPCO) e dell'apparato circolatorio (es. Scompenso cardiaco) - Comorbilità per malnutrizione, dismetabolismi, nutrizione artificiale o con sng. Laddove sono previsti PDTA per le condizioni di fragilità/cronicità trattate, il risultato atteso è l'inserimento del FLSS nei PDTA: - Attivazione di almeno 1 corso annuale di FLSS per ogni area vasta, per ciascuna delle aree di fragilità e cronicità precedentemente individuate - Coinvolgimento di almeno 10 professionisti sanitari e socio-sanitari per ciascun corso - Coinvolgimento di almeno 15 pazienti per ciascun corso
<i>Misurazione dei risultati (indicatori)</i> > Numero di corsi annuali di FLSS per ogni area vasta, per ciascuna delle aree di fragilità e cronicità precedentemente individuate > Numero di professionisti sanitari e socio-sanitari per ciascun corso > Numero di pazienti per ciascun corso

29. Costruzione della rete riabilitativa di comunità

<i>Obiettivo strategico di riferimento:</i> Fragilità e cronicità dal neonato all'anziano; la qualità e l'appropriatezza dei servizi e dei trattamenti
<i>Obiettivo specifico:</i> Creazione di una rete riabilitativa di comunità secondo una logica <i>patient-centred</i>, senza limiti anagrafici dei soggetti disabili.
<i>Definizione / descrizione:</i> La riabilitazione è trasversale a molteplici aree di intervento. Essa svolge un ruolo preminente sia nella fase acuta del ricovero ospedaliero, ai fini della prevenzione delle complicanze e della promozione del recupero funzionale, sia nella fase dell'assistenza territoriale, ai fini del completo reinserimento del disabile. Affinché sia garantita una gestione assistenziale del soggetto fragile e con disabilità cronica e/o complessa, rispettosa dei criteri di equità, accessibilità diffusa alle cure e dei vincoli di sostenibilità economica, è necessario l'allestimento di procedure di controllo dell'appropriatezza della qualità dei servizi in tutta l'offerta di riabilitazione che deve considerare un cambio di prospettiva: dal concetto di persona disabile al concetto di individuo suscettibile di sperimentare disabilità in qualsiasi momento della propria vita. Si deve, inoltre, tener conto delle molteplici variabili individuali e contestuali che fanno di ogni soggetto disabile un disabile complesso, superando il tradizionale approccio <i>disease-centred</i> (che ha generato le declinazioni della riabilitazione nelle discipline mediche) verso un approccio finalmente <i>person-centred</i>. La sostenibilità della gestione riabilitativa nel lungo termine rende indispensabile l'integrazione organizzativa al fine di evitare ridondanze nelle prestazioni e duplicazioni di percorsi, mentre l'innovazione infotelematica rappresenta il supporto essenziale per il monitoraggio clinico-funzionale in remoto e l'implementazione efficace di strategie di <i>empowerment</i> del soggetto disabile e del <i>caregiver</i>.
<i>Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):</i> Con il coordinamento dei Servizi riabilitativi pubblici: INTEGRAZIONE ORGANIZZATIVA - Strategie di dimissione protetta verso il territorio, pianificandola in base ai bisogni e avendo come obiettivo il miglioramento della qualità della vita della persona disabile e la sua integrazione sociale, lavorativa, sportiva, culturale; - Costituzione di una rete di strutture e servizi di riabilitazione ambulatoriale e domiciliare, che superino la dimensione prestazionale, favorendo la presa in carico del soggetto disabile e il monitoraggio clinico-funzionale nel lungo termine; - Potenziamento delle risorse territoriali idonee ad accogliere soggetti con disabilità al di fuori del contesto sanitario, al fine di consentire loro un allenamento motorio e/o cognitivo utile al mantenimento della salute e all'integrazione sociale (ovvero un'Attività fisica adattata); - Appropriately di setting (all'interno della rete) conseguente alla valutazione del medico specialista in riabilitazione con elaborazione del progetto riabilitazione e attivazione della presa in carico (articolo 44 DPCM LEA e sua applicazione). INNOVAZIONE INFO-TELEMATICA - Realizzazione di una rete integrata socio-sanitaria che unisce l'offerta di riabilitazione ospedaliera (di qualunque livello), a quella territoriale (pubblica e privata convenzionata), mediante un'integrazione sostenuta da un supporto informatico (informativo) tecnologico. Il supporto tecnologico garantirà l'adozione di un linguaggio e di un approccio comuni, consentendo il monitoraggio della compliance dell'offerta riabilitativa alle regole condivise, la verifica dell'appropriatezza e la coerenza delle prestazioni prescritte con la normativa vigente (vedi art 44 e 45 DPCM LEA 12 gennaio 2017), nonché una gestione duttile dell'offerta, al fine di fornire una risposta sistemica e unitaria alla complessità.
<i>Target (risultato atteso) da raggiungere:</i> > Costituzione di una rete riabilitativa regionale > Presenza sistematica, nella documentazione di invio pazienti a strutture riabilitative, di valutazione dello specialista in riabilitazione di struttura inviante (presa in carico) > Appropriately del setting di destinazione pari all'80%

Misurazione dei risultati (indicatori)

- > Numero di incontri per costituzione rete
- > ***Misurazione dell'Appropriatezza del setting di destinazione***

30. Miglioramento della presa in carico delle persone affette da demenza

<i>Obiettivo strategico di riferimento:</i> L'accessibilità e la prossimità; le situazioni di fragilità e cronicità; la qualità e l'appropriatezza dei servizi e dei trattamenti
<i>Obiettivo specifico:</i> Sviluppo di azioni di Coordinamento regionale delle cure per le persone affette da Demenza finalizzate al miglioramento della presa in carico attraverso il consolidamento della rete regionale dei Centri per il Disturbo Cognitivo e Demenze (CDCD).
<i>Definizione / descrizione:</i> La rete regionale dei Centri per il Disturbo Cognitivo e Demenze (CDCD) è composta da una aggregazione funzionale ed integrata che opera nell'ambito delle Unità valutive Integrate presenti a livello Distrettuale, erogate nei diversi settings assistenziali (domiciliare, residenziale e semiresidenziale). I CDCD rappresentano le Unità specialistiche di riferimento nella rete dei servizi per le demenze, attivabile dai medici di medicina generale e ad essi il malato e la famiglia si rivolgono per la diagnosi specialistica e la gestione farmacologica e non farmacologica per avere risposte appropriate ed individualizzate secondo i bisogni delle diverse fasi della malattia e di contesto socio-familiare. Il fulcro dell'azione dei CDCD è rappresentata essenzialmente dalla presa in carico che oltre alla valutazione della compromissione cognitiva dovrà garantire: • la sinergia continua - in un'ottica consultoriale - con i medici di medicina generale, i servizi sanitari distrettuali e sociali di ambito territoriale; • la formulazione di una diagnosi tempestiva anche neuropsicologica e un piano di cura che fornisca risposte appropriate ed individualizzate, secondo i bisogni della singola fase di malattia e del contesto socio-familiare compresi lo specifico trattamento farmacologico e gli interventi non farmacologici orientati al mantenimento funzionale e al contenimento comportamentale; • la formazione/supporto del <i>caregiver</i>; • le informazioni al <i>caregiver</i>, anche mediate dai servizi sanitari e sociali, sui diritti e sui servizi attivi sul territorio; • la promozione di eventi informativi sulle demenze e campagne di prevenzione primaria rivolte alla popolazione generale per l'adozione di corretti stili di vita. Il modello organizzativo proposto dovrà consentire alla persona affetta da demenza, di compiere l'intero processo assistenziale riducendo tempi e spostamenti attraverso l'identificazione di percorsi specifici per ogni fase della presa in carico, garantisce la continuità assistenziale mediante l'applicazione di uno specifico Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) a livello regionale e con le sue diverse specificità territoriali a seconda dell'Area Vasta di competenza. Il "<i>disease management</i>" appare come l'approccio più indicato per migliorare l'assistenza alle persone con malattie croniche in generale e con demenza in particolare. Queste persone hanno infatti bisogno, oltre che di adeguati interventi diagnostici e di trattamenti efficaci, anche di continuità di assistenza e cura, di informazione, di formazione e sostegno finalizzati al miglior utilizzo delle risorse disponibili, a partire da quelle personali, familiari e di prossimità.
<i>Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):</i> - Implementazione delle azioni previste negli atti regionali - Potenziamento dell'assistenza domiciliare - Definizione di PDTA unico regionale (<i>regional pathway</i>) - Definizione della Carta dei Servizi specifica per l'assistenza domiciliare alla persona affetta da demenza in integrazione con i comitati di partecipazione dei cittadini e le associazioni di volontariato - Strutturazione dei flussi FAR e SIAD con specifica evidenza degli items afferenti la sfera cognitiva e comportamentale legati alla diagnosi di Demenza in grado di compromettere l'intensità di trattamento ed il relativo assorbimento di risorse assistenziali; - Attivazione di corsi di formazione specifici.
<i>Target (risultato atteso) da raggiungere:</i> > Aumento del numero di persone assistite a domicilio affette da Demenza sul numero complessivo di persone assistite a domicilio nell'anno di riferimento; > Aumento del numero posti letto convenzionati di R2D e R3D su numero totale di posti letto rispettivamente convenzionati di R2 Anziani e R3 Anziani; > Aumento delle persone valutate nei CDCD su popolazione anziana (> 65 anni) valutata dalle UVI dei Distretti Sanitari di riferimento

Misurazione dei risultati (indicatori)

- > **Numero di persone assistite a domicilio con diagnosi di Demenza su numero persone con età > 65 anni assistite a domicilio**
- > Numero di posti letto convenzionati di R2D su posti letto convenzionati di R2 Anziani
- > Numero di posti letto convenzionati di R3D su posti letto convenzionati di R3 Anziani
- > Numero di posti letto convenzionati di R2D su posti letto convenzionati in R3D
- > Numero persone valutate dai CDCD su popolazione anziana (> 65 anni) valutata dalle UVI dei Distretti Sanitari di riferimento

31. Promozione e Tutela della Salute Mentale

<i>Aree di intervento (Trasversale):</i> Salute mentale, Assistenza territoriale, Assistenza ospedaliera, Integrazione sociosanitaria
<i>Obiettivo strategico di riferimento:</i> Qualità e appropriatezza dei servizi e dei trattamenti; Accessibilità e prossimità
<i>Obiettivo specifico:</i> Garantire approcci e interventi sanitari e sociosanitari integrati per la tutela della salute mentale, in quanto patologia in sé dai molti confini, strutturando la collaborazione con le diverse articolazioni Distrettuali e i relativi servizi afferenti principalmente a disabilità, dipendenze patologiche, geriatria e etnopsichiatria legata ai nuovi flussi migratori. Dedicare un'attenzione specifica all'infanzia e all'adolescenza con lo scopo di prevenire, intercettare ed affrontare in modo organico i sintomi del disagio psichico in età evolutiva. Garantire piante organiche adeguate, finalizzate ad assicurare standard assistenziali previsti dalle disposizioni vigenti.
<i>Definizione / descrizione:</i> Dovranno essere maggiormente tutelate le persone che si trovano a vivere l'esperienza del disturbo mentale soprattutto quelle che manifestano sintomi, comportamenti e rischi legati a condizioni di rischio, di confine e di istituzionalizzazione: - le persone con disagio psichico all'esordio, sia affette da disturbi dello spettro schizofrenico sia da altre patologie emergenti quali i disturbi di personalità grave; - le persone in condizioni di intossicazione alcolica o da sostanze diverse che presentino evidente disturbo mentale associato, strutturando attività di prevenzione e cura in collaborazione con i servizi dipendenze patologiche; - le persone con problemi di disabilità psichica e gravi disturbi comportamentali ottimizzando i protocolli condivisi con i servizi UMEA sulle consulenze psichiatriche; - le persone anziane con problematiche comportamentali e di vita complesse, dovute a patologia psichiatrica associata, formalizzando protocolli di collaborazione e integrazione con i servizi competenti (Neurologia, Geriatria, Medicina di Base, UMEA, Servizi Sociali dei Comuni). L'emergenza psichiatrica in età evolutiva costituisce un problema sociale che necessita di interventi efficaci ed appropriati e va pertanto affrontata non solo in termini di tempestività e organizzazione dei servizi, ma anche di metodo attraverso una rete di servizi che, con flessibilità, realizzino in modo coordinato interventi diversificati: nella logica della prevenzione (individuazione precoce dei fattori di rischio) e nei contesti emergenziali la cui risposta non può essere quella prevista per l'adulto (Servizi Ospedalieri e percorsi di cura dedicati). La rete dell'accoglienza residenziale territoriale, che negli anni ha visto implementare la sua offerta migliorando la performance rispetto agli accessi al sistema dell'Emergenza o al reingresso in reparto a 30 giorni dalla dimissione, deve essere integrata con nuove strategie di intervento, quali la residenzialità leggera ed i servizi diurni, diffusi nel territorio, evitando le eccessive concentrazioni di persone assistite. La tematica della Salute Mentale Giudiziaria, con le relative interconnessioni tra SSR e Ministero della Giustizia e Istituti di pena, va affrontata adeguando le azioni alle modifiche dei bisogni e delle normative.
<i>Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):</i> - Coordinamento operativo, garantito dall'ufficio competente del Servizio sanità, tra tavolo tecnico regionale, rappresentato dai 5 responsabili dei DSM di Regione Marche, il coordinatore funzionale ASUR e la Clinica Psichiatrica con l'attuale Consulta Regionale della Salute Mentale, a cui afferiscono le principali associazioni regionali interessate in materia. - Avvio di un percorso condiviso sull'implementazione della cartella clinica informatizzata all'interno del nuovo Sistema Informativo Regionale Territoriale (SIRTE) che consenta l'introduzione di strumenti di valutazione multidimensionale in grado di discriminare gli assistiti sulla base dell'effettivo carico assistenziale. - Definizione di un protocollo/procedura regionale sulla gestione della persona aggressiva, volta a ridurre l'utilizzo ed i rischi legati alla contenzione ed alle manifestazioni aggressive; condiviso con le forze dell'ordine e gli operatori dei servizi di emergenza. - Implementazione di specifici protocolli di intesa tra i DSM e NPIA e le articolazioni dei diversi Servizi Sanitari Distrettuali (UMEE/UMEA, Consultori familiari, UVI, ecc.), nella prospettiva di strutturare una rete clinica integrata, in grado di svolgere un'azione di prevenzione e presa in carico precoce del disturbo psichico in età pediatrica ed adolescenziale con lo scopo di migliorare la qualità della vita ed il benessere dei giovani ed evitare cronicizzazioni in età adulta. - Introduzione di PDTA specifici e dei Bilanci di Salute per le persone affette dalle principali patologie psichiatriche: disturbi dell'umore e i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità.

- Rafforzamento dell'attuale PDTA sui Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) sia attraverso comuni percorsi formativi tra gli operatori dell'ASUR e quelli delle Aziende Ospedaliere di marche Nord ed Ospedali Riuniti di Ancona sia verso una maggiore stabilizzazione delle Equipe multidisciplinari presenti negli ambulatori dedicati e sia tramite l'avvio della residenzialità extraospedaliera regionale.
- Proseguimento del percorso intrapreso con la costituzione dei Centri Regionali Età Evolutiva ed Età Adulta per le persone con Disturbo dello Spettro Autistico attraverso la definizione di un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale ed Educativo.
- Formazione del personale sulle problematiche legate ai flussi migratori ed all'etnopsichiatria.
- Nell'ambito della Salute mentale Giudiziaria dovranno essere definiti con la Magistratura percorsi condivisi in tema di applicazione delle misure di sicurezza.

Target (risultato atteso) da raggiungere:

- Aumento dell'incidenza di utenti trattati
- Mantenimento della performance a 30 giorni dalla dimissione
- Implementazione di percorsi di residenzialità leggera e di servizi diurni
- Miglioramento della capacità di intercettazione e di presa in carico dei minori che presentino i primi sintomi d'allarme di una condizione di disagio psichico
- Avvio dei PDTA specifici, con protocolli di passaggio tra età evolutiva ed adulta, con il supporto di sistemi informatizzati
- Migliore *recovery* personale degli assistiti, formando alla cultura della *recovery* i servizi negli interventi terapeutico riabilitativi
- Intervento di rete su utenti con doppia diagnosi e prevenzione/promozione della salute in collaborazione con i servizi per le dipendenze
- Appropriately ASO e riduzione TSO attraverso protocolli condivisi e promozione di corsi formativi finalizzati alla riduzione della contenzione, soprattutto meccanica
- Sistema di relazioni volte al miglioramento dell'assistenza erogata con tutti gli interlocutori istituzionali e sociali

Misurazione dei risultati (indicatori):

- Monitoraggio ed analisi dei dati SISM (Sistema Informativo Salute Mentale)
- Miglioramento del rapporto tra nuovi posti di residenzialità leggera e tutti i posti di accoglienza residenziale attivi
- **Numero di protocolli di intervento congiunto tra soggetti istituzionali e non, approvati ed operativi**
- Numero di Servizi in cui viene adottata la cartella informatizzata
- Numero di PDTA per nuove stesure e revisioni
- **% Tasso ricoveri emergenza 8-17 anni per patologie psichiatriche**

32. Potenziamento del sistema integrato dei Servizi per le Dipendenze Patologiche

<i>Aree di intervento (Trasversale):</i> Dipendenze patologiche, Assistenza territoriale, Assistenza ospedaliera, Integrazione sociosanitaria
<i>Obiettivo strategico di riferimento:</i> Qualità e appropriatezza dei servizi e dei trattamenti; Accessibilità e prossimità
<i>Obiettivo specifico:</i> Confermare, qualificare e ottimizzare i servizi e i trattamenti in essere già previsti dall'atto di riordino del sistema regionale dei servizi per le dipendenze patologiche di cui alla DGRM 747/2004, così come modificata dalla DGRM 1534/2013, e dare, nel triennio, progressiva attuazione agli indirizzi e alle indicazioni programmatiche di questi atti, adeguando le risposte all'attuale, mutato quadro del fenomeno anche attraverso il potenziamento dell'offerta di servizi ambulatoriali e residenziali e l'attivazione di servizi domiciliari ed interventi ospedalieri, mantenendo il coinvolgimento della rete dei servizi sanitari integrati del pubblico, del privato sociale accreditato e del terzo settore qualificato in materia. Garantire piante organiche adeguate, finalizzate ad assicurare standard assistenziali previsti dalle disposizioni vigenti.
<i>Definizione / descrizione:</i> L'orizzonte delineato dalla DGRM 747/2004, modificata dalla DGRM 1534/2013, e le indicazioni operative che ne derivano rappresentano ancora una visione avanzata di approccio sanitario e sociale al fenomeno. D'altra parte è necessaria una costante analisi delle evoluzioni del fenomeno e una manutenzione sapiente per migliorare sistematicamente la qualità e l'appropriatezza dei trattamenti e per garantire l'adeguatezza dei luoghi e dei percorsi terapeutici. Il Piano Socio Sanitario Regionale rappresenta l'occasione per evidenziarne le criticità e per formulare soluzioni praticabili, soprattutto in presenza di quadri psicopatologici particolarmente complessi (ad es., riferibili alla contemporanea presenza di condotte di assunzione, trasgressive, antisociali e di disagio psichico indotto da sostanze).
<i>Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):</i> - Rideterminazione degli standard essenziali relativi alle dotazioni organiche dei STDP attraverso l'applicazione dei criteri del D.M. 444/90 Tab. 1,- e DGRM 2541/92 - e l'adeguamento graduale nel triennio della loro attuale dotazione organica nonché l'attivazione delle principali Unità Operative, così come previsto dalla normativa regionale di settore, in ogni Dipartimento. - Il Servizio Sanità, in collaborazione con l'ARS, definirà le linee organizzative e programmatiche delle aree di pertinenza istituzionale dei Dipartimenti per le Dipendenze Patologiche (DDP), prevenzione, cura e riabilitazione (estese fino anche ai luoghi di detenzione), prevedendo, per quanto attiene alle dimensioni sociali dei fenomeni, progettazioni integrate con il Servizio Politiche Sociali e sport, per le tematiche della prevenzione e della tutela delle persone nelle condizioni di maggior fragilità. - Il Servizio Sanità, in collaborazione con l'ARS, predisporrà l'Atto Deliberativo del "Piano Regionale sulle Dipendenze da GAP e digitali". Nella fase di progettazione attuativa da parte dell'ASUR, va prevista la consultazione, oltre che dei soggetti costitutivi dei Comitati e delle Assemblee dei Dipartimenti, dei soggetti coinvolti nelle problematiche, quali associazioni di cittadini, di volontariato, ecc.. - Il Servizio Sanità, in collaborazione con l'ARS, coinvolgendo esponenti del Servizio Sanitario Pubblico e del Privato Sociale accreditato, predisporrà un protocollo, da formalizzare con apposito atto, per la formazione, l'aggiornamento e la riqualificazione delle figure professionali di area socio-sanitaria dei Servizi pubblici, del Privato Sociale, del Terzo settore ed anche degli Enti locali necessarie per l'applicazione della DGRM 747/2004, modificata dalla DGRM 1534/2013, prevedendo un finanziamento specifico. - La Regione formulerà linee guida per la migliore integrazione tra i Dipartimenti Dipendenze Patologiche, i Dipartimenti di Salute Mentale, i Dipartimenti di Prevenzione, i Servizi Neuropsichiatria Infantile, U.M.E.E. e U.M.E.A.. Le linee guida conterranno indicazioni anche per l'efficace applicazione del protocollo diagnostico e terapeutico per i soggetti a "doppia diagnosi". - La Regione formulerà linee guida per la costituzione di "profili assistenziali per adolescenti" multimodali e multiprofessionali, che riducano i rischi di stigmatizzazione. - Sarà migliorato l'iter amministrativo dei percorsi di finanziamento certi del Sistema dei Servizi, con previsione delle integrazioni tra i fondi sanitari e quelli sociali al fine di un loro effettivo e tempestivo utilizzo.
<i>Target (risultato atteso) da raggiungere:</i> - Adeguamento graduale, nel triennio, dell'attuale dotazione organica dei STDP e attivazione delle principali Unità Operative.

- Adozione di atti che definiscono iter e procedure per un sistema curante modulare ed integrato attraverso una rete terapeutica che, a partire dall'intercettazione precoce, offra risposte in regime sia ambulatoriale che ospedaliero, disponga di strutture residenziali e semi residenziali riabilitative, sviluppi "moduli trattamentali tematici e flessibili", tariffati in riferimento alle risorse effettivamente assorbite.

Misurazione dei risultati (indicatori):

- Monitoraggio ed analisi dei dati SIND (Sistema INformativo Dipendenze)
- **Percentuale di inserimenti in strutture residenziali e semiresidenziali sul totale utenza in carico ai STDP**
- Giornate medie per utente DDP in accoglienza residenziale
- Spesa media per utente DDP in accoglienza residenziale

AREA DI INTERVENTO: RETE OSPEDALIERA E EMERGENZA URGENZA

33. Riorganizzazione e riqualificazione della rete ospedaliera

<i>Obiettivo strategico di riferimento:</i> Qualità e appropriatezza dei servizi e dei trattamenti; accessibilità e prossimità
<i>Definizione / descrizione:</i> Con la riorganizzazione e riqualificazione della rete ospedaliera si persegue innanzitutto l'adeguamento al DM 70/2015, che ha definito gli standard di riferimento relativi all'assistenza ospedaliera e alle reti cliniche per la garanzia della sicurezza e appropriatezza delle cure e dell'assistenza. Inoltre l'obiettivo è rivolto a garantire l'appropriatezza della presa in carico attraverso strumenti tecnologici innovativi, nonché attraverso l' <i>empowerment</i> del cittadino e attraverso la formazione continua del personale (DM 70/2015)
<i>Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):</i> - potenziamento strumentazione tecnologica avanzata in nodi <i>hub</i> della rete - disponibilità di strumentazione tecnologica bassa complessità nei nodi <i>spoke</i> in base alla riorganizzazione delle reti cliniche (PDTA) - classificazione delle strutture ospedaliere secondo livelli organizzativi a complessità crescente - riorganizzazione del sistema ospedaliero sulla base del livello organizzativo, del ruolo all'interno della rete assistenziale, della posizione geografica, dei volumi di attività, dei bacini di utenza anche a carattere stagionale - revisione della legge regionale n. 36/98 (sistema di emergenza sanitaria) - ridefinizione e adeguamento della dotazione dei posti letto ospedalieri - monitoraggio dei volumi di attività per specifiche attività cliniche - presa in carico delle patologie croniche con modalità dematerializzata - integrazione dei sistemi informativi per la condivisione di informazioni sanitarie e gestionali - implementazione di un sistema radiologico integrato regionale - diffusione delle attività di teleconsulto e telerefertazione per la creazione di collegamenti funzionali tra i nodi della rete - definizione dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali per la definizione degli standard assistenziali per singola patologia - integrazione della rete emergenza-urgenza con le reti per patologia e attivazione di protocolli condivisi di presa in carico - elaborazione di linee di indirizzo per la gestione del sovraffollamento nelle strutture di pronto soccorso (promozione uso appropriato dell'offerta ospedaliera in emergenza) - definizione rete emergenza-urgenza per la definizione di modelli organizzativi in pronto soccorso - fruibilità delle informazioni per orientare una scelta sanitaria responsabile del cittadino - coinvolgimento attivo del paziente nel processo di cura - adeguamento e aggiornamento siti istituzionali - rilevazione e valutazione sistematica dei bisogni formativi a seguito delle attività riorganizzative delle reti (inserimento nuovo personale, ridefinizione delle attività e delle responsabilità, strumenti diagnostici e terapeutici innovativi, ecc.) - valutazione dell'efficacia dei programmi formativi
<i>Target (risultato atteso) da raggiungere:</i> - incremento dell'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni - adeguamento della rete assistenziale ospedaliera agli standard del DM 70/2015

- miglioramento dell'accessibilità alle informazioni per una presa in carico appropriata e di qualità
- realizzazione di processi di cura condivisi, consapevoli e di prossimità
- qualificazione e professionalizzazione del personale sanitario

Misurazione dei risultati (indicatori)

- n° prestazioni ad alta complessità tecnologica erogate nelle sedi *hub* delle reti cliniche (PDTA di riferimento)
- n° strutture complesse per disciplina / n° massimo strutture complesse per disciplina (dm 70/2015)
- n° posti letto rete ospedaliera (dm 70/2015)
- **% strutture organizzative che erogano prestazioni ospedaliere nel rispetto dei volumi minimi (dm 70/2015)**
- n° pz. presi in carico in modalità dematerializzata / tot pz.
- n° consulenze / referti realizzati in modalità remota
- n° PDTA realizzati per patologia
- n° audit realizzati per la verifica dell'appropriatezza della presa in carico
- **monitoraggio indicatori di sovraffollamento in pronto soccorso (n° pazienti in carico, n° pz. critici, n° pz in attesa di ricovero, tempo max di attesa per prima visita per codice di priorità, ecc.)**
- **n° PDTA realizzati con il coinvolgimento delle associazioni pazienti**
- n° programmi formativi realizzati
- n° professionisti sanitari partecipanti

34. Riorganizzazione del Dipartimento Regionale di Medicina Trasfusionale (DIRMT)

<i>Obiettivo strategico di riferimento: Riorganizzazione, Qualità e appropriatezza dei servizi</i>
<i>Obiettivo specifico:</i> Ripensare e ideare un modello organizzativo dei processi e delle attività trasfusionali che: - consideri le indicazioni e i dettati normativi nazionali orientati a politiche di centralizzazione, standardizzazione e omogeneizzazione delle funzioni di Medicina Trasfusionale; - sia coerente con la dotazione organica attuale e prospettica del DIRMT; - contemperi le esigenze organizzative delle soluzioni di centralizzazione (DGR n. 422 del 28/04/2017 e DGR n. 1121 del 06/08/2018); - garantisca l'efficienza tecnica ed economica nell'impiego di risorse umane e tecniche per lo svolgimento delle attività trasfusionali; - porti ad una revisione delle DGR n. 529 del 13/05/2004 e DGR n. 873 del 30/06/2008 in linea, comunque, con la l.r. 20/06/2003, n. 13.
<i>Definizione/descrizione:</i> I piani aziendali di revisione delle UOC, messi in atto sia in ASUR che nell'AO di Marche Nord, hanno portato alla soppressione, mediante accorpamento di due o più UO sotto un'unica Direzione, con riduzione delle stesse da 12 UOC di Medicina Trasfusionale a 7 UOC e 1 UOSD. Inoltre, con DGR n. 1121 del 6/08/2018 in attuazione della DGR n. 422 del 28/04/2017 veniva approvato il "Progetto per la realizzazione del polo unico per la centralizzazione delle funzioni produttive in Medicina Trasfusionale in ambito regionale" creando, di fatto, unitamente al già centralizzato Laboratorio di Qualificazione delle Unità prelevate (sangue intero e plasma) una nuova organizzazione che deve essere necessariamente trasversale e sovraordinata a tutti i Servizi di Medicina Trasfusionale Regionali. Pertanto risulta indispensabile lo studio di fattibilità di una nuova organizzazione.
<i>Azioni da avviare:</i> 1. Studio e analisi dell'attuale configurazione organizzativa del DIRMT con l'identificazione di punti di forza e di debolezza del modello attuale. 2. Disegno di un assetto organizzativo con organi di consultazione e supporto, ruoli e responsabilità coerenti con l'evoluzione del contesto regionale, con la prossima centralizzazione delle funzioni produttive e con politiche improntate all'efficienza tecnico-economica nell'impiego di risorse umane e tecniche. 3. Determinazione delle metodologie e delle tecniche di raccolta dati per l'analisi delle variazioni in termini organizzativi e gestionali, inerenti sia all'organigramma complessivo del DIRMT, sia agli impatti generati dall'implementazione di soluzioni di centralizzazione. 4. Ridisegnare le Aree di riferimento per i Servizi Trasfusionali e le relative Sedi di Raccolta Territoriali.
<i>Target (risultato atteso) da raggiungere:</i> Nuovo modello organizzativo che sia coerente con le recenti modifiche normative regionali e nazionali e con i mutamenti avvenuti negli anni in termini di organico disponibile per l'esercizio delle diverse funzioni produttive e medico/cliniche di Medicina Trasfusionale.
<i>Misurazione dei risultati (indicatori):</i> produzione di un documento che possa sostituire la DGR n. 873 del 30/06/2008 che definiva l'assetto organizzativo del DIRMT.

35. Contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale

<i>Aree di intervento (Trasversale):</i> Assistenza territoriale, Assistenza ospedaliera
<i>Obiettivo strategico di riferimento:</i> Accessibilità e prossimità
<i>Obiettivo specifico:</i> Erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale nei tempi previsti dal PNGLA per ogni classe di priorità.
<i>Definizione / descrizione:</i> Il governo dei tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale è diventato uno degli obiettivi prioritari del SSN e del SSR e l'erogazione dei servizi assegnati entro tempi appropriati, rispetto alla patologia e alle necessità di cura, rappresenta una componente strutturale dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). La Regione Marche è impegnata da tempo in politiche di governo dei tempi d'attesa, come testimoniato dagli atti che si sono susseguiti negli anni (DGR 1040/2011; DGR 1/2014; DGR 1012/2014; DGR 808/2015). La DGR 640/2018 ha rafforzato le linee di azione già previste nel precedente Piano Regionale per il Governo delle Liste d'Attesa ed ha avviato ulteriori interventi mirati a ricondurre i tempi di attesa entro i limiti posti dai piani regionali e nazionali, in prima istanza per le prestazioni individuate come ancora 'critiche'.
<i>Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):</i> Le azioni già messe in atto e da potenziare ulteriormente si articolano in tre categorie: A) miglioramento dell'appropriatezza della domanda di prestazioni; B) ampliamento dell'offerta di prestazioni; C) facilitazione dell'accesso dei cittadini e miglioramento della gestione delle agende di prenotazione. - Consolidamento dei sistemi di prioritarizzazione, con monitoraggio della completa compilazione della classe di priorità (U,B,D,P) sulle prescrizioni relative ai primi accessi, effettuate su ricetta dematerializzata dai MMG e dai PLS. - Implementazione dei Raggruppamenti Omogenei d'Attesa (RAO), cioè delle Linee Guida per l'attribuzione della classe di priorità nella prescrizione delle prestazioni 'critiche'. - Completamento degli slot dedicati alla presa in carico nelle seguenti situazioni: tutte le prestazioni per i pazienti oncologici da erogare entro i dodici mesi successivi; le prestazioni collegate a tutte le 14 visite specialistiche comprese tra le 69 prestazioni sottoposte a monitoraggio secondo le indicazioni del PNGLA; donne con problematiche senologiche. - Aumento dell'offerta di spazi nelle agende per primo accesso con classe di priorità B,D,P. - Attivazione del meccanismo dell'overbooking. - Ottimizzazione dell'utilizzo del cosiddetto "fondo Balduzzi" per l'attivazione di ulteriori slot per le prestazioni critiche. - Interventi regolatori nei confronti delle Aziende in merito alle attività di ALPI nel rispetto delle norme di settore. - Avvio di una app per <i>smartphone</i> e <i>tablet</i>, utilizzabile da tutti i cittadini, per verificare la disponibilità di luoghi per le visite ed esami, prescritti con la ricetta dematerializzata, per prenotare le prestazioni e per effettuare il pagamento online. - Definizione e implementazione di un accordo con i MMG sulla prenotazione diretta a CUP delle prestazioni prescritte.
<i>Target (risultato atteso) da raggiungere:</i> - Rispetto dei tempi previsti dal PNGLA per l'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale.
<i>Misurazione dei risultati (indicatori)</i> - Tempi di erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

36. Contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero

<i>Aree di intervento (Trasversale): Assistenza territoriale, Assistenza ospedaliera</i>
<i>Obiettivo strategico di riferimento: Accessibilità e prossimità</i>
<i>Obiettivo specifico:</i> Erogazione delle prestazioni in regime di ricovero, in Day hospital e Day surgery nei tempi previsti dal Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA).
<i>Definizione / descrizione:</i> Il PNGLA, oltre ad indicare i tempi massimi per l'erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale in base alle classi di priorità prescritte sulla ricetta specialistica, stabilisce anche i tempi massimi per alcune prestazioni in regime di ricovero, in Day hospital e in Day surgery. Per una serie di interventi /prestazioni invasive programmate, prevalentemente riconducibili alle aree specialistiche oncologica e cardiovascolare, sono stati stabiliti i tempi massimi di attesa (coronarografia 60-120 giorni, interventi chirurgici per tumore mammella-prostata-colon retto-utero 30 giorni, intervento di protesizzazione dell'anca 90-120 giorni). Per altri interventi (tumore polmone, by-pass aorto-coronarico, angioplastica coronarica, endoarteriectomia carotidea, cataratta, tonsillectomia, ecc.) è indispensabile fare riferimento all'indicazione delle classi di priorità, come sotto declinate: CLASSE A Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi CLASSE B Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o 1 ad esempio, per un intervento di cataratta sul secondo occhio da eseguirsi a distanza predefinita rispetto all'intervento sul primo occhio. Grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi CLASSE C Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi CLASSE D Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi. A tale proposito i recenti Dettati normativi sulla compilazione della SDO hanno reso obbligatoria l'indicazione della data di prenotazione del ricovero (data di inserimento in lista), che corrisponde al momento in cui il paziente è nelle effettive condizioni di essere sottoposto ad intervento chirurgico, e la specificazione della classe di priorità del ricovero stesso. È possibile, quindi, a partire dal flusso ordinario dei ricoveri, strutturare un sistema di monitoraggio sistematico dei tempi d'attesa per le prestazioni in regime di ricovero.
<i>Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):</i> - Definizione di un piano per la gestione dell'accesso alle prestazioni di ricovero programmato per raggiungere l'obiettivo di una piena trasparenza ed equità nella gestione dell'accesso e un controllo più stringente sul rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni oggetto di monitoraggio. - Individuazione e implementazione di strumenti di monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero. - Emanazione delle linee di indirizzo per la gestione delle liste di prenotazione dei ricoveri chirurgici programmati nelle Aziende Sanitarie, che fissano regole omogenee su tutto il territorio regionale e hanno lo scopo di assicurare che la gestione delle liste di attesa dei ricoveri avvenga secondo criteri di appropriatezza, equità e trasparenza, garantendo la tutela dei diritti dei pazienti, facilitando la fruizione delle prestazioni assistenziali ed al contempo rafforzando strumenti e regole di governo del percorso del paziente chirurgico e della programmazione delle risorse.

- Istituzione di gruppi tecnici di lavoro, cui partecipano professionisti delle Aziende Sanitarie, al fine di governare le tematiche principali e garantire il costante miglioramento del sistema di gestione dei tempi di attesa. - Pubblicazione DGR sul governo dei tempi d'attesa per le prestazioni di ricovero entro il primo anno di vigenza di questo Piano. - Produzione della reportistica sui tempi d'attesa per le prestazioni di ricovero entro il primo anno di vigenza di questo Piano.
<i>Target (risultato atteso) da raggiungere:</i> > Rispetto dei tempi previsti dal PNGLA per l'erogazione delle prestazioni in regime di ricovero, in Day hospital e Day surgery
<i>Misurazione dei risultati (indicatori)</i> > tempi di erogazione delle prestazioni in regime di ricovero, in Day hospital e Day surgery

37. Percorso nascita: Implementazione delle procedure di partoanalgesia

<i>Obiettivo strategico di riferimento:</i> Qualità e appropriatezza dei servizi e dei trattamenti; accessibilità e prossimità
<i>Obiettivo specifico:</i> Garantire a tutte le donne che ne facciano richiesta la possibilità di usufruire in sicurezza delle procedure analgesiche nel corso del travaglio e del parto vaginale, compresa l'analgisia epidurale
<i>Definizione / descrizione:</i> Il dolore del travaglio di parto può impedire ad alcune donne di vivere con serenità l'esperienza della nascita del proprio bambino. La sintomatologia dolorosa può avere intensità differenti in donne diverse e, nella stessa donna, in travagli diversi. I processi culturali in atto fra le donne sono orientati per un verso contro la medicalizzazione di un atto naturale come il parto, e, per l'altro, ad evitare, attraverso l'intervento analgesico, il dolore. La decisione di quale strada intraprendere deve essere riservata ad ogni singola donna sulla base di un'informazione corretta sui vantaggi, i rischi e le possibilità delle due soluzioni. L'emanazione del DPCM LEA del 12 gennaio 2017 ha riproposto il tema della partoanalgesia. In particolare, all'articolo 38, comma 3, recita: "Il Servizio sanitario nazionale garantisce le procedure analgesiche nel corso del travaglio e del parto vaginale, inclusa l'analgisia epidurale, nelle strutture individuate dalle regioni e dalle province autonome tra quelle che garantiscono le soglie di attività fissate dall'Accordo sancito in sede di Conferenza tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano il 16 dicembre 2010 e confermate dal decreto 2 aprile 2015, n. 70, «Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera», all'interno di appositi programmi volti a diffondere l'utilizzo delle procedure stesse". E' necessario, pertanto, che la regione definisca le linee guida regionali alle quali fare riferimento per l'individuazione dei punti nascita dotati dei requisiti organizzativi necessari per effettuare in sicurezza le procedure di partoanalgesia.
<i>Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):</i> - Definire le Linee Guida regionali sulla partoanalgesia - Garantire assetti organizzativi adeguati nei punti nascita in cui si effettuano partoanalgesie, con particolare riferimento alla continuità assistenziale anestesiológica. - Indicare nella Carta dei Servizi aziendali con la partecipazione dei comitati di partecipazione dei cittadini e del mondo del volontariato, la modalità dell'offerta per il controllo del dolore nel parto nelle diverse sedi nonché negli incontri informativi dedicati all'interno del percorso di accompagnamento alla nascita. - Definire Protocolli Diagnostico-Terapeutici condivisi per la partoanalgesia assicurandone l'erogazione con disponibilità di personale adeguato e formato sulla base dei volumi di attività del Punto Nascita. - Avviare un percorso regionale di formazione multidisciplinare per aumentare la sensibilità alla tematica del controllo del dolore nel travaglio e nel parto e per migliorare le conoscenze e i livelli di appropriatezza, sicurezza, efficacia, efficienza per il trattamento del dolore nel travaglio e nel parto.
<i>Target (risultato atteso) da raggiungere:</i> > Effettuazione in sicurezza delle partoanalgesie, nei punti nascita in base a specifici requisiti organizzativi stabiliti nelle Linee guida regionali, a tutte le donne che ne facciano richiesta
<i>Misurazione dei risultati (indicatori)</i> > Numero di travagli vaginali assistiti con analgesia epidurale/numero totale di travagli effettuati (SDO e CEDAP) > Numero di parti vaginali assistiti con assistenza farmacologica antalgica/numero totale di parti vaginali effettuati (SDO e CEDAP)

38. Percorso nascita: Strutturazione rete regionale di presa in carico della gravidanza a vari livelli di rischio

<i>Aree di intervento (Trasversale):</i> Assistenza territoriale, Assistenza ospedaliera
<i>Obiettivo strategico di riferimento:</i> Qualità e appropriatezza dei servizi e dei trattamenti
<i>Obiettivo specifico:</i> Garantire l'uniformità dell'assistenza ostetrica su tutto il territorio regionale con un'adeguata presa in carico secondo il grado di rischio, con particolare riferimento alla gestione territoriale della gravidanza a basso rischio e della riduzione delle complicanze neonatali legate alla prematurità e alla patologia malformativa.
<i>Definizione / descrizione:</i> L'assistenza perinatale è definita adeguata nel momento in cui è in grado di assicurare un buon livello di salute materna e neonatale con il minor carico di cura compatibile con la sicurezza. L'individuazione dinamica del livello di rischio della gravidanza permette di indirizzare gli atti assistenziali verso i servizi più appropriati, di comunicare efficacemente tra operatori e di garantire un adeguato e omogeneo livello di assistenza ostetrica. Il miglioramento della rete assistenziale in campo ostetrico non può prescindere dal concetto di "presa in carico secondo il grado di rischio" introdotto dall'OMS, che prevede tre livelli di assistenza: "assistenza prenatale di base", offerta a tutte le donne, "assistenza addizionale" per patologie e complicanze moderate e "assistenza specializzata ostetrica e neonatale" per pazienti con patologie e complicanze severe. In particolare, all'interno delle patologie e complicanze "severe", la prematurità e le patologie malformative rappresentano delle condizioni che possono beneficiare in maniera significativa di una gestione centralizzata e altamente specializzata. Lo sviluppo di una rete regionale con integrazione tra strutture a complessità crescente permette di indirizzare adeguatamente le risorse in modo da fornire il grado di assistenza adeguato al grado di rischio della gravidanza, con una prevalente gestione territoriale da parte dell'ostetrica delle gestanti a basso rischio ("assistenza prenatale di base"), una centralizzazione verso strutture altamente specializzate delle gestanti che necessitano di "assistenza specializzata ostetrica e neonatale" e un livello intermedio per le gravidanze con patologie o complicanze moderate.
<i>Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):</i> Direttrice di sviluppo: l'integrazione organizzativa - Revisione della rete ostetrico ginecologica e neonatale secondo i livelli di assistenza a maggiore complessità (assistenza prenatale di base, assistenza addizionale o assistenza specializzata ostetrica e neonatale). - Revisione almeno biennale della sussistenza degli standard clinico assistenziali e di appropriatezza nei diversi livelli assistenziali. - Definizione delle modalità di indirizzo delle gestanti verso le strutture di "assistenza prenatale di base" distribuite sull'intero territorio regionale per la valutazione precoce del livello di rischio e promozione di percorsi assistenziali appropriati e diversificati per grado di rischio. - Attuazione di protocolli unificati per la gestione della gravidanza a basso rischio da parte del personale ostetrico e invio della gestante a termine di gravidanza presso il punto nascita di scelta, dove verrà presa in carico dagli operatori della struttura per la valutazione del timing e della modalità del parto e per il monitoraggio della gravidanza oltre il termine. - Definizione delle patologie e condizioni definite come "moderate" o "severe" che devono essere valutate da un medico specialista; definizione delle modalità di indirizzo verso le strutture assistenziali adeguate, con potenziamento del modello "hub&spoke" e individuazione di percorsi preferenziali per le gestanti con rischio di parto prematuro o con feti affetti da patologie malformative. - Individuazione precoce delle condizioni di rischio di parto prematuro con trasferimento materno verso i centri specializzati di riferimento (potenziamento dello STAM e riduzione dello STEN), anche attraverso la revisione delle DGR attualmente in essere. - Gestione centralizzata delle patologie malformative fetali con istituzione di gruppi multidisciplinari per la presa in carico dal momento della diagnosi fino all'espletamento del parto (ginecologo-ostetrico, neonatologo, chirurgo pediatra, radiologo).
<i>Target (risultato atteso) da raggiungere:</i> > Presa in carico delle gestanti dalle strutture appropriate secondo il livello di rischio dinamico; > Potenziamento della gestione da parte del personale ostetrico delle gravidanze a basso rischio;

- > Riduzione delle complicanze legate alla prematurità e della mortalità/morbidità neonatale;
- > Gestione integrata e multidisciplinare della patologia malformativa in centri altamente specializzati con miglioramento degli esiti neonatali.

Misurazione dei risultati (indicatori)

- > **Numero di gravidanze con valutazione unificata del livello di rischio;**
- > Numero di gravidanze a basso rischio gestite interamente dal personale ostetrico fino a termine di gravidanza;
- > Numero di nati pretermine in strutture altamente specializzate;
- > Tasso di mortalità e morbidità neonatale;
- > Numero di casi di patologia malformativa gestiti in gruppi multidisciplinari

39. Percorso nascita: Riduzione dei tagli cesarei

<i>Aree di intervento (Trasversale): Assistenza territoriale, Assistenza ospedaliera</i>
<i>Obiettivo strategico di riferimento:</i> Qualità e appropriatezza dei servizi e dei trattamenti
<i>Obiettivo specifico:</i> Miglioramento dell'assistenza ostetrica con riduzione del tasso di tagli cesarei, in particolare in assenza di una chiara indicazione medica.
<i>Definizione / descrizione:</i> Il taglio cesareo rappresenta un intervento chirurgico efficace nel ridurre la mortalità e morbidità materna e perinatale in presenza di una specifica indicazione. Tuttavia, non sono presenti evidenze che tali benefici vengano mantenuti in assenza di reale giustificazione clinica. Il taglio cesareo, in quanto procedura chirurgica, può determinare delle complicanze a breve e lungo termine con impatto negativo sulla salute materna anche negli anni successivi al momento del parto, compromettendo anche la salute riproduttiva in previsione di future gravidanze. Tali rischi sembrano essere più significativi nelle pazienti con accesso limitato ad un'assistenza ostetrica completa. Negli ultimi anni si è assistito ad un aumento della percentuale di tagli cesarei, con significative ricadute sulla salute materna; è dimostrato che le strutture ospedaliere possono mettere in atto scelte organizzative in grado di ridurre il tasso di tagli cesarei, eseguendo tale intervento solo in caso di validate indicazioni cliniche.
<i>Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):</i> - Utilizzo su base regionale della Classificazione di Robson per i tagli cesarei, in modo da individuare le classi con tasso di tagli cesarei maggiore, sulle quali è necessario focalizzare gli sforzi organizzativi - Revisione su base regionale dei protocolli clinici riguardo il partogramma con curve centrimetriche aggiornate, la valutazione e l'ammissione al travaglio della paziente precesarizzata, il rivolgimento di feto podalico con manovre esterne e l'assistenza alla gravidanza gemellare. - Raccolta dati centralizzata e monitoraggio costante degli <i>outcome</i> ostetrici - Formazione periodica di tutti gli operatori regionali riguardo l'interpretazione dei tracciati cardiocografici, le abilità tecniche su simulatori ad elevata fedeltà, l'assistenza alla paziente precesarizzata, l'assistenza alla gravidanza gemellare in travaglio, le emergenze ostetriche e il lavoro di equipe.
<i>Target (risultato atteso) da raggiungere:</i> > Miglioramento dell'assistenza ostetrica con riduzione del tasso di tagli cesarei senza una validata indicazione medica, con riduzione delle complicanze materne a breve e lungo termine e degli esiti perinatali.
<i>Misurazione dei risultati (indicatori)</i> > Tasso annuale globale di tagli cesarei per struttura e su base regionale > Tasso di tagli cesarei per classe di Robson > Tasso di complicanze materne post-taglio cesareo in regime di ricovero > Tasso di complicanze neonatali di nati da taglio cesareo

40. Miglioramento dello standard di cura per i tumori

<i>Obiettivo strategico di riferimento:</i> Qualità e appropriatezza dei servizi e dei trattamenti
<i>Obiettivo specifico:</i> Attivazione di una rete oncologica per la Regione Marche del tipo <i>Comprehensive Cancer Care Network</i> (CCCN) al fine di migliorare lo standard di cura per i pazienti oncologici, con l'obiettivo di aumentare l'outcome dei pazienti (sopravvivenza) e di ridurre la mobilità inter-regionale con la possibilità di accesso alle cure migliori da parte di tutti i pazienti indipendentemente dallo stato socio-economico o dalla residenza in zone colpite da disastri naturali (terremoto). Per dare fisionomia compiuta ad un'organizzazione che sia di promozione e di radicamento della rete oncologica così come definita dalla R.O.RE.M. (Rete oncologica regionale marchigiana, rif. deliberazione della giunta regionale n. 274 del 09.02.2010 con oggetto "Rete oncologica regionale marchigiana (R.O.RE.M.): obiettivi e linee di indirizzo per la realizzazione della rete oncologica"), è prevista l'attivazione del Centro Oncologico e di Ricerca delle Marche (C.O.R.M.), che si integra efficacemente nel territorio marchigiano nel contesto del Comprehensive Cancer Center Network, ovvero della rete oncologica che consenta al paziente marchigiano di trovare risposta ai suoi bisogni di salute nella sua regione, con le seguenti finalità: - Promuovere e consolidare ai fini del pieno raggiungimento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) in area oncologica la rete oncologica regionale; 1. Dare supporto allo sviluppo di tutte le istanze del servizio sanitario in ambito di prevenzione territoriale e ospedaliero; 2. Promuovere e sviluppare la ricerca clinica e traslazionale in ambito oncologico a partire dagli studi complessi di fase precoce con farmaci innovativi che necessitano di un centro di accreditamento AIFA per le fasi I; 3. Promuovere e sviluppare la genetica oncologica per tumori ereditari che necessitano del Centro ad Alta Specializzazione di Riferimento Regionale a servizio di una sempre più capillare diffusione del suo utilizzo all'interno della rete; 4. Promuovere e consolidare i percorsi di diagnosi e cura dei tumori con particolare riguardo alle neoplasie che richiedono una gestione clinica complessa e multidisciplinare 5. Promuovere "model" e "operational PDTA".
<i>Definizione / descrizione:</i> Nel 2018 si stima che verranno diagnosticati in Italia circa 373.000 nuovi casi di tumore maligno (esclusi i tumori cutanei non melanoma): 194.000 negli uomini, 178.000 nelle donne. Complessivamente in Italia ogni giorno circa 1.000 persone ricevono una diagnosi di tumore maligno. I tumori più frequentemente diagnosticati nella popolazione italiana sono il carcinoma della mammella, seguito dal carcinoma del colon-retto, del polmone, della prostata e della vescica. In letteratura è riportato che i pazienti che afferiscono ad una rete oncologica presentano un tasso di sopravvivenza più elevato e, soprattutto per le patologie neoplastiche ad alta complessità di gestione multidisciplinare (es. tumori rari, neoplasie ovariche, tumori neuroendocrini, ecc.), i pazienti trattati in ospedali "high-volume", nel contesto di una rete oncologica del tipo CCCN presentano un tasso di sopravvivenza più elevato, una riduzione del rischio di morte intraospedaliera e un costo delle cure minore. Al momento attuale la Regione Marche non presenta una rete oncologica strutturata e questo può risultare in una perdita economica significativa per la Regione stessa oltre che una ridotta disponibilità terapeutica per i pazienti, in particolare per coloro che risiedono in zone colpite da disastri naturali, come i terremoti.
<i>Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):</i> - Analisi dello stato attuale delle cure per i pazienti oncologici nella Regione Marche - Identificazione delle strutture che devono essere migliorate e di quelle che devono essere indirizzate verso altre attività - Centralizzazione dei pazienti verso "high-volume hospitals" con "high-volume surgeons", con percorsi facilitati per i pazienti provenienti da aree disagiate - Attivazione progressiva di strutture con complessità crescente a partire dalla diagnosi, dalla stadiazione fino alla terapia integrata multidisciplinare
<i>Target (risultato atteso) da raggiungere:</i> - Riduzione della mortalità a 5 anni dei pazienti oncologici - Riduzione del tasso annuale di mobilità interregionale; - Aumento del numero di pazienti operati per centri di riferimento. - Mortalità intraospedaliera post intervento chirurgico per casi incidenti per centro
<i>Misurazione dei risultati (indicatori):</i>

- Tasso di sopravvivenza globale a 5 anni dei pazienti oncologici;
- ***Numero di pazienti operate e/o trattate per centro di riferimento;***
- % di decessi/ n. ricoveri per intervento chirurgico di resezione;
- mobilità attiva extraregionale (per chirurgia, RT, diagnostica, trattamenti oncologici, visite, ricoveri);
- mobilità passiva extraregionale (per chirurgia, RT, diagnostica, trattamenti oncologici, visite, ricoveri)

41. Miglioramento dello standard di cura per i tumori dell'apparato genitale femminile

<i>Obiettivo strategico di riferimento:</i> Qualità e appropriatezza dei servizi e dei trattamenti
<i>Obiettivo specifico:</i> Attivazione di una rete oncologica per la Regione Marche del tipo <i>Comprehensive Cancer Care Network</i> (CCCN) al fine di migliorare lo standard di cura per i tumori, a partire da quelli gravati da alta mobilità passiva quali i tumori dell'apparato genitale femminile nella Regione Marche, con aumento della sopravvivenza a lungo termine, e ridurre la mobilità inter-regionale con la possibilità di accesso alle cure migliori da parte di tutti i pazienti indipendentemente dallo stato socio-economico o dalla residenza in zone colpite da disastri naturali (terremoto)
<i>Definizione / descrizione:</i> Il numero di nuovi casi di tumore ovarico in Italia del 2016 è stimato essere attorno a 5200, con il 90% di diagnosi in pazienti con età superiore 40 anni e una sopravvivenza globale del 50% a cinque anni. In letteratura è riportato che pazienti trattate in ospedali "high-volume", nel contesto di una rete oncologica del tipo CCCN presentano un tasso di sopravvivenza più elevato, una riduzione del rischio di morte intraospedaliera e un costo delle cure minore. Al momento attuale la Regione Marche non presenta una rete oncologica strutturata e questo può risultare in una perdita economica significativa per la Regione stessa oltre che una ridotta disponibilità terapeutica per i pazienti, in particolare per coloro che risiedono in zone colpite da disastri naturali, come i terremoti.
<i>Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):</i> - Analisi dello stato attuale delle cure per il tumore ovarico nella Regione Marche - Identificazione delle strutture che devono essere migliorate e di quelle che devono essere indirizzate verso altre attività - Centralizzazione dei pazienti verso "high-volume hospitals" con "high-volume surgeons", con percorsi facilitati per i pazienti provenienti da aree disagiate - Attivazione progressiva di strutture con complessità crescente a partire dalla diagnosi, dalla stadiazione fino alla terapia integrata del tumore ovarico
<i>Target (risultato atteso) da raggiungere:</i> > Riduzione della mortalità a 5 anni delle pazienti affette da tumore ovarico; > Riduzione del tasso annuale di mobilità inter-regionale; > Aumento del numero di pazienti operate per centro di riferimento.
<i>Misurazione dei risultati (indicatori)</i> > Tasso di sopravvivenza globale a 5 anni delle pazienti affette da tumore ovarico; > Tasso annuale di mobilità inter-regionale; > Numero di pazienti operate per centro di riferimento.

42. Rischio Clinico: sviluppo di strategie regionali di risk management

<i>Aree di intervento (Trasversale): Assistenza territoriale, Assistenza ospedaliera, Prevenzione e sicurezza delle cure</i>
<i>Obiettivo strategico di riferimento:</i> Qualità e appropriatezza dei servizi e dei trattamenti
<i>Obiettivo specifico:</i> Migliorare la sicurezza delle cure erogata dal SSR favorendo, in tutti gli esercenti le professioni sanitarie, la crescita di un maggior senso di responsabilità professionale e di un atteggiamento proattivo per la prevenzione di eventi avversi
<i>Definizione / descrizione:</i> La Gestione del Rischio clinico si configura come un sistema sinergico di azioni ed attività messe in atto, con criteri metodologici omogenei e condivisi, per migliorare la qualità delle prestazioni erogate dal servizio sanitario e la sicurezza dei pazienti e degli operatori. Primo presupposto è la formazione, nei professionisti sanitari, della consapevolezza del poter imparare dall'errore attraverso l'identificazione, la misurazione, il trattamento ed il monitoraggio dei rischi. Secondo presupposto è lo sviluppo, attraverso strategie formative e strumenti consolidati, della cultura della responsabilità rispetto alla prevenzione del rischio e di un atteggiamento proattivo quale approccio migliore per misurare e migliorare la qualità delle prestazioni erogate. Nella regione Marche, a partire dal 2009 è iniziata attraverso l'istituzione di un centro regionale del rischio clinico e di una specifica rete di referenti aziendali, una attività, in linea peraltro con gli adempimenti istituzionali, di identificazione delle aree di rischio nel contesto sanitario regionale, con la successiva programmazione di azioni progettuali a breve e medio-lungo termine e relative strategie di miglioramento. Oggi dopo l'emanazione della legge n. 24/2017, la sicurezza delle cure risulta presupposto indefettibile per poter garantire il "diritto alla salute" della persona assistita, attraverso l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione delle prestazioni sanitarie ed all'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative; con la DGR 1093/18 è stato formalmente istituito il Centro Regionale per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, con scopo di mappare il rischio delle strutture e di creare specifiche linee di indirizzo per prevenirlo e gestirlo, anche attraverso la formazione del personale sanitario. Si riscontra una sostanziale stabilità riguardo alla "graduatoria" delle discipline maggiormente coinvolte nei sinistri (in ordine decrescente: ortopedia, ginecologia, chirurgia generale), per il tipo di censura sollevato (inesattezza della prestazione ricevuta), per il tipo di trattamento ricevuto (intervento chirurgico), con la chiamata in causa di tutte le figure professionali coinvolte nei sinistri (non solo personale medico, ma anche infermieri ed altro personale di assistenza).
<i>Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):</i> - Consolidamento della funzione Aziendale per la gestione del Rischio Clinico. - Alimentazione del Sistema Informativo Monitoraggio Errori in Sanità (SIMES) per Sinistri ed Eventi sentinella. - Alimentazione del sistema informativo di Incident Reporting, per eventi avversi e quasi eventi, attraverso l'utilizzo di una scheda unica condivisa e successiva raccolta ed analisi dei dati. Acquisizione di un applicativo informatico per la gestione di tutte le attività di Risk Management. - Implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali e diffusione-promozione di buone pratiche per la sicurezza delle cure, in linea con gli adempimenti LEA. - Raccolta dei dati regionali relativi al contenzioso, forniti dalle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private accreditate, e di quelli raccolti nel flusso SIMES, con realizzazione di un Database Regionale. Analisi dei dati del contenzioso in termini di cause, entità, frequenza, onere finanziario, ecc. da parte di un Nucleo di Valutazione Medico Legale, con elaborazione di azioni strategiche e di miglioramento per le aree di rischio maggiormente evidenziate. - Trasmissione annuale dei dati raccolti all'Osservatorio Nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità secondo modalità e procedure stabilite dal regolamento dell'Osservatorio stesso. - Analisi e monitoraggio dei casi segnalati di cadute di persone assistite ai sensi della DGR 1097/15 e rivalutazione periodica degli interventi. - Promozione di eventi formativi/informativi sulla sicurezza delle cure delle discipline maggiormente coinvolte nei sinistri (in ordine decrescente: ortopedia, ginecologia, chirurgia generale).

Target (risultato atteso) da raggiungere:

- > Potenziamento del sistema informativo per il flusso ministeriale SIMES
- > Promozione della attivazione di corsi di aggiornamento in tema di rischio clinico e sicurezza dei pazienti
- > Implementazione delle raccomandazioni del Ministero della Salute
- > Analisi del contenzioso e formulazione strategie di intervento
- > Riduzione eventi avversi nelle discipline maggiormente coinvolte nei sinistri (in ordine decrescente: ortopedia, ginecologia, chirurgia generale),

Misurazione dei risultati (indicatori)

- > Alimentazione del flusso SIMES secondo i tempi previsti dal protocollo ministeriale nel 100 % delle strutture del SSR.
- > Esecuzione di corsi di formazione multi-professionali e multidisciplinari inerenti il miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure, in percentuale non inferiore al 40 % dei corsi erogati.
- > **Numero di raccomandazioni del Ministero della Salute implementate/totale raccomandazioni Risultati attesi: 100%**
- > Realizzazione di un data base regionale del contenzioso.

43. Miglioramento dei tempi di intervento attraverso la Rete Territoriale di Soccorso (RTS)

<i>Obiettivo strategico di riferimento:</i> Qualità e appropriatezza dei servizi
<i>Obiettivo specifico:</i> Il miglioramento della Rete Territoriale di Soccorso permetterà una più tempestiva ed uniforme presa in carico delle emergenze sanitarie che si verificano sul territorio regionale al fine di migliorare gli esiti di salute prodotti sui cittadini, in termini di riduzione delle disabilità e delle morti evitabili.
<i>Definizione / descrizione:</i> L'attuale rete territoriale di soccorso presenta notevoli eterogeneità di tipo organizzativo, strutturale ed organico. La letteratura scientifica di riferimento sottolinea l'importanza della componente tempo, in special modo per quanto riguarda le patologie afferenti al FHQ (First Hour Quintet) (il quintetto della prima ora: Trauma Grave, Arresto Cardiaco, Sindromi Coronariche Acute, Stroke e Insufficienza Respiratoria Acuta). L'obiettivo è pertanto il miglioramento del sistema su tutto il territorio marchigiano, in termini di equità ed efficienza, con l'ottimizzazione della presa in carico del paziente nell'ottica della riduzione del <i>free therapy interval</i> (intervallo libero da terapia: il tempo che intercorre tra l'insorgenza del problema di salute e la somministrazione della terapia adeguata).
<i>Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):</i> > Analisi reali fabbisogni dei territori; l'analisi degli esiti prodotti dal sistema ad oggi in essere; la realizzazione di appositi registri per patologia o miglioramento e/o digitalizzazione registri in essere (Stroke; Trauma, ecc.). Infine la Partecipazione attiva e la corretta informazione dei cittadini. > Revisione della l.r. 36/1998 e organizzazione del Dipartimento funzionale interaziendale con lo sviluppo di centri di intervento a carattere territoriale per la gestione coordinata degli accessi alle diverse funzioni assistenziali. Detti centri di intervento, inseriti all'interno del Dipartimento funzionale, hanno l'obiettivo di interagire con i Pronto Soccorso e smaltire così parte degli accessi, in particolare quelli a bassa complessità medica. > Sviluppo del ruolo della Centrale Operativa Regionale 118 e definizione della catena di comando del sistema. > Realizzazione protocolli condivisi con le aziende sanitarie per il trattamento delle patologie tempo-dipendenti e dei percorsi di integrazione ospedale territorio. > Ottimizzazione della localizzazione e della tipologia delle postazioni di emergenza sanitaria in funzione degli esiti di salute, della miglior letteratura scientifica e dell'effettivo fabbisogno del territorio. > Digitalizzazione del sistema informativo. > Informatizzazione della reportistica. > Implementazione strumenti di telemedicina. > Garantire l'aggiornamento e l'uniformità della formazione dei professionisti, migliorando la qualità delle prestazioni erogate e le potenzialità di risposta dei sanitari sul territorio.
<i>Target (risultato atteso) da raggiungere:</i> > Riduzione del <i>free-therapy interval</i> > Riduzione dell'intervallo allarme-target < 18 minuti > Riduzione della mortalità e della possibilità di aggravamento sul territorio
<i>Misurazione dei risultati (indicatori)</i> > Intervallo allarme-target > N. di ospedalizzazioni e centralizzazioni adeguate per la clinica del paziente > N. di prestazioni sanitarie erogate (cfr. NSIS EMUR)

44. Attivazione CUR - NUE 1-1-2.

<i>Obiettivo strategico di riferimento:</i> Accessibilità e prossimità
<i>Obiettivo specifico:</i> L'introduzione della CUR 112 garantisce al cittadino un unico numero cui rivolgersi in caso di emergenza e la precisa geolocalizzazione evento. Inoltre garantisce il servizio multilingua di interpretariato telefonico con la possibilità di comunicare per utenti ipoudenti. Consente di disporre di un servizio <i>e-call</i> in caso di incidenti stradali gravi nonché la gestione delle chiamate attraverso apposita app <i>Where are U</i> ed infine la gestione congiunta e multidisciplinare emergenza (sanitaria+Polizia Stato+Carabinieri+ VVF)
<i>Definizione / descrizione:</i> Istituzione del NUE 112 secondo quanto previsto dalle normative Europee e Nazionali. Il NUE 112 è in grado di interfacciare in modalità integrata le centrali operative di secondo livello (118, VVF, Polizia, Carabinieri), permettendo a tutte le attuali centrali operative esistenti, il mantenimento dell'attuale gestione e lasciando alla CUR i compiti primari di ricezione e coordinamento in quanto centrale di primo livello.
<i>Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):</i> > Campagna di comunicazione con i cittadini su: performance; corretto uso > L'attivazione della CUR NUE 1-1-2 permetterà di omogeneizzare le procedure di gestione delle chiamate tra PSAP 1 e tutti gli PSAP 2 > Dal punto di vista strutturale la CUR (PSAP 1) dovrà rispettare i principali aspetti di sicurezza (extra PAI, rispetto normativa sismica e rispetto CLE, collegamenti stradali idonei, collegamento ai sistemi di telecomunicazione). Dal punto di vista tecnologico la piattaforma NUE 1-1-2 composta nelle macrocomponenti "postazioni di lavoro" e "data center". > Implementazione dell'applicazione WhereAREU e/o altra piattaforma > Implementazione del sistema di monitoraggio dei tempi di gestione > Formazione teorica, addestramento pratico e affiancamento del personale impiegato nella CUR. > Formazione teorica, addestramento pratico e affiancamento del personale impiegato nelle centrali PSAP2
<i>Target (risultato atteso) da raggiungere:</i> > Copertura Bacino di utenza Regione Marche e Regione Umbria pari a circa 2.442.000 persone > Attivazione CUR nei tempi previsti > Miglioramento dei tempi di gestione (risposta e trattazione) delle chiamate di emergenza a livello locale in confronto con il benchmark lombardo
<i>Misurazione dei risultati (indicatori)</i> > Misurazione dei tempi di gestione (risposta e trattazione) delle chiamate di emergenza a livello locale > Numero di chiamate pervenute al NUE 1-1-2. > Distribuzione delle chiamate nelle 24 ore. > Distribuzione chiamate in arrivo per aree di provenienza

45. Realizzazione di nuove elisuperfici e adeguamento di quelle esistenti per il servizio H24

<i>Obiettivo strategico di riferimento:</i> Accessibilità e prossimità
<i>Obiettivo specifico:</i> Garantire la migliore risposta nei confronti dei cittadini in caso di emergenze, attraverso l'aumento del numero di elisuperfici (capillarità territoriale) e la conseguente diminuzione dei tempi di intervento (capacità di intervento), oltreché la funzionalità del servizio in H24.
<i>Definizione / descrizione:</i> Implementazione della Rete R.E.M. mediante la realizzazione di ulteriori elisuperfici (H24 – adeguate al volo notturno), sia nelle aree che presentano aspetti morfologici complessi sia dove le vie di comunicazione risultano non adeguate. Prioritariamente, sarà necessario realizzare elisuperfici a servizio degli stabilimenti ospedalieri che a tutt'oggi ne risultano privi. L'implementazione della Rete R.E.M. permetterà di: > garantire la riduzione delle criticità a tutt'oggi legate ad una maggior efficienza ed efficacia degli interventi emergenziali sia di carattere sanitario sia di protezione civile. > Realizzare un soccorso sanitario qualitativamente migliore attraverso la medicalizzazione precoce e la successiva ospedalizzazione nei presidi ospedalieri più appropriati > uniformare ed omogeneizzare il livello di fruibilità dei diversi presidi ospedalieri unici/stabilimenti a livello di elisoccorso
<i>Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):</i> > Condivisione delle scelte di integrazione, potenziamento e sviluppo della rete elisuperfici fra tutti i soggetti interessati: Regione Marche/ ARS-SIE, Gruppo REM, AOU Ancona, C.O. 118, Protezione Civile, Enti locali > Inserimento del servizio di elisoccorso nell'impianto organizzativo dell'emergenza-urgenza regionale, attraverso specifica norma di settore. > procedure specifiche e condivise che consentano un utilizzo uniforme ed omogeneo del servizio di elisoccorso tra tutti i soggetti interessati: CO 118, ASUR, AOU Ancona, Aziende sanitarie ed Ospedaliere, SASM, ecc.; > Implementazione Rete elisuperfici, adeguamento al volo notturno delle esistenti e realizzazione di ulteriori siti in H24; > Realizzazione della nuova rete radio 118 con tecnologia digitale DMR. > Miglioramento dei sistemi di controllo di navigazione in condizione di scarsa visibilità > Formazione ulteriori operatori sanitari impegnati nel servizio di elisoccorso
<i>Target (risultato atteso) da raggiungere:</i> > Aumento del numero di elisuperfici in modo da assicurare una maggior capillarità territoriale; > Adeguamento di tutte le elisuperfici al volo notturno; > Estensione del servizio di elisoccorso alle H24; > Diminuzione tempi di intervento dell'elisoccorso
<i>Misurazione dei risultati (indicatori)</i> > numero elisuperfici realizzate ed adeguate al volo notturno; > numero di trasporti effettuati; > intervallo allarme-target elisoccorso

AREE DI INTERVENTO TRASVERSALI

46. Migliorare l'uso razionale dei farmaci

<i>Aree di intervento:</i> Farmaceutica
<i>Obiettivo strategico di riferimento:</i> la qualità e l'appropriatezza dei servizi e dei trattamenti, la sostenibilità del sistema
<i>Definizione / descrizione:</i> Il consolidamento delle attività della distribuzione per conto tramite le farmacie convenzionate e della distribuzione dei farmaci delle Aziende Sanitarie, compresa l'erogazione diretta alla dimissione ed a favore delle malattie rare, costituisce un'occasione per migliorare l'appropriatezza delle cure, semplificare i percorsi assistenziali, fornire un'informazione mirata al paziente in sede di dimissione e di visita ambulatoriale, nonché uno strumento di revisione della spesa. Si deve intervenire riducendo i danni alla salute derivanti da errori nella prescrizione e somministrazione di farmaci, reazioni avverse e trattamenti inappropriati, garantendo un'assistenza farmaceutica e integrativa sicura, efficace ed appropriata a tutta la popolazione residente nella Regione.
<i>Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):</i> Per migliorare l'uso razionale dei farmaci si introduce la certificazione obbligatoria delle farmacie territoriali e ospedaliere, si deve contenere la spesa farmaceutica all'interno dei tetti programmati, si promuove: - l'uso dei farmaci a brevetto scaduto sia all'interno degli Ospedali che nelle prescrizioni alla dimissione e durante la visita specialistica ambulatoriale attraverso circolari interne e direttive regionali; - l'utilizzo di Fondi specifici a copertura (anche se parziale) della innovazione nell'area dei farmaci oncologici e di consolidamento per quanto riguarda il fondo per farmaci HCV, per offrire subito a chi necessita i nuovi farmaci; - l'implementazione delle conoscenze dei cittadini rispetto a costi e benefici dei farmaci, con particolare riferimento alle fasce di popolazione in cui si verificano i maggiori rischi di errore e di eventi avversi (anziani); - l'appropriatezza nella prescrizione, nella distribuzione e nei consumi sia in ambito ospedaliero che territoriale anche tramite accordi con i diversi attori.
<i>Target (risultato atteso) da raggiungere:</i> - Miglioramento allocazioni risorse regionali aumentando l'uso dei farmaci a brevetto scaduto e dei biosimilari; - Aumento in quantità (in DDD = Dose Definita Die) rispetto agli anni precedenti della percentuale d'uso dei biosimilari; - Aumento (in DDD) rispetto agli anni precedenti della percentuale regionale d'uso dei farmaci a brevetto scaduto.
<i>Misurazione dei risultati (indicatori):</i> - percentuale d'uso dei biosimilari (in DDD = Dose Definita Die) - percentuale regionale d'uso dei farmaci a brevetto scaduto (in DDD)

47. Consolidamento del Centro Regionale di farmacovigilanza

<i>Aree di intervento:</i> Farmaceutica
<i>Obiettivo strategico di riferimento:</i> Le situazioni di fragilità e cronicità; la qualità e l'appropriatezza dei servizi e dei trattamenti
<i>Definizione / descrizione:</i> Al fine di consolidare il Centro Regionale di farmacovigilanza istituito DGR 1153/2011 e successivamente rimodulato con DGR 639/2015, allo scopo di garantire il coordinamento delle attività di farmacovigilanza a livello regionale, si promuoveranno studi di farmacovigilanza attiva aventi come obiettivi: - valutare le associazioni tra farmaci e l'insorgenza di specifiche reazioni avverse; - caratterizzare l'incidenza di specifiche reazioni avverse; - valutare l'impatto delle interazioni tra farmaci in particolari setting di pazienti; realizzare sorveglianze attive su specifici gruppi di pazienti o su specifiche categorie di farmaci; valutare l'uso dei farmaci e degli effetti delle terapie farmacologiche nella pratica clinica usuale (studi di "drug utilization" e studi di "outcome research" a partire dai dati "real world"); Tali attività hanno lo scopo di promuovere l'informazione e formazione degli operatori sanitari e dei cittadini per la sensibilizzazione sull'importanza delle segnalazioni spontanee
<i>Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):</i> Predisposizione, partecipazione e coordinamento di progetti di farmacovigilanza attiva. Si organizzano riunioni periodiche con i Responsabili Locali di Farmacovigilanza (RLFV) e con il personale sanitario al fine di monitorarne l'andamento delle segnalazioni di reazioni avverse a farmaci e vaccini inserite in Rete Nazionale di Farmacovigilanza (RNF) approfondendo eventuali criticità. Si attiva il controllo della codifica e della qualità dei dati inseriti dai RLFV in RNF prendendo in considerazione diversi parametri: la completezza delle informazioni; la rilevanza delle informazioni utili alla valutazione del nesso di causalità; l'accuratezza della descrizione della reazione mediante codifiche MedDRA; la consistenza e la precisione delle informazioni riportate nella scheda di segnalazione (date, risultati degli esami diagnostici, unità di misura di dosaggio e posologia, ecc.). Si organizzano eventi formativi (formazione residenziale classica, convegni, congressi, simposi e conferenze, videoconferenze, formazione sul campo e formazione a distanza) di sensibilizzazione alla segnalazione di ADR rivolti agli altri operatori sanitari coinvolti nel settore (es. medici ospedalieri, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici dei centri vaccinali, infermieri, farmacisti).
<i>Target (risultato atteso) da raggiungere:</i> - Min. 2 eventi formativi con operatori del settore. - Min. 3 progetti di farmacovigilanza attiva. - Numero di reazioni avverse a farmaci (ADRs) superiore al gold standard OMS (300 segnalazioni/anno per milione di abitanti).
<i>Misurazione dei risultati (indicatori):</i> - Numero di progetti di farmacovigilanza promossi a livello regionale. - Numero di segnalazioni di reazioni avverse a farmaci (ADRs) annue per milione di abitanti.

48. Diffusione sul territorio della capacità di defibrillazione

<i>Obiettivo strategico di riferimento:</i> Accessibilità e prossimità
<i>Obiettivo specifico:</i> Miglioramento della capacità di intervento nei confronti dei cittadini colpiti da arresto cardiaco sul territorio attraverso l'aumento del numero di defibrillatori sul territorio (capillarità territoriale) e l'utilizzo dei defibrillatori ubicati sul territorio da parte dei soggetti formati all'utilizzo (capacità di intervento), al fine di garantire la migliore risposta nei confronti dei cittadini colpiti da arresto cardiaco.
<i>Descrizione:</i> I più recenti studi in materia di OHCA (<i>Out of Hospital Cardiac Arrest</i>) (arresto cardiaco extra-ospedaliero) ci suggeriscono, come strategia efficace per la riduzione della mortalità, di avviare e monitorare progetti di diffusione sul territorio di defibrillatori e soggetti formati al loro uso. Ad oggi, nell'affrontare la temibile evenienza della morte cardiaca improvvisa, la diffusione della cultura della defibrillazione anche da parte di laici, o anche semplici "by-standers" (c.d. passanti), appare come l'unica vera strategia efficace. Si intende pertanto seguire anche sul territorio marchigiano tale metodica.
<i>Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):</i> La partecipazione, responsabilità e trasparenza: > condivisione dati mappatura DAE con i cittadini > pubblicazione albo centri di formazione accreditati Il consolidamento dell'assetto istituzionale: > Migliorare, attraverso specifiche azioni, da inserire nella revisione della legge regionale 36/1998, la <i>governance</i> del sistema dei Centri di Formazione L'integrazione organizzativa: > Condivisione dati mappatura DAE con gli stakeholders (C.O., CdF, ecc.) > Creazione di una rete di farmacie, tramite accordo regionale, dotate di defibrillatore in cui, garantita la formazione dei farmacisti su base regionale, si possa dare la più ampia informazione possibile al servizio stesso > Condivisione strategie di reclutamento stakeholders "atipici" tassisti, VVF, VVUU, ecc. L'adeguamento strutturale e tecnologico: > Realizzazione mappatura DAE dettagliata: geolocalizzazione e istruzioni accessorie. L'innovazione info-telematica: > Implementazione del software di gestione dei centri di formazione DAE > Implementazione App di geolocalizzazione potenziali soccorritori (vedi esperienza Regione Emilia Romagna) La qualificazione scientifica e professionale: > Visite ispettive ai centri di formazione accreditati
<i>Target (risultato atteso) da raggiungere:</i> > Riduzione dell'intervallo di tempo "arresto cardiaco-primo shock" > Riduzione della mortalità sul territorio marchigiano per "morte cardiaca improvvisa" > Aumento del numero di soggetti formati all'utilizzo del DAE
Misurazione dei risultati (indicatori) > Intervallo di tempo "arresto cardiaco-primo shock", desumibili dalle schede paziente ACC – riduzione mediana tempi rispetto al 2017 > Riduzione della mortalità per arresto cardiaco sul territorio del 15%, desumibile da registri ISTAT (o in alternativa dati C.O. 118) > Numero di defibrillazioni effettuate prima dell'arrivo del mezzo di soccorso

49. Realizzazione della Rete Regionale di Health Technology Assessment (HTA)

<i>Aree di intervento:</i> Prevenzione collettiva e sanità pubblica, Assistenza distrettuale - assistenza sociosanitaria, Assistenza ospedaliera
<i>Obiettivo strategico di riferimento:</i> la qualità e l'appropriatezza dei servizi e dei trattamenti, la sostenibilità del sistema
<i>Obiettivo specifico:</i> Adozione della metodologia di HTA nell'ambito del sistema di governo complessivo del SSR come strumento a supporto delle decisioni di investimento/disinvestimento in tecnologie sanitarie.
<i>Definizione / descrizione:</i> Il modello istituzionale proposto dalla normativa nazionale in materia di HTA è basato su una centralizzazione a livello nazionale e regionale di tutte le attività di coordinamento ma prevede anche notevoli aspetti di decentramento e di partecipazione collaborativa da parte dei presidi pubblici o privati di comprovata esperienza. In questo senso assume particolare rilievo il progetto PRONHTA ("L'utilizzo di strumenti per il governo dei dispositivi medici e per Health Technology Assessment (HTA)", cui ha partecipato anche la Regione Marche. Il progetto PRONHTA, nel sottogruppo 3, ha avuto come obiettivo la "Sperimentazione dei criteri di selezione dei centri collaborativi al programma nazionale HTA dei dispositivi medici" partendo dai Requisiti per l'iscrizione all'Albo dei Centri Collaborativi (CC) tratti dal "Documento Strategico della Cabina di Regia del Programma Nazionale HTA dei dispositivi medici" sancito dalla Conferenza Stato Regioni nella seduta del 21/09/2017. Proprio in relazione a questo modello organizzativo si rende necessaria la realizzazione di una rete regionale HTA, in coerenza con quanto previsto dalla normativa nazionale, che fornisca supporto scientifico ed informativo al livello decisionale regionale e aziendale finalizzato ad ottimizzare l'offerta dei servizi, ampliare l'accesso agli utenti e a garantire la migliore sostenibilità del sistema
<i>Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):</i> Atto di nomina dei referenti degli Enti del SSR nell'ambito della rete regionale di HTA ed individuazione di scopi, funzioni e obiettivi della rete. - la qualificazione scientifica e professionale - o Realizzazione di programmi formativi con valenza regionale, interregionale e/o locale, promuovendo la diffusione di cultura HTA sia verso i professionisti della Sanità sia verso gli utenti del SSR - o Promozione e partecipazione a progetti/attività di ricerca di ambito HTA, anche di valenza nazionale e internazionale - o Partecipazione alle attività promosse dalla Cabina di Regia nazionale e dagli altri enti nazionali di riferimento (AIFA, AGENAS, ISS) - l'adeguamento strutturale e tecnologico, l'innovazione info-telematica - o Realizzazione di valutazioni HTA di interesse regionale (apparecchiature, dispositivi medici, ...) - la partecipazione, responsabilità e trasparenza - o Coinvolgimento dei principali stakeholder nelle attività di valutazione Sviluppo di collaborazione strutturata con le strutture ed Enti del SSR per la definizione, diffusione e implementazione di nuovi percorsi diagnostico-terapeutici e nuovi modelli organizzativi finalizzati ad ottimizzare l'offerta dei servizi, ampliare l'accesso agli utenti e garantire la migliore sostenibilità del SSR
<i>Target (risultato atteso) da raggiungere:</i> Avvenuta pubblicazione dell'atto di nomina dei referenti della rete regionale HTA. Avvenuta definizione del regolamento per il funzionamento della rete regionale HTA. Utilizzo della metodologia HTA nei principali processi di investimento/disinvestimento di tecnologie sanitarie.
<i>Misurazione dei risultati (indicatori):</i> Numero di principali processi di investimento/disinvestimento di tecnologie sanitarie che utilizzano la metodologia HTA rispetto al totale degli investimenti

50. Realizzazione sistema unico regionale per la Tecnoassistenza nei diversi setting assistenziali

<i>Area di intervento:</i> assistenza distrettuale - assistenza sociosanitaria, assistenza ospedaliera
<i>Obiettivo strategico di riferimento:</i> le situazioni di fragilità e cronicità, la qualità e l'appropriatezza dei servizi e dei trattamenti, l'accessibilità e la prossimità
<i>Obiettivo specifico:</i> I servizi di Tecnoassistenza possono rappresentare una parte integrante del ridisegno strutturale ed organizzativo della rete di assistenza sanitaria della Regione Marche (DGR 1034 del 15/09/2014 – Recepimento delle Linee di Indirizzo Nazionali sulla Tecnoassistenza di cui all'intesa Stato-Regioni del 20/02/2014). Il progetto si propone come soluzione organica alla nuova organizzazione del SSR al fine di: - migliorare la qualità dell'assistenza e la fruibilità di cure con servizi di diagnosi e consulenza medica a distanza, oltre al costante monitoraggio di parametri vitali, al fine di ridurre il rischio di complicazioni in persone a rischio o affette da patologie croniche; - agevolare l'interdisciplinarietà, fornendo al paziente un servizio migliore, attraverso una più rapida disponibilità di informazioni sullo stato della propria salute, consentendo di accrescere la qualità e tempestività delle decisioni, particolarmente utili in condizioni di Emergenza-Urgenza; - accrescere i livelli di equità nell'accesso ai servizi socio-sanitari nei territori remoti, grazie al decentramento e alla flessibilità dell'offerta di servizi resi, la cui erogazione viene resa possibile grazie a forme innovative di domiciliarità; - ridistribuire in modo ottimale le risorse umane e tecnologiche tra diversi presidi, consentendo di coprire la necessità di competenze professionali spesso carenti ed assicurare la continuità dell'assistenza sul territorio.
<i>Definizione / descrizione:</i> Il contesto sociosanitario regionale è caratterizzato dalle seguenti principali caratteristiche - aspetti demografici → presenza rilevante di popolazione anziana; - aspetti epidemiologici → continuo aumento della incidenza di malattie croniche e di polipatologie - aspetti orografici → territorio montano e pedemontano scarsamente collegato alla rete dei servizi ospedalieri ed ambulatoriali Negli ultimi anni la Regione Marche ha avviato un profondo processo riorganizzativo del SSR. I più recenti atti hanno riguardato: - il potenziamento dell'offerta assistenziale territoriale (DGR 139/2016) con ridisegno della rete dei servizi sanitari territoriali con nuove strutture eroganti: Case della Salute, Ospedali di Comunità); - la definizione di nuove articolazioni organizzative (attivazione dell'U.O. Sociale e Sanitaria secondo quanto previsto dalla DGR 110/2015, potenziamento del Sistema Emergenza-Urgenza-SEU); - l'implementazione del "governo della domanda", coerentemente con la DGR 111/2015: Punto Unico/Unitario di Accesso (PUA), Unità Valutativa Integrata (UVI), presa in carico e continuità dell'accoglienza), e di nuove figure professionali (infermiere di famiglia e comunità); - l'accordo con le OO.SS. dei MMG (DGR 746 del 18/7/2016) per la gestione dei posti letto di Cure Intermedie sviluppati presso gli OdC, garantendo libera adesione e la partecipazione dei singoli MMG. Il progetto per un sistema unico regionale di Tecnoassistenza rientra nell'ambito delle strategie di sviluppo di nuove soluzioni per l'assistenza sanitaria e sociosanitaria della Regione Marche a supporto della riorganizzazione delle reti cliniche regionali con particolare riferimento a Ospedali di Comunità, RSA, Residenze Protette, Case di Riposo, Case della Salute, Assistenza Domiciliare, Aggregazioni Funzionali Territoriali di MMG, ed altre strutture e servizi di prossimità territoriale sia nell'ambito dei percorsi di prevenzione che in quelli di elezione e/o emergenza-urgenza.
<i>Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):</i> - progettazione di una piattaforma di tecnoassistenza unica regionale con funzioni multispecialistiche; - acquisizione della infrastruttura software, dei dispositivi medici e dei relativi servizi tecnologici; - definizione dei percorsi assistenziali e della organizzazione delle risorse in ambito tecnoassistenza; - redazione del documento di definizione degli standard di servizio propri delle prestazioni di tecnoassistenza;

- redazione del documento per l'erogazione del percorso clinico assistenziale (PCA o PDTA) integrato con le attività di tecnoassistenza;
- redazione del manuale di autorizzazione e accreditamento delle strutture (organizzazioni) eroganti servizi di tecnoassistenza;
- definizione dei criteri di rimborsabilità e tariffe per le prestazioni di tecnoassistenza;
- formazione del personale coinvolto nella rete di tecnoassistenza unica regionale.

Target (risultato atteso) da raggiungere:

Avvio dei servizi di Tecnoassistenza per almeno il 50% dei settings assistenziali individuati dal progetto.

Misurazione dei risultati (indicatori):

Numero di settings assistenziali individuati dal progetto con servizi di Tecnoassistenza.

51. Realizzazione rete regionale di Teleconsulto Specialistico per i percorsi di emergenza urgenza

<i>Area di intervento:</i> assistenza ospedaliera
<i>Obiettivo strategico di riferimento:</i> la qualità e l'appropriatezza dei servizi e dei trattamenti, l'accessibilità e la prossimità
<i>Obiettivo specifico:</i> Adozione dello strumento di Teleconsulto Specialistico nell'ambito dei principali PDTA tempo dipendenti a supporto della organizzazione di tipo HUB&SPOKE. La rete di Teleconsulto Specialistico consentirà la gestione dei casi in emergenza/urgenza consentendo la disponibilità di un immediato consulto specialistico a distanza; la possibilità di scelte terapeutiche tempestive nell'ambito del PDTA specifico ed infine una migliore organizzazione a rete ed un più appropriato utilizzo delle risorse
<i>Definizione / descrizione:</i> La Regione Marche dispone di un sistema di teleconsulto neurochirurgico (NCH) regionale di tipo "business to business" che mette in relazione di teleconsulenza due medici secondo una organizzazione dove il richiedente medico di una struttura periferica, nei casi di necessità, attiva una richiesta di teleconsulto ed il consulente specialista in neurochirurgia fornisce una valutazione (ad es. sulla indicazione neurochirurgica urgente ovvero sul trasferimento del paziente verso la sede più appropriata). Il sistema, di tipo <i>hub&spoke</i>, rispetta l'attuale organizzazione delle reti cliniche con la consolidata afferenza degli ospedali periferici (<i>spoke</i>) ai rispettivi <i>hub</i> di riferimento (centri erogatori), sede di funzione specialistica di II livello. Ogni <i>hub</i>, oltre a ricoprire il ruolo di centro erogatore del servizio di teleconsulto, può inoltre attivare richieste di teleconsulto nei confronti di un altro <i>hub</i> (teleconsulenza di II livello). Fanno parte della rete di teleconsulto NCH: - le unità organizzative di Pronto Soccorso/Primo Intervento, Terapia Intensiva/Rianimazione, Neurologia, localizzate nei presidi/stabilimenti ospedalieri dotati di diagnostica per immagini (TC, RM, ADG) del SSR della Regione Marche. - le unità organizzative di Neurochirurgia. - le centrali della rete 118 della Regione Marche localizzate presso i centri erogatori. Il 118, oltre alle funzioni istituzionali nell'ambito della rete di Emergenza-Urgenza, ha un ruolo di coordinamento e comunicazione nell'ambito delle attività delle procedure di teleconsulenza. In conformità ai dettami di cui al <i>Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera</i> (D.M. 2 aprile 2015, n. 70) è necessario estendere lo strumento del Teleconsulto specialistico ad altri percorsi di ambito Emergenza/Urgenza ed in particolare ai quelli relativi a: - gestione delle sindromi coronariche acute (IMA-STEMI) - percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale per la gestione in fase acuta dell'ictus cerebrale - percorso Trauma maggiore (non NCH)
<i>Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):</i> - progettazione ed acquisizione della infrastruttura tecnologica hardware e software) per le reti di teleconsulto specialistico - definizione dei percorsi assistenziali e della organizzazione delle risorse in ambito teleconsulto specialistico - redazione del documento di definizione degli standard di servizio propri delle prestazioni di teleconsulto specialistico - redazione del documento per l'erogazione del percorso clinico assistenziale (PCA o PDTA) integrato con le attività di teleconsulto specialistico - formazione del personale coinvolto nella rete di teleconsulto specialistico - redazione del manuale di autorizzazione e accreditamento delle strutture (organizzazioni) eroganti servizi di teleconsulto specialistico - definizione dei criteri di rimborsabilità e tariffe per le prestazioni di teleconsulto specialistico
<i>Target (risultato atteso) da raggiungere:</i> - Avvio dei servizi di Teleconsulto Specialistico per la totalità dei centri individuati dal progetto.
<i>Misurazione dei risultati (indicatori):</i> Numero di servizi di Teleconsulto Specialistico avviati rispetto ai progetti avviati

52. Sviluppo del nuovo Sistema Informativo Sanitario di governo regionale

<i>Area di intervento:</i> assistenza distrettuale - assistenza sociosanitaria, assistenza ospedaliera
<i>Obiettivo strategico di riferimento:</i> la qualità e l'appropriatezza dei servizi e dei trattamenti, l'equità del sistema, la sostenibilità del sistema
<i>Obiettivo specifico:</i> Evoluzione del Sistema Informativo Sanitario Regionale come strumento in grado di integrare la grande mole di informazioni disponibili e supportare, grazie alla analisi avanzata dei dati, le scelte di politica sanitaria e l'evoluzione sostenibile del SSR.
<i>Definizione / descrizione:</i> A partire dal 2012 la Regione Marche ha avviato un piano di interventi di sistema che, attraverso le tecnologie informatiche, hanno innestato e definito nuovi percorsi disegnando processi mirati al miglioramento dei servizi di assistenza sociosanitaria. Tali interventi sono stati indirizzati all'ambito gestionale/amministrativo (Sistema Informativo Amministrativo Unico Regionale, CUP Unico Regionale, dematerializzazione delle prescrizioni), all'ambito infrastrutturale (data center regionale, connettività), all'ambito clinico/assistenziale (Sistema Informativo di Radiologia e di Laboratorio Unici Regionali, Fascicolo Sanitario Elettronico, Anagrafe Sanitaria Unica Regionale). Altri interventi hanno inoltre interessato le strutture ed i servizi centrali regionali (Servizio Sanità e Agenzia Regionale Sanitaria) mettendo a disposizione strumenti per la gestione del debito informativo (flussi ministeriali e sistema Tessera Sanitaria), per la gestione dei processi amministrativi di ambito sociosanitario, per le attività di rilevazione, registrazione e monitoraggio di eventi di ambito sociosanitario. Nonostante l'ampia disponibilità di informazioni prodotte dai suddetti sistemi ad oggi non è ancora possibile sfruttare compiutamente tale mole informativa a fini di governo. Si rende pertanto necessario predisporre uno specifico piano di sviluppo della sanità digitale che preveda tre distinte azioni: - crescente digitalizzazione dei percorsi sanitari (sia clinici che amministrativi) e progressiva dematerializzazione dei documenti al fine di raccogliere e distribuire dati ad alto valore informativo; - evoluzione del Sistema Informativo Sanitario Regionale e dei relativi sottosistemi mirato al consolidamento delle informazioni disponibili; - adozione di nuovi strumenti per l'analisi avanzata dei dati (<i>advanced analytics</i>) per poter non solo analizzare e descrivere i fenomeni sanitari e sociali esistenti (analisi descrittiva) ma anche per sviluppare nuove strategie (analisi predittiva e cognitiva) che mirino alla personalizzazione dei percorsi di assistenza perfezionando l'allocazione delle risorse ed i livelli di appropriatezza.
<i>Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):</i> - Redazione del piano per lo sviluppo del nuovo Sistema Informativo Sanitario di governo regionale - Attivazione delle procedure per l'acquisizione di beni/servizi per l'evoluzione e consolidamento del Sistema Informativo Sanitario Regionale e del suo patrimonio informativo - Formazione e sensibilizzazione del personale coinvolto nei processi del nuovo Sistema Informativo Sanitario Regionale e dei relativi sottosistemi - Adozione di strumenti di analisi avanzata dei dati integrati (<i>data-lake</i>) per: la selezione delle informazioni necessarie per la comprensione del problema; esplorare i dati secondo diversi punti di vista in base alle esigenze dello stesso utente; valutare gli scenari conseguenti alle scelte compiute; interpretare i risultati attraverso percorsi di <i>decision-making</i>; definire modelli per l'analisi di tipo predittivo
<i>Target (risultato atteso) da raggiungere:</i> - Avvenuta redazione del piano per lo sviluppo del nuovo Sistema Informativo Sanitario di governo regionale - Attivazione delle procedure per l'acquisizione di beni/servizi per l'evoluzione e consolidamento del SIS Regionale e del suo patrimonio informativo - Adozione di strumenti di analisi avanzata dei dati per le scelte di politica sanitaria
<i>Misurazione dei risultati (indicatori):</i> - Nuovo Sistema Informativo Sanitario di governo regionale - Numero procedure per l'acquisizione di beni/servizi per l'evoluzione e consolidamento del Sistema Informativo Sanitario Regionale e del suo patrimonio informativo - Utilizzo di strumenti di analisi avanzata dei dati per le scelte di politica sanitaria

53. Evoluzione funzionale del fascicolo sanitario elettronico (FSE) della Regione Marche

<i>Area di intervento:</i> prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale - assistenza sociosanitaria, assistenza ospedaliera
<i>Obiettivo strategico di riferimento:</i> la qualità e l'appropriatezza dei servizi e dei trattamenti
<i>Obiettivo specifico:</i> Evoluzione del FSE come strumento operativo, sincrono, per l'interscambio collaborativo di dati ed informazioni clinico-sanitarie strutturate tra il cittadino, i servizi ospedalieri e il territorio, il medico curante, i <i>caregivers</i> nei diversi settings assistenziali.
<i>Definizione / descrizione:</i> il fascicolo sanitario elettronico (FSE) è lo strumento digitale messo a disposizione da Regione Marche per la raccolta di documenti e dati sanitari e socio-sanitari generati da eventi clinici ed episodi assistenziali avvenuti per ciascun assistito, al fine di documentare la sua storia clinica e di salute. Il FSE consente a ciascun cittadino di avere sempre a disposizione le informazioni sanitarie e socio sanitarie a lui riguardanti, tra cui ad esempio: referti di laboratorio e di radiologia, referti specialistici, prescrizioni, nonché le annotazioni di profilo sanitario sintetico effettuate dal medico di famiglia, riprese dalla scheda sanitaria individuale dell'assistito tenuta ai sensi dell'accordo collettivo nazionale vigente. Il fascicolo è uno strumento che facilita l'esercizio del diritto alla salute di ciascun cittadino poiché permette di accedere in modo semplice e sicuro ai propri dati e documenti socio sanitari. Il progetto di evoluzione del FSE prevede la trasformazione funzionale da semplice recipiente di dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi, riguardanti l'assistito a strumento operativo, sincrono, per l'interscambio collaborativo di dati ed informazioni clinico-sanitarie strutturate tra il cittadino, i servizi ospedalieri e del territorio, il medico curante, i <i>caregivers</i> nei diversi settings assistenziali.
<i>Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):</i> - definizione del piano di sviluppo del FSE - progettazione e realizzazione delle evoluzioni del FSE (FSE 2.0) - formazione del personale coinvolto nei processi del FSE 2.0
<i>Target (risultato atteso) da raggiungere:</i> - avvenuta redazione del piano di sviluppo del FSE - attivazione delle procedure per l'acquisizione di beni/servizi per l'evoluzione e consolidamento del FSE - avvio di tutti i servizi del FSE 2.0.
<i>Misurazione dei risultati (indicatori):</i> - numero procedure avviate per l'acquisizione di beni/servizi per l'evoluzione e consolidamento del FSE - numero di servizi del FSE 2.0 attivati

54. Consolidamento sistema di indicatori sanitari e socio sanitari

<i>Area di intervento:</i> prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale - assistenza sociosanitaria, assistenza ospedaliera
<i>Obiettivo strategico di riferimento:</i> appropriatezza dei servizi e dei trattamenti, equità del sistema
<i>Obiettivo specifico:</i> Mettere a sistema un set di indicatori sanitari e socio-sanitari per avere informazioni dettagliate, sistematiche e tempestive sulle condizioni di salute della popolazione marchigiana, e dei servizi assistenziali ad essi dedicati sfruttando i dati esistenti e superando le barriere al <i>linkage</i> tra diversi database.
<i>Definizione / descrizione:</i> Il sistema sanitario regionale ha l'esigenza di poter disporre di dati aggiornati e sistematici sulle condizioni di salute della popolazione, al fine di consentire un'adeguata programmazione dei servizi socio-sanitari. Inoltre ha l'interesse specifico a valutare gli effetti indotti dalla riorganizzazione del SSR tempestivamente con indicatori di facile interpretazione e lettura al fine di evidenziare i profili critici, valutare il grado di implementazione delle iniziative decise a livello di governo, identificare i livelli di raggiungimento dei risultati e delle performance e riscontrare, quindi, se i nuovi modelli assistenziali sono capaci di produrre i risultati di salute attesi e nel contempo corrispondere agli obiettivi di efficienza economica del sistema. Attraverso i flussi amministrativi esistenti è possibile costruire un sistema di indicatori socio- sanitari in continuo aggiornamento che permette la valutazione dei rischi di salute e dei bisogni assistenziali della popolazione al fine di valutare le performance del sistema regionale sanitario e pianificare le conseguenti azioni di programmazione sanitaria. Il modello di analisi della qualità dell'assistenza prevede la misurazione di indicatori afferenti le dimensioni di: efficienza, efficacia, appropriatezza, equità, partecipazione e sicurezza. Il sistema consentirà di: 1. dare informazioni di carattere epidemiologico su larga scala tali da permettere la definizione delle necessità assistenziali presenti e future della popolazione; 2. valutare le performance del sistema sanitario regionale; 3. identificare e formulare proposte per lo sviluppo di una rete minima assistenziale per garantire l'assistenza continuativa sul territorio; 4. dare la possibilità ai pazienti e al pubblico di usufruire dei dati e delle informazioni prodotte dal sistema.
<i>Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):</i> Implementare un set minimo di indicatori sanitari e socio-sanitari di efficacia ed efficienza utilizzando flussi informativi correnti: SDO, prestazioni ambulatoriali, farmaceutica, dispositivi medici, Pronto Soccorso, Sistema 118, Hospice, SIAD, CeDAP, cause di morte, sorveglianza PASSI, ORPS, SIAD, SIND, SISM. Tra gli indicatori di efficacia si annoverano quelli di accessibilità e fruibilità dei servizi, appropriatezza delle cure assistenziali ed esiti di salute. Tra quelli di efficienza si annoverano quelli di efficienza economica e organizzativa.
<i>Target (risultato atteso) da raggiungere:</i> Realizzazione di un cruscotto di indicatori sviluppato nel DWH regionale finalizzato alla programmazione socio-sanitaria e alla diffusione delle informazioni al cittadino.
<i>Misurazione dei risultati (indicatori):</i> Calcolo del set minimo di indicatori inerenti i seguenti settori (aggiornamento semestrale): • Stili di vita (Indicatori Pass e Passi Argento) • Area Prevenzione (Screening, copertura vaccinale) • Area Ospedaliera (produzione, appropriatezza. Percorso emergenza-urgenza, indicatori di qualità di processo, rischio clinico) • Area Territoriale (assistenza delle patologie croniche, assistenza domiciliare e residenziale, cure palliative, tempi d'attesa, appropriatezza prescrittiva diagnostica) • Assistenza farmaceutica (indicatori di appropriatezza prescrittiva e di governo della spesa farmaceutica e dispositivi)

55. Costituzione del registro di mortalità regionale

<i>Area di intervento:</i> prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale - assistenza sociosanitaria, assistenza ospedaliera
<i>Obiettivo strategico di riferimento:</i> appropriatezza dei servizi e dei trattamenti, equità del sistema
<i>Obiettivo specifico:</i> La costituzione del Registro di Mortalità regionale garantisce un flusso costante di informazioni in grado di ricostruire, in modo completo e uniforme, la mortalità per causa in ogni area geografica del territorio regionale, rendendo così disponibile un potente strumento di analisi epidemiologica della salute della popolazione e dei rischi associati.
<i>Definizione / descrizione:</i> I dati di mortalità sono tra gli indicatori più robusti e consolidati in sanità pubblica. Le statistiche di mortalità forniscono, infatti, un indicatore di effetto globale delle condizioni di vita, dell'esposizione a fattori di rischio e dell'efficacia dell'assistenza socio-sanitaria. Per tale ragione, accanto alla banca dati di mortalità dell'Istat, alimentata dalle "schede di morte" compilate dal medico curante o dal medico che ha prestato assistenza al paziente deceduto, negli ultimi vent'anni si sono create banche dati e registri di mortalità regionali gestiti dalle aziende sanitarie e dalle Regioni. Attualmente, nelle regioni che già da anni hanno istituito questo flusso di dati, i RENCAM (REgistri Nominativi delle CAuse di Morte) sono collegati ai Registri Tumori e ad altri registri di Patologia, la cui gestione è stata affidata alle Regioni con la collaborazione frequente di dipartimenti universitari. I dati di mortalità provenienti dalle Anagrafi Comunali dei comuni, sono incrociati con quelli forniti dall'ISTAT e con quelli ottenuti dalle ASL attraverso le schede di morte. La gestione di un registro di mortalità è piuttosto articolata e si estrinseca nella ricezione e controllo della qualità del dato, nella codifica per fini epidemiologici, nell'inserimento in banca dati e archiviazione, nella diffusione delle informazioni sanitarie certificate sulla scheda di morte agli aventi diritto e, infine, nell'analisi del dato a fini epidemiologici, di programmazione, valutativi, ecc. In particolare, i registri di mortalità assolvono le loro funzioni solo se completi, cioè se contenenti i dati relativi a tutti i deceduti residenti. Gli obiettivi che possono essere raggiunti tramite il Registro di mortalità regionale sono: - identificare e quantificare i decessi per causa nella popolazione - valutare la sopravvivenza e l'incidenza delle cause di morte- integrare gli attuali sistemi di sorveglianza epidemiologica - migliorare la conoscenza dei rischi per la salute della popolazione - aggiungere un ulteriore strumento informativo per la programmazione regionale degli interventi sanitari - partecipare a progetti di ricerca scientifica nazionali ed internazionali nell'ambito dell'epidemiologia osservazionale e analitica.
<i>Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):</i> - Ricognizione dello stato attuale dei flussi informativi di mortalità nel territorio regionale; - Definizione delle procedure per l'alimentazione del flusso dei dati di mortalità - Controllo e analisi della qualità dei dati per cause di decesso sul territorio marchigiano - Valutazione dei dati di prevalenza e di incidenza delle cause di morte a fini epidemiologici - Integrazione dei dati di morte con i flussi informativi sanitari correnti
<i>Target (risultato atteso) da raggiungere:</i> Costituzione del REgistro Nominativo regionale delle CAuse di Morte (RENCAM)
<i>Misurazione dei risultati (indicatori):</i> Produzione e pubblicazione annuale dei dati di mortalità relativi ai residenti nella regione Marche

56. Accredimento del Registro Tumori Regionale (RTR)

<i>Area di intervento:</i> prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale - assistenza sociosanitaria, assistenza ospedaliera
<i>Obiettivo strategico di riferimento:</i> appropriatezza dei servizi e dei trattamenti
<i>Obiettivo specifico:</i> Il Registro Tumori Regionale (RTR), istituito con DGR 1629/2013, rappresenta lo strumento fondamentale per la valutazione epidemiologica dei bisogni della popolazione in tema sanitario ed è essenziale per avere a disposizione informazioni sulle specifiche forme di patologia oncologica, sullo studio delle caratteristiche cliniche e patologiche dei casi, sull'efficacia dei percorsi diagnostico-terapeutici. In ragione degli elementi indicati è indispensabile che il RTR consolidi la copertura su tutto il territorio regionale e avvii la procedura di accreditamento all'AIRTUM
<i>Definizione / descrizione:</i> Scopi principali di un Registro Tumori di Popolazione sono: - la rilevazione, organizzazione, valutazione, sistematica e continuativa, di informazioni su tutti i casi di neoplasia che insorgono nella popolazione residente nell'area coperta dal Registro per la misurazione dell'incidenza (nuovi casi), prevalenza (casi presenti), sopravvivenza alla patologia neoplastica; - l'osservazione delle variazioni nel tempo di tali indicatori (andamenti temporali) e delle variazioni in aree geografiche (confronti spaziali); - l'utilizzo dei risultati a scopo di programmazione sanitaria e di ricerca, in collaborazione con altri Registri ed Istituzioni Epidemiologiche regionali, nazionali ed internazionali. La presenza di un Registro Tumori di Popolazione permette inoltre una serie di attività quali: - il dimensionamento del fenomeno neoplastico, attraverso la stima dell'incidenza per sede, per sesso, per età e per altre caratteristiche della popolazione; - la formulazione di ipotesi circa le cause ed i fattori di rischio cancerogeno e la loro relativa valutazione, anche attraverso la realizzazione di studi epidemiologici ad hoc; - l'identificazione ed il monitoraggio della salute di gruppi di popolazione a rischio di patologia neoplastica, - la programmazione e valutazione dell'efficacia e dell'efficienza del sistema della prevenzione (primaria e secondaria – screening –) e di quello delle cure attraverso lo studio, rispettivamente, dell'incidenza e della sopravvivenza; - la programmazione e valutazione dei costi.
<i>Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):</i> - Ricognizione dello stato attuale dei flussi informativi di mortalità nel territorio regionale; - Definizione delle procedure per l'alimentazione del flusso dei dati di mortalità - Controllo e analisi della qualità dei dati per cause di decesso sul territorio marchigiano - Valutazione dei dati di prevalenza e di incidenza delle cause di morte a fini epidemiologici - Integrazione dei dati di morte con i flussi informativi sanitari correnti
<i>Target (risultato atteso) da raggiungere:</i> <i>Accreditamento all'AIRTUM</i> Disponibilità dei dati del registro in tempi compatibili per le valutazioni epidemiologiche correnti.
<i>Misurazione dei risultati (indicatori):</i> Produzione e pubblicazione annuale dei dati del Registro Tumori della Regione Marche, con fattivo contributo degli stessi alla realizzazione del "Referto Epidemiologico" comunale come indicato dalla legge 22 marzo 2019, n. 29.

AREE DI INTERESSE REGIONALE

57. Gestione Efficace dell'intervento sanitario in occasione delle grandi emergenze

<i>Aree di intervento:</i> Prevenzione, Emergenza urgenza
<i>Obiettivo strategico di riferimento:</i> la qualità e l'appropriatezza dei servizi e dei trattamenti, l'accessibilità e la prossimità
<i>Obiettivo specifico:</i> Sviluppo ed integrazione del modello di intervento per le grandi emergenze da parte del SSR al fine di garantire una gestione efficace dell'intervento sanitario rivolto alla cittadinanza in occasione delle grandi emergenze.
<i>Definizione / descrizione:</i> L'esperienza maturata in ambito regionale negli ultimi anni e comunque almeno dal 2004, anche a seguito della gestione di eventi emergenziali (es. sisma 2016) ed il lavoro svolto a livello nazionale che ha dato luogo a Direttive specifiche sull'argomento, ha evidenziato la necessità di emanare da parte di A.S.U.R. le "Linee Guida per la gestione delle grandi emergenze sanitarie". Con la presente scheda si vuole da una parte integrare all'interno del documento sopra citato le aziende ospedaliere regionali e dall'altra sviluppare e mettere in atto le attività formative legate a tali procedure, oltretutto aumentare la consapevolezza a livello territoriale (anche attraverso esercitazioni specifiche) al fine di consolidare e rafforzare la capacità di risposta alle grandi emergenze e catastrofi da parte di tutte le componenti che afferiscono al SSR. In particolare deve essere messa a sistema e consolidata la rete dell'interfaccia strategico – operativa tra la pianificazione intraospedaliera di emergenza (PEIMAF) e le strutture deputate al primo intervento territoriale in caso di emergenza, quindi le Centrali 118 coordinate dalla Centrale Regionale.
<i>Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):</i> Condivisione e divulgazione delle procedure anche attraverso attività formativa ed esercitativa (anche attraverso il coinvolgimento dei cittadini) tra tutte le aziende del SSR coinvolte nella gestione emergenziale. Al fine di consolidare e formalizzare i contenuti del modello di intervento sopra citato, è necessario introdurre i contenuti dello stesso nell'ambito di revisione della l.r. 36/1998. Data la peculiarità degli scenari delle grandi emergenze (tipologia, scenario, territorialità, ecc..) sarà necessario produrre procedure condivise tra tutti i soggetti regionali afferenti al Sistema Sanitario Regionale. Prevedere, sulla base di quanto emerso in fase di definizione dei protocolli e delle procedure, e, ove necessario, adeguamenti organizzativi, tecnici, logistici (dei singoli stabilimenti/presidi ospedalieri unici) per far fronte a situazioni emergenziali. Aumento della capacità di risposta sanitaria all'evento (capacità di soccorso sul territorio, capacità trasporto sanitario, capacità trattamento intra ed extra ospedaliero) Progettazione di una piattaforma univoca a livello regionale <i>web based</i> dalla quale ottenere in tempo reale l'evoluzione sulla disponibilità operativa (es. capacità ricettiva pazienti..) delle strutture ospedaliere collegata al sistema di gestione delle reti di emergenza territoriale per la risposta alle grandi emergenze. Prevedere appositi percorsi formativi finalizzati alla formazione di tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione emergenziale. La formazione dovrà essere erogata a tutti i livelli coinvolti (personale medico ospedaliero, di distretto, personale infermieristico ospedaliero e di distretto, personale tecnico, ecc.).
<i>Target (risultato atteso) da raggiungere:</i> - realizzazione del modello: entro il primo anno di vigenza di questo Piano.
<i>Misurazione dei risultati (indicatori):</i> - Realizzazione di un modello "a rete" di intervento

58. Lo sviluppo delle Aree Interne

<i>Obiettivo strategico di riferimento:</i> Accessibilità e prossimità
<i>Obiettivo specifico:</i> Valorizzazione dei territori della regione che, per ragioni geografiche o territoriali, risultano marginali o svantaggiati rispetto ad altri per la carenza di servizi e interventi in favore della salute, con particolare attenzione alle aree colpite dal sisma.
<i>Definizione / descrizione:</i> Inserire la Strategia Nazionale per le Aree Interne (SNAI), per lo sviluppo dei territori svantaggiati, nel Piano Sanitario e Sociosanitario Regionale, evidenzia il valore strategico di questi territori e permette di sperimentare, in situazioni di difficoltà, modalità risposta flessibili e azioni innovative in ambiti strategici della salute, in grado di essere estese a tutto il territorio regionale. La SNAI nelle Marche coinvolge l'Area interna basso Pesarese e Anconetano, che ha già firmato l'Accordo di Programma Quadro (APQ) ed è entrata nella fase operativa, e altre due aree interne (maceratese e picena) che sono nella fase della progettazione territoriale. Per migliorare la quantità e qualità dei "servizi di cittadinanza" nell'area della salute, l'Area interna basso Pesarese e Anconetano ha previsto una serie di interventi, che saranno realizzati dall'ASUR e dagli Ambiti Territoriali Sociali interessati, radicati negli Obiettivi e nelle Diretrici di sviluppo alla base del Piano Sanitario e Sociosanitario Regionale.
<i>Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):</i> > Messa a regime dei quattro interventi dell'area "salute" previsti dall'Accordo di Programma Quadro (APQ) dell'Area interna basso Pesarese e Anconetano: - o una rete di farmacie rurali soprattutto nei comuni e nei luoghi più isolati e necessitanti di questo servizio essenziale; - o Gestione delle cronicità (<i>qualificazione scientifica e professionale</i>); - o Piattaforma per nuovo Punto Unico di Accesso per Salute e Welfare (<i>integrazione organizzativa</i>); - o Rete delle strutture residenziali e semiresidenziali (<i>integrazione organizzativa</i>); > Raccordo con gli indirizzi della programmazione regionale per la salute delle progettazioni locali in corso di definizione negli altri due territori marchigiani ricompresi nella Strategia Nazionale per le Aree Interne.
<i>Target (risultato atteso) da raggiungere:</i> Riequilibrio di servizi e interventi in favore della salute nei territori dell'Area interna basso Pesarese e Anconetano. Completamento della progettazione territoriale negli altri due territori marchigiani ricompresi nella Strategia Nazionale per le Aree Interne, Alto Maceratese e Piceno, che per ampia parte rientrano nel cratere del sisma 2016.
<i>Misurazione dei risultati (indicatori)</i> Per l'Area interna basso Pesarese e Anconetano gli indicatori previsti dal protocollo di rendicontazione della strategia per le aree interne. Attivazione degli Accordi di Programma Quadro (APQ) negli altri due territori marchigiani ricompresi nella Strategia Nazionale per le Aree Interne.

APPENDICE 2: IL SSR IN SINTESI

Nel sito web dell'Agenzia Regionale Sanitaria marchigiana (www.ars.marche.it) sono presentati i dati di analisi del SSR, di cui di seguito viene presentato un quadro sintetico. I dati seguenti sono riferiti all'anno 2017.

Popolazione	ab. 1 532 643
% popolazione straniera sul totale	9%
Comuni	236
Aziende Sanitarie	1
Aziende Ospedaliere	2
IRCCS	1
Presidi unici ospedalieri	5
di cui n. stabilimenti	14
Distretti	13
Ambiti territoriali	23

PERSONALE

Personale dipendente SSR	21.102
di cui % a tempo indeterminato	90,02%
di cui Medici e Veterinari	3.550
Medici di Medicina Generale	1.267
Pediatrati di Libera Scelta	195
Medici specialisti	339

OFFERTA DI SERVIZI

Posti letto ospedalieri pubblici e privati	5.204
di cui per Acuti	4.460
di cui per Non Acuti	744
Posti letto ospedalieri complessivi (con mobilità e residenziali equivalenti)	5.702
Posti letto Residenziali di Cure Palliative (Hospice)	69
Posti letto residenziali e semiresidenziali Autorizzati per anziani	9.981
Posti letto residenziali e semiresidenziali Autorizzati per persone con disabilità	3.086
Posti letto residenziali e semiresidenziali Autorizzati per la salute mentale	1.295
Posti letto residenziali e semiresidenziali Autorizzati per le dipendenze patologiche	732
Posti letto residenziali e semiresidenziali Autorizzati per Adulti	870
Posti letto residenziali e semiresidenziali Autorizzati per Minorenni	497
Numero posti in strutture psichiatriche residenziali per 10000 abitanti	10,6
Case della salute	22
Ospedali di comunità	12
Consultori familiari	71
Farmacie convenzionate pubbliche e private	520

PREVENZIONE COLLETTIVA

Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi di vita	93,0%
Copertura vaccinale MPR (Morbillo, Parotite, Rosolia)	88,2%
Copertura vaccinale antinfluenzale nei soggetti ultra 65enni	51,5%
Screening mammografico: estensione	98,69%
Screening mammografico: adesione	55,28%
Screening cervice uterina: estensione	100,00%
Screening cervice uterina: adesione	44,60%
Screening colon-retto: estensione	100,00%
Screening colon-retto: adesione	35,95%
Tasso di infortuni sul lavoro ogni 1000 addetti	46,80
Tasso di infortuni mortali su 100.000 addetti	8,68

ASSISTENZA DISTRETTUALE

Numero ricoveri in strutture di Cure intermedie / Ospedali di comunità	2.491
% anziani (>= 65 anni) trattati in cure domiciliare (sul totale popolazione anziana)	2,91%
Numero utenti assistiti in ADI	12.404
Assistiti in strutture residenziali di cure palliative (Hospice)	918
Persone ospitate in Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)	2.956
Persona ospitate in Residenze Protette per Anziani	7.404
Numero utenti presenti in strutture residenziali di salute mentale per 10000 abitanti	9,4
Numero utenti dei Servizi per le dipendenze patologiche	5.998

ASSISTENZA SPECIALISTICA

Numero prescrizioni (ricette)	6.094.673
Visite specialistiche erogate (2016)	2.249.502
Prestazioni di diagnostica strumentale erogate (2016)	5.129.481
Esami di laboratorio erogati (2016)	17.428.441

ASSISTENZA OSPEDALIERA

Ricoveri totali	228.467
di cui in strutture pubbliche	198.493
Tasso di ospedalizzazione (numero ricoveri per 1000 residenti)	138,67
Tasso di utilizzo Posti letto in regime ordinario nelle strutture pubbliche	82%
Accessi al Pronto soccorso	496.490
di cui % codici bianchi	6,8%
di cui % codici verdi	62,4%
di cui % codici gialli	27,5%
di cui % codici rossi	2,8%
Donatori d'organo procurati	54
Donatori per milione di abitanti	34,98

Di seguito vengono riportati i dati socio-sanitari propedeutici alla relazione del PSSR 2020-2022.

Dati socio-sanitari propedeutici alla redazione del PSSR 2020-2022

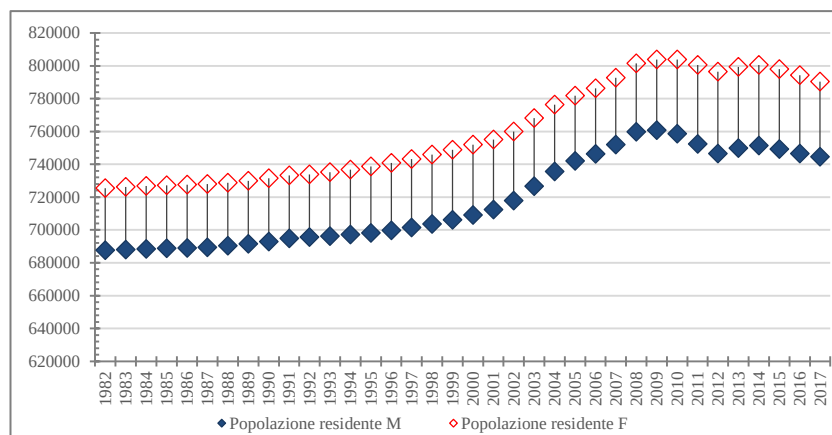
PROFILO DEMOGRAFICO

La Regione Marche si estende su un territorio di 9.401 Km² (2,6% del territorio nazionale) con struttura geomorfologica molto varia. La popolazione residente è pari a 1.538.055 (al 01/01/2017, ISTAT); nel corso del 2017 la popolazione è calata di -6.302 unità.

Tabella 1.1 Andamento demografico popolazione Residente Territori Regione Marche, serie storica anni 2010-2017

Provincia	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Pesaro-Urbino	365788	364820	362676	363388	364385	363353	361561	360711
Ancona	478319	477335	473642	475495	479275	477892	476192	474124
Macerata	324369	322369	319375	320418	321314	321905	320308	318921
Fermo	177480	176364	174813	175143	176408	176380	175625	174849
Ascoli Piceno	213586	212125	210182	210711	211756	211266	210066	209450
Regione Marche	1559542	1553012	1540688	1545155	1553138	1550796	1543752	1538055

Grafico 1.1 Andamento demografico popolazione Residente Regione Marche, Distribuzione di Genere, anni 1982-2017



Nel 2017 la struttura della popolazione Marchigiana mostra una tendenza di generale calo delle nascite ed un progressivo invecchiamento della popolazione. L'età media dei Marchigiani corrisponde a 46,1 anni e la percentuale di individui di 65 anni e oltre è pari al 24,4% del totale della popolazione (22,3% in Italia). Gli over 75 sono pari al 13,2% della popolazione, a fronte dell'11,4% in Italia. Nel grafico 1.1 l'andamento della popolazione per genere. Le stime ISTAT evidenziano per i prossimi anni un progressivo invecchiamento della popolazione con l'aumento dell'aspettativa di vita, la distribuzione della piramide dell'età indica una previsione nel 2047 dei

soggetti residenti ≥ 65 anni del 35,94% sulla popolazione totale residente (514.080 anziani), gli over 75 rappresenteranno più del 21%.

Grafico 1.2 Piramide dell'età popolazione residente Regione Marche 2017

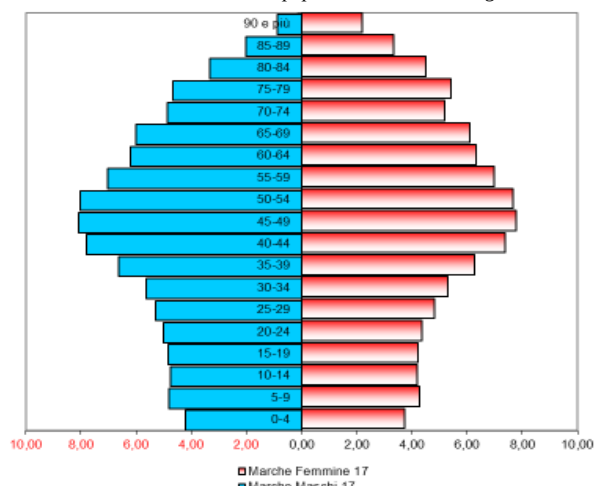
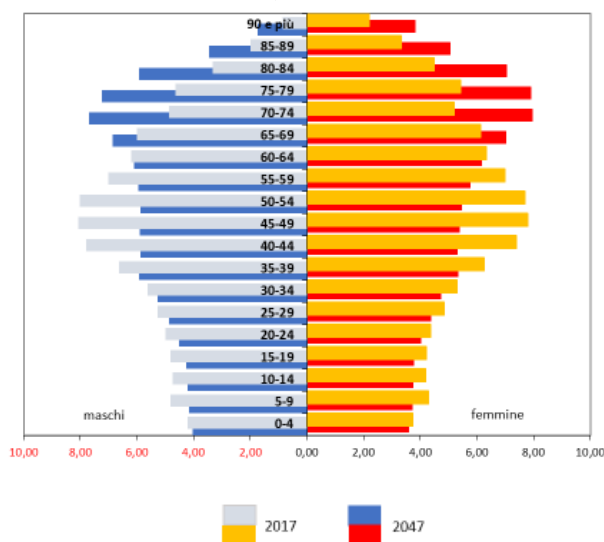


Grafico 1.3 Piramide dell'età, confronto anno 2017 e stime 2047



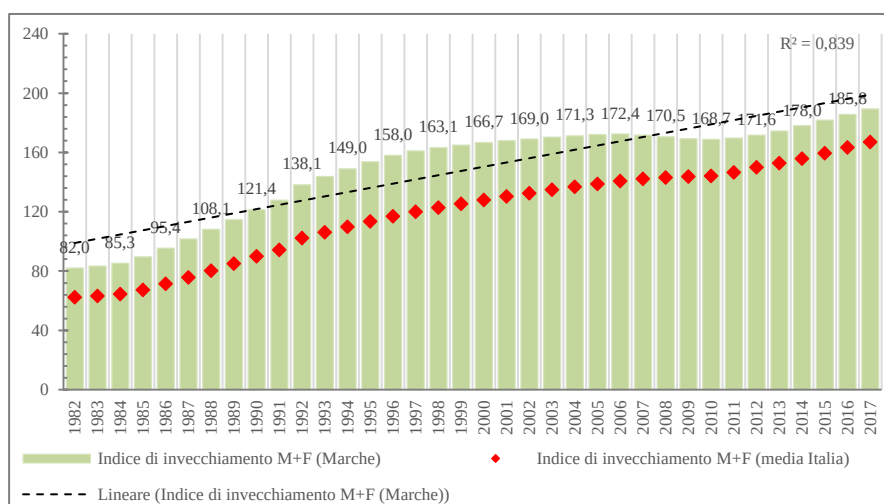
A livello Demografico si considera l'invecchiamento di una popolazione quando le persone anziane diventano una percentuale proporzionalmente maggiore della popolazione totale. Come tendenza generale, le donne sono la maggioranza degli anziani, nel 2017 sono il 56,7% dei soggetti ≥ 65 anni. Il 24,4% della popolazione Residente nella Regione Marche nel 2017 ha più di 65 anni, il 16,72% in più rispetto al 1997 (+53.548 soggetti ≥ 65 anni). Complessivamente in 20 anni la percentuale dei soggetti ≥ 65 anni è passata dal 20,8% della popolazione, al 24,4%.

Tabella 1.2 Popolazione Anziana residente Regione Marche, distribuzione territoriale, anno 2017-Fonte ISTAT: demo.istat.it

Classi di età	Pesaro-Urbino		Ancona		Macerata		Fermo		Ascoli Piceno	
	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%
≥ 65 anni	85323	23,65%	116086	24,48%	77979	24,45%	42890	24,53%	51575	24,62%
≥ 75 anni	45197	12,53%	62980	13,28%	43175	13,54%	23800	13,61%	28097	13,41%
≥ 85 anni	14425	4,00%	20560	4,34%	13974	4,38%	7541	4,31%	8741	4,17%

L'analisi per fasce di età rileva una lieve diminuzione di popolazione principalmente a carico delle fasce giovanili (0-40 anni) e un aumento delle fasce più anziane (≥ 65 anni). La popolazione risulta invecchiata, manifestando una tendenza comune al resto del territorio nazionale, come testimoniato dall'andamento dell'indice di vecchiaia nei residenti della Regione Marche (nel 1982 risultavano esserci 100 giovani 0-14 anni ogni 82 anziani ≥ 65 anni e nel 2017 ogni 100 giovani 0-14 risultano esserci 189,42 anziani ≥ 65 anni).

Grafico 1.4 Indice di invecchiamento Regione Marche e media Italia serie storica 1982-2017-Fonte ISTAT: programma Health for All ISTAT 2017



L'andamento Demografico (Modello ISTAT P/2) al 31-12-2017 dei Residenti della Regione Marche indica un totale di 10.669 nati vivi, un totale di 18.449 decessi, un saldo naturale (nati vivi meno decessi) negativo di - 7.780 unità. Alle anagrafi comunali complessivamente si sono registrati 43.008 nuovi iscritti (iscritti da altri comuni, dall'estero e altri iscritti), a fronte di 41.530 cancellati (Cancellati per altri comuni, per l'estero e altri cancellati), il saldo migratorio risulta essere positivo +1.478 unità. Il numero medio componenti per famiglia è di 2,4 (anno 2017), 646.820 numero famiglie e 890 numero di convivenze.

Tabella 1.3 Modello ISTAT P/2 popolazione residente Regione Marche, Distribuzione Territoriale, anno 2017- Fonte ISTAT: demo.istat.it

Indicatori	Pesaro-Urbino	Ancona	Macerata	Fermo	Ascoli Piceno
Popolazione al 1° gennaio	360711	474124	318921	174849	209450
Nati	2528	3244	2330	1203	1364
Morti	3932	5648	4002	2335	2532
Saldo Naturale	-1404	-2404	-1672	-1132	-1168
Saldo Migratorio e per altri motivi	818	883	-939	621	95
Popolazione residente in famiglia	357551	470231	314535	173850	207383
Popolazione residente in convivenza	2574	2372	1775	488	994
Numero di Famiglie	152819	205419	130227	71640	86715
Numero di Convivenze	263	246	210	57	114
N. medio di componenti per famiglia	2,3	2,3	2,4	2,4	2,4
Tasso di natalità	7,02 nati/1000	6,86 nati/1000	7,36 nati/1000	6,9 nati/1000	6,54 nati/1000

Il Tasso di Natalità è un indicatore utilizzato per determinare il tasso di crescita di una popolazione, viene influenzato principalmente sia dal livello di fertilità sia dalla struttura per età della popolazione. Nel corso dell'ultimo decennio nella Regione Marche si è registrato un importante decremento del Tasso di Natalità, passato da 9,10/1000 nel 2007 a 6,96/1000 nel 2017 (-2,14/1000 nati all'anno).

Grafico 1.5 Tasso di Natalità su 1.000, Regione Marche, anni 2014-2017

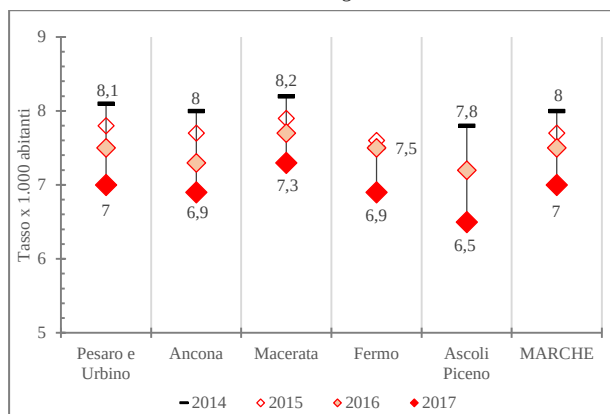
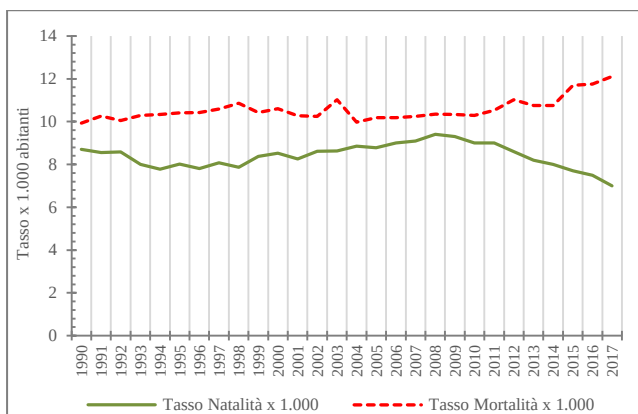


Grafico 1.6 Tasso Natalità e Mortalità su 1.000, Marche, serie storica 1990-2017



La comparazione del Tasso di Natalità e del Tasso di Mortalità su 1.000 abitanti nel 2017 rileva uno sbilanciamento nel saldo naturale di -5,21 abitanti ogni 1.000 (Tasso Mortalità 12,1/1000; Tasso Natalità 7/1000).

POPOLAZIONE STRANIERA RESIDENTE

La popolazione straniera residente nella Regione Marche risulta essere l'8,87% (136.199 residenti al 31-12-2017). L'aspetto più importante dell'immigrazione attuale in Italia può essere individuato nel processo di stabilizzazione del fenomeno e nel processo di consolidamento strutturale con le seconde generazioni. La distribuzione di genere nella popolazione straniera residente nella Regione Marche indica una prevalenza (numerica) della popolazione straniera residente di sesso femminile, una prevalenza correlata a tutte le classi di età.

Grafico 1.7 Rapporto di Genere, popolazione Straniera Residente Marche, 2017 popolazione

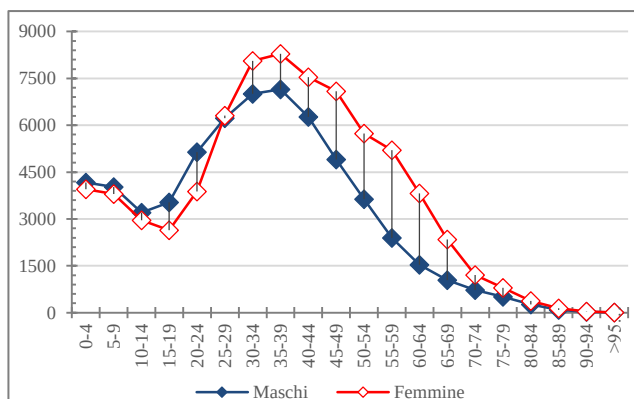


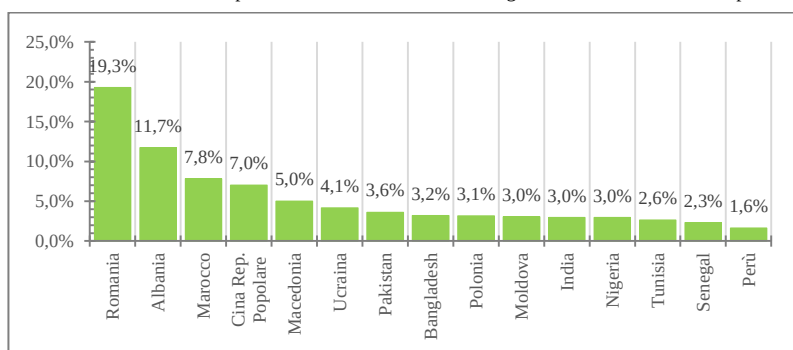
Tabella 1.4 Stranieri Residenti, Marche e Italia, anni 2015-2017 e %

Territorio	2015	2016	2017	% sulla popolazione Residente
Regione Marche	145.130	140.341	136.199	8,87%
Media Italia	5.014.437	5.026.153	5.047.028	8,32%

Fonte ISTAT: demo.istat.it

La percentuale della popolazione straniera residente sul totale dei residenti nella Regione Marche è risultata essere dell'8,87%, in calo rispetto al 2015 del 6,15% (-8.931 residenti stranieri in meno).

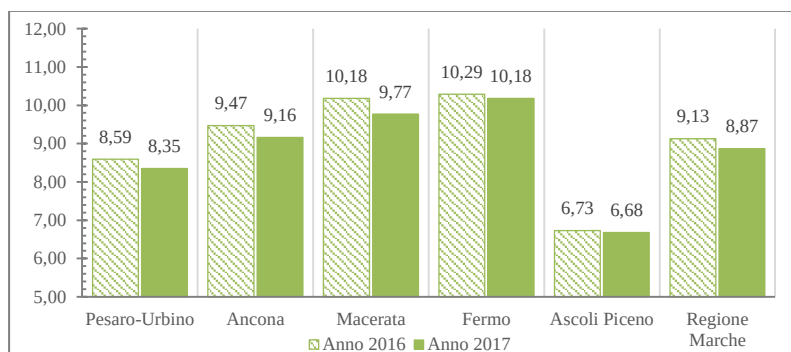
Grafico 1.8 Percentuale Popolazione Straniera Residente, Regione Marche, distribuzione per Cittadinanza, anno 2017



Fonte ISTAT: demo.istat.it

La popolazione straniera fornisce un apporto fondamentale nel rallentamento del processo di invecchiamento della popolazione Marchigiana, il Tasso di natalità della popolazione straniera è pari al 12,1/1000 e il numero medio di figli è di 1,88.

Gráfico 1.9 Percentuale Popolazione Straniera Residente, Regione Marche, distribuzione Territoriale, anno 2017



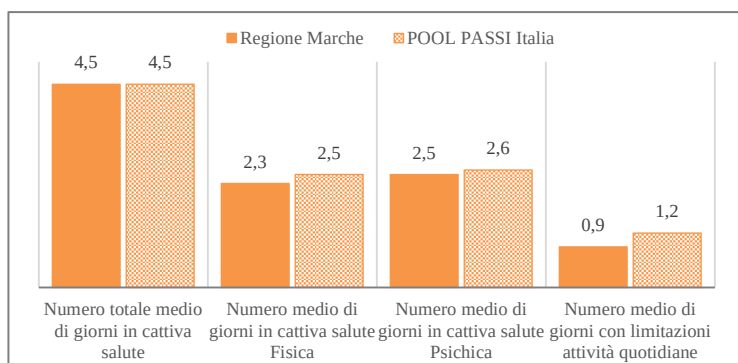
Fonte ISTAT: demo.istat.it

Le cittadinanze più rappresentate risultano essere quella Rumena (19,3%), Albanese (11,7%) e Marocchina (7,8%). Nella tabella adiacente la distribuzione di popolazione straniera residente per Area Vasta mostra una lieve flessione ovunque tra il 2016 ed il 2017

GLI STILI DI VITA INDIVIDUALI

La "qualità della vita relativa alla salute" è una valutazione soggettiva globale dello stato di salute che include il benessere fisico e mentale e diversi fattori ad esso correlati tra cui: le condizioni e i comportamenti associati alla salute, lo stato funzionale, lo stato socioeconomico e il grado di integrazione sociale. Nelle Marche, alla domanda: "Come va in generale la sua Salute?", il 66% della popolazione ha risposto: bene o molto bene; il 31% ha risposto: discretamente; il 3% ha risposto: male o molto male. Queste risposte sono in linea con i valori nazionali, leggermente peggiore la percezione positiva complessiva dei marchigiani rispetto alla media italiana; migliore la quota media di giornate in cui dichiarano di aver avuto limitazioni delle attività quotidiane a causa della propria salute.

Gráfico 2.1 Percezione dello Stato di Salute, Regione Marche e POOL PASSI Italia, anni 2013-16



Fonte PASSI Regione Marche

Gli individui che hanno dichiarato uno stato di salute "non buono", con limitazioni delle attività nei 30 giorni antecedenti l'intervista, sono risultati più frequenti nei soggetti di età avanzata, sesso femminile, livello di istruzione basso, difficoltà economiche e presenza di patologie croniche. Va evidenziato come le problematiche di carattere psicologico siano risultate più rilevanti di quelle di carattere fisico, nella quasi totalità delle categorie.

Si stima che in Italia siano almeno 30.000 le morti causate dall'alcol, risulta essere la prima causa di morte nei giovani ≤ 24 anni di età. Il consumo di Alcol nella popolazione marchigiana è superiore rispetto al valore nazionale, in linea con il gradiente nazionale che vede un consumo maggiore nelle regioni del centro-nord rispetto al sud.

Grafico 2.2 Consumo bevande alcoliche, Regione Marche e Pool PASSI Italia, 2013-16

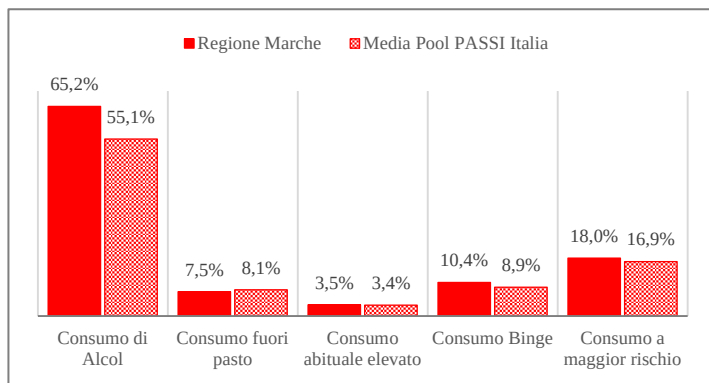
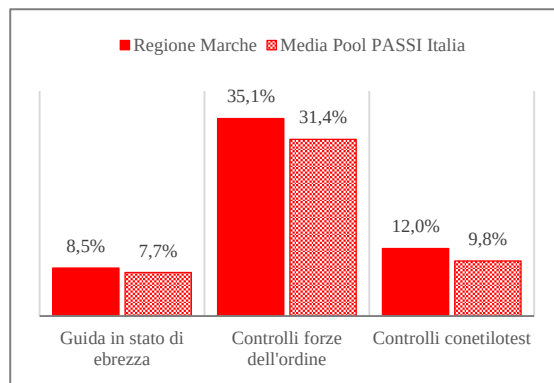


Grafico 2.3 Controlli forze dell'ordine, Marche e Pool PASSI Italia, 2013-16



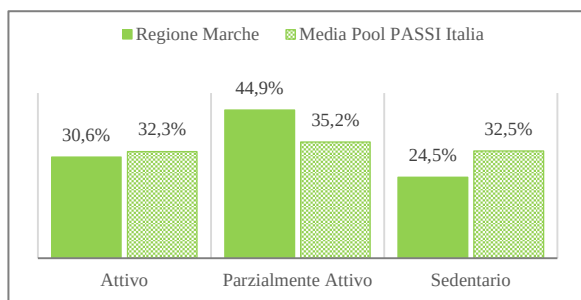
Consumo di Alcol a maggior rischio: per quantità o modalità di assunzione, aumenta i rischi per la salute. Include consumo abituale elevato, Binge Drinking (consumo episodico eccessivo) e consumo fuori pasto; **Consumo Binge Drinking:** consumo anche in una singola occasione di 5 o più unità alcoliche (nel sesso maschile) o 4 o più unità alcoliche (nel sesso femminile)

Sia per quanto riguarda il "Binge Drinking" che il consumo di alcol a maggior rischio, risulta che sono gli uomini in giovane età e con livello di istruzione medio-alto, a bere alcolici.

Tra i bevitori a maggior rischio, solo una piccola percentuale ha ricevuto il consiglio medico di ridurre l'assunzione di alcol, in particolare il 2% di coloro che bevono fuori pasto, il 4% dei consumatori "Binge" ed un altro 4% di coloro che riferiscono un consumo abituale elevato.

ATTIVITA' FISICA

Grafico 2.4 Attività Fisica, distribuzione per tipologia di attività, Regione Marche e media Pool PASSI Italia, anni 2013-2016



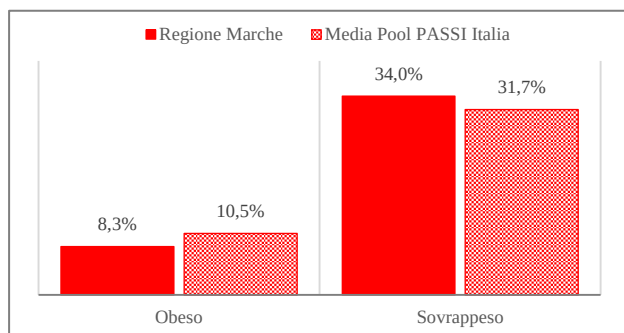
L'attività fisica è definita come qualsiasi attività muscolo-scheletrica che comporta un dispendio energetico. È quindi possibile essere fisicamente attivi, grazie all'attività lavorativa, al trasporto attivo (camminare, andare in bicicletta), alle attività del tempo libero. In Italia il 31% degli adulti tra i 18 e 69 anni non svolge, nella vita quotidiana, l'attività fisica e può essere definito sedentario. In particolare, il rischio sedentarietà aumenta con il progredire dell'età, ed è maggiore tra le persone con bassa istruzione e difficoltà economica. Nelle Marche, il 75% degli intervistati si definisce attivo o parzialmente attivo, e solo il 25% è sedentario (33% in Italia). I soggetti che hanno dichiarato di avere uno stile di

vita sedentario sono soprattutto le donne di età superiore a 50 anni, con un basso livello di istruzione e molte difficoltà economiche.

ECESSO PONDERALE

L'Obesità è definita come un eccessivo accumulo di grasso corporeo in relazione alla massa magra, in termini sia di quantità assoluta, sia di distribuzione in punti precisi del corpo. L'eccesso ponderale viene misurato tramite il calcolo dell'Indice di Massa Corporea (BMI), una valutazione distribuita in quattro categorie di peso: BMI <18,5 "Sottopeso"; BMI 18,5-24,9 "Normopeso"; BMI 25,0-29,9 "Sovrappeso"; BMI >30 "Obeso".

Grafico 2.5 Eccesso ponderale, comparazione Regione Marche e media Pool PASSI Italia, anni 2013-2016



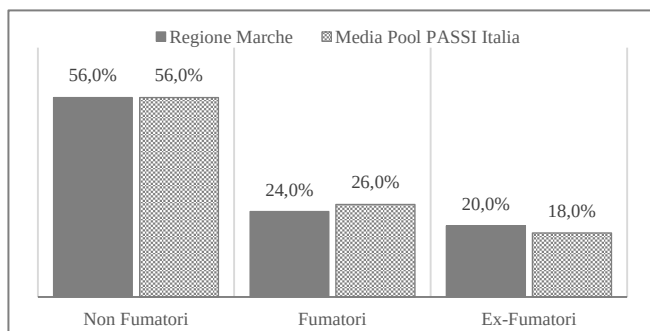
Fonte PASSI Regione Marche

Di questi solo 4 individui su dieci hanno iniziato a seguire una dieta. Confrontando i dati regionali delle prevalenze di sovrappeso e obesità, si osserva un chiaro gradiente Nord-Sud, a sfavore delle Regioni meridionali. La Regione Marche si colloca a livello intermedio, con valori sia di sovrappeso che di obesità leggermente migliori della media Pool PASSI Italia. La serie storica dell'eccesso ponderale nella Regione Marche indica un lieve incremento del Sovrappeso (20,5% nel 2008/9, 21,3% nel 2016) e una diminuzione nell'obesità (12% nel 2008/9, 10,4% nel 2016).

Tra i bambini della nostra Regione (Indagine Okkio alla salute, 2016 – Bambini di 8-9 anni) il 32% presenta un eccesso ponderale che comprende sia sovrappeso che obesità, di cui per obesità grave il 2,6% della popolazione, con valori che risultano leggermente più alti della media nazionale. Le linee guida sulla sana alimentazione prevedono l'assunzione di almeno cinque porzioni al giorno di frutta o verdura. Nella Regione Marche, i genitori riferiscono che solo il 31% dei bambini consuma la frutta, il 36% una sola porzione al giorno. Il 31% dei bambini mangia frutta meno di una volta al giorno o mai, nell'intera settimana.

ABITUDINE AL FUMO

Grafico 2.6 Abitudine al fumo, tipologia (fumatore, ex fumatore, non fumatore), Regione Marche e Pool PASSI Italia, 2013-16



Fonte PASSI Regione Marche

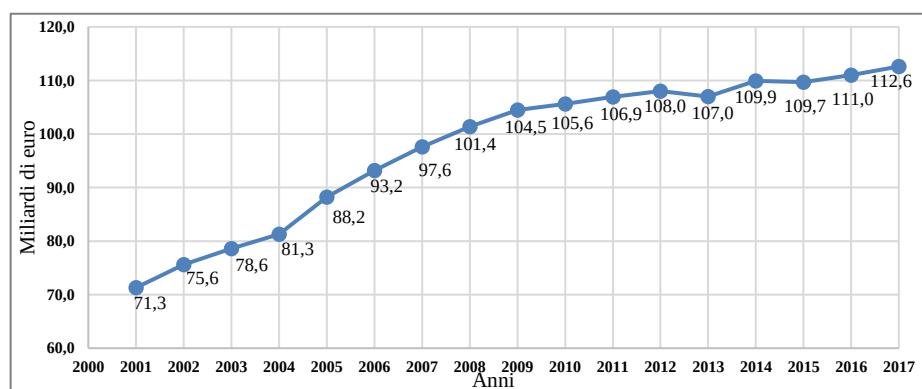
Nella Regione Marche la percentuale degli Obesi risulta essere inferiore rispetto alla media italiana (8% contro 11% del dato nazionale), mentre la quota degli individui in sovrappeso è maggiore (34% contro il 32%). L'eccesso ponderale risulta più frequente in soggetti di sesso maschile, di età superiore a 50 anni, con livello di istruzione bassa e con difficoltà economiche. Il 41% dei Sovrappeso e il 5% degli Obesi non è consapevole del problema, ritenendo giusto il proprio peso corporeo; nello specifico meno di una persona su tre segue una dieta per perdere il suo peso. Il 47% degli individui in sovrappeso dichiara di aver ricevuto la raccomandazione di perdere il peso da parte di operatori sanitari.

Il 24% degli intervistati ha dichiarato di essere un fumatore abituale con consumo quotidiano, valore molto simile al dato nazionale. Le fasce di popolazione in cui è più frequente l'abitudine al fumo sono gli uomini di età compresa tra i 18 ed i 24 anni, con livello di istruzione medio-basso e molte difficoltà economiche.

CONTESTO SOCIO-ECONOMICO

L'andamento riepilogativo del finanziamento complessivo del SSN (serie storica 2001-2017), permette di evidenziare la progressiva riduzione degli incrementi del fondo anno su anno. Il Patto per la Salute 2014-2016, recepito nella legge di stabilità 2015, aveva previsto un finanziamento pari a €112.444.000.000 per l'anno 2016. Successivamente le Intese Stato Regioni del 26 Febbraio e del 2 Luglio 2015, quest'ultima recepita nella Legge 06/08/2015 n.125 hanno previsto una riduzione del livello del finanziamento del SSN di 2.352.000.000 a decorrere dall'anno 2015 (€113.097.000.000). La Legge di Stabilità 2016 ha ridotto il finanziamento per l'anno 2016 portandolo a €111.000.000.000.

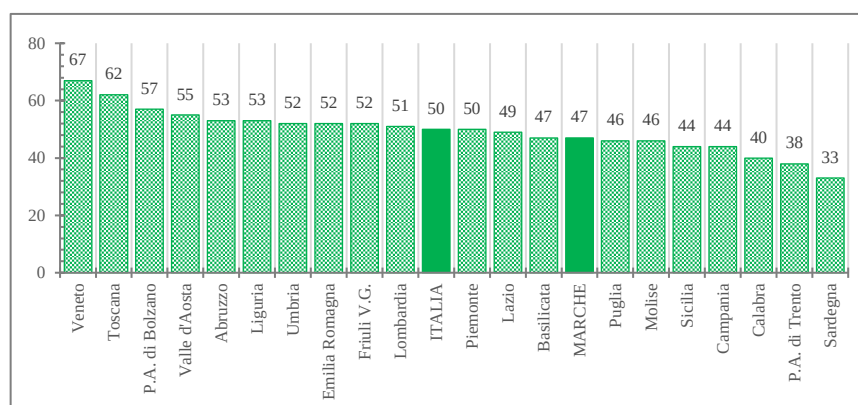
Grafico 3.1 Finanziamento corrente a carico dello Stato, 2001-2017. Valori in miliardi di euro



Fonte: Segreteria della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome – Settore Salute - 2018

L'entità della compartecipazione richiesta a ciascun cittadino risulta notevolmente differenziata tra le Regioni, con una significativa variabilità da ricondurre non solo alle policy peculiari adottate da ciascuna Regione nel campo dei Farmaci e prestazioni Sanitarie, ma anche all'incidenza dei c.d. "cittadini Esenti" (del tutto o in parte).

Grafico 3.2 Quota di compartecipazione (ticket) regionale pro-capite per l'utilizzo del SSN, Distribuzione per Regione



Fonte: Elaborazioni RBM Assicurazione Salute S.p.A. su dati rapporto coordinamento Finanza Pubblica Corte dei conti

Per quanto attiene il grado di soddisfazione dei cittadini la regione si posiziona al decimo posto con un punteggio complessivo di 43 e una percentuale di soddisfazione del 36%.

Tabella 3.1 Grado di Soddisfazione per il Sistema Sanitario, anno 2017

Posizione	Regione	Soddisfazione (%)	Punteggio
1	Valle d'Aosta	66,10%	100
2	Trentino-Alto Adige	61,30%	90,8
3	Veneto	50,80%	70,9
4	Emilia-Romagna	48,40%	66,5
5	Umbria	47,50%	64,6
6	Lombardia	45,20%	60,3
7	Piemonte	44,20%	58,5
8	Liguria	42,00%	54,4
9	Friuli-Venezia Giulia	37,30%	45,4
10	Marche	36,00%	43

LA PREVENZIONE

LE VACCINAZIONI

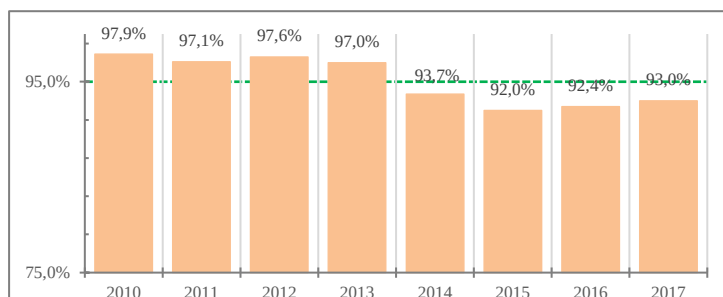
Le vaccinazioni sono tra gli interventi di maggiore efficacia per la prevenzione primaria delle malattie infettive, sono uno strumento essenziale per la salute della popolazione e soprattutto dell'infanzia.

Tabella 4.1 Comparazione coperture a 24 mesi distribuite per tipologia di vaccinazione, Regione Marche, anno 2017

Vaccinazione a 24 mesi	Area Vasta 1	Area Vasta 2	Area Vasta 3	Area Vasta 4	Area Vasta 5
Polio	92	94,9	90,9	90,1	96
Difterite	92	94,9	90,8	89,9	96
Tetano	92,2	95	90,9	89,9	96
Pertosse	92	94,9	90,7	89,9	96
Epatite B	92	94,6	90,5	89,2	95,9
Haemophilus infl. tipo b	91,9	94,4	90,7	87,6	96
Morbillo	86,3	93,1	81,5	89,8	88,9
Parotite	86,3	93,1	81,4	89,6	88,9
Rosolia	86,3	93	81,4	89,6	88,9
Varicella	59,5	54,6	38,2	79,4	76,3
Meningococco C coniug	82,5	86,7	71,5	83,1	89,2
Pneumococco coniugato	89,9	92,3	88,8	87,3	94,4

I dati regionali distribuiti per Area Vasta mostrano una elevata variabilità correlata al contesto territoriale con un gradiente di 4 punti percentuale nella vaccinazione esavalente e 6,8 punti nella vaccinazione MPR.

Grafico 4.1 Andamento delle Coperture Vaccinali per Esavalente*, Regione Marche, Serie Storica anni 2010-2017, *Ciclo completo, a 24 mesi di vita



I dati relativi alle attività vaccinali del 2015 descrivono il declino maggiore con coperture per esavalente del 92% e per morbillo-parotite-rosolia del 79,9%. Nel 2016 si è registrata l'inversione di tendenza, con un miglioramento generale delle coperture vaccinali. I dati più aggiornati attestano un costante miglioramento della situazione regionale, coperture ancora sotto la soglia del 95% ma significativamente migliori rispetto anni precedenti.

Le valutazioni delle coperture Vaccinali per Esavalente nella comparazione Nazionale (S. Anna 2018), inseriscono la Regione Marche tra le regioni con un delta 2016/17 in miglioramento e vicino alla soglia raccomandata del 95%.

Grafico 4.2 Comparazione Coperture Vaccinali per Esavalente (%), distribuzione territoriale (Ita), anni 2016-2017- Fonte: Istituto S. Anna di Pisa - 2018

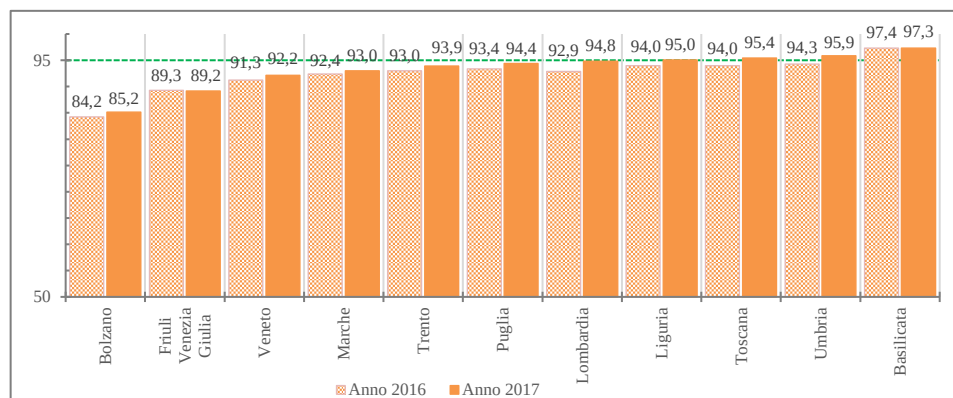
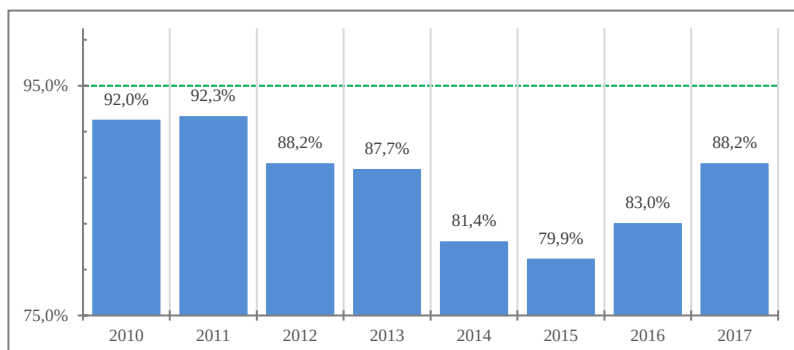


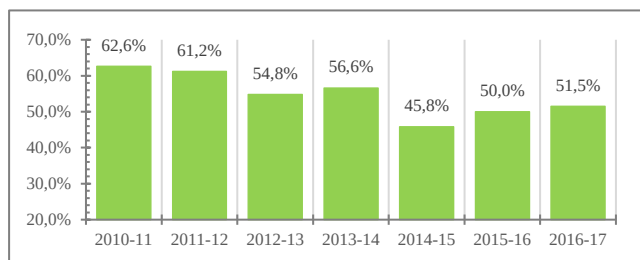
Gráfico 4.3 Andamento delle Coperture Vaccinali per MPR*, Regione Marche, Serie Storica anni 2010-2017, *Ciclo completo, a 24 mesi di vita



Nella Vaccinazione Morbillo Parotite e Rosolia (MPR) la Regione Marche nel 2017 ha una copertura complessiva dell'88,2%, una crescita di 5 punti percentuali sul 2016 e di 8 punti percentuali sul 2015.

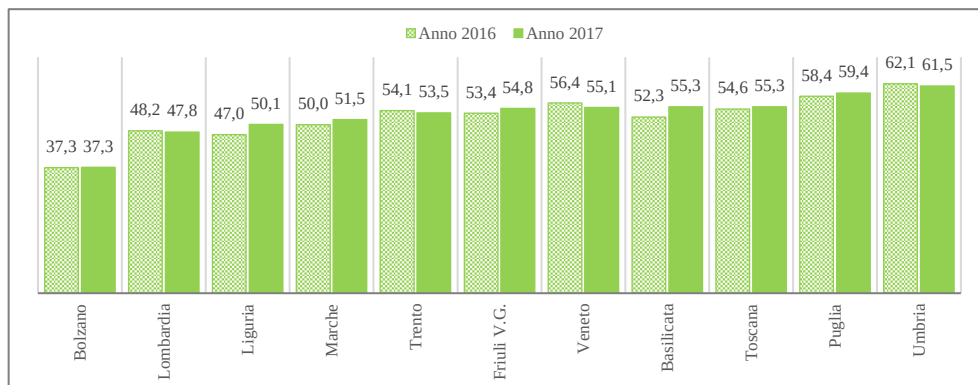
ANTINFLUENZALE

Gráfico 4.4 Andamento Coperture Vaccinali per Antinfluenzale (%), soggetti ≥ 65 anni, Regione Marche, 2010/11-2016/17



Nella Vaccinazione Antinfluenzale (popolazione ≥ 65 anni) la Regione Marche nel 2017 ha una copertura complessiva del 51,5%, una crescita di 1,5 punti percentuali sul 2016 e di 5,7 punti percentuali sul 2015. La Percentuale di copertura Antinfluenzale nei soggetti ≥ 65 anni nella Regione Marche raggiunge il 51,5% (anno 2017), un delta dalle regioni migliori di 10 punti percentuali (S. Anna - 2018).

Gráfico 4.5 Comparazione Coperture Vaccinali per Antinfluenzale (%), distribuzione territoriale (Ita), 2016-17- Fonte: Istituto S. Anna di Pisa - 2018



SCREENING MAMMOGRAFICO

Nella Regione Marche l'estensione dello screening Mammografico rispetto alla popolazione Bersaglio (donne 50-69 anni) nel 2017 è il 98%, la percentuale di adesione rispetto alle invitate nel 2017 è il 55%.

Gráfico 4.6 Percentuale Estensione Screening Mammografico rispetto alla popolazione bersaglio (50-69 anni), Marche 2015-2017

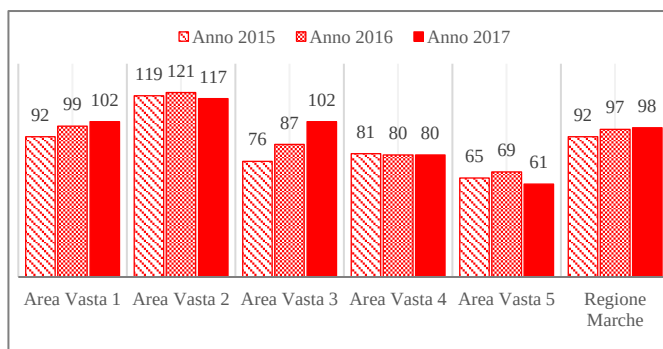


Gráfico 4.7 Percentuale Adesione Screening Mammografico rispetto alle invitate, Regione Marche, 2015-17

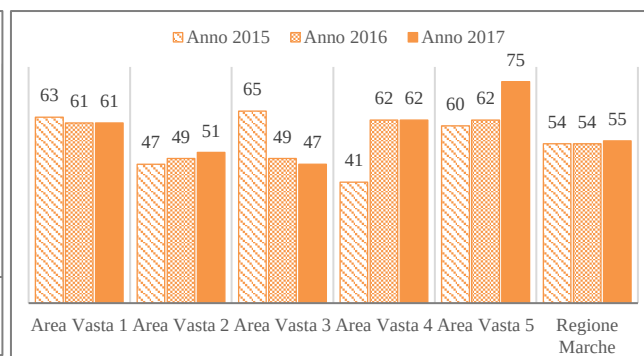


Grafico 4.8 Percentuale Estensione Screening Mammografico, distribuzione territoriale (Ita), anni 2015/16-2016/17

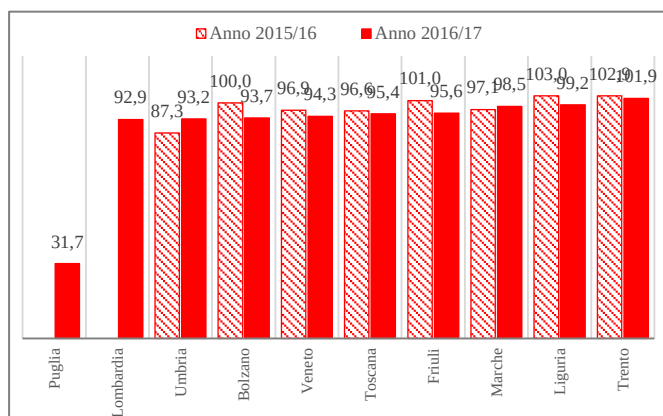
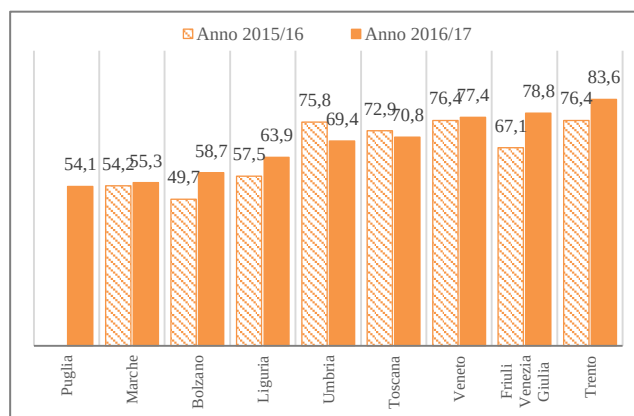


Grafico 4.9 Percentuale Adesione Screening Mammografico, distribuzione territoriale (Ita), anni 2015/16-2016/17



Fonte: Laboratorio di Management e Sanità Istituto S. Anna di Pisa - 2018

Nella regione Marche l'estensione dello Screening Mammografico (percentuale donne invitate allo Screening rispetto alla popolazione bersaglio, donne età 50-69 anni) ha raggiunto nel 2016/2017 il 98,5%, nelle prime tre regioni oggetto del monitoraggio (S.Anna-2018). L'Adesione allo Screening Mammografico (percentuale donne che hanno partecipato allo Screening a seguito dell'invito) ha raggiunto nel 2016/17 un'adesione del 55,3%, un delta di circa 30 punti percentuali dalle regioni migliori (S.Anna-2018)

SCREENING SERVICE UTERINA

Nella Regione Marche l'estensione dello Screening Service Uterina rispetto alla popolazione Bersaglio (donne 25-64 anni) nel 2017 è il 111%, la percentuale di adesione rispetto alle invitate nel 2017 è il 45%.

Grafico 4.10 Percentuale Estensione Screening Service Uterina rispetto alla popolazione bersaglio (25-64 anni), Marche 2015-2017

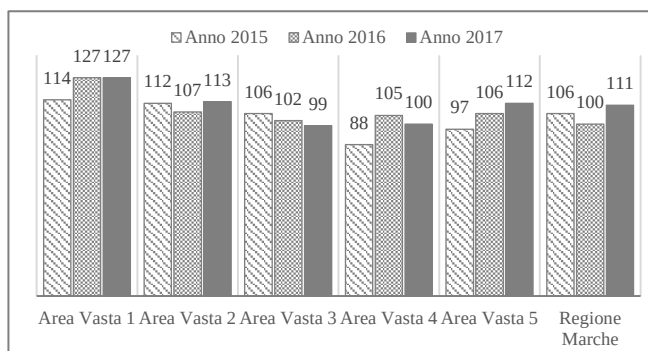
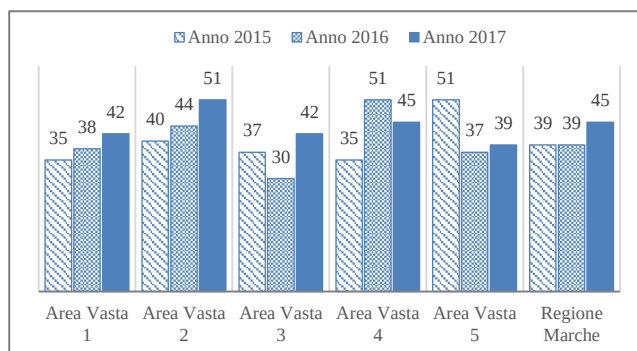


Grafico 4.11 Percentuale Adesione Screening Service Uterina rispetto alle invitate, Regione Marche, 2015-17



La percentuale di donne invitate allo Screening Service Uterina rispetto alla popolazione bersaglio (donne età 25-64 anni) ha raggiunto nel 2015/2017 il 111,3%, seconda regione per percentuale di estensione (S.Anna-2018). La percentuale di donne che hanno partecipato allo Screening Service Uterina a seguito dell'invito, ha raggiunto nel 2017 un'adesione del 44,6% (39,5% nel 2016), un delta di circa 15 punti percentuali dalle regioni migliori (S. Anna -2018).

Grafico 4.12 % Estensione Screening Service Uterina, (Ita), 2015/16-2016/17

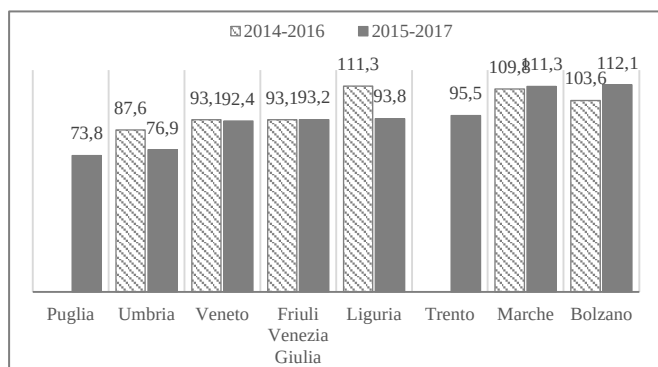
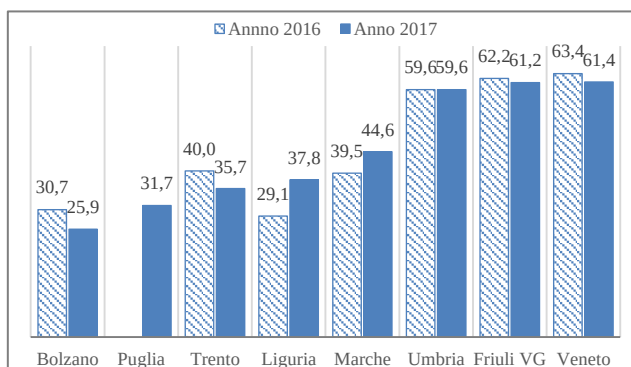


Grafico 4.13 Percentuale Adesione Screening Service Uterina, (Ita), 2016-17



SCREENING COLORETTALE

Nella Regione Marche l'estensione dello screening Colorettaie rispetto alla popolazione Bersaglio (soggetti di età 50-70 anni) nel 2017 è il 101%, la percentuale di adesione rispetto alle invitate nel 2017 è il 36%.

Grafico 4.14 Percentuale Estensione Screening Colorettaie rispetto alla Popolazione bersaglio (25-64 anni), Marche 2015-2017

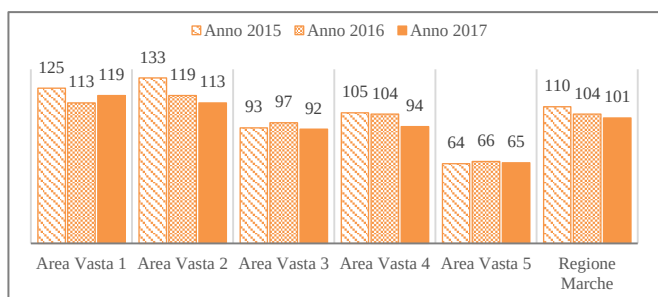
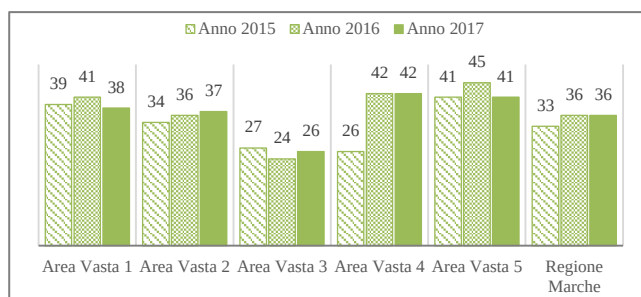


Grafico 4.15 Percentuale Adesione Screening Colorettaie rispetto alla popolazione invitata, Regione Marche, 2015-17



La percentuale degli inviti allo Screening Colorettaie rispetto alla popolazione bersaglio (soggetti di età 50-70 anni) ha raggiunto nel 2015/2016 il 101%, prima regione per percentuale di estensione. La percentuale di Adesione allo Screening Colorettaie, a seguito dell'invito, ha raggiunto nel 2017 un'adesione del 36%, un delta di circa 30 punti percentuali dalle regioni migliori. Il dato testimonia un impegno da sviluppare per migliorare l'adesione della popolazione.

Grafico 4.16 % Estensione Screening Colorettaie, (Ita), anni 2015/16-2016/17

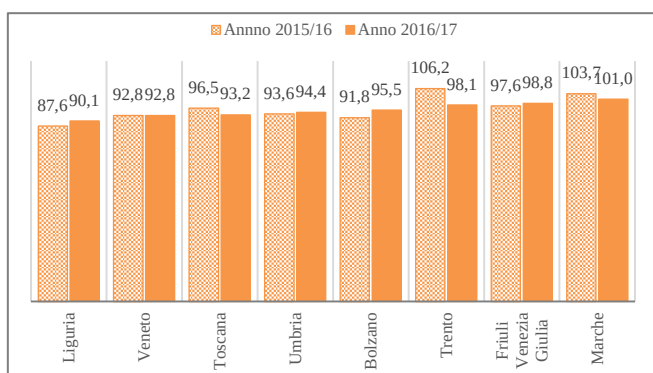
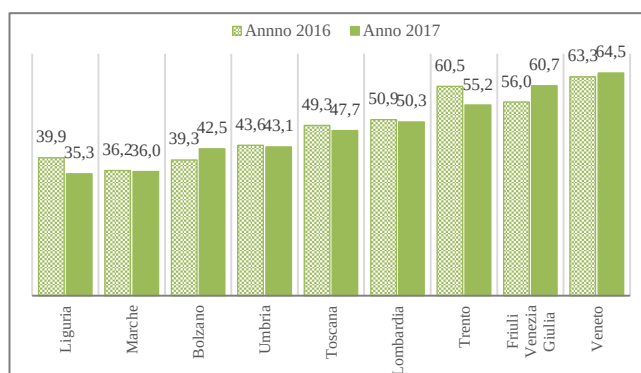


Grafico 4.17 % Adesione Screening Colorettaie, (Ita), anni 2016-2017



INFORTUNI SUL LAVORO E MALATTIE PROFESSIONALI

Nel 2017 nella Regione Marche sono state protocollate 18.870 denunce infortuni sul lavoro, su un totale di 402.836 lavoratori (INAIL quadro generale industria e servizi), il 2,94% del dato nazionale. Il Tasso infortuni sul lavoro nel 2017 rileva un'incidenza di 46,84 infortuni ogni 1.000 addetti.

Tabella 4.2 Infortuni sul Lavoro, tipologia di gestione (INAIL), Regione Marche, serie storica anni 2013-2017

Gestione	2013	2014	2015	2016	2017
Industria e Servizi	15.405	14.981	14.555	14.361	14.716
Agricoltura	1.795	1.738	1.661	1.522	1.389
Per conto dello Stato	3.341	3.294	2.948	2.828	2.765
Totale	20.541	20.013	19.164	18.711	18.870

Fonte INAIL: www.inail.it/cs/internet/attivita/dati-e-statistiche.html

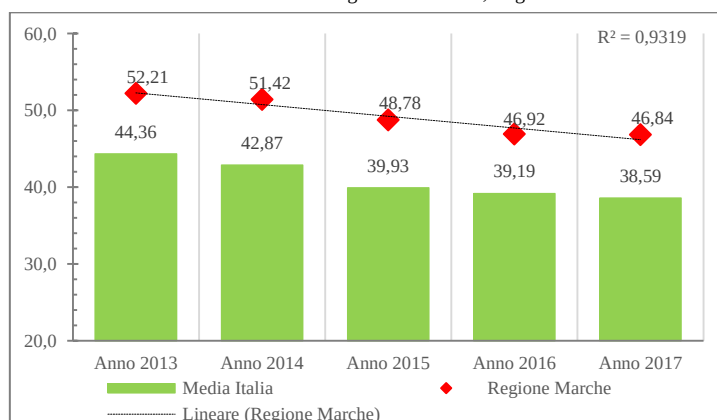
La maggior parte degli incidenti si realizzano nel settore dell'Industria e Servizi. Le differenze tra le Province e la riduzione sebbene costante in alcune di esse (Pesaro ed Ascoli Piceno) ha subito un piccolo incremento nell'ultimo anno nelle altre 3 Province seppur in riduzione complessiva

Tabella 4.3 Tasso infortuni sul lavoro ogni 1.000 addetti, Comparazione territoriale, serie storica 2013-2017 e $\Delta\%$ variazione 2013-17

Anno	Media Italia	Regione Marche	Pesaro-Urbino	Ancona	Macerata	Fermo	Ascoli Piceno
Anno 2013	44,36	52,21	52,43	54,96	54,01	37,57	55,69
Anno 2014	42,87	51,42	49,9	56,7	52,42	33,98	55,82
Anno 2015	39,93	48,78	45,28	55,93	47,62	34,86	51,74
Anno 2016	39,19	46,92	45	52,81	46,39	31,2	50,91
Anno 2017	38,59	46,84	43,42	53,64	47,17	33,1	48,59
$\Delta\%$ 2013-2017	-13,02%	-10,29%	-17,18%	-2,40%	-12,68%	-11,90%	-12,74%

Fonte INAIL: www.inail.it/cs/internet/attivita/dati-e-statistiche.html

Grafico 4.18 Tasso infortuni sul lavoro ogni 1.000 addetti, Regione Marche e media Italia, serie storica anni 2013-2017



Rispetto alla media italiana la Regione Marche registra dati più elevati di Tasso di infortunio sul lavoro ogni 1000 addetti seppur in riduzione costante dal 2013 al 2017 e coerentemente con la media nazionale. Analizzando il tasso degli infortuni sul lavoro ogni 1.000 addetti distribuito per comparto (indice di pericolosità) emerge che l'attività economica con il rischio maggiore di Infortuni sul lavoro risulta essere l'Agricoltura con 108,11 infortuni ogni 1.000 addetti).

Fonte INAIL: www.inail.it/cs/internet/attivita/dati-e-statistiche.html

Tabella 4.4 Numero e Tasso infortuni ogni 1.000 addetti, Regione Marche, Distribuzione per comparto (INAIL), anno 2017

Industria/Servizi, Agricoltura e Conto Stato, Attività economica (Sezione Ateco)	Infortuni Denunciati	Numero lavoratori ditta	Tasso su 1.000 addetti
Infortuni in Agricoltura (compreso silvicoltura e pesca)	2191	20266	108,11
H Trasporto e magazzinaggio	917	15165	60,47
N Noleggio, agenzie di viaggio, servizi di supporto	510	8550	59,65
E Fornitura di acqua; reti fognarie, rifiuti e risanamento	294	5490	53,55
D Fornitura di energia elettrica, gas, vapore	57	1071	53,22
Q Sanità e assistenza sociale	755	18195	41,49
F Costruzioni	1298	34839	37,26
R Attività artistiche, sportive, di intrattenimento	110	3225	34,11
I Attività dei servizi di alloggio e di ristorazione	673	22549	29,85
C Attività manifatturiere	3643	141527	25,74
O Amministrazione pubblica; ass. sociale obbligatoria	338	13541	24,96
G Commercio all'ingrosso e al dettaglio; riparazione	1435	60685	23,65

K Attività finanziarie e assicurative	113	5336	21,18
B Estrazione di minerali da cave e miniere	10	495	20,2
L Attività immobiliari	51	2666	19,13
P Istruzione	38	2026	18,76
J Servizi di informazione e comunicazione	97	7778	12,47
S Altre attività di servizi	183	14689	12,46
M Attività professionali, scientifiche e tecniche	145	12219	11,87
X Ancora da determinare	3247	-	-
Conto Stato	2765	-	-
Totale	18870	402.836	46,84

INFORTUNI SUL LAVORO MORTALI

Tabella 4.6 Infortuni sul Lavoro Mortali, tipologia di gestione (INAIL), Regione Marche, serie storica anni 2013-2017

Gestione	2013	2014	2015	2016	2017
Industria e Servizi	19	34	36	29	30
Agricoltura	10	5	8	8	6
Per conto dello Stato	1	2	1	2	0
Totale	30	41	45	39	36

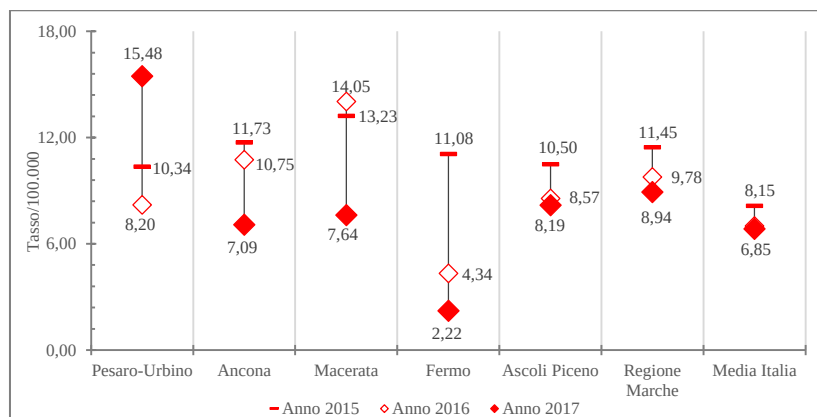
Nel 2017 Nella Regione Marche si sono registrati 36 infortuni Mortali, una riduzione del 7,69% sul 2016 (39 infortuni mortali). Il Tasso su 100.000 addetti, indica nella Regione Marche 8,94/100.000 infortuni mortali, dato superiore alla media italiana (6,85/100.000 nel 2017).

Fonte INAIL: www.inail.it/cs/internet/attivita/dati-e-statistiche.html

Tabella 4.7 Infortuni sul Lavoro Mortali, Numero e Tasso/100.000 addetti, distribuzione territoriale, serie storica 2013-2017

Anno	Regione Marche		Pesaro-Urbino		Ancona		Macerata		Fermo		Ascoli Piceno	
	Numero decessi	Tasso 100.000	Numero decessi	Tasso 100.000	Numero decessi	Tasso 100.000	Numero decessi	Tasso 100.000	Numero decessi	Tasso 100.000	Numero decessi	Tasso 100.000
Anno 2013	30	7,63	7	7,48	9	6,92	3	3,97	6	12,93	5	10,49
Anno 2014	41	10,53	7	7,6	9	7,06	9	11,94	8	17,05	8	16,88
Anno 2015	45	11,45	10	10,34	15	11,73	10	13,23	5	11,08	5	10,5
Anno 2016	39	9,78	8	8,2	14	10,75	11	14,05	2	4,34	4	8,57
Anno 2017	36	8,94	16	15,48	9	7,09	6	7,64	1	2,22	4	8,19

Grafico 4.19 Tasso su 100.000 addetti infortuni sul lavoro Mortali, distribuzione territoriale, serie storica 2015-2017



Nel 2017 nella Provincia di Pesaro-Urbino si è registrato un incremento degli Infortuni sul lavoro mortali (8 decessi nel 2016 e 16 decessi nel 2017). Nelle altre Province si è registrato un progressivo calo della mortalità negli ultimi anni.

Fonte INAIL: www.inail.it/cs/internet/attivita/dati-e-statistiche.html

Tabella 4.8 Tasso infortuni Mortali ogni 100.000 addetti, distribuzione per comparto (INAIL), Regione Marche anno 2017

Settore di attività economica (Sezione Ateco)	Tasso su 100.000 addetti
D Fornitura di energia elettrica, gas	186,74
Agricoltura (complessiva anche servizi)	34,54
H Trasporto e magazzinaggio	32,97
F Costruzioni	8,61
G Commercio all'ingrosso e al dettaglio	8,24
C Attività manifatturiere	5,65
Q Sanità e assistenza sociale	5,5
B Estrazione di minerali da cave e miniere	0
E Fornitura di acqua; reti fognarie, rifiuti	0
I Attività dei servizi di alloggio e di ristorazione	0
J Servizi di informazione e comunicazione	0
X Ancora da determinare	5 (infortuni mortali)
Totale	8,94

Fonte INAIL: www.inail.it/cs/internet/attivita/dati-e-statistiche.html

MALATTIE PROFESSIONALI

Tabella 4.9 Numero Malattie professionali denunciate, totale gestione (INAIL), Regione Marche, serie storica 2013-2017

Gestione	2013	2014	2015	2016	2017	Δ 2013-2017 in %
Industria e Servizi	3.253	3.728	3.971	4.175	4.309	32,46%
Agricoltura	985	969	1.146	1.162	1.001	1,62%
Per conto dello Stato	46	58	49	69	44	-4,35%
Totale	4.284	4.755	5.166	5.406	5.354	24,98%

Fonte INAIL: www.inail.it/cs/internet/attivita/dati-e-statistiche.html

La Malattia Professionale è quella malattia contratta nell'esercizio e a causa della mansione svolta durante l'attività lavorativa. Nello specifico la malattia professionale riconosce un'alterazione dell'organismo del lavoratore direttamente connessa all'attività lavorativa svolta. Dal 2013 al 2017 le Malattie Professionali denunciate nella regione Marche sono aumentate del +24,97% (4.284 nel 2013 - 5.354 nel 2017).

Grafico 4.20 Percentuale crescita anno su anno delle Malattie Professionali, Regione Marche e media Italia, 2014-2017

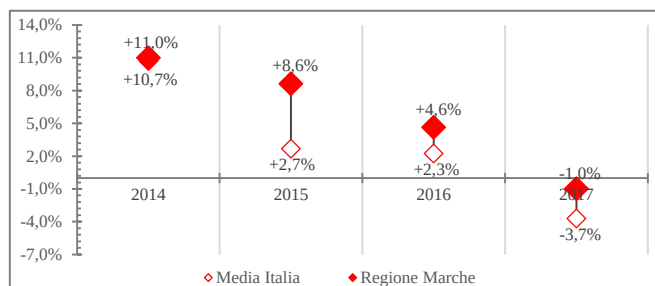
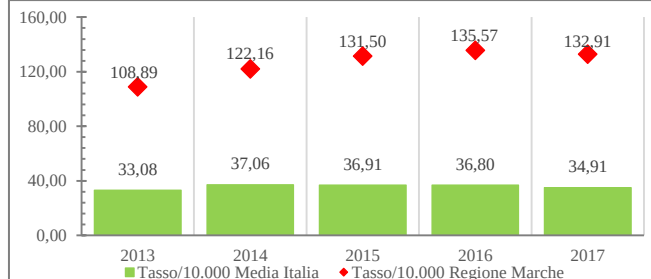


Grafico 4.21 Tasso Malattie Professionali denunciate su 10.000 addetti, Regione Marche e media Italia, serie storica 2013-2017



Il Tasso di Malattie Professionali denunciate ogni 10.000 addetti è sensibilmente più elevato nella Regione Marche rispetto al dato medio Italiano.

Tabella 4.10 Numero Malattie Professionali denunciate e Tasso/10.000 addetti, totale gestione (INAIL), distribuzione territoriale, 2017

Distribuzione territoriale	Numero Malattie Professionali	Tasso Malattie Professionale ogni 10.000 addetti
Pesaro-Urbino	1371	132,65
Ancona	951	74,91
Fermo	794	176,04
Macerata	1490	189,63
Ascoli Piceno	748	153,11
Regione Marche	5354	132,91
Media Italia	58025	34,91

Fonte INAIL: www.inail.it/cs/internet/attivita/dati-e-statistiche.html

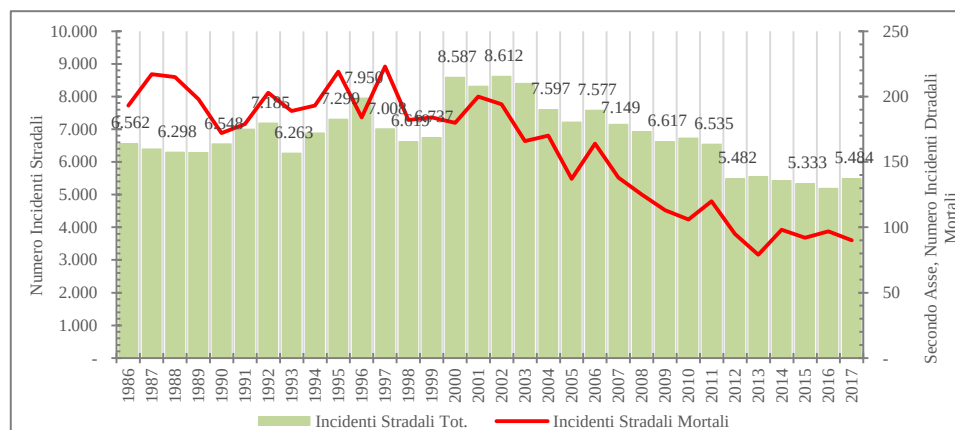
Il Tasso di Malattie Professionali denunciate ogni 10.000 addetti distribuito per province della Regione Marche, indica nel 2017 la provincia di Macerata come il territorio con il numero maggiore di Malattie Professionali in rapporto agli addetti (189,63/10.000), seguita da Fermo (176,04/10.000) e Ascoli Piceno (153,11/10.000), il dato medio della Regione Marche risulta essere 132,91 Malattie Professionali ogni 10.000 addetti.

Tabella 4.11 Tasso Malattie Professionali ogni 10.000 addetti, Distribuzione per comparto (INAIL), Regione Marche, anno 2017

Industria/Servizi, Agricoltura e Conto Stato, Attività economica (Ateco)	Tasso su 10.000 addetti
Agricoltura (compreso silvicoltura e pesca)	557,58
F Costruzioni	272,68
B Estrazione di minerali da cave e miniere	141,41
S Altre attività di servizi	115,73
H Trasporto e magazzinaggio	94,96
E Fornitura di acqua; reti fognarie, rifiuti	91,07
C Attività manifatturiere	87,97
N Noleggio, agenzie di viaggio, supporto alle imprese	78,36
L Attività immobiliari	71,27
O Amministrazione pubblica e difesa	59,08
I Attività dei servizi di alloggio e di ristorazione	57,21
G Commercio all'ingrosso e al dettaglio; riparazione veicoli	52,4
Q Sanità e assistenza sociale	43,42
D Fornitura di energia elettrica, gas,	37,35
P Istruzione	24,68
M Attività professionali, scientifiche e tecniche	14,73
J Servizi di informazione e comunicazione	5,14
K Attività finanziarie e assicurative	3,75
R Attività artistiche, sportive, intrattenimento	3,1
Totale	132,91

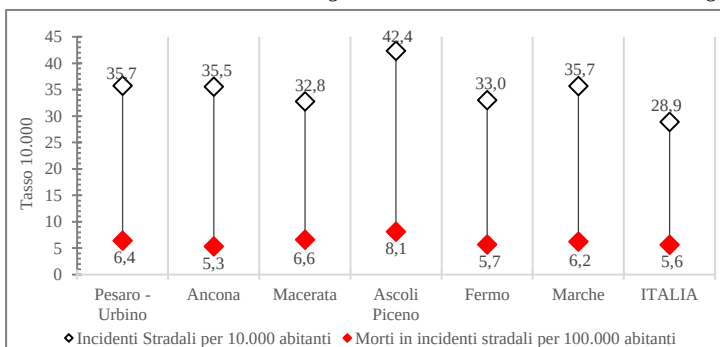
INCIDENTI STRADALI

Grafico 4.22 Incidenti Stradali Regione Marche, Incidenti stradali totali e incidenti stradali mortali, serie storica 1986-2017



Nel 2017 si sono verificati nella Regione Marche 5.484 incidenti stradali che hanno causato la morte di 96 persone e il ferimento di altre 7.756. Rispetto al 2016, aumentano sia gli incidenti (+5,8%) che i feriti (+4,7%), in controtendenza rispetto ai dati nazionali (-0,5%; -1%); diminuisce invece il numero di vittime della strada (-4%) a fronte di un aumento del dato nazionale (+2,9%).

Grafico 4.23 Tasso Incidenti stradali ogni 10.000 abitanti e Tasso Mortalità stradale ogni 100.000 abitanti, Marche e Italia, 2017



La riduzione registrata in questi ultimi anni è legata ad una serie di fattori tra i quali: l'introduzione di normative più rigorose in materia di sicurezza stradale; una maggiore efficienza dei servizi di primo soccorso e delle strutture sanitarie in genere; le numerose iniziative formative e campagne informative-educative per la diffusione di comportamenti alla guida corretti, promosse dal Piano Nazionale di Sicurezza Stradale, dal Piano Nazionale della Prevenzione e dai Piani Regionali. Il Tasso di Feriti in incidenti stradali per 100.000 abitanti nella Regione Marche risulta essere di 504,3/100.000 un rapporto di circa +100 feriti in più ogni 100.000 abitanti rispetto al dato medio nazionale.

PREVENZIONE VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE

Le attività di prevenzione veterinaria e sicurezza alimentare si esplicano prevalentemente in azioni di sorveglianza, monitoraggio e controllo, attraverso ispezioni e campionamenti, nel rispetto della normativa europea e nazionale che impongono il rispetto di standard particolarmente elevati. Di seguito sono riportati alcuni esempi delle attività svolte.

Tabella 4.12 MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - % allevamenti controllati sugli allevamenti bovini da controllare per TUBERCOLOSI come previsto dai piani di risanamento

Area Vasta	(numeratore) allevamenti bovini/bufalini controllati per TBC 2016 - 2017	(denominatore) allevamenti bovini/bufalini da controllare per TBC 2016 - 2017	Valore raggiunto al 31/12/17	Valore raggiunto al 31/12/16	Valore raggiunto biennio 2016/2017	Valore atteso Biennio 2016/2017
AV1	259 - 233	415 - 405	57,53%	62,41%	121,48%	>99,9%
AV2	189 - 130	251 - 243	53,49%	75,30%	127,09%	>99,9%
AV2	44 - 43	44 - 43	100%	100%	100%	/
Comuni di Cingoli, Airo e Poggio San Vicino (MC) *						
AV3	514 - 512	514 - 512	100%	100%	100%	/
AV4	101 - 90	186 - 175	51,43%	54,30%	109,14	>99,9%
AV5	122 - 157	263 - 286	54,89%	46,39%	97,55%	>99,9%
MARCHE	1229 - 1165	1673 - 1664	70,01%	73,46%	/	> 99,9%

Percentuale degli allevamenti controllati sugli allevamenti bovini/bufalini da controllare per Tubercolosi bovina (TBC) come previsto dai piani di risanamento, per singole AA.VV. L'indicatore è riferito al numero di allevamenti da controllare distribuiti su base biennale (24 mesi) e quindi in relazione al 50% per ogni anno e al 100% per il biennio 2016/2017 (Valore atteso 2016/2017).

* ambito territoriale non ufficialmente indenne per Tubercolosi bovina (TBC)

Tabella 4.13 MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - % allevamenti controllati sugli allevamenti bovini, ovini e caprini da controllare per BRUCELLOSI come previsto dai piani di risanamento

Area Vasta	(numeratore) allevamenti delle tre specie controllate per BRC 2016 - 2017	(denominatore) allevamenti delle tre specie da controllare per BRC	Valore raggiunto al 31/12/16	Valore raggiunto al 31/12/17	Valore atteso 2016 e 2017	Valore raggiunto biennio 2016/2017	Valore atteso Biennio 2016/2017
AV1	623 - 669	1142 - 1243	54,55%	53,82%	50%	103,94%	100%
AV2	622 - 533	1065 - 1037	58,40%	51,39%	50%	111,38%	100%
AV3	680 - 700	1253 - 1270	54,27%	55,18%	50%	108,66%	100%
AV4	307 - 317	560 - 601	54,82%	52,75%	50%	103,83%	100%
AV5	497 - 455	969 - 963	51,29%	47,25%	50%	98,86%	100%
MARCHE	2729 - 2674	4989 - 5114	54,70%	52,28%	50%	106,96%	100%

Il numero degli allevamenti da controllare e il relativo valore raggiunto al 31/12/2017 è riferito al numero di allevamenti delle tre specie da controllare distribuiti su base biennale (24 mesi) e quindi in relazione al 50% per ogni anno e al 100% per il biennio 2016/2017 (Valore atteso 2016/2017) in quanto i rispettivi territori delle AA.VV. sono ufficialmente indenni per BRC. Il valore atteso è complessivamente raggiunto, con una situazione in AV5 da tenere in osservazione.

Tabella 4.14 ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI - % di capi bovini morti sottoposti al test per BSE sul totale degli attesi

Area Vasta	(numeratore) numero bovini morti testati per BSE 2016 - 2017	(denominatore) numero totale bovini morti 2016 - 2017 di età >48 mesi come da estrazione BDN	Valore raggiunto 2016 e 2017	Valore atteso 2016 - 2017 % bovini morti testati per BSE sul totale dei morti di età prevista
AV1	126 - 155	136 - 172	92,65% - 90,12%	≥85%
AV2	95 - 97	106 - 112	89,62% - 86,61%	≥85%
AV3	185 - 193	211 - 283	87,67% - 68,20%	≥85%
AV4	40 - 49	41 - 51	97,56% - 96,08%	≥85%
AV5	78 - 117	84 - 124	92,86% - 94,35%	≥85%
MARCHE	524 - 611	578 - 742	90,66% - 82,35%	≥85%

L'indicatore si riferisce alla percentuale di bovini morti testati per Encefalopatia Spongiforme Bovina (BSE) sul totale dei morti di età prevista, al 31/12 di ogni anno. Nel 2017 il numero di test è risultato inferiore al valore atteso in relazione alle attività dell'AV3.

Tabella 4.15 PIANO NAZIONALE RESIDUI - Farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale – LEA vincolante

Area vasta	(numeratore) campioni effettuati per il PNR 2016 - 2017	(denominatore) totale campioni previsti dal PNR 2016 - 2017	Valore raggiunto 2016 e 2017	Valore atteso 2016 - 2017
AV1	48 - 38	48 - 38	100% - 100%	≥98%
AV2	327 - 314	314 - 319	104,14% - 98,43%	≥98%
AV3	90 - 68	89 - 68	101,12% - 100%	≥98%
AV4	48 - 28	47 - 28	102,13% - 100%	≥98%
AV5	51 - 39	46 - 39	110,87% - 100%	≥98%
MARCHE	564 - 487	544 - 492	103,68% - 98,98%	≥98%

L'indicatore riporta la percentuale dei campioni effettuati sul totale dei campioni previsti dal Piano Nazionale Residui.

L'attività di campionamento ha sempre rispettato i valori attesi.

Tabella 4.16 FARMACOSORVEGLIANZA - Attività di ispezione e verifica – LEA vincolante

Area Vasta	(numeratore) numero operatori controllati 2016 - 2017	(denominatore) numero di operatori previsti dal programma annuale 2016 - 2017	Valore raggiunto 2016 e 2017	Valore atteso 2016 - 2017
AV1	160 - 159	160 - 159	100% - 100%	100%
AV2	163 - 102	163 - 126	100% - 81%	100%
AV3	206 - 201	200 - 182	103% - 110%	100%
AV4	125 - 163	125 - 161	100% - 101%	100%
AV5	132 - 101	115 - 79	114,78% - 128%	100%
MARCHE	786 - 726	763 - 707	103,01% - 103,00%	100%

L'indicatore fa riferimento alla percentuale di operatori controllati sul totale previsti dal programma in relazione alle frequenze stabilite.

Complessivamente i controlli sono stati superiori al 100%, salvo in AV2 nel 2017.

Tabella 4.17 SALMONELLOSI ZOONOTICHE

Area Vasta	(numeratore) campioni effettuati 2016 - 2017	(denominatore) totale campioni previsti dal piano salmonellosi 2016 - 2017	Valore raggiunto 2016 e 2017	Valore atteso 2016 - 2017
AV1	12-11	12-11	100% - 100%	100%
AV2	13-12	13-12	100% - 100%	100%
AV3	22-22	21-20	104,76% - 110%	100%
AV4	26-24	24-24	108,33% - 100%	100%
AV5	13-10	13-11	100% - 90,91 %	100%
MARCHE	86-79	83-78	103,71 - 101,28%	100%

L'indicatore fa riferimento alla percentuale dei campionamenti sul totale dei campioni previsti dal “piano salmonellosi” in allevamento.

L'attività di campionamento ha visto una situazione da monitorare nel 2017 per quanto riguarda l'AV5.

Tabella 4.18 PIANO SORVEGLIANZA MBV - Zone di produzione e stabulazione dei molluschi bivalvi vivi

Area vasta	(numeratore) aree di raccolta molluschi sottoposte a monitoraggio con frequenza prevista 2016 - 2017	(denominatore) aree di raccolta molluschi in produzione 2016 - 2017	percentuale aree di raccolta molluschi sottoposte a monitoraggio con frequenza prevista 2016 - 2017	Valore atteso 2016 - 2017
AV1	30 - 30	30 - 30	100%	100%
AV2	28 - 28	28 - 28	100%	100%
AV3	12-12	12-12	100%	100%
AV4	13-12	13-12	100%	100%
AV5	10-10	10-10	100%	100%
MARCHE	93-92	93-92	100%	100%

In riferimento al Piano di sorveglianza dei molluschi bivalvi vivi, l'indicatore esprime la percentuale di aree di raccolta dei molluschi sottoposte a monitoraggio con la frequenza prevista. Monitoraggio sempre svolto al 100%.

ASSISTENZA TERRITORIALE

Il nuovo DPCM 12/01/2017 “nuovi LEA” aggiorna i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) Sanitari del 2001, in particolare introducendo UN “NUOVO CAPITOLO”: Capo IV – Assistenza sociosanitaria, che specifica i compiti del servizio sanitario e li collega agli interventi dell’assistenza sociale.

CURE DOMICILIARI

La distribuzione territoriale della popolazione anziana ≥ 65 anni per assistenza in Cure Domiciliari, nei distretti della Regione Marche, indica un’assistenza domiciliare del 4,9% nel Distretto di San Benedetto (% sulla popolazione ≥ 65 anni) e dell’1,76% nel Distretto di Jesi. La percentuale degli anziani ≥ 65 anni trattati in cure Domiciliari nella Regione Marche rileva una percentuale del 2,63% nel 2016 e del 2,91% nel 2017, con un delta di variazione 2016/2017 del +10,64% incremento Cure Domiciliari.

Grafico 5.1 Percentuale Anziani trattati in Cure Domiciliari sul totale della popolazione anziana ≥ 65 anni, Regione Marche, 2017

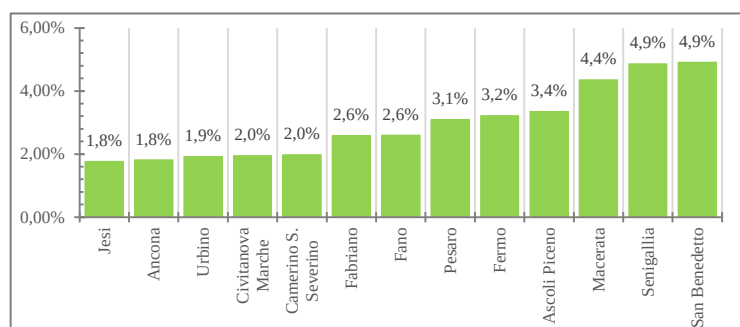
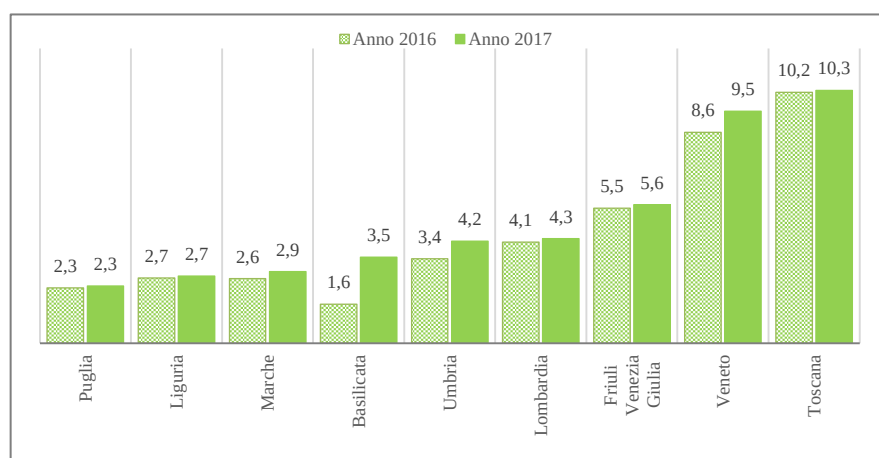


Grafico 5.2 Percentuale Anziani trattati in Cure Domiciliari sul totale della popolazione anziana ≥ 65 anni, distribuzione territoriale (Ita), 2016-17



Fonte: Laboratorio di Management e Sanità Istituto S. Anna di Pisa – 2018

Il numero degli Utenti in Assistenza Domiciliare (ADI) nella distribuzione per Area Vasta, rileva un incremento importante trasversale a tutti i territori. Nella Regione Marche complessivamente nel 2015 gli Utenti in ADI risultavano essere n.7.277, nel 2016 n.9.379 (incremento 2015/2016 +28,88%) e nel 2017 n.12.404 (incremento 2016/2017 + 32,28%).

Il Tasso Utenti in ADI rileva un dato complessivo nella Regione Marche di 9,2 utenti ogni 1000 abitanti (anno 2017), nel 2015 il rapporto Utenti Abitanti risultava essere di 5,4/1000, un delta in crescita di +2,8/1000 dal 2015 al 2017.

Grafico 5.3 Numero di Utenti in Assistenza Domiciliare (ADI), distribuzione per Area Vasta, Regione Marche anni 2015-2017

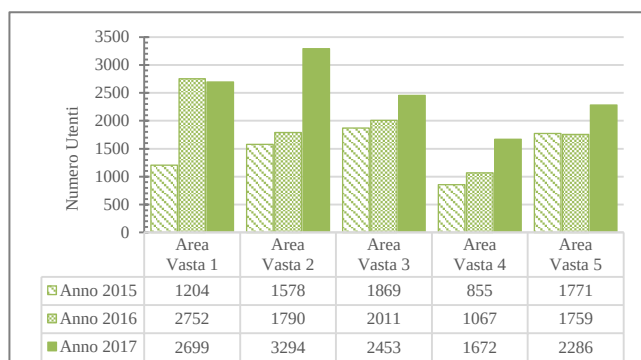
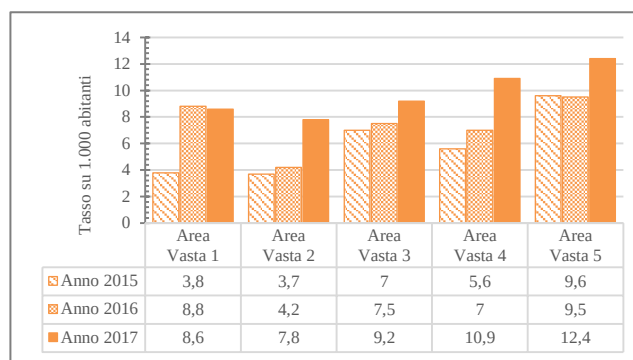


Grafico 5.4 Tasso su 1.000 abitanti Utenti in ADI, distributore territoriale, Regione Marche, anni 2015-2017



SERVIZI TERRITORIALI - DIPENDENZE

Nel 2017 il Numero di Utenti presso i servizi Territoriali Dipendenze Patologiche, nella Regione Marche, risultavano essere n.5.998 utenti presi in cura dai (SerT), invariati rispetto alla rilevazione del 2015 (6.009 utenti).

Grafico 5.5 Numero Utenti Servizi per le Tossicodipendenze (SerT), distribuzione territoriale, Regione Marche, anni 2015-17

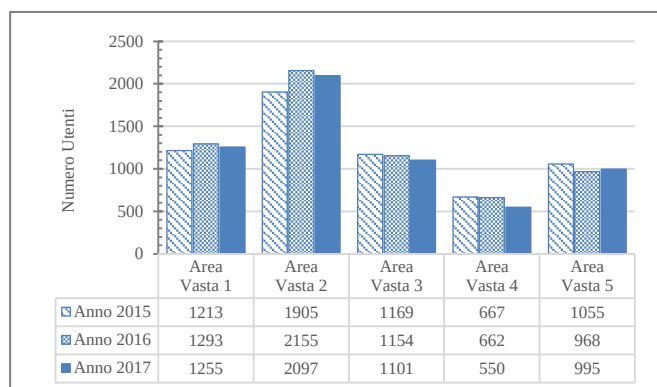
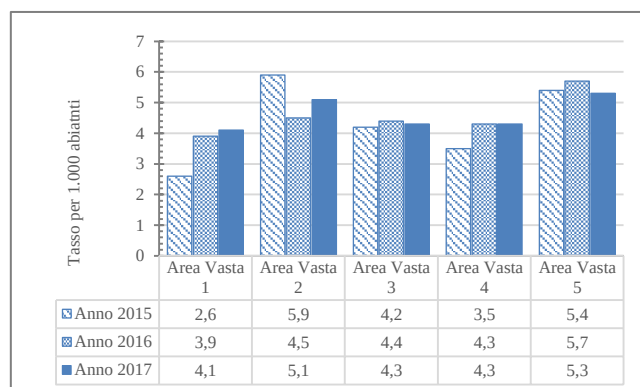


Grafico 5.6 Tasso su 1.000 abitanti Utenti Servizi Tossicodipendenze (SerT), distribuzione territoriale, Marche, 2015-17

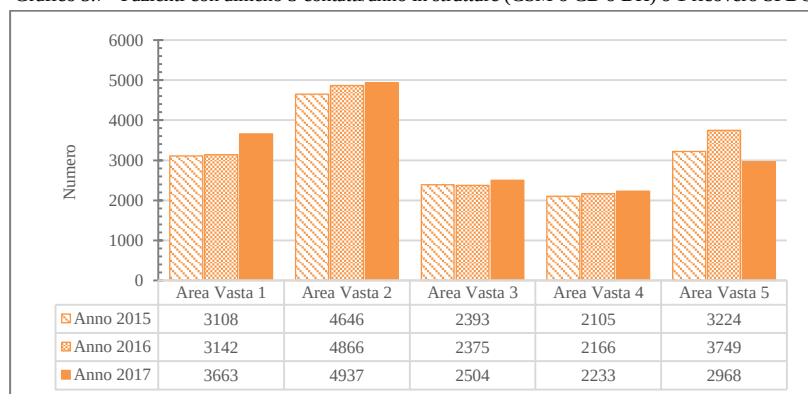


Fonte: Flusso SIND Regione Marche

SERVIZI TERRITORIALI – SALUTE MENTALE

Pazienti con almeno tre contatti all'anno con il Centro di Salute Mentale (CSM) o Centro Diurno (CD) o Day Hospital (DH), o almeno un ricovero nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) o ammissione in Strutture Residenziali (SR*).

Grafico 5.7 Pazienti con almeno 3 contatti/anno in strutture (CSM o CD o DH) o 1 ricovero SPDC o ammissione in SR*, Marche, anni 2015-17



Il Numero dei pazienti con almeno 3 contatti nell'anno in strutture (CSM o CD o DH) o 1 ricovero presso SPDC o in SR, nella Regione Marche, risultano essere 14.072 (anno 2017) un incremento del +5% sul 2015 (13.371 pazienti).

*distinte in residenze terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitative,

Tabella 5.1 Comparazione indicatori sulle componenti organizzative/strutturali, Regione Marche e media Italia, anno 2016

Indicatori componenti organizzative/Strutturali	Regione Marche	Media Italia
Strutture Psichiatriche Territoriali per 100.000 abitanti	2,2	2,6
Posti in Strutture Psichiatriche Residenziali per 10.000 abitanti	10,6	5,2
Posti in Strutture Psichiatriche Semiresidenziali per 10.000 abitanti	2,5	2,8
Posti in Strutture Ospedaliere Psichiatriche Attive Pubbliche e Private per 100.000 Abitanti	10,1	9,9
Personale del Dipartimento di Salute Mentale per 1.000 abitanti	46,1	62,4
Costo pro-capite (territoriale ed ospedaliera) per assistenza psichiatrica	54,9	75,5

Fonte: Ministero della Salute-rapporto Salute Mentale anno 2016, analisi dati sistema informativo Salute Mentale SISM

I principali indicatori sull'assistenza ospedaliera indicano un andamento della Regione Marche, nella componente organizzativa /strutturale, in divergenza sul dato medio nazionale, nello specifico: Posti in strutture psichiatriche (10,6/10.000 Marche e 5,21/10.000 media Italia), personale Dipartimento di Salute Mentale (46,1/1.000 Marche e 62,4/1.000 media Italia) e Costo Pro-Capite per assistenza psichiatrica (54,9 Marche e 75,5 media Italia).

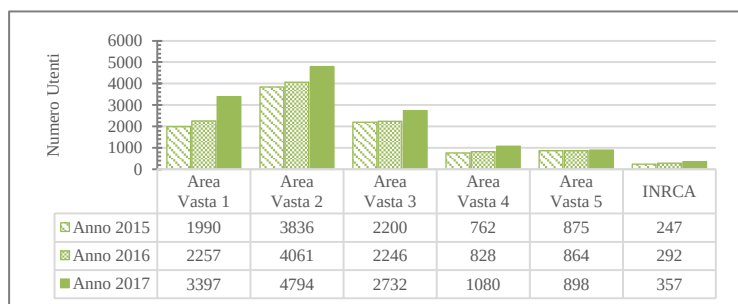
Tabella 5.2 Comparazione indicatori sull'Attività Assistenziale, Servizi Territoriali Salute Mentale, Regione Marche e media Italia, 2016

Indicatore attività Assistenziale	Regione Marche	Media Italia
Dismessi dai reparti di psichiatria per 10.000 abitanti	23,9	21,5
Degenza media (DM) da reparti di psichiatria	13,3	12,7
% riammissioni entro 30 giorni	8,3	17,7
TSO-Trattamento Sanitario Obbligatorio per 10.000 abitanti	1,9	1,6
Accessi al Pronto Soccorso per 1.000 abitanti	9,8	11,4
% riammessi entro 7 giorni	3,3	7,8
Dimessi da tutti i reparti per 10.000 abitanti	36,8	31,1
Prevalenza degli utenti trattati per 10.000 abitanti-Tasso STD	160,4	160,9
Nuovi utenti nell'anno per 10.000 abitanti-Tasso STD	40,8	68,9
Utenti presenti in strutture semi-residenziali per 10.000 abitanti	4,9	5,6
Utenti presenti in strutture residenziali per 10.000 abitanti	9,4	6,3
Numero trattati con antidepressivi per 1.000 abitanti - convenzionata	134,9	122,5
Numero trattati con antipsicotici per 1.000 abitanti - convenzionata	9,1	16,1
Numero trattati con Litio per 1.000 abitanti - convenzionata	1,6	1,8
Accessi erogati in strutture semiresidenziali per 10.000 abitanti	343	365,8
Prestazioni per utente in CSM	13	15,4

Fonte: Ministero della Salute-rapporto Salute Mentale anno 2016, analisi dati sistema informativo Salute Mentale SISM

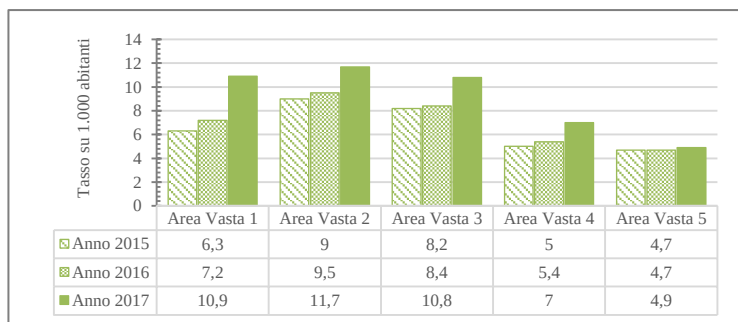
STRUTTURE RESIDENZIALI

Grafico 5.8 Numero Utenti in Strutture Residenziali (RSA, RP Anziani, Cure Intermedie, altre Strutt. Res.), Marche, 2015-17



La rete delle strutture Residenziali ha l'obiettivo di consentire alle persone che non possono essere assistite in casa (per le difficoltà della famiglia o per l'elevato livello assistenziale di cui hanno bisogno) di continuare a vivere il più possibile come fossero a casa loro. Nel 2017 si rilevano 13.258 utenti presso le strutture residenziali della Regione Marche, un incremento del 33,78% sul 2015 (9.910 utenti in strutture residenziali).

Grafico 5.9 Tasso su 1.000 abitanti Utenti popolazione adulta (≥18 anni) in strutture residenziali, Marche, anni 2015-17



Il Tasso su 1.000 abitanti degli Utenti popolazione adulta ≥18 anni, in strutture residenziali, variano dal 4,9/1000 nell' Area Vasta 5 (anno 2017) a 10,9/1000 nell' Area Vasta 1, un delta differenziale territoriale di 6 utenti su 1000.

Il Numero di Utenti in Strutture Residenziali Sanitarie Assistenziali (RSA) nella Regione Marche, risultano essere 2.957 (anno 2017), un delta negativo di -10% sul 2015 (3.286 utenti).

Grafico 5.10 Numero Utenti in RSA distribuzione territoriale, Marche, 2015-17

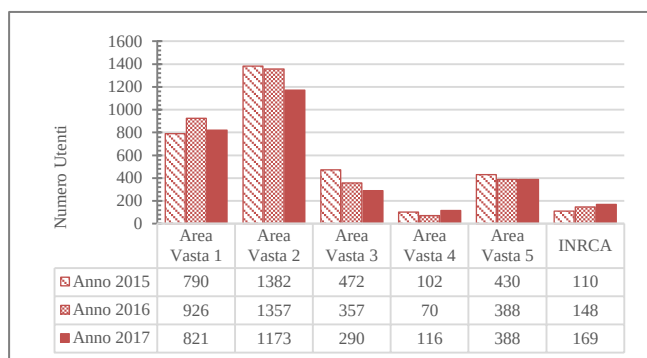
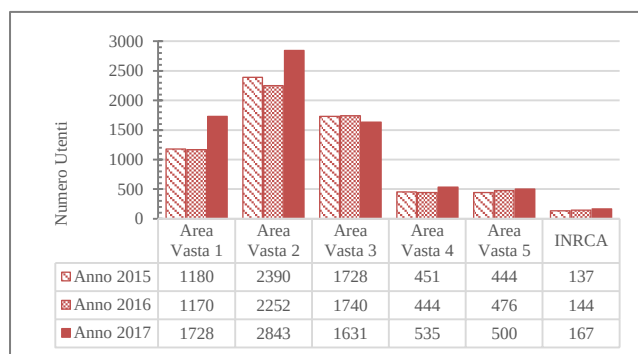
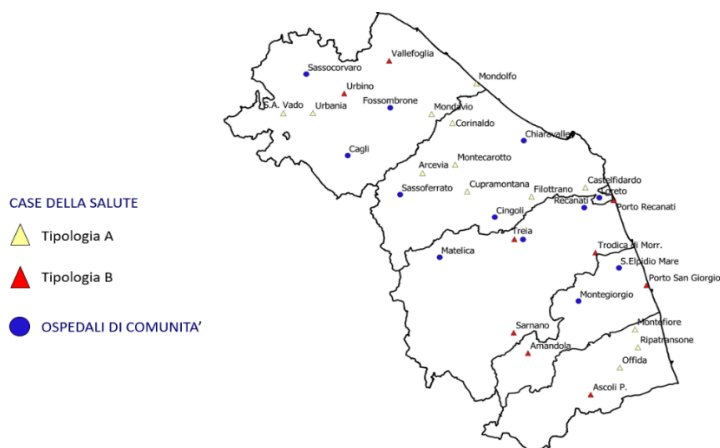


Grafico 5.11 Numero Utenti RP, Distribuzione territoriale, Marche, 2015-17



Il Numero di Utenti in Strutture Residenziali Protette Anziani (RP) nella Regione Marche, nel 2017 risultano essere 7.404, un incremento del 17% sul 2015 (6.330 utenti)

Mapa 5.12 Distribuzione tipologia di struttura (Casa della Salute: tipologia A e Tipologia B e Ospedale di Comunità), Marche, 2017



Numero di Ricoveri presso le Strutture Cure Intermedie / H di Comunità: nell'anno 2017 sono andate a regime le attività di ricovero presso le strutture di cure intermedie, che hanno fatto registrare un aumento più che significativo passando da n. 727 ricoveri dell'anno 2016 a n. 2.491 dell'anno 2017.

Grafico 5.13 Numero Ricoveri presso le strutture Cure Intermedie/H di Comunità, distribuzione territoriale, Regione Marche, 2015-17

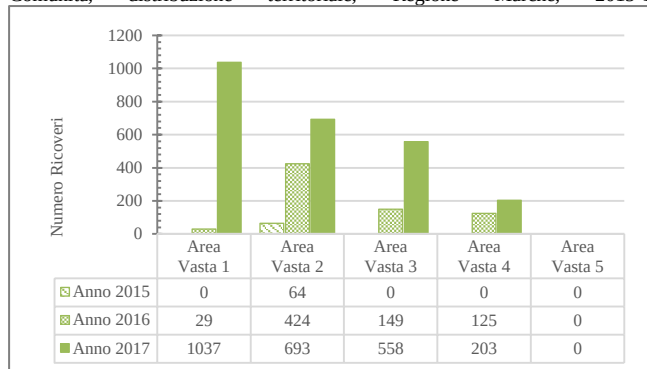
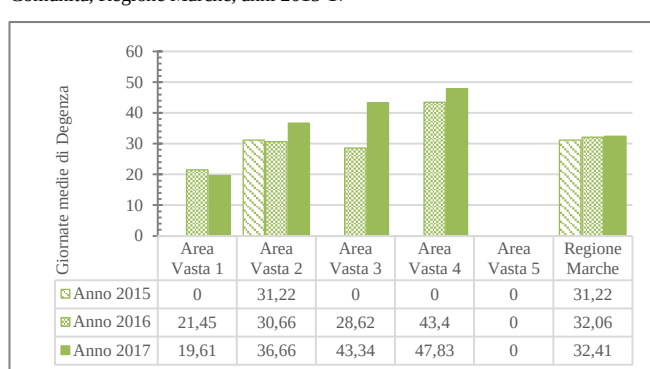


Grafico 5.14 Giornate medie di degenza presso le strutture Cure Intermedie/H di Comunità, Regione Marche, anni 2015-17



Il numero Giornate di degenza media presso le strutture di Cure Intermedie / H di Comunità, nella Regione Marche, nel 2017 risultano essere 32,41 (giornate degenza media), la distribuzione territoriale indica un'ampia variabilità dell'indicatore, da 19,61 Giorni medi di degenza Area Vasta 1 a 47,83 Area Vasta 4 (nessuna rilevazione Area Vasta 5).

Residenzialità e semi-residenzialità

Distribuzione per tipologia di interventi residenziali e semiresidenziali per le aree: sanitaria extraospedaliera, sociosanitaria e sociale. Nel monitoraggio all'01/03/2018 risultano essere 16.461 i posti autorizzati, le principali tipologie di intervento: il 60,63% utenza anziani (9.981), il 18,74% Disabilità (3.086) e il 7,86% Salute Mentale (1.295).

Tabella 5.3 Posti autorizzati al 01/03/18 Residenzialità e semi-residenzialità: sanitaria extraosped., socio-sanitaria, sociale, Marche Fonte: Osservatorio Regionale Politiche Sociali

Tipologia Intervento	A.V.1	A.V.2	A.V.3	A.V.4	A.V.5	Totale	Posti previsti DGR 1105/17
Anziani	2334	3786	1996	753	1112	9981	11466
Disabilità	766	905	760	345	310	3086	3712
Salute Mentale	428	351	216	159	141	1295	1982
Dipendenze	186	149	180	112	105	732	884
Adulti	235	310	174	61	90	870	1114
Minorenni	158	94	89	115	41	497	549
Totale complessivo	4107	5595	3415	1545	1799	16461	19707

Utenza Anziani

I Posti autorizzati per interventi utenza anziani si distribuiscono nelle seguenti tipologie, le principali in % sul totale: il 50,48% RPA – Residenza Protetta Anziani (5.039 posti), il 19,45% CR – Casa Riposo (1.942 posti) e il 12,32% RS2/RSA Anziani non autosufficienti (1.230 posti).

Tabella 5.4 Posti autorizzati al 01/03/18 Residenzialità e semi-residenzialità: sanitaria extraosped., socio-sanitaria, sociale, Marche

Tipologia Intervento, Utenza Anziani	A.V. 1	A.V. 2	A.V. 3	A.V. 4	A.V. 5	Totale	Posti previsti DGR 1105/17
CI - Cure Intermedie	30	60	92	40	-	222	551
RS2 - RSA per Anziani non autosufficienti	275	483	213	39	220	1230	1508
RPDEM - Residenza Protetta Demenze	106	176	50	10	75	417	860
RPA - Residenza Protetta Anziani	1215	2002	1010	388	424	5039	4952
CR - Casa Riposo	445	731	439	173	154	1942	2314
CA - Casa Albergo	52	42	28	-	100	222	227
CAA - Casa Alloggio per Anziani	15	12	35	24	6	92	108
CDD - Centro Diurno Demenze	69	90	10	20	-	189	399
CDA - Centro Diurno per Anziani	127	190	119	59	133	628	547
Totale Complessivo	2334	3786	1996	753	1112	9981	11466

Fonte: Osservatorio Regionale Politiche Sociali

Utenza Disabilità

I Posti autorizzati per interventi utenza Disabilità si distribuiscono nelle seguenti tipologie, le principali in % sul totale: il 42,06% CSER - Centro Diurno Socio Educativo Riabilitativo (1.298 posti) e il 13,25% PRF6 - Centro Diurno per Disabili psico-fisico-sensoriali (409 posti).

Tabella 5.5 Posti autorizzati al 01/03/18 Residenzialità e semi-residenzialità: sanitaria extraosped., socio-sanitaria, sociale, Marche

Tipologia Intervento, Utenza Disabilità	A.V. 1	A.V. 2	A.V. 3	A.V. 4	A.V. 5	Totale	Posti previsti DGR 1105/17
PRF1 - Residenze Sanitarie Riabilitazione (RSR) Intensiva	49	50	54	-	10	163	176
PRF4 - Unità Speciali Residenziali	10	96	48	-	-	154	306
PRF2 - Residenze Sanitarie Riabilitazione (RSR) Estensiva - RD1.2	19	61	232	30	32	374	378
PRF2 - Residenze Sanitarie Riabilitazione (RSR) Estensiva - RD1.3	-	-	-	4	-	4	54
PRF3 - Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) disabili	55	36	60	41	20	212	288
RPD - Residenza Protetta per Disabili	89	36	-	8	30	163	173
COSER - Comunità Socio Educativo Riabilitativa	57	136	45	8	51	297	355
CAD - Comunità Alloggio per Disabili	12	-	-	-	-	12	141
PRF6 - Centro Diurno per Disabili psico-fisico-sensoriali	85	103	144	70	7	409	441
CSER - Centro Diurno Socio Educativo Riabilitativo	390	387	177	184	160	1298	1400
Totale Complessivo	766	905	760	345	310	3086	3712

Fonte: Osservatorio Regionale Politiche Sociali

Utenza Salute Mentale

Tabella 5.6 Posti autorizzati al 01/03/18 Residenzialità e semi-residenzialità: sanitaria extraosped., socio-sanitaria, sociale, Marche

Tipologia Intervento, Utenza Salute Mentale	A.V. 1	A.V. 2	A.V. 3	A.V. 4	A.V. 5	Totale	Posti previsti DGR 1105/17
SRP1 - Strutture Residenziali Terapeutiche (SRT)	5	30	-	-	20	55	172
SRP5 - Modulo Sperimentale resid per pazienti adolescenti	20	-	20	-	-	40	65
SRP2 - Strutture Riabilitative Residenziali (SRR)	81	82	45	30	25	263	302
SRP3 - Comunità Protetta (CP)	85	104	60	60	30	339	721
SRP4 - Gruppo Appartamento	22	5	6	10	5	48	237
CADM - Comunità Alloggio per persone con disturbi mentali	120	39	12	8	6	185	
CD - Centro Diurno Psichiatrico	95	91	73	51	55	365	431
Semiresid per adolescenti con problemi psichiatrici SSRT-IA	-	-	-	-	-	0	54
Totale Complessivo	428	351	216	159	141	1295	1982

Fonte: Osservatorio Regionale Politiche Sociali

I Posti autorizzati per interventi utenza Salute Mentale si distribuiscono nelle seguenti tipologie, le principali in % sul totale: il 28,18%% CD - Centro Diurno Psichiatrico (365 posti); il 26,17% SRP3 - Comunità Protetta (CP) (339 posti) e il 20,3% SRP2 - Strutture Riabilitative Residenziali (SRR) (263 posti).

Utenza Dipendenze

Tabella 5.7 Posti autorizzati al 01/03/18 Residenzialità e semi-residenzialità: sanitaria extraosped., socio-sanitaria, sociale, Marche

Tipologia Intervento, Utenza Dipendenze	A.V. 1	A.V. 2	A.V. 3	A.V. 4	A.V. 5	Totale	Posti previsti DGR 1105/17
STD1A - Strutture Riabilitazione Tossicodipendenti (Comorbidità Psic)	-	-	20	-	19	39	59
STD2B - Strutture Riabilitazione Tossicodipendenti, Genitori-Bambini	11	-	-	-	-	11	26
STD1C - Strutture Riabilitazione per Tossicodipendenti-minorenni	-	-	-	-	13	13	72
STD2 - Strutture Riabilitazione per Tossicodipendenti	-	-	-	20	-	20	432
STD3 - Strutt. Riab.ne Toss. - Cat - Comunità alloggio per ex Toss.	133	106	118	78	65	500	25
STD4 Gruppo Appartamento	20	-	-	6	-	26	107
CDT - Centro Diurno per Tossicodipendenti	22	43	42	8	8	123	163
Totale Complessivo	186	149	180	112	105	732	884

Fonte: Osservatorio Regionale Politiche Sociali

I Posti autorizzati per interventi sull'utenza Dipendenze si distribuiscono nelle seguenti tipologie, le principali in %: il 68,3% Struttura Riabilitazione Tossicodipendenti Cat - Comunità alloggio per ex Toss. (500 posti) e il 16,8% Centro Diurno Tossicodipendenti (123 posti).

Utenza Adulti

Tabella 5.8 Posti autorizzati al 01/03/18 Residenzialità e semi-residenzialità: sanitaria extraosped., socio-sanitaria, sociale, Marche

Tipologia Intervento, Utenza Adulti	A.V. 1	A.V. 2	A.V. 3	A.V. 4	A.V. 5	Totale	Posti previsti DGR 1105/17
CRCP - Hospice	10	18	20	10	0	58	123
RC - Residenze Collettive o case alloggio per malati AIDS	10	10	-	-	-	20	31
CPAA - Centro di Pronta Accoglienza per Adulti	44	134	40	15	32	265	322
AS - Alloggi Sociali per Adulti in Difficoltà	30	37	26	10	11	114	215
CADED - Centro di Accoglienza per ex-detenuti	28	9	-	-	-	37	56
CADV - Casa accoglienza per Donne, anche con figli, vittime di violenza o sfruttamento sessuale	13	28	25	10	34	110	107
CAGM - Comunità Alloggio gestanti/madri anche con figlio carico	44	58	25	16	13	156	129
CF - Casa famiglia	14	-	22	-	-	36	43
CFA - Comunità Familiare per Adulti	42	16	16	-	-	74	56
Totale Complessivo	235	310	174	61	90	870	1114

Fonte: Osservatorio Regionale Politiche Sociali

I Posti autorizzati per interventi utenza Adulti si distribuiscono nelle seguenti tipologie, le principali in %: il 30,5% Centro di Pronta Accoglienza per Adulti (265 posti) e il 17,9% Comunità Alloggio gestanti/madri anche con figlio carico (156 posti).

Utenza Minorenni

Tabella 5.9 Posti autorizzati al 01/03/18 Residenzialità e semi-residenzialità: sanitaria extraosped., socio-sanitaria, sociale, Marche

Tipologia Intervento, Utenza Minorenni	A.V. 1	A.V. 2	A.V. 3	A.V. 4	A.V. 5	Totale	Posti previsti DGR 1105/17
CPAM - Comunità di Pronto Accoglienza per Minori	-	-	-	-	-	0	22
CEM - Comunità Educativa	155	77	77	98	41	448	430
CFM - Comunità Familiare per Minori	3	17	12	8	-	40	54
CAAD - Comunità Alloggio per Adolescenti	-	-	-	9	-	9	43
Totale Complessivo	158	94	89	115	41	497	549

I Posti autorizzati per interventi utenza Minorenni si distribuiscono nelle seguenti tipologie, le principali in %: il 90,14% CEM - Comunità Educativa (448 posti) e l'8,04% CFM - Comunità Familiare per Minori (40 posti).

Consultori

I Consultori familiari operano essenzialmente su quattro Aree di Intervento con i relativi Percorsi Assistenziali: Nascita-Infanzia; Adolescenza; Salute Donna e Benessere Coppia-Famiglia-Sessualità (Tutela Minori - rapporto con organi giudiziari, Utenza Spontanea). Si evidenzia l'incremento di attività tra il 2016 e il 2017 relativamente alla presa in carico e ai controlli post IVG (da 600 a 649).

Grafico 5.15 Numero Consultori presenti (sedi principali e periferiche), distribuzione per territorio, Marche anno 2017

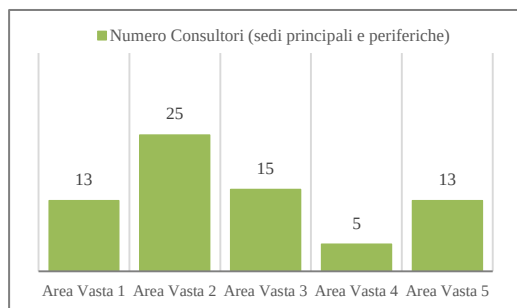


Tabella 5.10 Consultori - Attività per I.V.G.

Area Vasta	N. Consultori (sedi principali e periferiche)	Colloqui IVG		Certificazioni IVG		Controlli post IVG		n° Ginecologi con contratto a tempo indeterminato o determinato o altra tipologia							
								Totale				di cui obiettori			
								n° Unità	FTE	n° Unità	FTE	n° Unità	FTE	n° Unità	FTE
		2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Area Vasta 1	13	224	172	224	172	65	64	10	3,7	10	3,7	2	0,4	2	0,4
Area Vasta 2	25	472	519	438	468	353	416	23	8,3	26	10,8	8	2,8	8	3,1
Area Vasta 3	15	387	376	350	371	117	104	6	1,2	6	1,2	0	0	0	0
Area Vasta 4	5	0	0	0	0	0	0	5	1	5	1	5	1	5	1
Area Vasta 5	13	153	103	95	58	65	65	1	1	2	1	0	0	0	0
Totale	71	1236	1170	1107	1069	600	649	45	15,2	49	17,7	15	4,2	15	4,5

Sperimentazione RU 486 (dal 2016) – Nel periodo della sperimentazione (30/8/2016-28/2/2017), sono state effettuate 23 IVG farmacologiche, alle quali vanno aggiunte altre 7 praticate nel mese di marzo 2017, per un totale di 30 IVG al 31.03.2017.

ASSISTENZA FARMACEUTICA

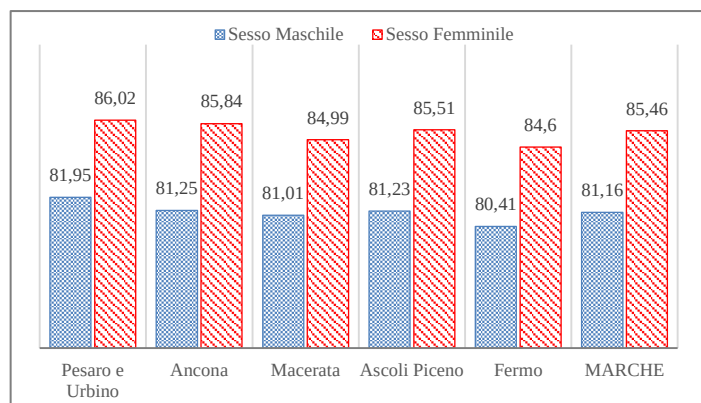
Tabella 5.11 Andamento spesa farmaceutica 2016-2017

Spesa farmaceutica*	2016	2017	Diff. 2017/2016	Δ %
Convenzionata	€ 229.734.846	€ 231.785.169	€ 2.050.323	0,89
Acquisti diretti (ospedaliera e distribuzione diretta)	€ 264.535.586	€ 271.187.379	€ 6.651.793	2,51
TOTALE**	€ 494.270.432	€ 502.972.548	€ 8.702.116	1,76
*Fonte: AIFA spesa al netto dei pay back				
** di cui per esenzione T16 per terremoto				
	1.296.849	6.765.016		

Per la spesa farmaceutica degli anni 2016 e 2017, a fronte del tetto di spesa complessivo fissato per ciascuna regione dal livello nazionale al 14,85% del FSR, la Regione Marche ha registrato nel 2016 un +2,38% (+68,3 mln) e nel 2017 un +2,44% (+71,0 mln), in entrambi i casi essenzialmente da attribuire alla spesa sostenuta in ambito ospedaliero. In particolare nel 2017, la spesa per la farmaceutica convenzionata è risultata sostanzialmente allineata allo standard, in quanto a fronte del tetto pari a 7,96%, lo scostamento è stato pari a +0,01%, mentre per gli acquisti diretti (ospedaliera e distribuzione diretta), rispetto al tetto del 6,89%, la spesa regionale ha avuto una incidenza sul FSR pari a 9,32%, registrando quindi un +2,44%.

LO STATO DI SALUTE

Grafico 6.1 Speranza di vita alla nascita, distribuzione Territoriale e di Genere, Regione Marche, anno 2017



La speranza di vita alla nascita rappresenta il numero medio degli anni di vita vissuti in un determinato territorio e periodo temporale. I dati ISTAT rilevazione anno 2017, indicano nella Regione Marche una speranza di vita alla nascita di 85,5 anni nel sesso femminile e 81,1 anni nel sesso maschile. La distribuzione territoriale della speranza di vita alla nascita, inserisce la Regione Marche nelle prime regioni Italiane per età media di vita, sia nel sesso Maschile (81,1 anni) e sia nel sesso Femminile (85,5 anni). La mortalità precoce (entro i 74 anni) è da considerare evitabile quando dovuta da fattori modificabili: stili di vita, adesione a interventi di prevenzione, qualità ed efficacia dell'assistenza sanitaria.

Grafico 6.2 Speranza di vita alla nascita, distribuzione Territoriale (Ita) e di Genere, anno 2017 - Fonte: Istituto S. Anna di Pisa

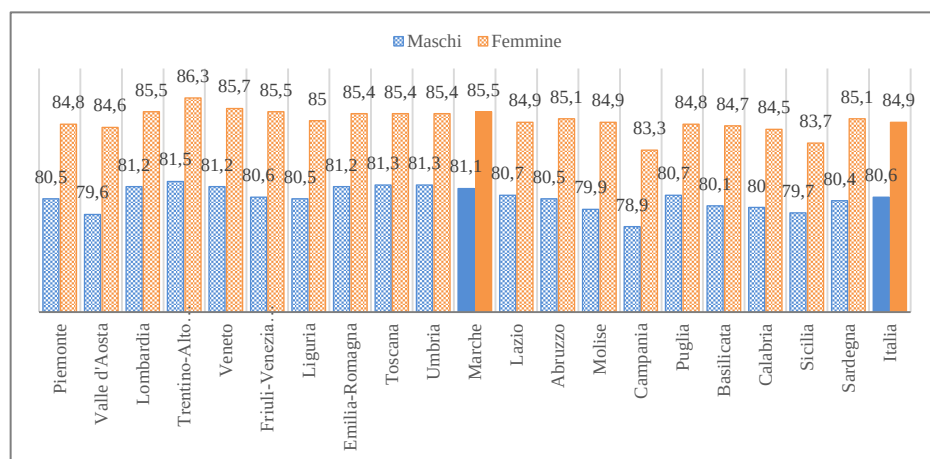


Tabella 6.1 Mortalità evitabile (prime 3 Regioni), distribuzione per Regione e di Genere, anno 2017

Regione	Maschi
1° Trentino	20,79
2° Marche	20,87
3° Emilia-Romagna	21,06

Regione	Femmine
1° Trentino	11,44
2° Veneto	11,75
3° Marche	11,95

È quindi evitabile la mortalità per quelle cause alle quali è associato un rischio di morte che può essere ridotto, o addirittura azzerato, con l'adozione di stili di vita sani e raggiungendo buoni livelli di intervento pubblico, dalla prevenzione alla cura e riabilitazione.

LE PRINCIPALI CAUSE DI MORTE

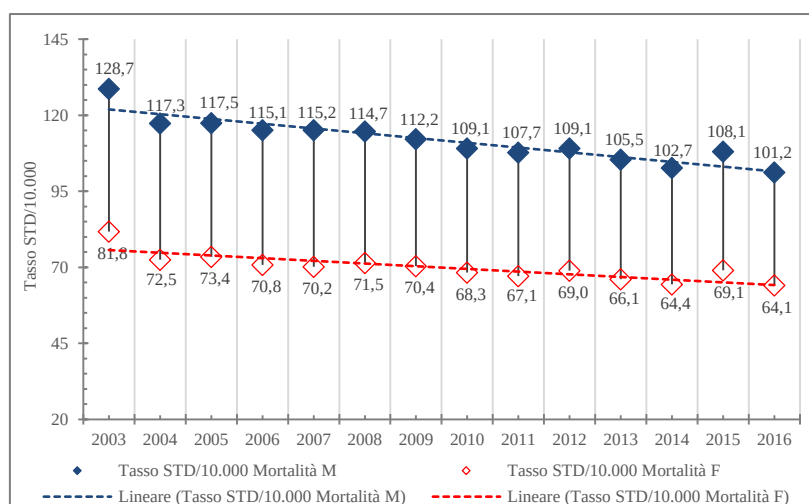
La mortalità è uno degli indicatori di carattere epidemiologico più solidi e rappresentativi dello stato di salute di un determinato territorio. La mortalità Generale nella Regione Marche nel 2003 rilevava un totale di 16.472 decessi, nel 2016 17.237, considerando l'aumento della popolazione ≥ 65 anni il Tasso STD/10.000 di Mortalità Generale è passato da 101,66/10.000 nel 2003 a 79,4/10.000 nel 2016.

Tabella 6.2 Mortalità Generale M+F, Numero e Tasso STD/10.000, territori Regione Marche, serie storica 2010-2016

Anni	Pesaro e Urbino		Ancona		Macerata		Fermo		Ascoli Piceno	
	Numero	T. STD 10.000	Numero	T. STD 10.000	Numero	T. STD 10.000	Numero	T. STD 10.000	Numero	T. STD 10.000
2010	3570	83,41	4978	84,11	3483	86,39	1929	89,69	2107	83,24
2011	3707	83,71	5036	82,8	3568	85,6	1770	79,96	2263	86,56
2012	3844	85,62	5294	85,56	3799	88,88	1858	81,85	2206	82,02
2013	3801	83,44	5187	81,73	3575	82,5	1868	80,35	2217	80,61
2014	3654	78,42	5215	80,08	3636	81,77	1932	80,36	2246	79,06
2015	3961	82,93	5582	84,51	3888	85,06	2161	87,85	2513	86,61
2016	3850	78,76	5292	78,25	3659	79,25	2011	80,35	2425	82,57

Fonte ISTAT: dati.istat/index.aspx

Grafico 6.3 Tasso STD/10.000 Mortalità Generale, distribuzione di genere, Regione Marche, serie storica anni 2003-2016



Il continuo processo di invecchiamento della popolazione ha modificato nel tempo la struttura della mortalità per causa ed età. Il decesso, sempre meno probabile in gioventù e in età adulta, è un evento che va progressivamente spostandosi verso età più elevate (il 49% di tutti i decessi nel 2016 è avvenuto tra i 65 e gli 84 anni e il 37% dopo gli 85 anni). In questo scenario, le malattie cronico degenerative, legate al tempo di esposizione e al processo di invecchiamento dell'organismo, si confermano principali cause di morte, con un contributo ben più elevato di tutte le altre cause di decesso: le malattie del sistema circolatorio e i tumori rappresentano, ormai da anni, le prime due più frequenti cause di morte, responsabili nel 2016 di ben circa 7 decessi su 10 (11.222 su 17.237 decessi totali)

Fonte ISTAT: dati.istat/index.aspx

Tabella 6.3 Causa iniziale di Morte, Mortalità Proporzionale (European Short list, macro), Regione Marche, anno 2016

Causa Iniziale di Morte - European Short List (Macro)	Maschi		Femmine		Totale	
	Numero	%	Numero	%	Numero	%
Malattie del sistema circolatorio	2843	33,97%	3646	40,57%	6489	37,39%
Tumori	2666	31,86%	2067	23,00%	4733	27,27%
Malattie del sistema respiratorio	702	8,39%	564	6,28%	1266	7,29%
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	409	4,89%	537	5,98%	946	5,45%
Cause esterne di traumatismo e avvelenamento	429	5,13%	336	3,74%	765	4,41%
Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	317	3,79%	415	4,62%	732	4,22%
Malattie dell'apparato digerente	326	3,90%	337	3,75%	663	3,82%
Disturbi psichici e comportamentali	226	2,70%	420	4,67%	646	3,72%
Alcune malattie infettive e parassitarie	171	2,04%	212	2,36%	383	2,21%
Malattie dell'apparato genitourinario	122	1,46%	168	1,87%	290	1,67%
Sintomi, segni, risultati anomali e cause mal definite	74	0,88%	147	1,64%	221	1,27%
Altro	83	0,99%	138	1,54%	221	1,27%
Totale	8368	100,00%	8987	100,00%	17237	100,00%

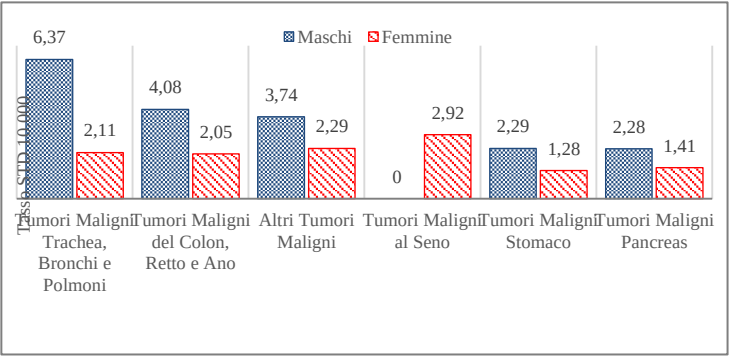
Fonte ISTAT: dati.istat/index.aspx

Grafico 6.4 Numero e Tasso/10.000 Mortalità per tutti i Tumori M+F, territori Regione Marche, anni 2014-2016

Territorio Regione Marche	2014		2015		2016	
	Numero Decessi	Tasso 10.000	Numero Decessi	Tasso 10.000	Numero Decessi	Tasso 10.000
Pesaro-Urbino	1098	30,18	1138	31,4	1095	30,32
Ancona	1471	30,74	1461	30,63	1511	31,8
Macerata	986	30,66	950	29,59	963	30,13
Fermo	531	30,1	524	29,77	541	30,87
Ascoli Piceno	615	29,08	613	29,1	626	29,84

Fonte ISTAT: dati.istat/index.aspx

Grafico 6.5 Tasso STD/10.000 Mortalità principali Tumori Maschi e Femmine, Regione Marche, anno 2016



I dati dell’Istituto nazionale di statistica (ISTAT) indicano per il 2016 nella Regione Marche 4.733 decessi attribuibili a Tumore. I Tumori sono la seconda causa di morte (il 27,27% di tutti i decessi), dopo le Malattie del Sistema Circolatorio (37,39%). Negli uomini, Tumori e Malattie Sistema Circolatorio causano approssimativamente lo stesso numero di decessi (2.666 Tumori e 2.843 Malattie Sistema Circolatorio), mentre nelle donne il peso delle Malattie Sistema Circolatorio è più rilevante rispetto alle Neoplasie (3.646 Malattie Sistema Circolatorio e 2.067 Tumori)

Grafico 6.6 Numero e Tasso/10.000 Mortalità Malattie Sistema Circolatorio M+F, Territori Regione Marche, anni 2014-2016

Territorio Regione Marche	2014		2015		2016	
	Numero Decessi	Tasso 10.000	Numero Decessi	Tasso 10.000	Numero Decessi	Tasso 10.000
Pesaro-Urbino	1312	36,06	1454	40,12	1442	39,93
Ancona	2000	41,79	2092	43,85	1849	38,91
Macerata	1348	41,91	1501	46,74	1403	43,9
Fermo	774	43,88	899	51,08	840	47,94
Ascoli Piceno	826	39,05	960	45,57	921	43,91

Fonte ISTAT: dati.istat/index.aspx

I dati sulla Mortalità per Malattie del Sistema Circolatorio indicano per il 2016 nella Regione Marche 6.455 decessi, 3.616 soggetti di sesso femminile (il 56,2%) e 2.828 Maschile. I Malattie del Sistema Circolatorio sono la Prima Causa di Morte e rappresentano il 37,39% di tutte le cause. Il Tasso STD : 10.000 abitanti, indica nel sesso Maschile un Tasso STD 34,98/10.000 e nel sesso femminile 28,32/10.000.

ANALISI DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA (SDO)

L’assistenza ospedaliera e la dotazione di posti letto ospedalieri è andata consolidandosi nel corso del 2017, di seguito al percorso di ridefinizione che si è concluso con l’emanazione della DGR n.2/2018.

Tabella 6.6 Assistenza Ospedaliera, dotazione posti letto (DGR 2/2018 e DGR 639/2018), Regione Marche

ACUTI	Territorio	Attuale	Tasso PL/1000 ab. ATTUALE	NEW	Tasso PL/1000 ab. NEW	Δ	Δ Tasso PL/1000 ab
	Area Vasta 1	798	2,17	848	2,31	50	0,14
	Area Vasta 2	1831	3,66	1831	3,66	0	0
	Area Vasta 3	772	2,45	782	2,48	10	0,03
	Area Vasta 4	386	2,14	416	2,31	30	0,17
	Area Vasta 5	673	3,12	673	3,12	0	0
	Regione Marche	4460	2,82	4550	2,88	90	0,06
POST-ACUTI	Territorio	Attuale	Tasso PL/1000 ab. ATTUALE	NEW	Tasso PL/1000 ab. NEW	Δ	Δ Tasso PL/1000 ab
	Area Vasta 1	87	0,24	117	0,32	30	0,08
	Area Vasta 2	309	0,62	329	0,66	20	0,04
	Area Vasta 3	164	0,52	164	0,52	0	0
	Area Vasta 4	64	0,35	64	0,35	0	0
	Area Vasta 5	120	0,56	120	0,56	0	0
	Regione Marche	744	0,47	794	0,5	50	0,03

TOTALE	Territorio	Attuale	Tasso PL/1000 ab. ATTUALE	NEW	Tasso PL/1000 ab. NEW	Δ	Δ Tasso PL/1000 ab
	Area Vasta 1	1010	2,75	1090	2,97	80	0,22
	Area Vasta 2	2193	4,38	2213	4,42	20	0,04
	Area Vasta 3	1185	3,76	1195	3,79	10	0,03
	Area Vasta 4	502	2,78	532	2,95	30	0,17
	Area Vasta 5	812	3,76	812	3,76	0	0
	Regione Marche	5702	3,61	5842	3,7	140	0,09

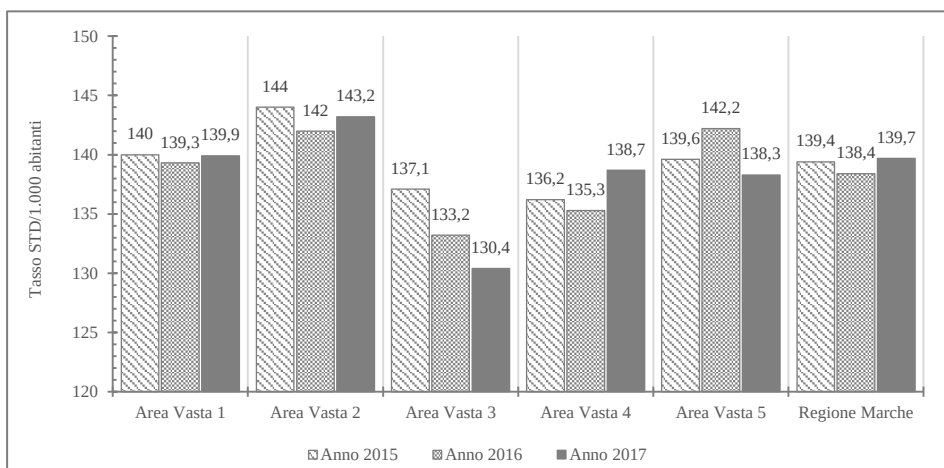
Il flusso informativo delle Schede di Dimissione Ospedaliera (flusso SDO) è lo strumento di raccolta delle informazioni relative a tutti gli episodi di ricovero erogati nelle strutture ospedaliere pubbliche e private presenti nel territorio regionale.

Tabella 6.7 Distribuzione dei ricoveri per tipologia di struttura, peso medio RO e Tasso Utilizzo posti letto RO, anni 2015-17 e Δ % variazione

Tipo Strutture	Anno 2015			Anno 2016			Anno 2017			Δ % numero ricoveri		
	Numero Ricoveri	Peso medio RO*	Tasso Utilizzo Posti letto RO*	Numero Ricoveri	Peso medio RO*	Tasso Utilizzo Posti letto RO*	Numero Ricoveri	Peso medio RO*	Tasso Utilizzo Posti letto RO*	2016 2015	2017 2016	2017 2015
Totale Strutture Pubbliche**	194486	1,12	77%	194711	1,13	79%	198423	1,16	82%	0,1	1,9	2
Totale Strutture Private	28280	1,07	68%	28170	1,07	76%	30044	1,13	76%	-0,4	6,7	6,2
Totale Regione	222766	1,11	75%	222881	1,12	79%	228467	1,16	81%	0,1	2,5	2,6

*Regime Ordinario; **Strutture erogatrici presenti nel 2017

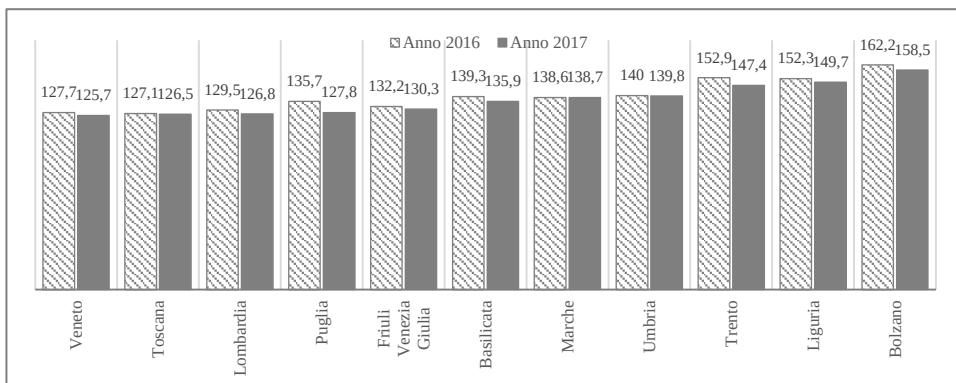
Grafico 6.7 Tasso STD/1.000 Ospedalizzazioni, distribuzione azienda sanitaria residenza, Regione Marche, anni 2015-2017



L'analisi del Tasso Standardizzato di Dimissione Ospedaliera nella Regione Marche nel 2017 indica un Tasso di 139,7/1000 con un delta 2016/2017 di +1,3 ospedalizzazioni su 1000, ampiamente al di sotto dello standard nazionale di 160 per mille.

Fonte Salute.gov.it/portale/Documentazione: allegato tavole rapporto SDO 2016

Grafico 6.8 Tasso STD Ospedalizzazioni su 1.000, distribuzione Territoriale (Ita), anni 2016-2017



La distribuzione Territoriale nella valutazione Istituto S. Anna (rilevazione 2018 con correzione dei pesi) inserisce la Regione Marche nella fascia di valutazione "Ottima, punteggio 5 su 5" con un Tasso STD/1000 inferiore a 139.

Fonte: Laboratorio di Management e Sanità Istituto S. Anna di Pisa - 2018

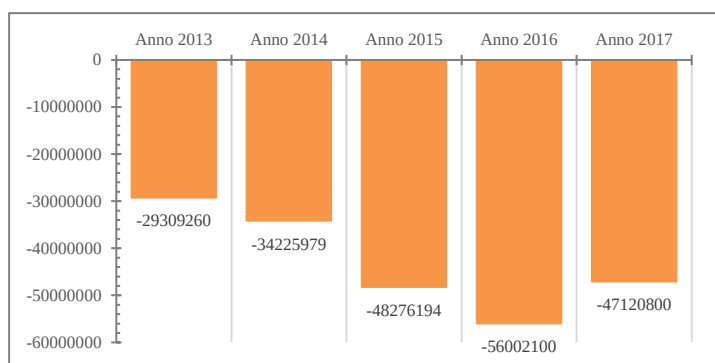
MOBILITA' SANITARIA E OSPEDALIERA

I dati di mobilità attiva e passiva mettono un saldo di mobilità per l'anno 2017 in miglioramento rispetto agli anni precedenti per effetto dell'aumento della mobilità attiva e un generale contenimento della mobilità passiva.

Tabella 6.8 Mobilità Ospedaliera, Attiva, Passiva e Saldo in (€), tipologia di assistenza, Regione Marche, anni 2015-2017*Dati Provvisori; **Valore dei ricoveri

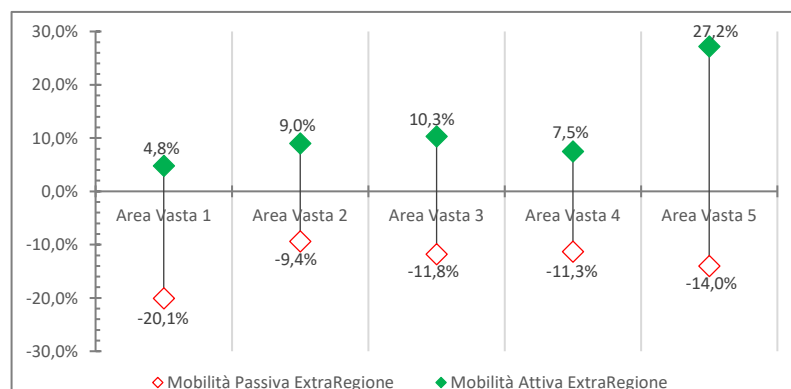
Tipologia Assistenza	Anno 2015			Anno 2017			Anno 2017		
	Mobilità Attiva (€)	Mobilità Passiva (€)	Δ Saldo (€)	Mobilità Attiva (€)	Mobilità Passiva (€)	Δ Saldo (€)	Mobilità Attiva (€)	Mobilità Passiva (€)	Δ Saldo (€)
Ospedaliera**	81327442	121870649	-40543207	80732460	127374211	-46641751	91305450	124372783	-33067333
Totale	105567244	153843438	-48276194	105407028	161409128	-56002100	115905086	163025886	-47120800

Grafico 6.9 Andamento del Saldo Mobilità (attiva/passiva) in (€), Regione Marche, anni 2013-2017



I volumi in euro di Mobilità Passiva Extraregionale individuano nella disciplina Ortopedia/traumatologia la principale dimissione ospedaliera nel flusso di mobilità passiva della regione Marche con il 24,7% sul totale, seguito dalla Chirurgia Generale con il 10,7% del totale e dalla Rieducazione funzionale con il 10,3% sul totale.

Grafico 6.10 Mobilità Attiva e Passiva Extraregione, distribuzione per territorio, Regione Marche, anno 2017



I dati in Percentuale della Mobilità Ospedaliera Interregionale, indicano nella Regione Marche una Mobilità Passiva del 13,4% e una Mobilità Attiva del 10,8%, un delta Passiva/Attiva di 2,6 punti percentuali. I dati di mobilità attiva e passiva nella distribuzione territoriale, indicano un'elevata variabilità della mobilità, nella mobilità attiva un delta di 22,4 punti percentuali (4,8% Area Vasta 1 e 27,2% Area Vasta 5), nella mobilità passiva un delta di 10,6 punti percentuali (20,4% Area Vasta 1 e 9,4% Area Vasta 2).

Tabella 6.9 Mobilità Passiva extraregionale, Disciplina Dimissione e Tipologia Erogatore (Pubblico/Privato) Marche, 2015-16

Disciplina di Dimissione	Pubblico-Privato	Totale		% sul Totale 2015		Δ 2015-2016	
		Valori 2015	Valori 2016	2015	2016	Valore	%
36 - Ortopedia-Traumatologia	Privato	21950040	22682564	25,20%	24,70%	732524	3,30%
	Pubblico	8771754	8783018			11264	0,10%
	Tot. Parziale	30721794	31465582			743788	2,40%
09 - Chirurgia Generale	Privato	5286271	5593932	10,60%	10,70%	307661	5,80%
	Pubblico	7627544	8050547			423003	5,50%
	Tot. Parziale	12913815	13644479			730664	5,70%
56 - Rieducazione Funzionale	Privato	10422523	11529511	9,90%	10,30%	1106987	10,60%
	Pubblico	1615143	1534035			-81109	-5,00%
	Tot. Parziale	12037666	13063546			1025878	8,50%
08 - Cardiologia	Privato	4820792	5579671	6,40%	6,90%	758879	15,70%
	Pubblico	3025598	3148564			122967	4,10%
	Tot. Parziale	7846390	8728235			881846	11,20%

07 - Cardiocirurgia	Privato	2799516	4837059	3,50%	5,20%	2037543	72,80%
	Pubblico	1458179	1750580			292401	20,10%
	Tot. Parziale	4257695	6587639			2329944	54,70%
30 - Neurologia	Privato	2080894	2520138	3,70%	3,90%	439244	21,10%
	Pubblico	2441961	2429915			-12046	-0,50%
	Tot. Parziale	4522855	4950053			427198	9,40%
43 - Urologia	Privato	1432464	1684223	3,50%	3,60%	251759	17,60%
	Pubblico	2799399	2923832			124433	4,40%
	Tot. Parziale	4231863	4608055			376192	8,90%
37 - Ostetricia Ginecologia	Privato	1139340	1186052	3,40%	3,40%	46712	4,10%
	Pubblico	3062439	3123264			60825	2,00%
	Tot. Parziale	4201779	4309316			107537	2,60%
26 - Medicina Generale	Privato	873083	792741	3,30%	3,00%	-80342	-9,20%
	Pubblico	3107665	2976977			-130688	-4,20%
	Tot. Parziale	3980748	3769718			-211030	-5,30%
64 - Oncologia	Privato	1108507	1062544	2,50%	2,90%	-45963	-4,10%
	Pubblico	1909258	2627559			718301	37,60%
	Tot. Parziale	3017765	3690103			672338	22,30%
Totale		87732370	94816726	72,00%	74,60%	7084355	8,10%

Area Vasta n.1

Tabella 6.10 Ricoveri Ospedalieri Area Vasta 1; anno 2017

Residenti AV1	Numero	%	Euro	%
Ricoveri In Area Vasta n.1	39.093	70,45%	119.599.085	64,50%
Flusso Intra Regionale	5.229	9,42%	22.085.941	11,91%
Mobilità Passiva	11.172	20,13%	43.747.519	23,59%
Totale Residenti	55.494	100,00%	185.432.545	100,00%

Valutazione mobilità Area Vasta n.1 anno 2017, residenti ricoverati in AV1 39.093 (il 70,45%), residenti ricoverati flusso intra-regione 5.229 (il 9,42%), residenti ricoverati extra-Regione “mobilità Passiva” 11.172 (il 20,13%).

Grafico 6.11 Ricoveri Ospedalieri Area Vasta 1 anno 2017

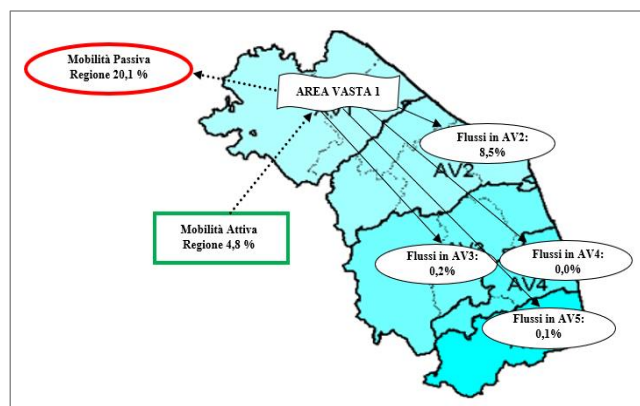


Tabella 6.11 Ricoveri Ospedalieri Area Vasta 1; distribuzione per tipologia di ricovero e DRG, anno 2017

Tipologia	DGR - descrizione	Numero
Ricoveri in Area Vasta 1	127 - Insufficienza Cardiaca e Shock	1743
	410 - Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	1726
	373 - Parto vaginale senza diagnosi complicanti	1327
Flusso Intra Regionale	410 - Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	125
	105 - Interventi valvole cardiache e altri interventi maggiori cardioracici senza cateterismo cardiaco	114
	373 - Parto vaginale senza diagnosi complicanti	107
Mobilità Passiva	544 - Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	633
	503 - Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezioni	610
	359 - Interventi su Utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	367

Area Vasta n.2

Tabella 6.12 Ricoveri Ospedalieri Area Vasta 2; anno 2017

Residenti AV2	Numero	%	Euro	%
Ricoveri In Area Vasta n.2	64.823	84,19%	218.944.697	82,94%
Flusso Intra Regionale	4.949	6,43%	16.248.082	6,16%
Mobilità Passiva	7.225	9,38%	28.783.451	10,90%
Totale Residenti	76.997	100,00%	263.976.230	100,00%

Monitoraggio Mobilità Area Vasta n.2 anno 2017: residenti ricoverati in AV2 64.842 (l'84,19%), residenti ricoverati flusso intra-regione 4.949 (il 6,16%), residenti ricoverati extra-Regione "mobilità Passiva" 7.225 (il 9,38%).

Grafico 6.12 Ricoveri Ospedalieri Area Vasta 2 anno 2017

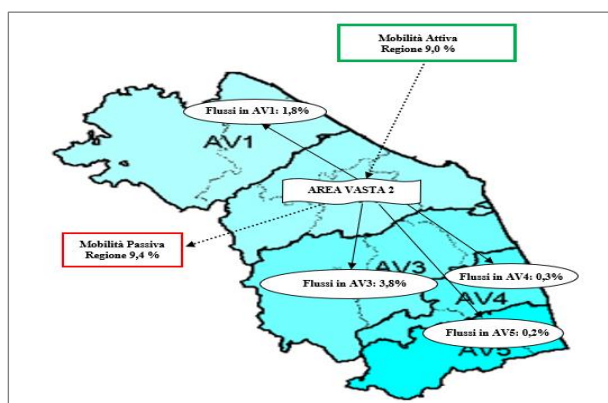


Tabella 6.13 Ricoveri Ospedalieri Area Vasta 2; distribuzione per tipologia di ricovero e DRG, anno 2017

Tipologia	DGR - descrizione	Numero
Ricoveri in Area Vasta 2	410 - Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	2.481
	127 - Insufficienza Cardiaca Shock	2.259
	373 - Parto vaginale senza diagnosi complicanti	1.752
Flusso Intra Regionale	410 - Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	276
	55 - Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	188
	224 - Interventi spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su artic. Senza CC	160
Mobilità Passiva	544 - Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	417
	503 - Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezioni	416
	225 - Interventi su Piede	237

Area Vasta n.3

Tabella 6.14 Ricoveri Ospedalieri Area Vasta 3; anno 2017

Residenti AV3	Numero	%	Euro	%
Ricoveri In Area Vasta n.3	28.592	66,04%	90.639.645	60,53%
Flusso Intra Regionale	9.578	22,12%	37.778.896	25,23%
Mobilità Passiva	5.127	11,84%	21.312.526	14,23%
Totale Residenti	43.297	100,00%	149.731.067	100,00%

Monitoraggio mobilità Area Vasta n.3 anno 2017: residenti ricoverati in AV3 28.592 (il 66,04%), residenti ricoverati flusso intra-regione 9.578 (il 22,12%), residenti ricoverati extra-Regione "mobilità Passiva" 5.127 (l'11,48%).

Grafico 6.13 Ricoveri Ospedalieri Area Vasta 3 anno 2017

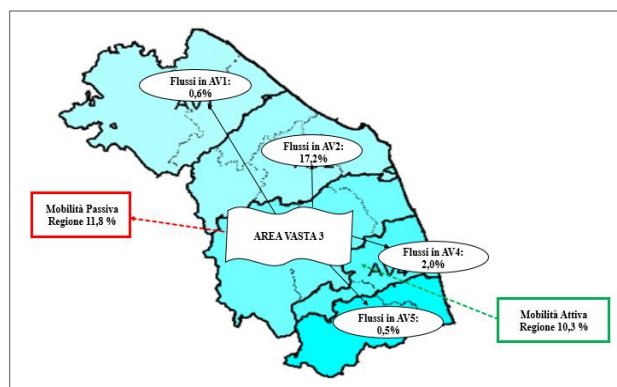


Tabella 6.15 Ricoveri Ospedalieri Area Vasta 3; distribuzione per tipologia di ricovero e DRG, anno 2017

Tipologia	DGR - descrizione	Numero
Ricoveri in Area Vasta 3	410 - Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	1.432
	373 - Parto vaginale senza diagnosi complicanti	1.017
	127 - Insufficienza Cardiaca Shock	848
Flusso Intra Regionale	410 - Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	296
	359 - Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	270
	373 - Parto vaginale senza diagnosi complicanti	227
Mobilità Passiva	544 - Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	285
	503 - Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezioni	230
	256 - Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	142

Area Vasta n.4

Tabella 6.16 Ricoveri Ospedalieri Area Vasta 4; anno 2017

Residenti AV4	Numero	%	Euro	%
Ricoveri In Area Vasta n.4	14.027	54,30%	44.550.049	49,20%
Flusso Intra Regionale	8.878	34,37%	33.089.057	36,55%
Mobilità Passiva	2.926	11,33%	12.902.597	14,25%
Totale Residenti	25.831	100,00%	90.541.703	100,00%

Monitoraggio mobilità Area Vasta n.4 anno 2017: residenti ricoverati in AV4 14.027 (il 54,30%), residenti ricoverati flusso intra-regione 8.878 (il 34,37%), residenti ricoverati extra-Regione “mobilità Passiva” 2.926 (l’11,33%).

Grafico 6.14 Ricoveri Ospedalieri Area Vasta 4 anno 2017

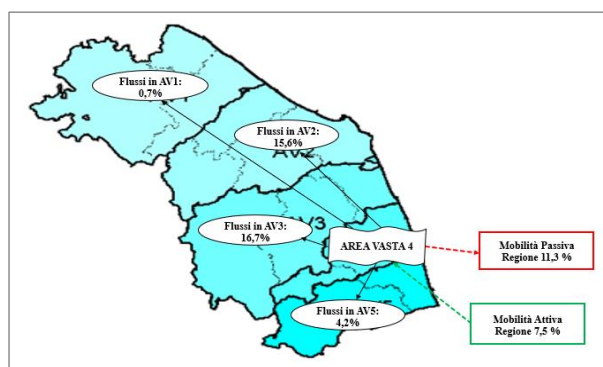


Tabella 6.17 Ricoveri Ospedalieri Area Vasta 4; distribuzione per tipologia di ricovero e DRG, anno 2017

Tipologia	DGR - descrizione	Numero
Ricoveri in Area Vasta 4	410 - Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	834
	430 - Psicosi	461
	373 - Parto vaginale senza diagnosi complicanti	449
Flusso Intra Regionale	410 - Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	525
	381 - Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	213
	373 - Parto vaginale senza diagnosi complicanti	207
Mobilità Passiva	544 - Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	147
	503 - Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezioni	134
	359 - Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	101

Area Vasta n.5

Tabella 6.18 Ricoveri Ospedalieri Area Vasta 5; anno 2017

Residenti AV5	Numero	%	Euro	%
Ricoveri In Area Vasta n.5	22.310	69,69%	70.461.999	64,80%
Flusso Intra Regionale	5.229	16,33%	20.668.548	19,01%
Mobilità Passiva	4.476	13,98%	17.609.531	16,19%
Totale Residenti	32.015	100,00%	108.740.078	100,00%

Monitoraggio mobilità Area Vasta n.5 anno 2017: residenti ricoverati in AV5 22.310 (il 69,69%), residenti ricoverati flusso intra-regione 5.229 (il 16,33%), residenti ricoverati extra-Regione “mobilità Passiva” 4.476 (l’13,98%).

Grafico 6.15 Ricoveri Ospedalieri Area Vasta 5 anno 2017

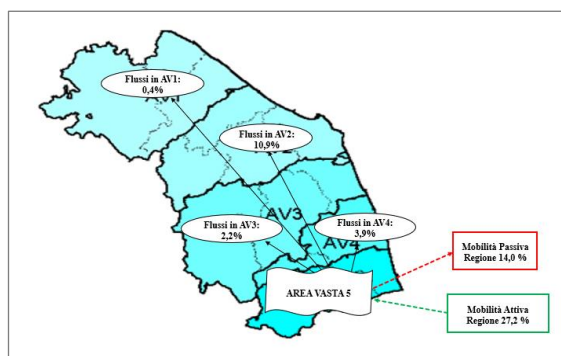
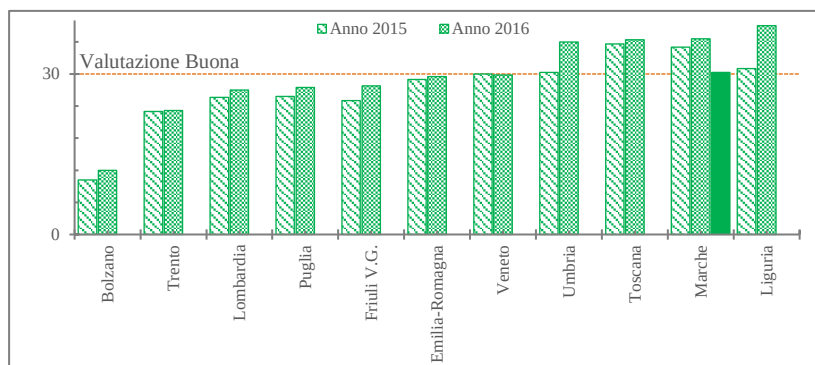


Tabella 6.19 Ricoveri Ospedalieri Area Vasta 5; distribuzione per tipologia di ricovero e DRG, anno 2017

Tipologia	DGR - descrizione	Numero
Ricoveri in Area Vasta 5	410 - Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	923
	373 - Parto vaginale senza diagnosi complicanti	719
	87 - Edema Polmonare e insufficienza respiratoria	643
Flusso Intra Regionale	410 - Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	211
	55 - Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	155
	266 - Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcera della pelle/cellulite senza CC	150
Mobilità Passiva	544 - Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	251
	359 - Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	148
	503 - Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezioni	148

TEMPI DI ATTESA

Grafico 6.16 Tempi di Attesa TdA per Chirurgia Oncologica, Distribuzione Territoriale (ITA), anni 2015-16 e Marche 2017

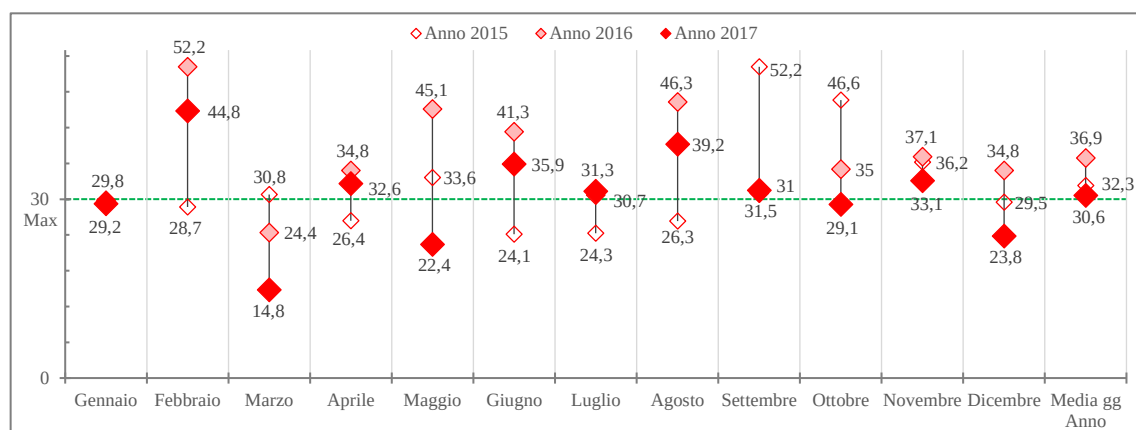


L'indicatore TdA per chirurgia Oncologica viene misurato con una scala Likert con range da 0 a 5, nello specifico: Maggiore di 40gg valutazione Pessima, 35-40gg valutazione scarsa, 30-35gg valutazione media, 25-30gg valutazione buona e inferiore a 25gg valutazione ottima.

Fonte: Laboratorio di Management e Sanità Istituto S. Anna di Pisa – 2017

Monitoraggio principali indicatori tempi di attesa per chirurgia oncologica: Interventi chirurgici per Tumore della Mammella, Tumore del Colon retto, Tumore della Prostata e Tumore dell'Utero, percentuale sul TdA Max 30 giorni.

Grafico 6.17 TdA Interventi Chirurgici Tumore della Mammella, distribuzione per mese, Regione Marche, anni 2015-2017



Il Tempo di attesa nella distribuzione per mese risulta essere principalmente entro i 30gg ad eccezione del Tumore della Prostata.

Grafico 6.18 TdA Interventi Chirurgici Tumore del Colon Retto, distribuzione per mese, Regione Marche, anni 2015-2017

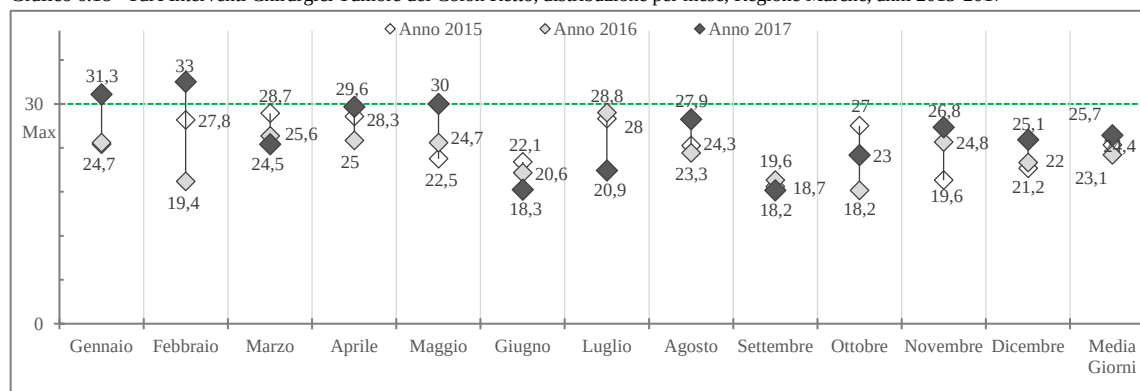


Grafico 6.19 TdA Interventi Chirurgici Tumore della Prostata, distribuzione per mese, Regione Marche, anni 2015-2017

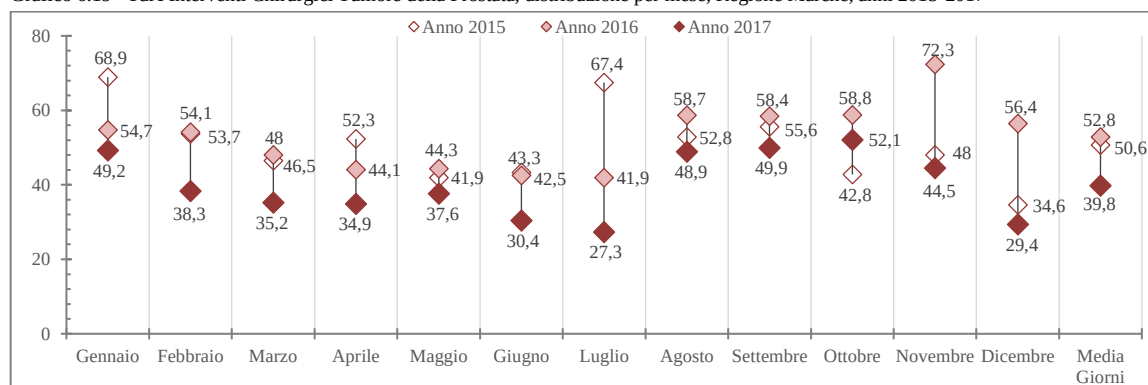
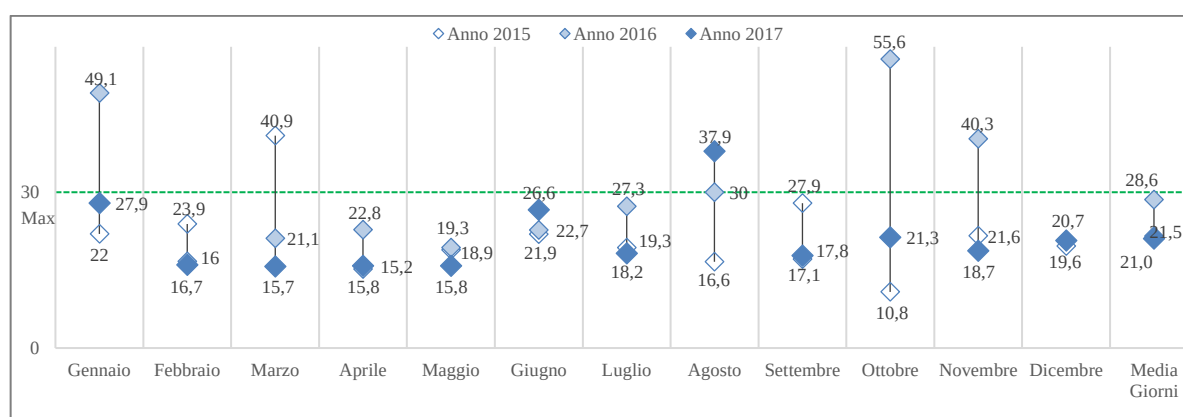


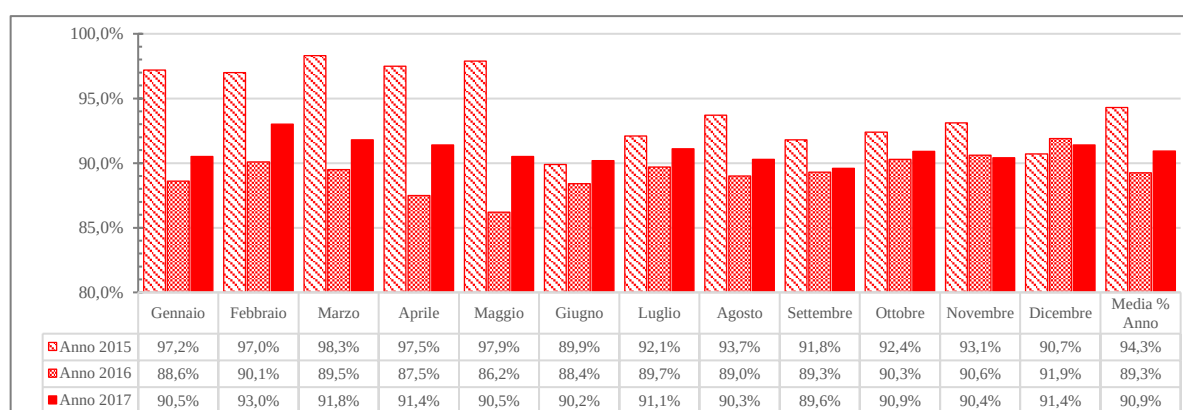
Grafico 6.20 TdA Interventi Chirurgici Tumore dell'Utero, distribuzione per mese, Regione Marche, anni 2015-2017



Priorità B Visite Ambulatoriali

Tempi di Attesa TdA Visite Ambulatoriali in Priorità B (prestazioni da fornire in un tempo breve, Max 10 giorni). Specialistica Ambulatoriale Priorità B dal 2015 al 2017 un incremento dei volumi del +286,7% (16.738 prestazioni nel 2015; 64.731 prestazioni nel 2017). Nel 2017 una compliance del 90,9% alla priorità indicata.

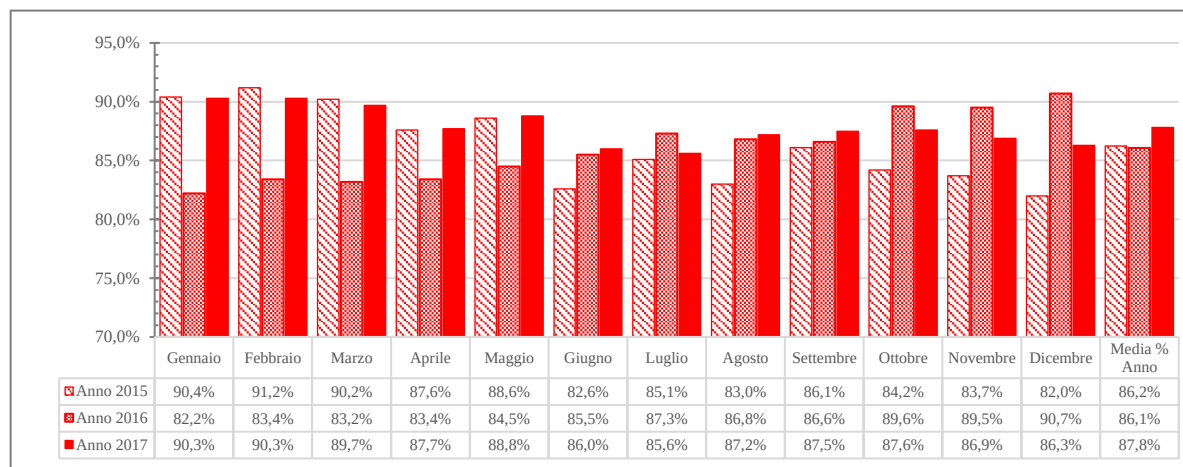
Grafico 6.21 Specialistica, Tempi di Attesa TdA Visite Ambulatoriali, distribuzione per mese, Regione Marche, anni 2015-2017



Priorità B Esami Strumentali

Tempi di Attesa TdA Esami Strumentali in Priorità B, dal 2015 al 2017 un incremento di +41.996 esami strumentali (+347,3%); nel 2015 un totale volumi di 12.091 e nel 2017 54.087. Nel 2017 una compliance dell'87,8% alla priorità indicata.

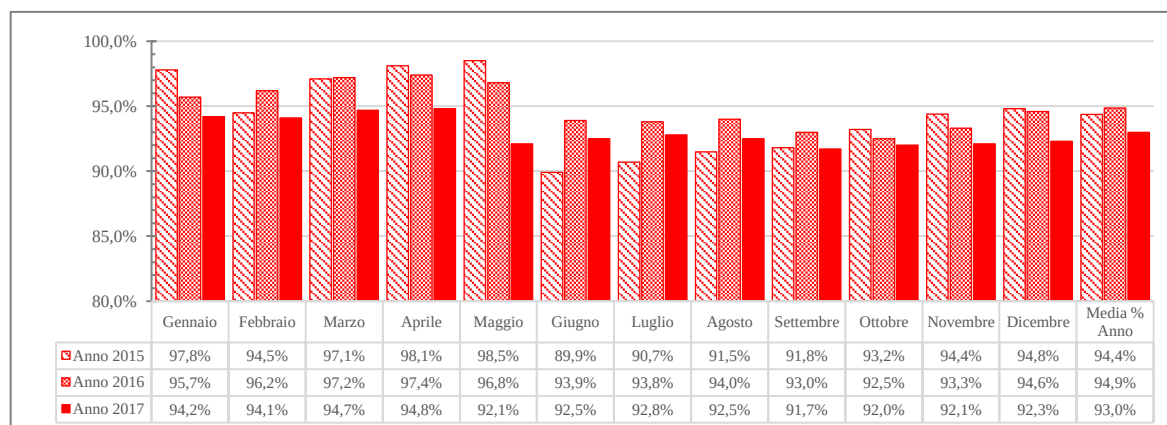
Grafico 6.22 Specialistica, Tempi di Attesa TdA Esami Strumentali, distribuzione per mese, Regione Marche, anni 2015-2017



Priorità D Visite Ambulatoriali

Specialistica, Tempi di Attesa TdA Visite Ambulatoriali in Priorità D (prestazioni differibili, prestazioni di prima diagnosi, da erogare entro 30 o 60 giorni). I volumi ambulatoriali Priorità D dal 2015 al 2017 incrementano di +62.296 prestazioni (+702,6%); nel 2015 un totale di 8.866 prestazioni e nel 2017 un totale di 71.162. Nel 2017 una compliance del 93% alla priorità indicata.

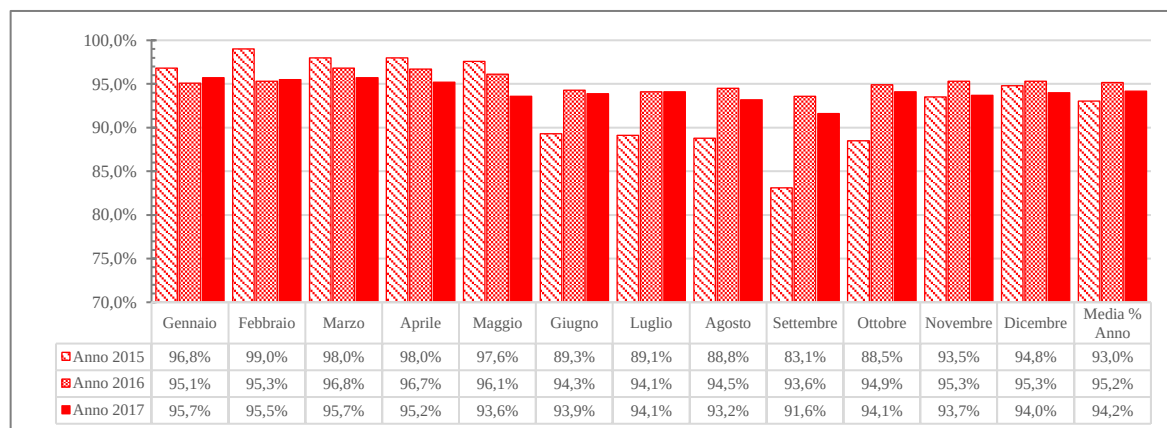
Grafico 6.23 Specialistica, Tempi di Attesa TdA Visite Ambulatoriali, distribuzione per mese, Regione Marche, anni 2015-2017



Priorità D Esami Strumentali

Tempi di Attesa TdA Esami Strumentali in Priorità D, dal 2015 al 2017 un incremento di +36.992 esami strumentali (+554,0%); nel 2015 un totale volumi di 6.677 e nel 2017 43.669. Nel 2017 una compliance del 94,2% alla priorità indicata.

Grafico 6.24 Specialistica, Tempi di Attesa TdA Esami Strumentali, distribuzione per mese, Regione Marche, anni 2015-2017



EMERGENZA URGENZA, ELISOCORSO E TRASPORTO TERRITORIALE

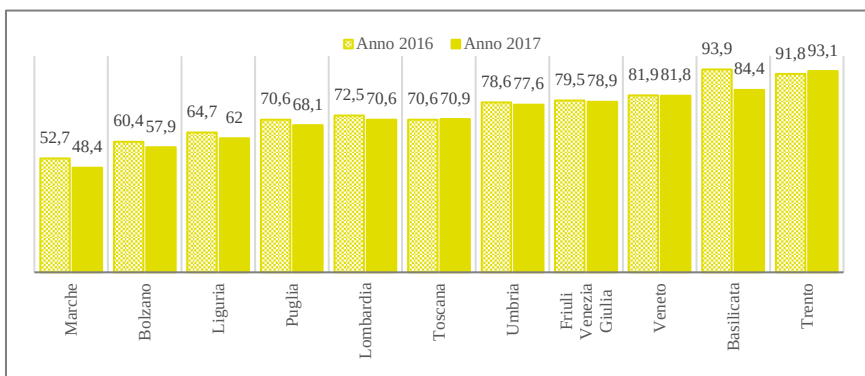
Il Monitoraggio degli accessi al Pronto Soccorso distribuiti per Triage in Ingresso e la frequenza relativa stratificata per codice di priorità. Nella Regione Marche nel 2015 si sono registrati 462.218 accessi al pronto soccorso, nel 2017 496.490 un incremento del +7,41% (+34.272 accessi).

Tabella 6.20 Accessi in Pronto Soccorso, distribuzione per triage, Regione Marche, anni 2015-2017

Triage in Ingresso	Accessi 2015	%	Accessi 2016	%	Accessi 2017	%
Bianco - Non critico	38431	8,30%	36312	7,60%	33682	6,80%
Verde - Poco critico	287788	62,30%	298388	62,80%	309883	62,40%
Giallo - Mediamente critico	119182	25,80%	127971	26,90%	136355	27,50%
Rosso - Molto critico	10636	2,30%	11637	2,40%	13680	2,80%
Nero - Deceduto	571	0,10%	71	0,00%	29	0,00%
Non eseguito (*)	5610	1,20%	753	0,20%	2861	0,60%
TOTALE	462218	100,00%	475132	100,00%	496490	100,00%

(*) Paziente dimesso, paziente che ha abbandonato il PS, paziente trasferito in altro istituto, ricovero diretto in reparto o paziente che rifiuta il ricovero

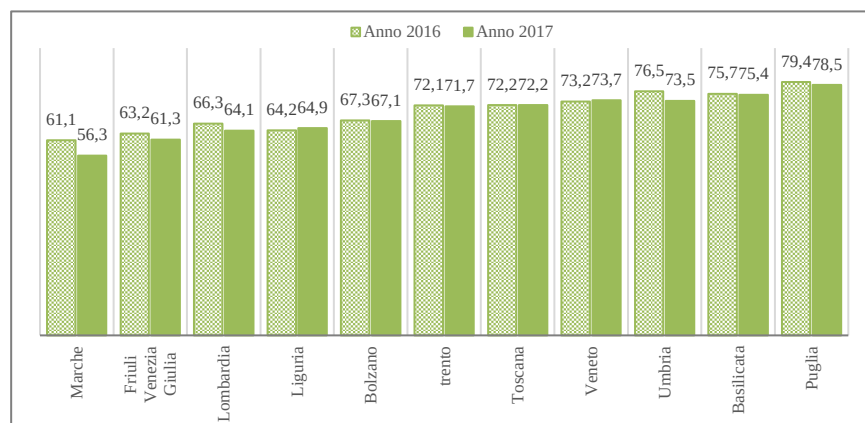
Grafico 6.25 Percentuale Accessi dei Codici Gialli entro 30 minuti, distribuzione territoriale, anni 2016-2017



La valutazione degli accessi dei codici gialli entro 30 minuti: si considerano gli accessi con codice colore al Triage giallo, al numeratore si considerano i tempi di attesa inferiori o uguali a 29 minuti e 59 secondi. Sono esclusi gli accessi: 1) con tempo di attesa negativi e superiori a 1440 minuti, 2) giunto cadavere (EMUR=9).

Il valore della regione Marche è sostanzialmente inferiore a quello delle altre regioni.

Grafico 6.26 Percentuale Accessi dei Codici Verdi entro 1 ora, distribuzione territoriale, anni 2016-2017



Accessi dei codici verdi entro 1 ora: si considerano gli accessi con codice colore al Triage verde, al numeratore si considerano i tempi di attesa inferiori o uguali a 59 minuti e 59 secondi.

Il valore della regione Marche mostra un peggioramento nel 2017.

Fonte: Laboratorio di Management e Sanità Istituto S. Anna di Pisa – 2017

INDICATORI ESITI

Il Programma Nazionale Esiti (PNE) sviluppato da AGENAS per conto del Ministero della Salute, fornisce a livello nazionale e locale, valutazioni comparative di efficacia, equità, sicurezza e appropriatezza delle cure prodotte nell'ambito del servizio sanitario.

Grafico 7.1 Interventi Chirurgici per TM Retto – Mortalità a 30 Giorni, Anno 2016

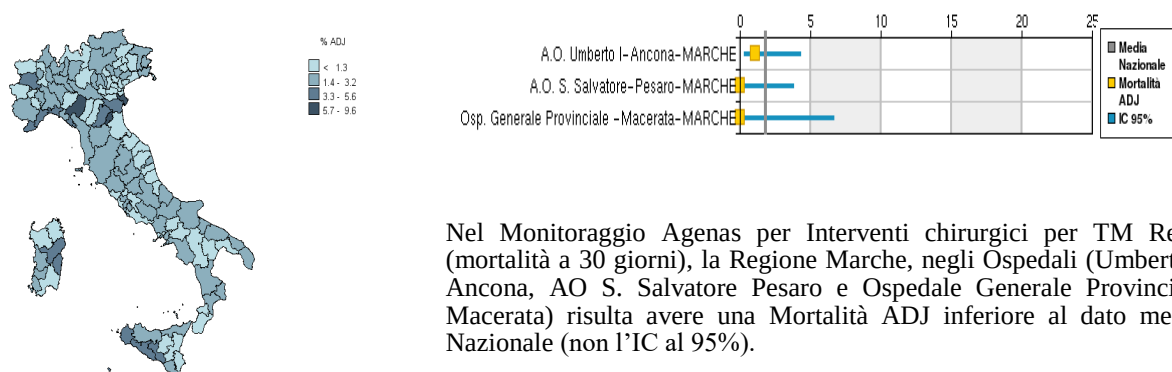


Grafico 7.2 Interventi Chirurgici per TM Rene – Mortalità a 30 Giorni, Anno 2016

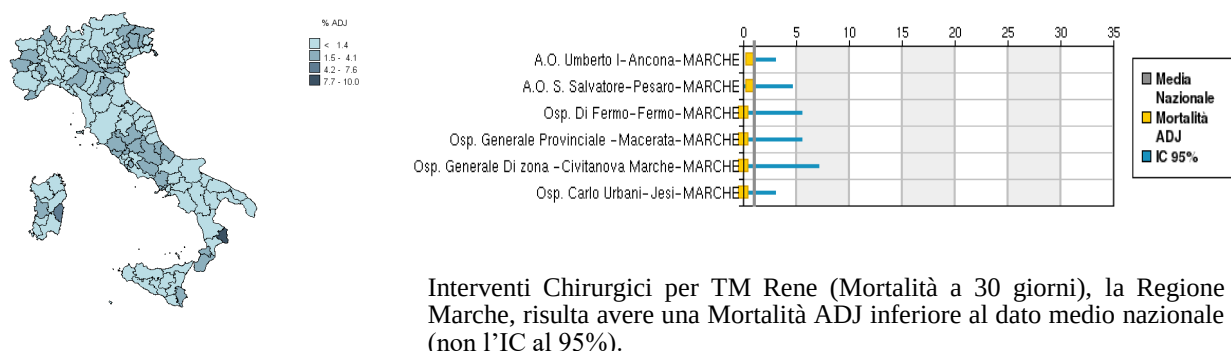


Grafico 7.3 Interventi Chirurgici per TM Colon – Mortalità a 30 Giorni, Anno 2016

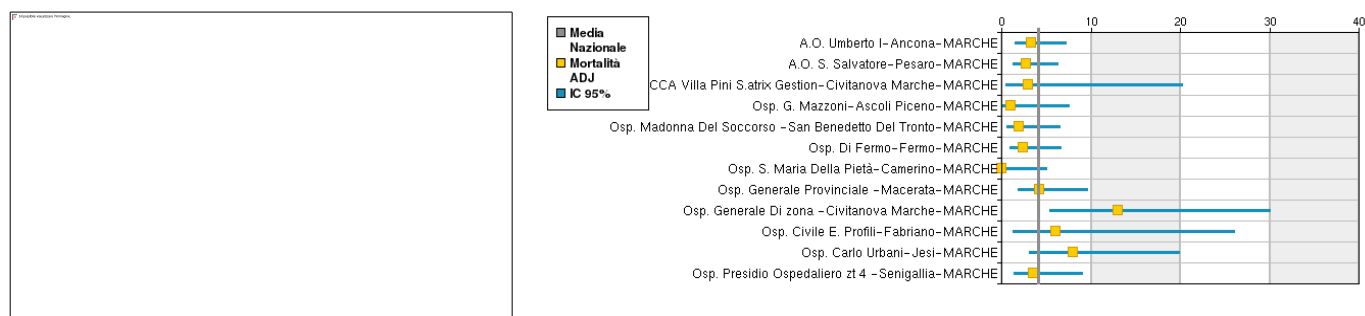


Grafico 7.4 Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale – Mortalità a 30 Giorni, Anno 2016

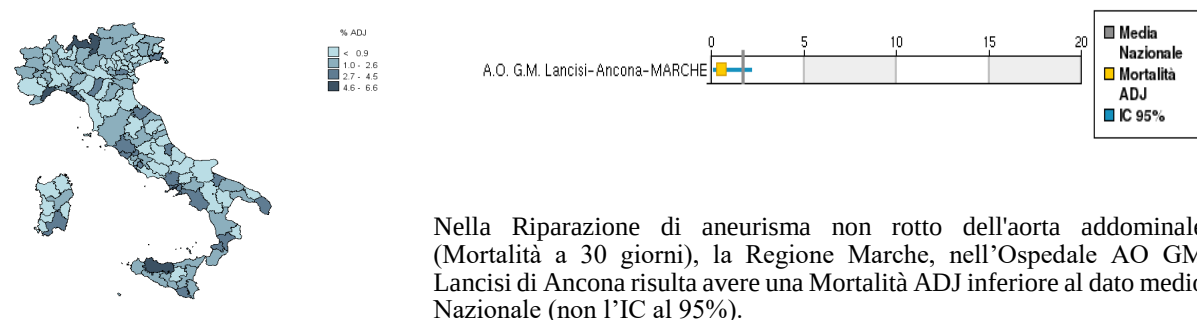
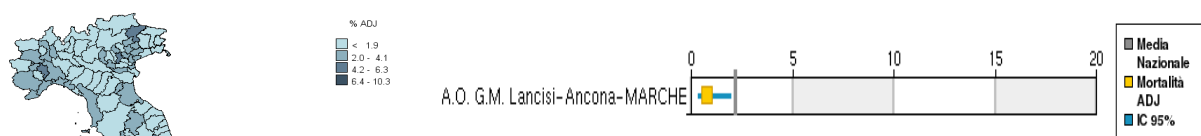
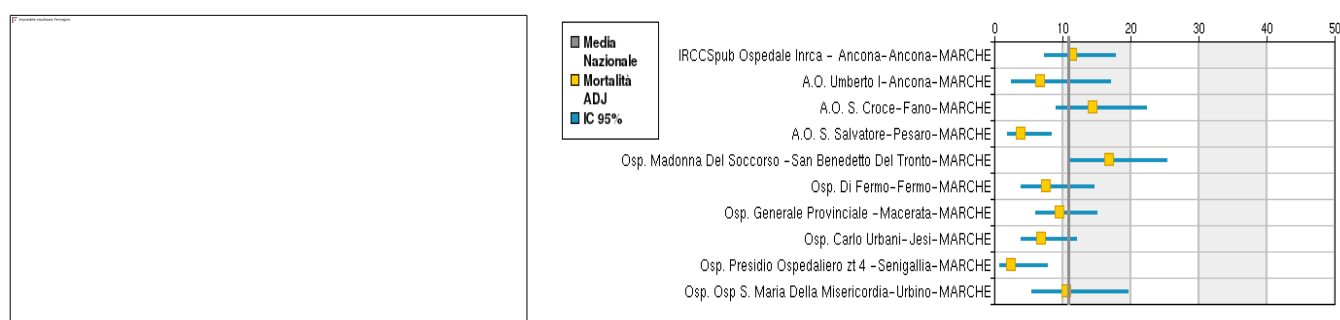


Grafico 7.5 Bypass Aortocoronarico isolato – Mortalità a 30 Giorni, Anno 2016



Nel Bypass Aortocoronarico isolato (Mortalità a 30 giorni), la Regione Marche, nell'Ospedale AO GM Lancisi di Ancona risulta avere sia la Mortalità ADJ e sia l'intervallo di Confidenza al 95% inferiore al dato medio Nazionale.

Grafico 7.6 Ictus Ischemico - Mortalità a 30 Giorni, Anno 2016

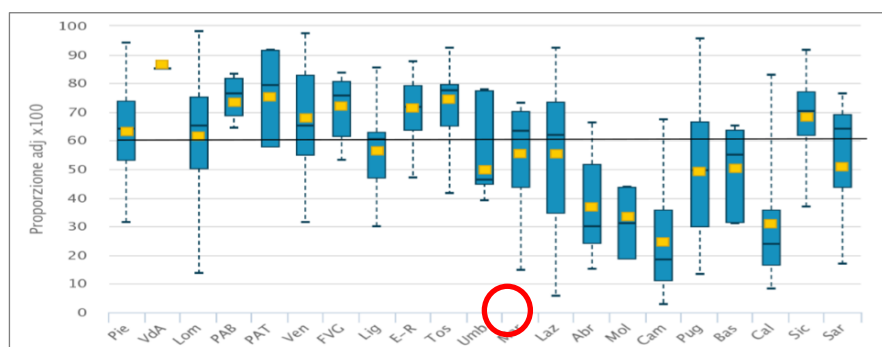


Nell'Ictus Ischemico (Mortalità a 30 giorni), la Regione Marche, nell'Ospedale INRCA di Ancona, AO S Croce di Fano e nell'Ospedale Madonna del Soccorso San Benedetto risulta avere una Mortalità ADJ sopra il livello medio Nazionale.

INDICATORI SINTESI ESITI PNE

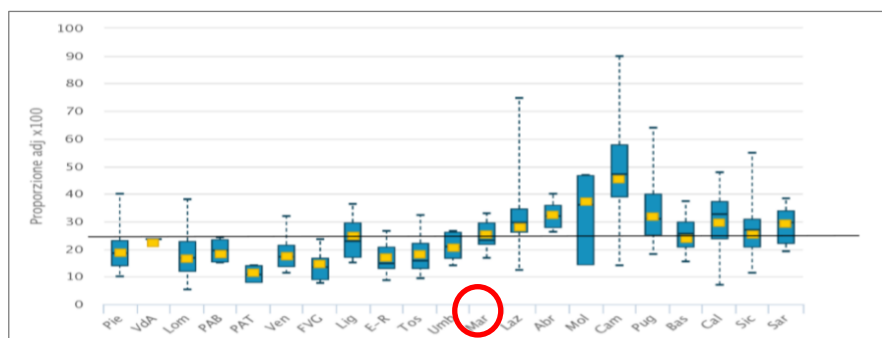
Il Programma Nazionale Esiti (PNE) sviluppato da AGENAS fornisce a livello nazionale valutazioni comparative di efficacia, equità, sicurezza e appropriatezza delle cure prodotte nell'ambito del servizio sanitario.

Grafico 7.7 Valutazione Frattura del Collo del Femore, Intervento chirurgico entro 2 giorni, distribuzione territoriale, anno 2016



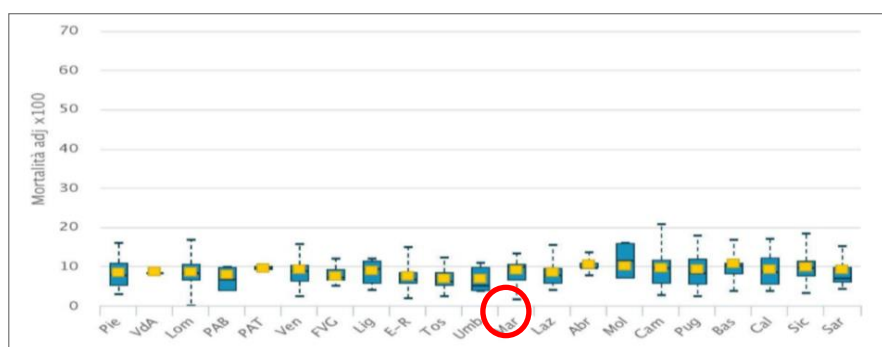
Il Regolamento del Ministero della Salute sugli standard quantitativi e qualitativi dell'assistenza ospedaliera fissa al 60% la proporzione minima per struttura di interventi chirurgici entro 2 giorni su pazienti con frattura del collo del femore di età ≥ 65 anni. La Regione Marche ha un valore medio inferiore allo standard, pari al 57,2% e una mediana del 62%; nel 50% delle strutture regionali l'indicatore varia dal 43% al 70%.

Grafico 7.8 Valutazione Proporzione dei parti con taglio cesareo primario, distribuzione territoriale, anno 2016



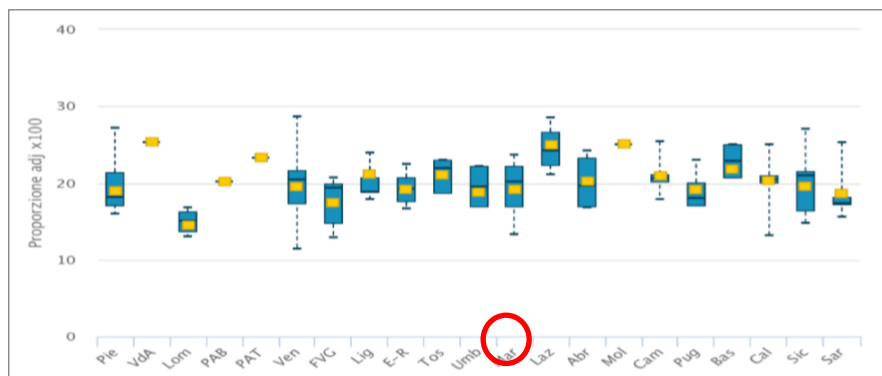
Il valore medio nazionale è 24,5%, nella Regione Marche il valore medio è 25,1% e il valore mediano 23,8%; nel 50% delle strutture regionali l'indicatore varia dal 22% al 30% di parti con taglio cesareo primario.

Grafico 7.9 Valutazione Infarto Miocardico Acuto, Mortalità a 30 giorni, distribuzione ter, anno 2016



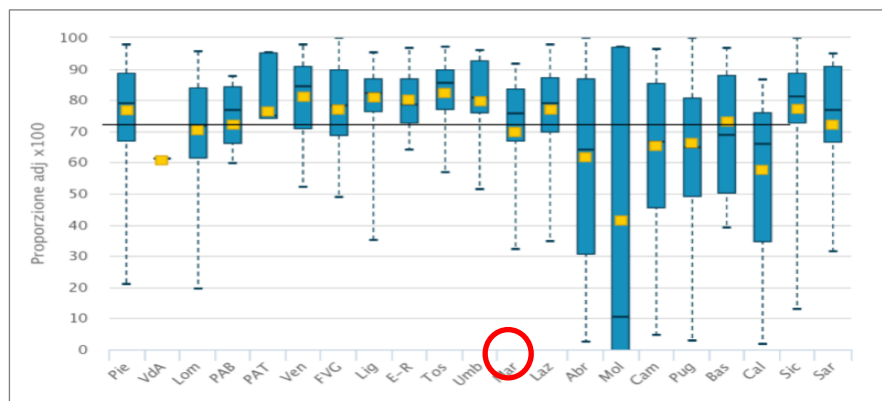
La valutazione della Mortalità a 30 giorni dal ricovero per infarto acuto del miocardio, evidenzia una diminuzione su dati nazionali dal 10,4% nel 2010 all' 8,6% nel 2016. La Regione Marche ha un valore medio dell'8,9% e una mediana del 10%; nel 50% delle strutture regionali l'indicatore varia dal 6,8% al 10,2%.

Grafico 7.10 Valutazione Ictus Ischemico, (Macce) a 1 anno, distribuzione territoriale, anno 2016



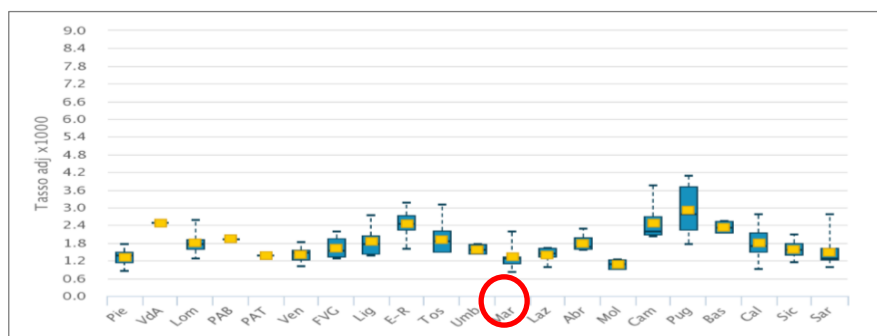
L'indicatore riguarda la proporzione di eventi maggiori cardiovascolari e cerebrovascolari (MACCE) a 12 mesi dalla data di dimissione dopo ricovero per ictus ischemico, ed esprime quindi la valutazione della corretta gestione clinico terapeutica del paziente. La Regione Marche ha un valore medio del 19% e mediano del 20,4%; nel 50% delle strutture l'indicatore varia dal 16% al 23%.

Grafico 7.11 Valutazione Colectomie laparoscopiche, degenze post-operatoria inferiore a 3 giorni, distribuzione territoriale, 2016



Gli Standard qualitativi e quantitativi del Ministero della Salute sull'assistenza ospedaliera fissano al 70% per struttura la quota minima di colectomie con degenza postoperatoria inferiore a 3 giorni. La Regione Marche ha un valore medio del 70%, in linea con lo standard, e una mediana del 76%. Da monitorare la variabilità regionale poiché nel 50% delle strutture regionali l'indicatore varia dal 68% all'84%.

Grafico 7.12 Valutazione Tasso Ospedalizzazione per Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva, distribuzione territoriale, 2016



Il Tasso di Ospedalizzazione per Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva si è ridotto progressivamente, nella Regione Marche il valore medio è passato dal 2,0% con mediana all'1,8% nel 2010 al 1,3% valore medio e mediana nel 2016, con valori tra i più bassi a livello nazionale.

IL PERSONALE DEL SSR

Il personale dipendente del SSR al 31 dicembre 2017 è complessivamente pari a 21.102 unità di cui 18.995 a tempo indeterminato e 2.107 a tempo determinato (1065 in più negli ultimi due anni).

Il personale è così distribuito tra gli Enti del SSR: per l'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) i dipendenti totali sono n. 14.525 di cui n. 11.717 afferenti al comparto e n. 2.808 alla dirigenza; per l'Azienda Ospedaliero Universitaria ospedali Riuniti di Ancona i dipendenti in totale sono n. 3.617 di cui n. 2877 afferenti al comparto e n. 740 alla dirigenza; nell'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord il totale dei dipendenti è di n. 2.137 di cui n. 1660 afferenti al comparto e n. 477 alla dirigenza; infine per l'Istituto di Ricovero e Cura a carattere scientifico INRCA risulta un totale dipendenti pari a n. 823 unità di cui n. 628 afferenti al comparto e n. 195 alla dirigenza.

Al personale indicato si affiancano i medici convenzionati: MMG n. 1267, PLS n. 195 e Specialisti convenzionati n. 339 (dati Regione Marche-ARS)

PERSONALE ENTI SSR (situazione al 31 dicembre)												
	ASUR			A.O. OSPEDALI RIUNITI			A.O. MARCHE NORD			I.N.R.C.A.		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017
DIRIGENTI MED. VET.	2.052	2.086	2150	570	606	636	350	376	390	108	114	119
DIRIGENTI MED. VET. S.C.	199	190	190	26	26	26	25	26	27	14	13	12
ALTRI DIRIGENTI RUOLO SAN.	292	307	335	56	58	60	39	44	43	33	32	41
ALTRI DIRIGENTI RUOLO SAN. S.C.	14	15	15	2	2	2	0	2	2	1	0	0
DIRIGENTI RUOLO P.T.A.	50	59	67	5	9	9	1	6	7	15	16	18
DIRIGENTI RUOLO P.T.A. S.C.	57	51	51	9	7	7	6	8	8	6	6	5
TOTALE DIRIGENTI	2.664	2.708	2.808	668	708	740	421	462	477	177	181	195
CAT - A	282	278	315	245	249	253	103	103	100	2	2	1
CAT - B	650	657	659	113	119	126	74	76	78	47	47	48
CAT - BS	1.760	1.828	1898	206	213	218	169	187	186	68	70	75
CAT - C	799	798	794	145	147	143	67	80	75	32	32	31
CAT - D	7.225	7.403	7624	1.939	2.037	2071	1.139	1.183	1191	417	429	437
CAT - DS	465	146	129	74	20	18	35	9	8	27	25	23
ALTRO PERSONALE	24	315	298	0	51	48	0	26	22	0	0	13
TOTALE COMPARTO	11.205	11.425	11.717	2.722	2.836	2.877	1.587	1.664	1.660	593	605	628
TOTALE	13.869	14.133	14.525	3.390	3.544	3.617	2.008	2.126	2.137	770	786	823
	2015	2016	2017									
TOTALE REGIONALE	20.037	20.589	21.102									

ANALISI SWOT

L'analisi SWOT è uno strumento utilizzato nella formulazione della gestione e pianificazione strategica, che aiuta a identificare **Forze** (Strengths), **Debolezze** (Weaknesses), **Opportunità** (Opportunities) e **Minacce** (Threats) di un'organizzazione.

Il modello della swot analysis è stato applicato al SSR per rappresentare sinteticamente il quadro attraverso cui valutare le azioni da intraprendere per il miglioramento del sistema.

Nella tabella sono rappresentate essenzialmente le variazioni percentuali rispetto all'ultimo anno preso a riferimento (2017) che, in positivo o in negativo, individuano specifiche situazioni oggetto di attenzione.

Punti di forza	Debolezze
Stili di Vita Marche vs Italia -8% Sedentario -2,2% Obeso -2% Fumatore +2% Ex Fumatori	Stili di Vita Marche vs Italia +1,1% consumo alcol a maggior rischio +1,5% consumo Binge-Drinking -1,7% attivo fisicamente +0,3% Bambini Sovrappeso +0,6% Bambini Obesi
Area Prevenzione Marche vs MES +3,5% Mediana Screening Mammografico Estensione +17,8% Mediana Screening Cervicite Estensione +3,4% Mediana Screening Cervicite Uterina Adesione +6% Mediana Screening Coloretale Estensione	Area prevenzione Marche vs MES -1,4% Mediana Coperture Vaccinali Esavalente -3,3% Mediana Coperture Vaccinali MPR -3,3% Mediana Coperture Antinfluenzale ≥65 anni -14,1% Mediana Screening Mammografico Adesione -11,7% Mediana Screening Coloretale Adesione
Area Territoriale Marche vs Italia +5,4 su 10.000 ab. Posti in Strutture Psichiatriche Residenziali +0,2 su 100.000 ab. Posti in Strutture Ospedaliere Psichiatriche + 33,8% Incremento utenti residenzialità tutti 2017 vs 2015 + 1764 Incremento utenti C.I. 2017 vs 2016 + 8,3 % presa in carico consultori post IVG	Area Territoriale Marche vs Italia -1,3% Mediana MES Anziani Trattati in Cure Domiciliari -5,12 su 1000 Tasso presa in carico ADI -16,3 su 1000 ab Personale del Dipartimento di Salute Mentale -0,3 su 10.000 ab Posti in Strutture Psichiatriche Semiresidenziali -0,4 su 100.000 ab. Strutture Psichiatriche Territoriali -20,6 Costo pro-capite (territoriale ed ospedaliera) per assistenza psichiatrica Disomogeneità territoriale p.l. strutture residenziali tutte
Area Ospedaliera Marche vs Italia (LEA; PNE) = 3,7 per 1000 ab p.l. H (acuti e subacuti) -21,3 su 1000 res. Tasso ospedalizzazione (160 su 1000 res. Italia) -0,66 su 1000 res. Tasso ospedalizzazione BPCO (1,96 su 1000 res.) +0,3 % mortalità a 30 giorni per IMA (8,60% Italia) = 19% eventi maggiori a 12 mesi per Ictus (19% Italia) = 70% colecistectomie degenza < 30 gg (70% Italia) t. retto mortalità a 30 gg < dato medio nazionale t. rene mortalità a 30 gg < dato medio nazionale Aneurisma non rotto Aorta Add. mortalità a 30 gg < dato medio naz By-pass Aorto-cor isolato mortalità a 30 gg < dato medio naz	Area emergenza-urgenza Marche vs MES -22,5% accessi entro 30 min codici gialli -15,1% accessi entro 1 ora codici verdi Area Ospedaliera Marche vs Italia (LEA; PNE) -2,8 % su std interventi su femore entro 2 gg +0,6 % tagli cesarei (25% Italia) t. colon, mortalità a 30 gg Civitanova, Fabriano e Jesi > dato medio nazionale Ictus Ischemico mortalità a 30 gg Fano e S. Benedetto > dato medio nazionale
Area Farmaceutica Vs Tetti nazionali Spesa Farm conv al netto T16 < dato di riferimento 7,96%	Area Farmaceutica Vs Tetti nazionali Spesa Farm acquisti diretti > dato di riferimento 6,89%
Mobilità sanitaria Variazione 2016-2017 Saldo mobilità in riduzione di 9 milioni	Mobilità sanitaria Saldo mobilità – 47 milioni nel 2017
Tempi di Attesa Tempi di Attesa TdA per Chirurgia Oncologica a 30 gg	Tempi di Attesa Sussistono margini di miglioramento nel rispetto dei TdA, in particolare per prestazioni programmate (priorità P).
Attività specialistica Forte incremento di visite ambulatoriali ed esami strumentali tra 2015 e 2017, sia priorità B sia D, con rispetto dei tempi in più del 90% dei casi	
Risorse Umane +5,3% personale dipendente tra 2015 e 2017	
Opportunità	Minacce
Aspettativa di vita e mortalità Marche vs Italia +1 anni di vita alla nascita Maschi +0,56 anni di vita alla nascita Femmine -2,64 mortalità evitabile Maschi -1,32 mortalità evitabile Femmine -4,6 su 10.000 Mortalità Generale Maschi -5,1 su 10.000 Mortalità Generale Femmine -2,23 su 10.000 Mortalità Tumore Maschi -1,44 su 10.000 Mortalità Tumore Femmine -0,63 su 10.000 Mortalità Circolatorio Maschi -1,63 su 10.000 Mortalità Circolatorio Femmine	Demografia Marche vs Italia +2,1% pop Anziana +22,3 Anziani ogni 100 giovani -0,5 nati ogni 1000 +0,32 età media al parto +0,55% stranieri residenti
Risorse Umane Qualità professionale Università Medici, Infermieri, Farmacisti, Psicologi, etc sul territorio reg. Partecipazione Comitati utenti	Infortuni e malattie professionali Marche vs Italia +8,25 su 1000 Infortuni sul Lavoro 1% +2,09 su 100.000 Infortuni Lavoro Mortali +98 su 10.000 Malattie Professionali +97 su 100.000 Incidenti Stradali +67,9 su 100.000 Feriti Incidenti stradali +0,6 su 100.000 Morti incidenti stradali
Strutture ospedaliere In fase di realizzazione: Salesi, INRCA-Osimo, Fermo	Risorse FSR in riduzione in termini proporzionali Risorse Umane Difficoltà reperimento risorse umane qualificate Pensionamenti
	Caratteristiche orografiche Viabilità Ambiente Siti di interesse nazionale

Dai dati che hanno costituito la base conoscitiva per l'esame della situazione del S.S.R. delle Marche, con l'individuazione dei "punti di forza" e delle "criticità" interni al sistema da un lato ed il riconoscimento delle "opportunità" e delle "minacce" esogene dall'altro, è stata predisposta la precedente tabella, la cui analisi ha rappresentato uno dei riferimenti per la stesura del Piano Socio Sanitario Regionale 2020-2022 (PSSR). Il testo di commento seguente trova puntuali riscontri nel testo del PSSR stesso e evidenzia i legami con quanto indicato tra gli "obiettivi strategici" e le "diretrici trasversali di sviluppo".

"Positività" e "Difficoltà" del sistema dei servizi per la salute nelle Marche

Tra i **"punti di forza"**, soprattutto rispetto al confronto con i valori medi nazionali, è possibile iscrivere alcune dimensioni importanti:

- nell'ambito degli stili di vita una serie di comportamenti negativi meno presenti che nel resto d'Italia oltre a comportamenti positivi (es. +2% ex fumatori) ai quali ha contribuito anche la rete di prevenzione e di cura;
- l'aumento dell'estensione e dell'adesione rispetto a diversi screening, grazie al crescente impegno nel settore da parte dei servizi di prevenzione;
- l'incremento dell'accoglienza residenziale come effetto di una maggiore copertura del territorio regionale;
- l'aumento della presa in carico per l'IVG;
- nell'ambito dell'assistenza ospedaliera il miglioramento del tasso di spedalizzazione generale e specifico per patologie quali la BPCO, che denotano un'efficacia della rete assistenziale territoriale di riferimento, oltre a valori migliori del dato nazionale rispetto a tassi di mortalità a 30 gg. per alcune patologie.

Un indicatore dell'Area Farmaceutica è in miglioramento rispetto ai tetti nazionali.

Un saldo della mobilità sanitaria in miglioramento e, comunque, oggetto di un maggiore controllo e presidio da parte del livello regionale è un aspetto positivo che va sottolineato.

Sul settore delle risorse umane l'essere in regola con "i conti" ha permesso un aumento delle assunzioni e questo è un buon segnale in quanto "prerequisito" per il miglioramento della quantità e della qualità dell'assistenza.

L'attenzione alla riduzione dei tempi di attesa comincia a dare qualche risultato, anche se ancora circoscritto; in questa linea, un dato collegato sembra essere il forte incremento delle prestazioni erogate di alcune priorità (B e D) per le visite ambulatoriali e gli esami strumentali.

Rispetto alle Risorse Umane, l'aumento significativo del personale dipendente tra il 2015 ed il 2017 rappresenta un elemento di conforto. È evidente che possibilità di miglioramento ulteriore di questa dimensione dovranno essere finalizzate a rinforzare il ruolo del Distretto Sanitario, anche per potenziare e consolidare le forme di collaborazione ed integrazione con figure centrali quali il Medico di Medicina Generale (MMG), il Pediatra di Libera Scelta (PLS) e gli Specialisti che, soprattutto per le persone fragili ed in situazione di fragilità, spesso rappresentano il primo accesso alla rete dei servizi sanitari e sociosanitari.

Le "debolezze" del sistema sono ancora troppe e, molto spesso, sono speculari agli elementi positivi o che si stanno "positivizzando".

Le criticità sul versante dell'emergenza relative al ricorso, ancora molto elevato, al Pronto soccorso e a conseguenti tempi di attesa troppo lunghi sono segnalate anche dal peggioramento dei tempi di accesso dei codici gialli e dei codici verdi. Tale situazione è aggravata da un lato dalla difficoltà a filtrare richieste inappropriate di ricorso al pronto soccorso, dall'altro dalla possibilità che non sia sempre adeguato il coordinamento dell'assistenza, all'interno di un'unica struttura (tra reparti, tra P.S. e reparto e servizi diagnostici) o tra strutture diverse (servizi territoriali e ospedalieri), per mancanza di percorsi standard, di scarsa comunicazione, per differenti valutazioni clinico assistenziali.

Sempre sul versante ospedaliero alcuni valori negativi (come peggioramenti rispetto ai tempi standard di intervento per la frattura del femore) sono collegati anche alla difficoltà di "smaltire" i pazienti con le dimissioni verso setting assistenziali più idonei, quali la domiciliarità e/o la residenzialità; sugli interventi per qualche patologia (es. mortalità a 30 gg. per t. colon e Ictus Ischemico), alcuni distretti hanno valori più alti del dato medio nazionale evidenziando la mancanza di un assetto territoriale uniforme tra Distretti Sanitari e Ambiti Territoriali Sociali, con il rischio di asimmetrie nei confini territoriali e squilibri tra "sotto" e "sopra" dimensionamento territoriale; permane una quota eccessiva di tagli cesarei.

Il saldo negativo della mobilità sanitaria è ancora troppo alto per cui la riduzione è necessariamente un obiettivo strategico da perseguire con il nuovo PSSR.

La spesa per l'acquisto diretto dei farmaci è più alta del dato di riferimento nazionale e va affrontata nell'ambito del più vasto obiettivo del contrasto al sovra utilizzo di prestazioni inappropriate (p.es. prestazioni diagnostiche, visite, farmaci, interventi terapeutici), dovute a varie cause tra cui forme di medicina difensiva, eccessiva pressione e aspettativa del paziente, incentivazione della produzione e non della appropriatezza.

Nell'Area della Prevenzione le mediane di alcune coperture vaccinali (Esavalente, MPR, Antinfluenzale ≥ 65) e i livelli di adesione ad alcuni screening (Mammografico e Coloretale) sono inferiori al dato nazionale.

Rispetto all'assistenza territoriale le criticità maggiori riguardano da un lato le Cure Domiciliari e l'ADI, con valori in qualche caso sensibilmente più bassi del dato nazionale, con la consapevolezza che il valore medio regionale è influenzato da una variabilità scarsamente spiegabile con motivazioni oggettive tra i diversi territori. Dall'altro lato è il settore della Salute Mentale che risulta uno tra i più sofferenti, sia in termini di carenza di personale che rispetto ai posti di accoglienza residenziale e semiresidenziale.

Rispetto alla carenza di personale, non solo nel settore della Salute mentale, oltre alla ricerca dell'incremento del personale vanno contrastate anche eventuali modalità di lavoro prevalentemente individuali ed autoreferenziale dei vari operatori sul territorio; è necessario transitare ad un modello di lavoro in team, che affronti le fragilità e la cronicità in un'ottica di medicina di iniziativa.

“Potenzialità” e “Rischi” dal contesto per il sistema dei servizi per la salute nelle Marche

Le maggiori “opportunità”, collegate prevalentemente a programmazioni, azioni, circostanze esterne al contesto regionale, riguardano tre dimensioni principali:

- l'aspettativa di vita e la mortalità nelle Marche rispetto all'Italia, con riferimenti specifici sia all'aspettativa di vita che a molte cause di mortalità, rimandano direttamente alla qualità della vita nella nostra regione che è collegata a molti fattori “extra sanitari”: dall'ambiente all'alimentazione e, quindi, alla produzione agricola in senso lato, alle opportunità di istruzione e di lavoro; in sostanza a tutti i “determinanti di salute” per i quali è tutta la politica regionale che deve assumersi una coerente responsabilità di sistema sul tema della salute. Anche se “dipendenti” dalle decisioni a livello nazionale, gli ultimi orientamenti espressi sembrano far ben sperare nella riduzione delle forme di istituzionalizzazione a favore dello sviluppo della Vita Indipendente e di tutte le forme che mirano all'autonomia dei cittadini con problemi di salute mentale, disabilità, anziani, dipendenze patologiche, ecc.;
- le risorse umane, con una qualità professionale sempre più “certificata” dal raccordo costante tra Regione e Università per la formazione di base e l'aggiornamento di Medici, Infermieri, Farmacisti, Psicologi, ecc. sul territorio regionale. In senso lato alle “risorse umane” fanno riferimento i Comitati degli utenti e le Associazioni che si interessano di salute, rappresentati nei Comitati di Partecipazione di cui all'art. 24 della L.R. 13/03; la loro azione di controllo e di stimolo rappresenta una opportunità che il PSSR vuole valorizzare in tutte le sue fasi di attuazione, con particolare riferimento a quella del monitoraggio e della valutazione;
- gli investimenti per l'incremento e l'ammodernamento delle strutture ospedaliere, a partire da quelle in fase di realizzazione: Salesi, INRCA-Osimo, Fermo rappresentano una “condizione favorevole” (fortemente voluta) per il sistema salute della Regione Marche, sui cui puntare anche per l'attuazione del PSSR.

Le cosiddette “minacce” dipendenti da fattori prevalentemente esogeni rispetto alla possibilità di intervenire con politiche regionali sono in parte speculari alle opportunità e, per altri versi, riferite a settori in cui è abbastanza complicato intervenire con azioni “tampone” da parte del Servizio Sanitario Regionale.

A fronte di un'alta aspettativa di vita e di una bassa mortalità, la situazione demografica delle Marche rispetto all'Italia si caratterizza per una maggiore presenza della popolazione Anziana rispetto a diverse dimensioni e ad una bassa natalità (collegata anche ad una maggiore età media al parto).

Gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali che, per qualche indicatore, vedono le Marche in una situazione peggiore rispetto all'Italia rappresentano una criticità su cui la sanità regionale può intervenire direttamente, “soltanto” aumentando l'efficacia della prevenzione sui luoghi di lavoro; il lavoro è molto più impegnativo se le condizioni ed i vincoli per gli imprenditori scoraggiano il rispetto delle norme di sicurezza a vantaggio di un maggior profitto.

Anche i dati Marchigiani riferiti agli incidenti stradali, ai feriti e ai morti in incidenti stradali, che risultano peggiori rispetto a quelli nazionali sono “minacce” esterne perché le cause principali risiedono negli stili di guida e nelle abitudini di consumo, nella viabilità e nel livello di corrispondenza dei veicoli alle norme per la circolazione.

La riduzione, se non altro in termini proporzionali o, comunque, relativi, vista la sostanziale costanza, del finanziamento del Servizio Sanitario Regionale con il fondo statale, che è una variabile non governata dal livello regionale, rappresenta una “minaccia” costante, con cui dover fare i conti, anche perché, non avendo certezza dei finanziamenti nei primi mesi dell'anno, non si ha la possibilità di gestire correttamente il percorso di assegnazione del budget alle aziende sanitarie della Regione.

Relativamente alle Risorse Umane la minaccia è sostanzialmente costituita da due fenomeni scarsamente governabili dal livello politico/amministrativo regionale: la difficoltà del reperimento di risorse umane qualificate dal “mercato del lavoro” (soprattutto per alcune qualifiche professionali); l'aumento dei pensionamenti, effetto dell'alta età media dei professionisti e dei recenti provvedimenti del Governo.

Le caratteristiche orografiche, la viabilità, gli assetti che si sono determinati per fattori storici nei diversi settori, per cui è difficile l'azione di presidio e riequilibrio da parte della Regione, hanno determinato alcune minacce che sono anche di difficile quantificazione:

- la non omogenea presenza sul territorio di servizi di erogazione, la distanza da domicilio del paziente, fattori economici o culturali, ecc.;
- le difformità di accesso dei cittadini di diverse aree geografiche regionali verso i setting di cure tipicamente territoriali a cui spesso corrisponde un ricorso disomogeneo e variabile nell'utilizzo di servizi e prestazioni, che può comportare un inefficace esito della prestazione se non addirittura il mancato accesso all'assistenza;
- le situazioni di elevata mobilità sanitaria, spesso riscontrate in relazione a prestazioni a forte rischio di inappropriately;
- la presenza di aree di solitudine e di criticità dei pazienti fragili che spesso spingono a richiedere interventi di urgenza oppure trattamenti non appropriati alla patologia in essere, anche in mancanza di adeguate forme di accompagnamento e di solidarietà comunitarie (tra pazienti, tra famiglie, all'interno delle stesse famiglie).

Di seguito viene riportato un elenco di Link consultabili, utilizzati per il recupero di dati e informazioni ai fini della stesura del PSSR:

[http://www.regione.marche.it/ars/Aree-di-Attivit%C3%A0/Flussi-informativi-sanitari#12969_Stili-di-vita-\(PASSI\)](http://www.regione.marche.it/ars/Aree-di-Attivit%C3%A0/Flussi-informativi-sanitari#12969_Stili-di-vita-(PASSI))

http://www.regione.marche.it/ars/Aree-di-Attivit%C3%A0/Flussi-informativi-sanitari#12974_Screening

http://www.regione.marche.it/ars/Aree-di-Attivit%C3%A0/Flussi-informativi-sanitari#12975_Produzione-Ospedaliera

http://www.regione.marche.it/ars/Aree-di-Attivit%C3%A0/Flussi-informativi-sanitari#12976_Indicatori-Ospedalieri

http://www.regione.marche.it/ars/Aree-di-Attivit%C3%A0/Flussi-informativi-sanitari#12977_Appropriatezza-Chirurgica

http://www.regione.marche.it/ars/Aree-di-Attivit%C3%A0/Flussi-informativi-sanitari#12978_Materno-Infantile

http://www.regione.marche.it/ars/Aree-di-Attivit%C3%A0/Flussi-informativi-sanitari#12979_Pronto-Soccorso

<http://www.regione.marche.it/ars/Aree-di-Attivit%C3%A0/Piano-Socio-Sanitario-Regionale>

<http://statistica.regione.marche.it/statistiche-per-argomento/sanit%C3%A0>

http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_8_3_1.jsp?lingua=italiano&id=20

<http://www.veterinariaalimenti.marche.it/>

<http://www.agenziafarmaco.gov.it/content/monitoraggio-spesa-farmaceutica>

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=4652&area=dispositivi-medici&menu=spesa

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2679_allegato.pdf

<http://www.ars.marche.it/AmministrazioneTrasparente/Servizierogati/Monitoraggiotempidattesa.aspx>

http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=3350

<http://dati.istat.it/>

<http://www.regione.marche.it/ars/Aree-di-Attivit%C3%A0/Piano-Socio-Sanitario-Regionale>

http://www.rgs.mef.gov.it/VERSIONE-I/attivita_istituzionali/monitoraggio/spesa_sanitaria/

<https://www.ambrosetti.eu/innovazione-tecnologia/forum-meridiano-sanita-tredicesima-edizione/>

http://www.creasanita.it/13volume_dwn/dwn_flild/Rapporto_Sanita_2017.pdf

<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato5933767.pdf>

<http://www.salute.gov.it/portale/rapportiInternazionali/menuContenutoRapportiInternazionali.jsp?lingua=italiano&area=rapporti&menu=mondiale>

<https://www.santannapisa.it/it/istituto/management/mes-management-e-sanita>

<http://pne2017.agenas.it/>

APPENDICE 3: I CONTRIBUTI AL PSSR

Nella logica della partecipazione e della condivisione, in fase di predisposizione del presente Piano è stata condotta la fase di ascolto e interlocuzione con i diversi stakeholder presenti sul territorio regionale. Nel corso degli incontri e attraverso la scheda messa a disposizione sul sito web dell'ARS, sono quindi pervenuti suggerimenti, osservazioni e indicazioni in merito agli argomenti da inserire e da trattare nel PSSR. Di seguito viene fornito l'elenco degli Enti i cui rappresentanti hanno fornito il loro prezioso contributo, a cui viene rivolto un sentito ringraziamento.

La responsabilità dell'elaborazione dei contenuti del Piano, relativamente al recepimento dei contributi forniti e la traduzione in indirizzi e azioni, è in ogni caso da attribuire esclusivamente agli Uffici regionali competenti.

Hanno inviato un contributo scritto:

AAROI-EMAC Marche (Associazione Anestesisti Rianimatori Ospedalieri Italiani – Emergenza Area Critica)

ACP (Associazione Culturale Pediatri) Marche

ADOI (Associazione Dermatologi Ospedalieri Italiani).

AMCLI (Associazione Microbiologi Clinici Italiani)

ANAAO ASSOMED Associazione Medici Dirigenti

ANDID (Associazione Nazionale Dietisti)

ANFFAS (Associazione Nazionale Famiglie di Persone con Disabilità Intellettiva e/o Relazionale)

Associazione Paraplegici delle Marche

ASUR AV3 Dipartimento Materno Infantile

ASUR AV1 Distretto di Fano

AUPI Associazione Unitaria Psicologi Italiani

Card Marche (Confederazione Associazioni Regionali di Distretto)

Centro trombosi accreditato FCSA (AOUR Ancona)

Circolo Partito Democratico di Pergola

Cittadinanzattiva delle Marche / TDM

Comitato di partecipazione INRCA

Comitato per la Salute Pubblica

Commissione Pari Opportunità Regione Marche (CPO Regione Marche)

Comune di Fabriano

Comune di Fossombrone

Comune di Sassoferrato

Comune di Sefro

Conferenza dei Sindaci Area Vasta 1

Conferenza dei Sindaci Area Vasta 2

Conferenza dei Sindaci Area Vasta 4

Conferenza dei Sindaci Area Vasta 5
FASSID Federazione Aipac Aupi Simet Sinafo Snr Dirigenti
Fe.Re.DI c/o Comitato Regionale per lo Sport
Federfarma Marche
FESMED Federazione Sindacale Medici Dirigenti
FIMMG Federazione Italiana Medici di Medicina Generale
FIMP Marche (Federazione Italiana Medici Pediatri)
FVM Marche (Federazione Medici e Veterinari)
Garante dei diritti delle Marche
MSD Italia S.r.l.
OPI (Ordine Professioni Infermieristiche)
Ordine degli Psicologi Marche
Rappresentante Associazione Maggiormente Rappresentativa (RAMR) AITN nell' Ordine TSRM-PSTRP
SICCR (Società Italiana di Chirurgia ColoRettale)
SIEOG (Società Italiana di Ecografia Ostetrico Ginecologica)
SIFO (Società Italiana di Farmacia Ospedaliera e dei Servizi farmaceutici delle Aziende Sanitarie)
SIMFER Marche (Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitazione)
SIMI (Società Italiana di Medicina Interna)
SINPE (Società Italiana di Nutrizione Artificiale e Metabolismo)
SIRM Marche (Società italiana di Radiologia medica e Interventistica)
SIVeMP Sindacato Italiano Veterinari di medicina Pubblica
SMI Marche (Sindacato Medici Italiani)
Unione Montana dei Monti Azzurri
Università Politecnica delle Marche - Dipartimento di Scienze Economiche e Sociali (DiSES)

Hanno partecipato agli incontri di ascolto:

ADI Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica
AIDI Associazione Igienisti Dentali Italiani
AIDM Associazione Italiana Donne Medico
AIFI Associazione Italiana Fisioterapisti
AIGO Associazione Italiana Gastroenterologi e Endoscopisti Digestivi Ospedalieri
AIOP Associazione Italiana Ospedalità Privata
AIOrAO Associazione Italiana Ortottisti Assistenti in Oftalmologia
AIRO Associazione Italiana di Radioterapia Oncologica
AITN Associazione Italiana Tecnici Neurofisiopatologia

AITO Associazione Italiana dei Terapisti Occupazionali
 ALaMMU Sezione interregionale della Società Italiana di Nefrologia
 AMD Associazione Medici Diabetologi
 AMPI Associazione Mercurio Podologi Internazionale
 ANEP Associazione Nazionale Educatori Professionali
 ANPIS Associazione Nazionale Polisportive Dilettantistiche per l'Integrazione Sociale
 ANTEL Associazione Italiana Tecnici Sanitari di Laboratorio Biomedico
 ARIS Associazione Religiosa Istituti Socio-Sanitari
 ASNAS Associazione Nazionale Assistenti Sanitari
 Associazione A.L.P.Ha
 Associazione Antropos
 Associazione Comunità Papa Giovanni XXIII
 Associazione Serenamente
 Assofarm
 CGIL FP
 CIDA Confederazione Italiana Dirigenti e Alte Professionalità
 CIMO Confederazione Italiana Medici Ospedalieri
 CIPe Confederazione Italiana Pediatri
 CISL FP
 Comitato di partecipazione AOU Ancona
 Comitato di partecipazione AV1
 Comitato di partecipazione AV4
 Comitato di partecipazione AV5
 Comitato di partecipazione INRCA
 Cooperativa Sociale PARS Onlus
 Coordinamento Marchigiano Salute Mentale
 COSMED Confederazione Sindacale Medici e Dirigenti
 CRPO
 ENS Ente Nazionale Sordomuti
 FCSA Federazione Centri per la diagnosi delle trombosi e la Sorveglianza delle terapie Antitrombotiche
 Federsolidarietà
 FLI Federazione Logopedisti Italiani
 Grimani Buttari
 Istituto Preziosissimo Sangue
 Lega COOP marche
 Libera.Mente Onlus

NURSIND Sindacato delle Professioni Infermieristiche
Opera Pia Arpili
Opera Pia Mastai Ferretti
Ordine degli Assistenti sociali
Ordine dei Farmacisti
Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri
Ordine dei Medici Veterinari
Ordine dei TSRM e PSTRP
Ordine delle Ostetriche
Ordine delle Professioni Infermieristiche
Psiche 2000 Onlus
SID Società Italiana di Diabetologia
SIDeMaST Società Italiana di Dermatologia e delle Malattie sessualmente trasmesse
SIED Società Italiana Endoscopia Digestiva
SIGG Società Italiana di Gerontologia e Geriatria
Siset Società Italiana Studio Emostasi e Trombosi
SITI Società Italiana Igiene Medicina Preventiva e Sanità Pubblica
SNAMI Sindacato Nazionale Autonomo Medici Italiani
SUMAI Sindacato Unico Medicina Ambulatoriale Italiana e Professionalità dell'Area Sanitaria
UIL FP
Università di Camerino
Università di Macerata
Università di Urbino
Università Politecnica delle Marche
Università Politecnica delle Marche - Dipartimento di Ingegneria dell'informazione
UNPISI Tecnici della prevenzione nell'ambiente e luoghi e lavoro
UPUPA

APPENDICE 4: IL CRONOPROGRAMMA DELLE SCHEDE

Cronoprogramma

Predisposizione atti e avvio attività

	entro 12 mesi	entro 24 mesi	entro 36 mesi
Area di intervento: Prevenzione collettiva, veterinaria e sicurezza alimentare			
1. Miglioramento delle coperture vaccinali e rafforzamento dei servizi vaccinali			
2. Aumento della copertura vaccinale per antinfluenzale nei soggetti anziani			
3. Tutela della sicurezza dei lavoratori addetti a comparti produttivi con alto indice di Infortuni mortali			
4. Tutela della Salute e della Sicurezza dei lavoratori addetti ai cantieri di ricostruzione "post sisma"			
5. Prevenzione e promozione della salute e di stili di vita corretti nella popolazione			
6. Promozione del benessere e tutela della salute di adolescenti e giovani			
7. Riduzione dei rischi ambientali per la salute dei cittadini			
8. Prevenzione dell'osteoporosi e del rischio di frattura correlato			
9. Promozione della pratica dell'esercizio fisico in persone con patologie croniche o a rischio aumentato			
10. Contrasto all'antimicrobico resistenza			
11. Il benessere e la salute degli animali, la sicurezza alimentare e la tutela della salute pubblica			
Area di intervento: Assistenza territoriale e sociosanitaria			
12. Accompagnamento delle persone fragili nel sistema dei servizi			
13. Presa in carico post-dimissione			
14. Regolamentazione e sviluppo delle "Case della Salute"			
15. Regole per la corretta prescrizione protesica			
16. Miglioramento dell'accesso ai servizi territoriali: PUA, UVI, PAI			
17. Infermiere di famiglia e di comunità			
18. Ambulatori Avanzati di Medicina Generale			

19. Promozione e tutela della salute dell'Infanzia			
20. Valorizzazione e stabilizzazione del Consultorio Familiare			
21. Costruzione di una rete integrata di nutrizione clinica			
22. Percorso nascita: lotta alla depressione post-partum			
23. Miglioramento della presa in carico dei pazienti con malattie rare: consolidamento della rete regionale			
24. Miglioramento della presa in carico dei malati che necessitano di cure palliative			
25. Miglioramento della presa in carico dei pazienti minori che necessitano di cure palliative e terapia del dolore			
26. Medicina di genere			
27. Diritto alla salute e immigrazione			
28. Attivazione di interventi di family learning socio sanitario			
29. Costruzione della rete riabilitativa di comunità			
30. Miglioramento della presa in carico delle persone affette da demenza			
31. Promozione e Tutela della Salute mentale			
32. Potenziamento del sistema integrato dei servizi per le dipendenze patologiche			
Area di intervento: Rete ospedaliera e emergenza urgenza			
33. Riorganizzazione e riqualificazione della rete ospedaliera			
34. Riorganizzazione del Dipartimento Regionale di Medicina Trasfusionale (DIRMT)			
35. Contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale			
36. Contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero			
37. Percorso nascita: Implementazione delle procedure di partoanalgesia			
38. Percorso nascita: Strutturazione rete regionale di presa in carico della gravidanza a vari livelli di rischio			
39. Percorso nascita: Riduzione dei tagli cesarei			
40. Miglioramento dello standard di cura per i tumori			
41. Miglioramento dello standard di cura per i tumori dell'apparato genitale femminile			
42. Rischio Clinico: sviluppo di strategie regionali di risk management			
43. Miglioramento dei tempi di intervento attraverso la Rete Territoriale di Soccorso (RTS)			
44. Attivazione CUR - NUE 1-1-2.			
45. Realizzazione di nuove elisuperfici e adeguamento di quelle esistenti per il servizio H24.			

Aree di intervento trasversali			
46. Migliorare l'uso razionale dei farmaci			
47. Consolidamento del Centro Regionale di farmacovigilanza			
48. Diffusione sul territorio della capacità di defibrillazione			
49. Realizzazione della Rete Regionale di Health Technology Assessment (HTA)			
50. Realizzazione sistema unico regionale per la Tecnoassistenza nei diversi setting assistenziali			
51. Realizzazione rete regionale di Teleconsulto Specialistico per i percorsi di emergenza urgenza.			
52. Sviluppo del nuovo Sistema Informativo Sanitario di governo regionale.			
53. Evoluzione funzionale del fascicolo sanitario elettronico (FSE) della Regione Marche			
54. Consolidamento sistema di indicatori sanitari e socio sanitari			
55. Costituzione del registro di mortalità regionale			
56. Accreditamento del Registro Tumori Regionale (RTR)			
Aree di interesse regionale			
57. Gestione Efficace dell'intervento sanitario in occasione delle grandi emergenze			
58. Lo sviluppo delle Aree Interne			