



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. 44 LEGISLATURA N. IX

seduta del	
17/01/2011	
delibera	
17	

pag.
1

DE/ME/SAL Oggetto: Linee di indirizzo per l'attuazione del Patto per la salute 2010 - 2012 e della legge di stabilità 2011 - Approvazione.

Prot. Segr.  
55

Lunedì 17 gennaio 2011, nella sede della Regione Marche, ad Ancona, in via Gentile da Fabriano, si è riunita la Giunta regionale, regolarmente convocata.

Sono presenti:

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

Sono assenti:

- SARA GIANNINI	Assessore
- SERENELLA GUARNA MORODER	Assessore

Constatato il numero legale per la validità dell'adunanza assume la Presidenza il Presidente della Giunta regionale Gian Mario Spacca. Assiste alla seduta il Segretario della Giunta regionale Moroni Elisa.

Riferisce in qualità di relatore: L' Assessore Mezzolani Almerino.

La deliberazione in oggetto è approvata all'unanimità dei presenti.

## NOTE DELLA SEGRETERIA DELLA GIUNTA

Inviata per gli adempimenti di competenza

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

Il \_\_\_\_\_

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

prot. n. \_\_\_\_\_

L'INCARICATO

L'INCARICATO



seduta del	17 GEN 2011
delibera	
	11117

**OGGETTO:** Linee di indirizzo per l'attuazione del Patto per la salute 2010-2012 e della Legge di stabilità 2011. Approvazione.

### LA GIUNTA REGIONALE

**VISTO** il documento istruttorio, riportato in calce alla presente deliberazione, predisposto dal Servizio Salute, dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

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

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

**VISTO** l'articolo 28 dello statuto della regione;

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

### DELIBERA

- di approvare le linee di indirizzo per l'attuazione del Patto per la Salute 2010-2012 e la legge di stabilità 2011 che, allegate alla presente deliberazione, ne formano parte integrante e sostanziale;
- di stabilire che la presente deliberazione costituisce direttiva vincolante per i Direttori Generali dell'ASUR, delle Aziende Ospedaliere, dell'INRCA e dei Direttori delle Zone territoriali, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 3, secondo comma, della L. R. n. 13/2003.

**IL SEGRETARIO  
DELLA GIUNTA REGIONALE**

Elisa Moroni

**PRESIDENTE  
DELLA GIUNTA REGIONALE**

Gian Mario Spacca



## DOCUMENTO ISTRUTTORIO

La normativa nazionale di riferimento – l'intesa in data 3 dicembre 2009 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010/2012; Decreto legge 31 maggio 2010, n. 78 coordinato con la legge di conversione 30 luglio 2010 n 122 "Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica" con particolare riferimento agli artt. 9 e 11; il Piano Sanitario Nazionale 2011/2013 il cui schema, nel novembre 2010, ha registrato il via libera della Conferenza dei Presidenti delle Regioni – ha permesso la predisposizione di linee di indirizzo in materia sanitaria coerenti, tra l'altro, con la DGR n. 1138 del 19 luglio 2010 di recepimento del Piano Socio Sanitario Regionale 2010-2012 e tutt'ora all'esame della Commissione consiliare competente.

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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



17 GEN 2011  
delibera  
17

pag.  
5

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

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

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

Per tutto quanto sopra si propone alla Giunta regionale:

- di approvare le linee di indirizzo per l'attuazione del Patto per la Salute 2010-2012 e del Patto di stabilità 2010 che, indicate alla presente deliberazione, ne formano parte integrante e sostanziale;
- di stabilire che la presente deliberazione costituisce direttiva vincolante per i Direttori Generali dell'ASUR, delle Aziende Ospedaliere, dell'INRCA e dei Direttori delle Zone territoriali, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 3, secondo comma, della L. R. n. 13/2003.

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Sandro Oddi



17 GEN 2011  
delibera  
17

pag.  
6

### PROPOSTA DEL DIRIGENTE DEL SERVIZIO SALUTE

Il sottoscritto, considerata la motivazione espressa nell' atto, esprime parere favorevole sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica della presente deliberazione e ne propone l'adozione alla Giunta regionale.

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

IL DECRETARIO GENERALE  
Carmine Ruta

La presente deliberazione si compone di n. 104 pagine, di cui n. 98 pagine di allegati.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

Elisa Mroni

C. M. 1.



**REGIONE MARCHE**

GIUNTA REGIONALE  
SERVIZIO SALUTE

***ALLEGATO***

**ALLEGATO ALLA DELIBERA**

**Nº 17 DEL 17 GEN 2011**

**REGIONE MARCHE**

**LINEE DI INDIRIZZO PER  
L'ATTUAZIONE DEL PATTO  
PER LA SALUTE 2010-2012 E  
DELLA LEGGE DI STABILITÀ  
2011**

*C. 2011*

**INDICE**

<b>PARTE I – LA STRATEGIA E GLI OBIETTIVI.....</b>	<b>4</b>
<b>A. IL CONTESTO DI RIFERIMENTO .....</b>	<b>4</b>
1. OBIETTIVI DELLE LINEE DI INDIRIZZO .....	4
2. CRITICITÀ E VINCOLI.....	7
3. GLI STRUMENTI PROGRAMMATATORI .....	8
3.1 <i>Le indicazioni del Piano Socio Sanitario Regionale</i> .....	8
4. LA COERENZA DEL MODELLO OPERATIVO .....	10
<b>B. GLI INVESTIMENTI.....</b>	<b>14</b>
1. OBIETTIVI DELL'ACCORDO DI PROGRAMMA.....	14
2. AZIONI PREVISTE NELL'ACCORDO DI PROGRAMMA.....	15
<b>C. I PRINCIPALI ATTI NORMATIVI.....</b>	<b>19</b>
<b>PARTE II – GLI INTERVENTI.....</b>	<b>26</b>
<b>I. GLI INTERVENTI SUI FATTORI DI PRODUZIONE.....</b>	<b>26</b>
I.1   INTERVENTO 1: IL GOVERNO DELLE RISORSE UMANE .....	26
I.1.1 <i>Azione 1: contenimento costo del personale attraverso limitazione turn over</i> .....	27
I.1.2 <i>Azione 2: rideterminazione dei fondi contrattuali aziendali</i> .....	29
I.2   INTERVENTO 2: RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA E DEI DISPOSITIVI MEDICI.....	30
I.2.1 <i>Azione 1: monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica ospedaliera</i> .....	30
I.2.2 <i>Azione 2: incentivazione prescrizioni farmaceutiche in linea con obiettivi regionali di contenimento della spesa ospedaliera e territoriale</i> .....	31
I.2.3 <i>Azione 3: creazione di un magazzino virtuale per i farmaci ospedalieri</i> .....	33
I.2.4 <i>Azione 4: dispositivi medici</i> .....	33
I.2.5 <i>Azione 5: rete delle Farmacie Convenzionate e Ospedaliere</i> .....	34
I.3   INTERVENTO 3: IL GOVERNO DELLE ATTIVITÀ AMMINISTRATIVO-TECNICO-LOGISTICHE .....	37
I.3.1 <i>Azione 1: razionalizzazione delle unità amministrativo-tecnico-logistiche</i> .....	37
I.3.2 <i>Azione 2: attuazione di un piano di riqualificazione / ricollocazione del personale</i> .....	39
I.4   INTERVENTO 4: IL GOVERNO DEI BENI E SERVIZI.....	41
I.4.1 <i>Azione 1: sviluppo della funzione organizzativa per il governo dei beni e servizi</i> .....	41
I.4.2 <i>Azione 2: monitoraggio acquisti di beni e servizi</i> .....	42
I.4.3 <i>Azione 3: centralizzazione funzioni acquisti</i> .....	43
I.5   INTERVENTO 5: IL GOVERNO DEGLI EROGATORI PRIVATI.....	47
I.5.1 <i>Azione 1: attività di carattere generale riguardanti il rapporto con gli erogatori privati</i> .....	47
I.5.2 <i>Azione 2: razionalizzazione delle attività delle case di cura multispecialistiche</i> .....	48
I.5.3 <i>Azione 3: razionalizzazione delle attività delle case di cura monospecialistiche</i> .....	48
I.5.4 <i>Azione 4: razionalizzazione delle attività delle strutture di riabilitazione</i> .....	49
I.5.5 <i>Azione 4: razionalizzazione delle attività delle strutture del settore ambulatoriale</i> .....	50
<b>II. LE AREE DI INTERVENTO SUI PROCESSI SOCIO SANITARI.....</b>	<b>53</b>
I.6   INTERVENTO 6: LA RETE OSPEDALIERA .....	53
I.6.1 <i>Azione 1: riduzione della frammentazione della rete ospedaliera</i> .....	53



I.6.2	<i>Azione 2: la riconversione delle piccole strutture .....</i>	55
I.6.3	<i>Azione 3: le aree di degenza per intensità di cura.....</i>	55
I.6.4	<i>Azione 4: razionalizzazione delle unità operative semplici e complesse.....</i>	56
I.6.5	<i>Azione 5: attuazione di un piano di riqualificazione/rimodulazione del personale .....</i>	57
I.7	INTERVENTO 7: LA RETE DELL'EMERGENZA URGENZA .....	59
I.7.1	<i>Azione 1: riorganizzazione della rete territoriale .....</i>	59
I.7.2	<i>Azione 2: ridefinizione Rete dei Pronto Soccorso e DEA .....</i>	60
I.7.3	<i>Azione 3: revisione Punti di Primo Intervento (PPI).....</i>	62
I.8	INTERVENTO 8: LA RETE DELLA PREVENZIONE.....	63
I.8.1	<i>Azione 1: attuazione delle Linee Progettuali/programmi del Piano Regionale della Prevenzione 2010 – 2012.....</i>	63
I.8.2	<i>Azione 2: la rete dei Dipartimenti di Prevenzione dell'ASUR.....</i>	64
I.8.3	<i>Azione 3: consolidamento delle misure volte alla sorveglianza epidemiologica, comunicazione del rischio e promozione della salute.....</i>	67
I.8.4	<i>Azione 4: consolidamento funzionale delle reti per la preparazione alle emergenze di popolazione in sanità pubblica e veterinaria.....</i>	68
I.9	INTERVENTO 9: LA RETE TERRITORIALE .....	69
I.9.1	<i>Azione 1: sviluppo della Casa della Salute .....</i>	69
I.9.2	<i>Azione 2: sviluppo della rete delle cure primarie.....</i>	70
I.9.3	<i>Azione 3: realizzazione dei presidi territoriali H24 .....</i>	71
I.9.4	<i>Azione 4: implementazione del Punto Unico di Accesso.....</i>	73
I.10	INTERVENTO 10: LA RETE SOCIO-SANITARIA .....	76
I.10.1	<i>Azione 1: razionalizzazione delle attività delle strutture sociosanitarie .....</i>	76
I.10.2	<i>Azione 2: definizione dell'assetto istituzionale dell'integrazione sociale e sanitaria a livello territoriale .....</i>	78
I.10.3	<i>Azione 3: regolamentazione della programmazione integrata sociale e sanitaria a livello di Area Vasta, di Zona Territoriale e di Distretto Sanitario/Ambito Territoriale Sociale .....</i>	80
I.11	INTERVENTO 11: RAZIONALIZZAZIONE DELLA RETE DEI LABORATORI PUBBLICI .....	83
I.11.1	<i>Azione 1: governo della rete regionale dei laboratori pubblici .....</i>	84
I.11.2	<i>Azione 2: riconversione dei laboratori pubblici.....</i>	85
I.12	INTERVENTO 12: IL GOVERNO DELLA MOBILITÀ SANITARIA .....	88
I.12.1	<i>Azione 1: il governo della domanda.....</i>	88
I.12.2	<i>Azione 2: il potenziamento dell'offerta.....</i>	89
I.12.3	<i>Azione 3: sviluppo dei processi di committenza .....</i>	90
<b>PARTE III - LE AREE DI SVILUPPO STRATEGICHE .....</b>		<b>92</b>
1.	LO SVILUPPO DEI FLUSSI ISTITUZIONALI .....	92
	<i>Azione 1: sviluppo della funzione organizzativa per il governo dei flussi istituzionali.....</i>	92
	<i>Azione 2: gestione delle principali anagrafiche.....</i>	93
	<i>Azione 3: riorganizzazione degli "Osservatori" socio-sanitari e sociali.....</i>	95
2.	LO SVILUPPO DI UN SISTEMA DI MONITORAGGIO DIREZIONALE.....	96
	<i>Azione 1: consolidamento modello di monitoraggio direzionale .....</i>	96
3.	LO SVILUPPO DI UN SISTEMA DI MONITORAGGIO DI APPROPRIATEZZA .....	97
	<i>Azione 1: sviluppo e utilizzo del sistema di monitoraggio dell'appropriatezza per il Governo del sistema</i>	97



## **PARTE I – LA STRATEGIA E GLI OBIETTIVI**

### **A. IL CONTESTO DI RIFERIMENTO**

#### **1. Obiettivi delle linee di indirizzo**

Il mantenimento dell'equilibrio economico finanziario costituisce un obiettivo fondamentale che la Regione Marche intende perseguire nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e garantendo il massimo livello di qualità per servizi e prestazioni. Le condizioni per l'evoluzione del sistema socio sanitario regionale devono quindi conciliare il rigore economico e l'efficienza produttiva con una offerta di servizi in grado di soddisfare il bisogno espresso dai cittadini sia in termini quantitativi che qualitativi.

Gli esperti del noto centro di ricerca internazionale con sede a Roma specializzato in politica economica (Cerm - Competitività Regolazione Mercati), dopo uno studio relativo all'introduzione del federalismo fiscale e dei costi standard, che prende in esame il rispetto da parte delle Regioni della programmazione delle risorse per la sanità, hanno sancito che le Marche sono l'unica Regione con i conti di bilancio in equilibrio, e che non solo ha rispettato la programmazione delle risorse, ma addirittura avrebbe potuto spendere di più di quanto stanziato a programma per il 2009, dimostrando così il più elevato livello di efficienza in Italia tra quelle prese in esame.

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

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

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



## REGIONE MARCHE

GIUNTA REGIONALE  
SERVIZIO SALUTE

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

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

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

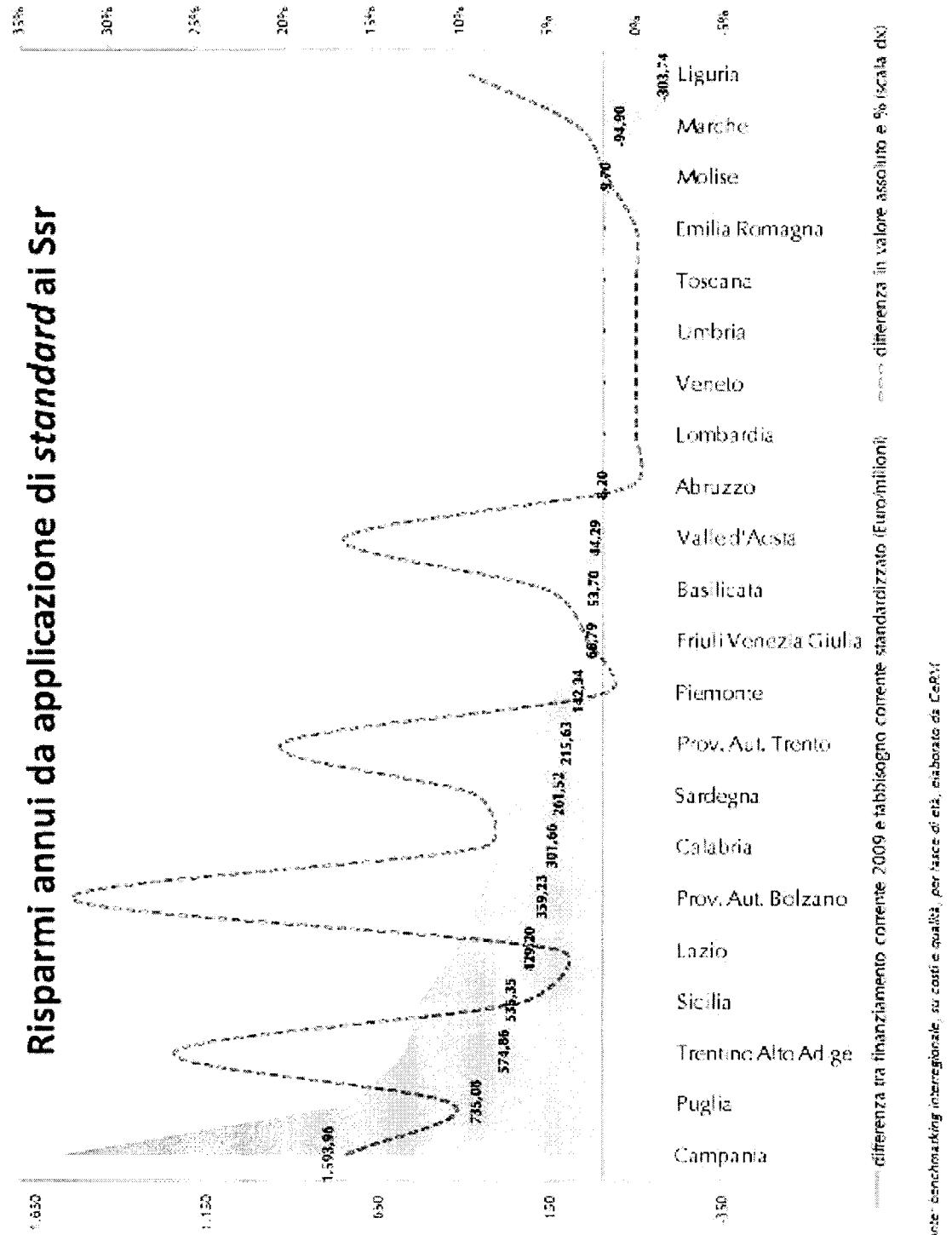
*2 set 2011*

## REGIONE MARCHE

GIUNTA REGIONALE  
SERVIZIO SALUTE



### Risparmi annui da applicazione di standard ai Ssr



risparmio differenza tra finanziamento corrente 2009 e tabbiscogno corrente standardizzato (Euro/milioni)

*2*  
R. See



## 2. Criticità e Vincoli

La situazione economica del paese presenta condizioni di particolare difficoltà che hanno determinato l'introduzione di misure correttive e restrittive per ogni area di attività e di produzione. Anche per quanto riguarda la sanità sono state fornite indicazioni volte a razionalizzare il settore, nell'intento di ridurre gli sprechi, ottimizzare i costi, aumentare i livelli di efficienza ed efficacia.

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

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

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

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

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



### **3. Gli strumenti programmati**

Lo strumento principale per l'esercizio delle prerogative istituzionali di governance della Regione è costituito dal Piano Socio Sanitario Regionale. Il Piano socio-sanitario, predisposto dal Dipartimento, approvato dalla Giunta regionale e deliberato dal Consiglio regionale, definisce gli obiettivi e le linee strategiche da perseguire a livello regionale per garantire a tutti i cittadini marchigiani i diritti fondamentali alla salute e della persona nel rispetto dei principi di universalità, equità e solidarietà.

Le presenti linee di indirizzo di programmazione regionale vengono esplicite in coerenza con gli indirizzi strategici definiti nella proposta di PSSR (DGR n. 1138/2010); sulla base di tali linee di indirizzo le Aziende devono predisporre Piani Attuativi Aziendali, che in modo dinamico dovranno tradurre le azioni definite nelle Linee di indirizzo in interventi operativi per il successivo triennio, sia sul piano economico amministrativo che sul piano clinico organizzativo. Nell'ambito dell'ASUR, la declinazione degli obiettivi operativi triennali a livello territoriale avviene attraverso i Piani di Area Vasta. La definizione annuale degli obiettivi e delle azioni avviene attraverso il budget. Per quanto riguarda le Aziende ospedaliere (Az. Ospedaliera-Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona, Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord) e l'Ircs INRCA, i rispettivi Piani attuativi dovranno essere esplicitati mantenendo la coerenza complessiva tra azioni ed obiettivi nell'ambito della generale strategia regionale.

#### **3.1 Le indicazioni del Piano Socio Sanitario Regionale**

Il Piano Socio Sanitario Regionale 2010-2012, la cui proposta è stata deliberata con la DGR n. 1138 del 19 luglio 2010 e che attualmente sta percorrendo l'iter procedurale per la sua approvazione definitiva, formula la strategia che dovrà orientare il sistema socio sanitario marchigiano per il prossimo triennio.

Le linee strategiche di intervento previste dal nuovo PSSR, in coerenza con il PSR 2007-2009, riguardano:

- La razionalizzazione delle risorse economiche e finanziarie, per garantire il mantenimento dell'equilibrio economico
- La semplificazione ed il rafforzamento dell'assetto istituzionale, per favorire una efficace azione di governance a tutti i livelli decisionali
- L'orientamento alla ricerca e all'innovazione, per dare un nuovo impulso alla sperimentazione di nuovi percorsi e tecnologie nei processi di cura
- Lo sviluppo dei sistemi di rete, per la riqualificazione dell'offerta assistenziale attraverso l'integrazione e la diversificazione delle attività



- L'innovazione tecnologica, il cui governo deve contribuire al miglioramento della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie
- La riqualificazione e l'adeguamento strutturale, per consentire, attraverso l'utilizzo di criteri progettuali innovativi e nuovi modelli organizzativi, una gestione più efficace del paziente secondo logiche di integrazione, continuità della cura e modulazione dell'intensità assistenziale
- La valorizzazione delle professionalità, per favorire il consolidamento delle competenze generali ed il sostegno alle competenze distintive, attraverso la leva strategica della formazione e lo stimolo della partecipazione

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

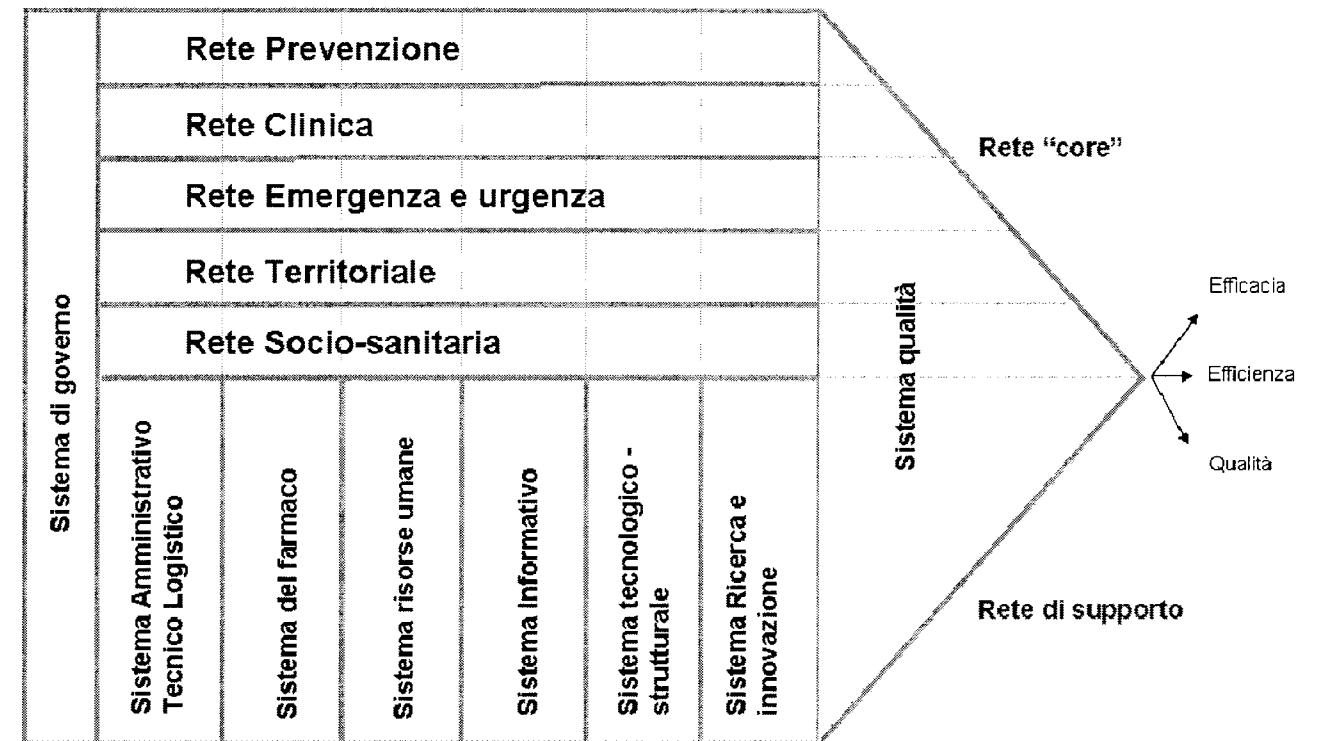
- promozione della salute,
- contenimento dei Tempi di Attesa,
- miglioramento dell'appropriatezza,
- riduzione della mobilità passiva,
- consolidamento del governo clinico,
- sviluppo dell'integrazione socio sanitaria,
- rafforzamento della prevenzione e della predizione,
- promozione della cultura di rete e della collaborazione professionale.

Da un punto di vista organizzativo, le chiavi interpretativa per la definizione delle azioni di sviluppo e di intervento sulla realtà sociale e sanitaria marchigiana, e coerentemente con quanto definito sia nel PSR 2007-2009 sia nella proposta di PSSR 2010-2012, si richiama quindi alla “catena del valore della filiera socio-sanitaria”, descritta in sintesi nella successiva figura.

In sostanza, il “core” delle attività del sistema sanitario deve essere focalizzato sulla risposta alla domanda clinico-sanitaria espressa dalla popolazione marchigiana; tale risposta deve garantire il rispetto dei livelli essenziali di assistenza su tutto il territorio regionale, come stabilito dalla normativa vigente.

Le attività di “supporto” devono contribuire al raggiungimento degli obiettivi di salute del sistema garantendo che le sue condizioni complessive di funzionamento rispettino criteri di efficienza, efficacia, qualità ed economicità, nella migliore combinazione possibile, non devono assolutamente avere incrementi che sottraggano risorse all’attività “core”.

Il processo “core” della rete socio sanitaria costituisce il punto di contatto, scambio ed integrazione con l’area del sociale, verso la quale insistono analoghi, e spesso comuni, sistemi di supporto.



Le indicazioni strategiche contenute nel PSSR sono quindi declinate in obiettivi ed azioni di carattere generale che riguardano i processi di governo, i processi sanitari, socio-sanitari e sociali nonché i sistemi che devono supportare il funzionamento complessivo della sanità quali la qualità, le risorse umane, le infrastrutture, l'ICT e le tecnologie.

La traduzione operativa di tali orientamenti deve avvenire a livello Aziendale e di Area Vasta affinché concretamente si possa dare seguito al programma di evoluzione del sistema sanitario regionale secondo un disegno organico e coerente di cambiamento e nel rispetto dei vincoli di carattere economico fissati.

#### **4. La coerenza del modello operativo**

Le presenti linee attuative costituiscono un elemento di continuità con quanto precedentemente avviato con il lavoro delle Cabine di regia regionali previste dal PSR 2007-2009. Le Cabine di regia, attraverso i gruppi di lavoro, hanno stilato documenti con proposte progettuali che, partendo dagli standard ministeriali e dalle indicazioni delle principali Società scientifiche di

2009



## REGIONE MARCHE

GIUNTA REGIONALE  
SERVIZIO SALUTE

settore, hanno proposto standard applicativi e parametri di riferimento per la Regione Marche che quindi sono stati contestualizzati e declinati per Area Vasta.

Di fatto, sono state prodotte linee guida, studi di fattibilità, proposte di sperimentazioni gestionali e di atti di programmazione molti dei quali, poiché urgenti e non più differibili, si sono tradotti in atti amministrativi e normativi. Per alcune proposte emerse dal lavoro delle Cabine di regia, si è proceduto all'attivazione di sperimentazioni gestionali, necessarie per validare le indicazioni operative al fine di verificarne la fattibilità, evidenziando eventuali criticità per rendere successivamente attuativo sul piano regionale il risultato raggiunto, attraverso i passaggi istituzionali previsti.

Molti dei documenti prodotti, che hanno ispirato le linee di intervento della proposta di PSSR 2011-2013, e che si sono tradotte nelle presenti linee di indirizzo, sono state oggetto di analisi da parte delle direzioni aziendali e dei coordinamenti di Area Vasta per verificarne la fattibilità e consentire di stabilire per i singoli settori gli standard applicativi più idonei.

Inoltre, per quanto attiene i lavori già in fase attuativa, è stata prevista una azione di monitoraggio e controllo attraverso opportuni indicatori che potessero consentire la verifica e la manutenzione del sistema nonché l'evoluzione programmativa mediante la prosecuzione delle attività dei Gruppi di lavoro delle Cabine di regia.

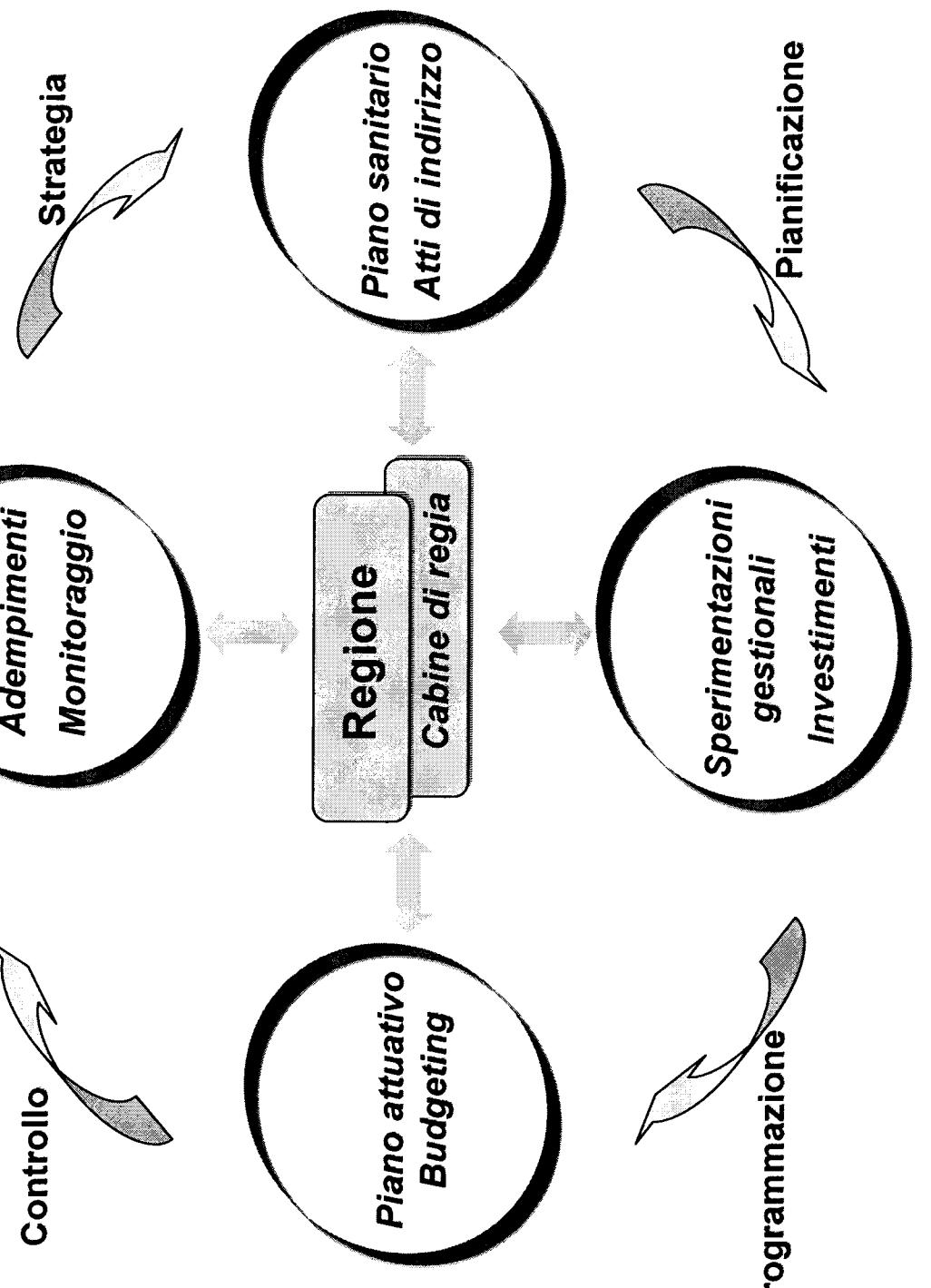
*C. De S.*

## REGIONE MARCHE

GIUNTA REGIONALE  
SERVIZIO SALUTE



## MODELLO OPERATIVO





La metodologia di lavoro delle presenti linee attuative è quindi impostata su una logica di coerenza tra la definizione di atti di indirizzo strategico del governo regionale e la pianificazione attuativa a livello aziendale e di Area Vasta, ed è costruita attraverso il contributo di operatori con diverse competenze e appartenenti a tutti i livelli istituzionali. La sua implementazione costituisce un ulteriore importante momento del percorso evolutivo messo in atto secondo le linee strategiche previste dalla Regione.

La fase di **strategia** rappresenta il momento fondamentale di definizione delle linee di indirizzo e degli orientamenti che dovrà intraprendere la Regione alla luce dell'analisi delle situazione esistente e dei risultati conseguiti.

Nella fase di **pianificazione** si stabiliscono, a livello formale di atti pianificatori, gli obiettivi strategici, le azioni da intraprendere ed i risultati attesi, che si dovranno tradurre in interventi concreti quali le sperimentazioni gestionali ed il programma di investimenti da attuare.

La fase di **programmazione** declina in piani operativi ed in obiettivi specifici le indicazioni strategiche e, in relazione ai risultati delle fasi sperimentali, estende a tutte le realtà i progetti attuativi, fornendo criteri e parametri per misurare il raggiungimento degli obiettivi attraverso strumenti quali il budget.

Con la fase di **controllo** si chiude il ciclo generale della programmazione poiché rappresenta il momento del monitoraggio e della verifica sia del raggiungimento o meno degli obiettivi prefissati sia del rispetto degli standard previsti ai diversi livelli istituzionali ed ai diversi momenti della pianificazione (di breve, di medio o di lungo periodo).

L'allineamento fra le diverse fasi costituisce un elemento indispensabile per il buon funzionamento dell'intero sistema, al fine di garantire la coerenza fra gli obiettivi ed i risultati di volta in volta ottenuti, e rappresenta l'obiettivo fondamentale delle presenti linee di indirizzo, tenendo conto che l'adozione della metodologia descritta si è già trasformata in un consistente numero di atti, di cui i più importanti sono riportati al Paragrafo C della Parte I del presente documento.



## **B. GLI INVESTIMENTI**

La Regione Marche ha impostato una politica di investimenti per il miglioramento del sistema sanitario in coerenza con le indicazioni generali della programmazione sanitaria, in particolare con le indicazioni del PSR 2007-2009 e con la proposta di PSSR 2010-2012.

Tenendo conto di tali indicazioni, è stato presentato e sottoscritto con il Ministero della Salute un Accordo di programma per gli investimenti in sanità che imposta la strategia che la Regione intende adottare al fine di razionalizzare ed adeguare la presenza di strutture preposte a garantire l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie.

### **1. Obiettivi dell'Accordo di programma**

Il piano contenuto nell'Accordo di programma si prefigge di creare le condizioni per il raggiungimento dei seguenti obiettivi strategici:

- la riorganizzazione della rete ospedaliera con la riduzione della frammentazione strutturale esistente, la concentrazione dell'attività per acuti in un numero limitato di strutture organizzate per intensità di cura ed in grado di offrire prestazioni di alta complessità;
- la riqualificazione di strutture ospedaliere di dimensioni limitate e di bassa specialità verso funzioni principalmente orientate ai servizi territoriali e socio sanitari, pur in una logica di integrazione con le reti cliniche;
- la riorganizzazione della rete territoriale e socio sanitaria con il rafforzamento del ruolo del distretto e la definizione della rete di strutture per la presa in carico e per la gestione delle varie fasi dei trattamenti di carattere assistenziale e socio assistenziale (punto unico di accesso, Casa della salute, Strutture di comunità, Residenze protette, etc.);
- il potenziamento della rete dell'emergenza urgenza con il consolidamento della rete dei trasporti e la riorganizzazione dei punti di pronto soccorso in ragione della differente capacità di risposta assistenziale della struttura di riferimento;
- il potenziamento delle infrastrutture tecnologiche e dei sistemi di comunicazione per migliorare il funzionamento dei servizi e facilitare l'erogazione di prestazioni ad alto valore aggiunto;
- l'esecuzione di tutte le opere di messa a norma, adeguamento, completamento delle parti strutturali ed impiantistiche, per al sicurezza del personale e degli utenti.



### ***La ripartizione del I°, II° e III° stralcio***

Il I° stralcio dell'Accordo di programma, per un importo pari a circa 112 milioni di euro, è stato stipulato in data 18 marzo 2009 ed ha previsto importanti interventi di carattere strutturale di rilevante impatto per ciascuna Area vasta; in particolare, è stata prevista l'esecuzione di tutte le opere di messa a norma, adeguamento, completamento delle parti strutturali ed impiantistiche, per la sicurezza del personale e degli utenti.

Il II° stralcio dell'Accordo di programma, per un importo pari a 211,5 milioni di euro, sottoscritto il 14 maggio 2010, insieme a quanto già indicato nel primo stralcio consentirà di avviare le azioni per portare a termine la riorganizzazione della rete ospedaliera nella logica delle reti cliniche integrate e dell'intensità di cura nell'ambito delle Aree vaste, sia con la realizzazione di nuove strutture (il nuovo Inrca, il nuovo Salesi, il nuovo Ospedale di Fermo) adeguate a gestire il paziente acuto nel modo più efficace ed efficiente, sia con l'adeguamento di strutture esistenti, sia con la creazione di un sistema integrato di ICT che funga da spina dorsale e da sistema connettivo per l'intera sanità regionale.

La programmazione regionale prevede inoltre un III° stralcio dell'Accordo di programma, che attualmente è in attesa di vedere ripristinate le somme inizialmente destinate dal livello centrale e poi sospese in ragione dell'evoluzione congiunturale in atto nel paese, che contiene le indicazioni per il completamento degli interventi per la realizzazione della rete di nuove strutture ospedaliere adeguata alle esigenze di salute della popolazione marchigiana ed al contestuale rafforzamento dei servizi territoriali e residenziali.

Il finanziamento del piano di investimenti potrà avvenire in relazione alle somme messe a disposizione nell'ambito dell'Accordo di programma, con il concorso di risorse sia del Ministero sia della Regione. La regione ha previsto che le risorse derivino dall'alienazione di beni immobili di proprietà dell'ASUR e delle aziende ospedaliere.

Poiché la realizzazione del piano di investimenti costituisce un obiettivo strategico per conseguire i cambiamenti di carattere strutturale necessari per far evolvere ed innovare il sistema sanitario regionale, l'acquisizione di risorse da rendere disponibili per portare avanti il programma previsto rappresenta una condizione indifferibile. Di conseguenza, per la necessità di facilitare il processo in atto e per superare eventuali difficoltà od ostacoli, non sono da escludere modalità complementari e alternative di finanziamento anche attraverso l'intervento di soggetti privati.

### **2. Azioni previste nell'Accordo di programma**

La relazione 2007-2008 del Ministero della Salute, per quanto concerne il numero medio di posti letto per struttura, attribuisce alla Regione Marche una situazione di "dispersione", con



una media di 167 posti letto per struttura rispetto ad una media nazionale di 319 posti letto; ben 20 strutture su 33 hanno dimensioni inferiori a 120 posti letto con una media di posti letto di 57 per struttura.

La necessità di garantire un livello assistenziale tale da assicurare la sicurezza dei pazienti e degli operatori induce ad attivare percorsi che tendano a ridurre la frammentazione ospedaliera, obiettivo che potrà essere raggiunto solo con una totale aggregazione strutturale, non ipotizzabile nel breve periodo ma già avviata per alcune realtà (Ancona sud, Marche nord, Marche sud, Fermo, nuovo Salesi).

***Si prevedono le seguenti attività:***

- riorganizzazione della rete ospedaliera con il potenziamento del centro di riferimento regionale e la concentrazione dell'alta specialità presso l'Azienda ospedaliera Ospedali Riuniti di Ancona;
- realizzazione contestuale, a nord della regione (integrazione Pesaro-Fano) e a sud (integrazione Ascoli-San Benedetto), di due nodi provinciali per la copertura del bisogno di cura e assistenza al livello minimo di area vasta;
- ridisegno dell'area di Ancona, con la differenziazione tra polo nord e polo sud in cui da un lato potenziare la risposta al paziente acuto ed in urgenza, con particolare attenzione ai casi di alta complessità e, dall'altro lato, creare un centro di riferimento regionale per il paziente fragile, con particolare attenzione alla popolazione anziana;
- adeguamento delle strutture ospedaliere nell'Area vasta 2 al fine di differenziare e potenziare l'offerta in sinergia con l'area metropolitana di Ancona;
- forte orientamento alla ricerca ed all'innovazione nelle strutture dell'area di Ancona, con particolare attenzione alla medicina molecolare ed alla medicina predittiva, strettamente integrate con l'attività di ricovero e cura;
- razionalizzazione della rete delle strutture tra le Aree vaste 3 e 4 di Macerata e Fermo, con la creazione di un nuovo nodo sovraprovinciale lungo la fascia adriatica, tra Ancona ed il confine sud della regione, per la cura del paziente acuto, integrato in rete con una struttura orientata al trattamento del paziente cronico (attuale sede Inrca Fermo);
- rafforzamento delle strutture di rete della fascia collinare della Regione (Urbino, Jesi, Macerata) in termini di adeguamento strutturale, differenziazione delle attività ed integrazione dei servizi rispetto ai nodi provinciali della fascia adriatica;
- riorganizzazione e riqualificazione delle strutture della fascia montana, a partire dal potenziamento tecnologico dell'Ospedale di Fabriano, a garanzia dei servizi di base e con la copertura delle situazioni di urgenza ed emergenza attraverso il potenziamento dei servizi di elisoccorso e per il rapido collegamento con le strutture di alta specialità;

*Carletti*



## REGIONE MARCHE

GIUNTA REGIONALE  
SERVIZIO SALUTE

- riqualificazione di strutture ospedaliere di dimensioni limitate e di bassa specialità verso funzioni principalmente orientate ai servizi territoriali e socio sanitari, pur in una logica di integrazione con le reti cliniche;
- riorganizzazione della rete territoriale e socio sanitaria con il rafforzamento del ruolo del distretto e la definizione della rete di strutture per la presa in carico e per la gestione delle varie fasi dei trattamenti di carattere assistenziale e socio assistenziale (punto unico di accesso, Casa della salute, Strutture di comunità, Residenze protette, etc.);
- potenziamento della rete dell'emergenza urgenza con il consolidamento della rete dei trasporti e la riorganizzazione dei punti di pronto soccorso in ragione della differente capacità di risposta assistenziale della struttura di riferimento;
- consolidamento della rete dei Dipartimenti di Prevenzione, con il rafforzamento nell'ambito della sicurezza, sia per i luoghi di lavoro, sia per la parte alimentare e veterinaria e, per quanto riguarda la prevenzione collettiva, lo sviluppo di una forte sinergia con le aree di ricerca nel campo della diagnosi precoce/predizione;
- potenziamento delle infrastrutture tecnologiche e dei sistemi di comunicazione per migliorare il funzionamento dei servizi e facilitare l'erogazione di prestazioni ad alto valore aggiunto;
- esecuzione di tutte le opere di messa a norma, adeguamento, completamento delle parti strutturali ed impiantistiche, per al sicurezza del personale e degli utenti.



## REGIONE MARCHE

GIUNTA REGIONALE  
SERVIZIO SALUTE

### Fonti di finanziamento e progetti d'investimento

#### FONTI DI FINANZIAMENTO

FONTI DI FINANZIAMENTO		PROGETTI DI INVESTIMENTO	
Risorse residue derivanti dai finanziamenti per libera professione	20	Interventi per potenziamento libera professione, intramuraria	20
<b>TOTALE</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	
		<b>1° stralcio</b>	
Risorse residue impegni revocati ex art. 20 + quota regionale	97	Attuazione Protocollo d'intesa con Comune di Ancona (Pad 1-2 ex Umberto I)	12
Riserva finanziaria	15	Nuovo Ospedale di Jesi	14
		Interventi di manutenzione straordinaria su strutture esistenti e acquisizione tecnologie sanitarie	86
<b>TOTALE</b>	<b>112</b>	<b>112</b>	
		<b>2° stralcio</b>	
Nuove risorse Legge Finanziaria 2007 (risorse assegnate), ma non ancora attribuite dal Cipe	47	Nuovo Irca e nuovo ospedale di Rete	70
Nuove risorse Legge Finanziaria 2008 (risorse previste in finanziaria, ma non ancora assegnate)	61	Attuazione protocollo d'intesa con Comune di Ancona - Nuovo Salesi	40
Risorse residue derivanti da 1° triennio att. 20	10	Nuovo ospedale di Fermo	70
Riserva finanziaria	15	Interventi di Information Communication Technology (I.C.T.)	16
Alienazioni beni disponibili	78	Interventi di manutenzione straordinaria su strutture esistenti e acquisizione tecnologie sanitarie (Senigallia, Fabriano, S. Benedetto, Ascoli P.)	15
		<b>211</b>	<b>211</b>
			<b>343</b>



## C. I PRINCIPALI ATTI NORMATIVI

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

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

➤ **A valenza regionale:**

- Piano di riorganizzazione della rete delle strutture per la specialistica e la diagnostica (DGR n. 137/2007);
- Consolidamento e sviluppo dell'integrazione socio-sanitaria in Regione (DGR n. 720/2007);
- Progetto del centro di prenotazione unico regionale (DGR n. 1111/2007);
- Istituzione cabine di regia per il coordinamento delle attività progettuali previste dal PSR 2007-2009 (DGR n. 1115/2007);
- Gara unica regionale per la fornitura dei farmaci (DGR n. 1204/2007);
- Alienazione beni immobili delle Aziende sanitarie (DGR n. 1208/2007; DGR n. 34/2009);
- Approvazione progetti per il perseguimento di obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del PSN 2006-2008 (DGR n. 1336/2007; DGR n. 1043/2009; DGR n. 1044/2009);
- Proposta di deliberazione per l'organizzazione su area vasta dell'Asur (DGR n. 1465/2007);
- Accordo di programma per gli investimenti in sanità - I° e II° stralcio (DGR n. 1389/2008; DGR n. 17/2010);
- Creazione di un polo regionale per l'epidemiologia veterinaria (DGR n. 1766/2008);
- Atto di indirizzo per la riduzione della spesa farmaceutica (DGR n. 1807/2008);
- Riconversione delle case di cura monospecialistiche (DGR n. 76/2009);
- Atto di ricognizione delle strutture pubbliche e private di ricovero per acuti, lungodegenza e riabilitazione residenziali e semiresidenziali (DGR n. 77/2009);
- Atto di indirizzo alle Aziende per l'applicazione del sistema dell'appropriatezza prescrittiva (DGR n. 140/2009);

*2009*



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

➤ **Per AV 1:**

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

➤ **Per AV 2:**

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

*Verde*



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

➤ **Per AV 3:**

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

➤ **Per AV 4:**

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

➤ **Per AV 5:**

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

➤ **Per l'Area montana:**

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

➤ **Per Rete Ospedaliera:**

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

*Ricca*



- Atto di ricognizione delle strutture pubbliche e private di ricovero per acuti, lungodegenza e riabilitazione residenziali e semiresidenziali (DGR n. 77/2009);
- Trasferimento erogazione di prestazioni dal regime di ricovero ordinario e dh al regime ambulatoriale (DGR n. 858/2009);
- Criteri per la definizione del fabbisogno sanitario nella Regione Marche (DGR n. 1789/2009);
- Linee di indirizzo per la rete oncologica regionale marchigiana (DGR n.274/2010);
- Linee di indirizzo per la realizzazione della rete regionale di medicina molecolare (DGR n. 574/2010);
- Linee di indirizzo per il trattamento farmacologico del dolore neoplastico (DGR n. 1233/2010);
- l'Integrazione tra gli ospedali di Fano e Pesaro (DGR n. 1113/2007; DGR n. 705/2008; DGR n. 158/2009; DGR n. 32/2010; DGR n. 33/2010);
- La gestione integrata sperimentale per l'Area metropolitana di Ancona (DGR n. 175/2008; DGR n. 1576/2009);
- Nuovo INRCA / Ospedale di rete (DGR n. 1176/2008; DGR n. 1203/2008; DGR n. 1204/2008; DGR n. 1234/2008);
- Accordo per la realizzazione del Nuovo Salesi (DGR n. 174/2010);
- L'Ospedale per intensità di cura – Jesi (DGR n. 176/2008);
- Il Nuovo ospedale di Fermo (DGR n. 696/2009);
- L'integrazione tra gli ospedali di Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto (DGR n. 1114/2007; DGR n. 805/2009);
- Neurochirurgia in Area vasta (DGR n. 271/2010);
- Lo studio per l'integrazione delle reti clinica, socio-sanitaria, urgenza-emergenza, prevenzione e servizi di supporto (DGR n. 384/2009).

➤ **Per Rete Emergenza-urgenza:**

- Istituzione cabine di regia per il coordinamento delle attività progettuali previste dal PSR 2007-2009 (DGR n. 1115/2007);
- Incarico all'azienda ospedaliero-universitaria "Ospedali Riuniti" di Ancona dell'esperimento delle procedure di gara per l'affidamento del servizio di Elisoccorso (DGR n. 610/2007);
- Città di Ancona – punto di primo intervento (DGR n. 1112/2007);
- Attivazione punto di primo intervento presso l'Inrca (DGR n. 1352/2008);

*R. Deleti*



- Lo studio per l'integrazione delle reti clinica, socio-sanitaria, urgenza-emergenza, prevenzione e servizi di supporto (DGR n. 384/2009);
- Progetto di interesse regionale “Potenziamento delle attività sanitarie della zona territoriale 6 di Fabriano connesse alla presenza della seconda base dell'elicottero (DGR n. 272/20110);

➤ ***Per Rete Territoriale:***

- Istituzione cabine di regia per il coordinamento delle attività progettuali previste dal PSR 2007-2009 (DGR n. 1115/2007);
- Progetto del centro di prenotazione unico regionale (DGR n. 1111/2007);
- Piano di riorganizzazione della rete delle strutture per la specialistica e la diagnostica (DGR n. 137/2007);
- Proposta di deliberazione per l'organizzazione su area vasta dell'Asur (DGR n. 1465/2007);
- Approvazione progetti per il perseguitamento di obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del PSN 2006-2008 (DGR n. 1336/2007; DGR n. 1043/2009; DGR n. 1044/2009);
- Atto di indirizzo per la riduzione della spesa farmaceutica (DGR n. 1807/2008);
- Riconversione delle case di cura monospecialistiche (DGR n. 76/2009);
- Atto di ricognizione delle strutture pubbliche e private di ricovero per acuti, lungodegenza e riabilitazione residenziali e semiresidenziali (DGR n. 77/2009);
- Linee di indirizzo per il modello organizzativo degli Hospice della Regione Marche (DGR n. 803/2009);
- Trasferimento erogazione di prestazioni dal regime di ricovero ordinario e dh al regime ambulatoriale (DGR n. 858/2009);
- Atto di ricognizione delle strutture ambulatoriali pubbliche e private (DGR n. 1788/2009);
- Criteri per la definizione del fabbisogno sanitario nella Regione Marche (DGR n. 1789/2009);
- Approvazione prontuario terapeutico ospedale territorio (DGR n. 1228/2010);
- Linee di indirizzo per il trattamento farmacologico del dolore neoplastico (DGR n. 1233/2010);
- la Sperimentazione di Area Vasta Urbino, Fano e Pesaro (DGR n. 1113/2007);
- la Sperimentazione della Casa della Salute in Area Vasta (DGR n. 274/2008);



- Sperimentazione di Area Vasta (Macerata, Civitanova, Camerino) per le reti clinica, socio-sanitaria, emergenza urgenza, prevenzione e servizi di supporto (DGR n. 811/2008);
- La gestione integrata dei servizi territoriali tra le Zone di Fermo, Ascoli P. e San Benedetto T. (DGR n. 273/2008);
- Lo studio per l'integrazione delle reti clinica, socio-sanitaria, urgenza-emergenza, prevenzione e servizi di supporto (DGR n. 384/2009).

➤ ***Per Rete Socio-sanitaria:***

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

➤ ***Per Rete della Prevenzione:***

- Istituzione cabine di regia per il coordinamento delle attività progettuali previste dal PSR 2007-2009 (DGR n. 1115/2007);
- Coordinamento delle attività connesse alla sicurezza nella realizzazione delle grandi opere nella regione Marche (DGR 1542/2007);
- Integrazioni e modifiche alla DGR 1542/07 sulla sicurezza delle grandi opere (DGR 2231/2009);
- Approvazione schema di accordo per la tutela della salute dei lavoratori nelle grandi opere e schema protocollo legalità procedure contrattuali (DGR 1076/2009);
- Creazione di un polo regionale per l'epidemiologia veterinaria (DGR n. 1766/2008);
- Rinnovo protocollo d'intesa Regione Marche INAIL in materia di igiene e sicurezza negli ambienti di lavoro (DGR 377/2008);
- Composizione Comitato Regionale di Coordinamento nella materia della tutela e della sicurezza nei luoghi di lavoro (DGR 875/2008);
- Linee guida screening carcinoma collo dell'utero, mammella e colon retto nella Regione Marche (DGR 1906/2008);

*Cesario*



## REGIONE MARCHE

GIUNTA REGIONALE  
SERVIZIO SALUTE

- Schema protocollo intesa Regione Marche e regione Umbria per il riuso del Sistema Informativo per la gestione delle attività veterinarie e alimenti (DGR 500/2009);
- Lo studio per l'integrazione delle reti clinica, socio-sanitaria, urgenza-emergenza, prevenzione e servizi di supporto (DGR n. 384/2009);
- Piano operativo risposta pandemia influenzale nella regione Marche (DGR 1515/2009);
- Istituzione centro regionale di epidemiologia occupazionale (DGR 2229/09);
- Intesa operativa con Direzione Regionale del lavoro per la sicurezza e il contrasto al lavoro irregolare nelle Marche (DGR 2230/2009);
- Protocollo di intesa con ufficio scolastico regionale per promozione alla salute in ambito scolastico (DGR 1483/2010);
- Indirizzi in materia di offerta di vaccinazione nelle Marche (DGR 1662/2010);
- Recepimento intesa Stato-Regioni e Province autonome del 29.4.2010 concernente il Piano Nazionale della Prevenzione per gli anni 2010-2012 (DGR n 1856/2010).

*D. e. s. r.*



## **PARTE II – GLI INTERVENTI**

### **I. GLI INTERVENTI SUI FATTORI DI PRODUZIONE**

#### **I.1 Intervento 1: il governo delle risorse umane**

I professionisti sanitari rappresentano la larga maggioranza delle risorse umane impiegate nel SSR. Basti considerare che il 71% del personale totale del SSR pari a 21.730 è costituito da personale dirigente e del comparto afferente al ruolo sanitario (pari a 15.730 operatori tra medici, veterinari, odontoiatri, dirigenti sanitari non medici, personale infermieristico, della riabilitazione, tecnico-sanitario e di vigilanza ed ispezione).

Il raffronto con il dato nazionale, che è pari al 69%, è favorevole alla Regione Marche. In particolare, l'81% del solo personale dei ruoli sanitari, è costituito da dirigenti medici ed infermieri (3.314 medici e 10.535 infermieri compresi operatori socio-assistenziali per un totale di 13.849).

Con riferimento alle suddette figure professionali si ritiene opportuno rappresentare alcune questioni, prima fra tutte l'imminente calo del numero dei dirigenti medici del SSR.

Dalla distribuzione per età dei medici e veterinari impiegati nel Servizio Sanitario Regionale si evince una forte concentrazione di personale nella fascia di età superiore o uguale a 60 anni. Poiché il dato relativo ai veterinari incide marginalmente su quello dei medici, è possibile stimare che nel quadriennio 2010-2013 circa 350 medici lasceranno il SSR.

Considerando il numero medio di laureati in medicina e chirurgia per anno accademico e la quota di questi che viene immessa annualmente nel SSR, ci si aspetta, a partire dal 2012, un saldo negativo tra pensionamenti e nuove assunzioni. Anche in considerazione del contenimento dei costi che costringerà il sistema ad una riduzione delle assunzioni ed un parziale blocco del turn-over, la futura carenza dei medici è un fenomeno che interesserà il SSR nel prossimo triennio.

E' necessario che il ricambio generazionale avvenga nell'immediato futuro, anche al fine di garantire un opportuno ed indispensabile trasferimento di competenze ed abilità che solo la pratica clinica può assicurare.

Un'altra questione aperta è quella dell'ormai storica carenza infermieristica. Anche se rimane confermato che il numero di infermieri per abitanti nel nostro Paese è uno tra i più bassi in Europa (6,1 infermieri per 1.000 abitanti rispetto ad una media europea di 8 infermieri per 1000



abitanti, fonte OECD), e la Regione Marche ottiene un rapporto molto più alto, pari a 7, è vero anche che il numero dei laureati in infermieristica è andato progressivamente crescendo negli anni arrivando a circa 10.000 a livello nazionale nel 2008.

Nei prossimi cinque anni, il saldo tra pensionamenti e neo-laureati sarà positivo e la pregressa carenza tenderà gradualmente a sanarsi anche per effetto dell'ingresso di infermieri stranieri con titolo riconosciuto dal Ministero della Salute. La percezione è che, anziché generalizzare a livello nazionale, si possa ormai parlare di una carenza a livello territoriale per tale figura professionale con situazioni occupazionali diversificate per singola Regione.

Per la Regione Marche è opportuno, quindi, prevedere un sistema di raccordo al fine di monitorare le eventuali carenze o ecedenze di professionisti che consenta di definire politiche di mobilità e garantire un maggior equilibrio a livello nazionale. Occorre, inoltre, qualificare la docenza tecnica, riconoscendo il ruolo svolto dai professionisti che operano nelle strutture del SSR e che sono impegnati nella formazione universitaria.

Ciò premesso, a fronte delle riduzioni degli stanziamenti nazionali, la Regione è chiamata a reperire maggiori fonti di finanziamento della spesa sanitaria e contestualmente a razionalizzare e contenere i costi del personale

#### **I.1.1      Azione 1: contenimento costo del personale attraverso limitazione turn over**

Si prevedono le seguenti azioni specifiche:

- Definizione dei criteri per la sostituzione del personale cessato demandata alle Direzioni generali delle Aziende sanitarie ed ospedaliere, le quali conoscono le peculiarità del sistema amministrato e sono in grado di valutare appieno le professionalità necessarie a mantenere e garantire i livelli essenziali di assistenza.
- Limitazione della sostituzione del personale cessato (turn over) nel triennio 2011/2012:
  - Sostituzione del personale cessato pari al 70% delle economie effettive dovute alle predette cessazioni per l'anno di budget 2011;
  - Sostituzione del personale cessato pari al 70% delle economie effettive dovute alle predette cessazioni per l'anno di budget 2012;
  - Gli effetti “trascinamento” delle assunzioni effettuate nel corso dell'anno 2011, ovvero del costo pieno a regime nell'anno 2012, concorrono alla determinazione (decurtazione), della quota del 70% disponibile per l'anno 2012;
  - Per le aziende il cui costo complessivo del personale risulti uguale o superiore a quello dell'anno precedente, specificamente 2011 rispetto al 2010, nonché 2012 rispetto al 2011, al netto dei rinnovi contrattuali, scatterà il blocco delle assunzioni per l'anno successivo fino al conseguimento delle economie programmate.

Dette disposizioni rimarranno in vigore fino alla determinazione del budget dell'anno 2013 approvato dalla Giunta Regionale .



- Diminuzione della spesa del personale al 31/12/2011 ed ulteriore diminuzione al 31/12/2012 in quanto non tutte le cessazioni avvengono ad inizio o fine anno solare. L'economia complessiva della spesa si registrerà effettivamente al termine dell'anno solare 2013.

Il risultato è legato a scelte strategiche di fondo, ovvero al mantenimento degli attuali livelli di assistenza e contestuale razionalizzazione del sistema dell'offerta sanitaria superando la parcellizzazione della stessa e consentendo la riassegnazione del personale afferente le strutture riconvertite presso le altre sedi del SSR con riduzione conseguente del fabbisogno.

***Risultato stimato :***

- adozione atti in coerenza con le disposizioni normative previste dalla Finanziaria 2010 contenente indicazioni in ordine al contenimento del costo del personale per il triennio 2010/2012 con previsione di graduale riduzione della sostituzione del turn over;
- diminuzione complessiva del personale del SSR e conseguimento di economie stimabili in circa 20 milioni di euro al 31/12/2013, anno in cui si registreranno effettivamente le citate economie.
- verifica-monitoraggio trimestrale del costo del personale e delle cessazioni.

***Indicatori di risultato:***

- adozione atto deliberativo entro 30 giorni dall'approvazione del presente Piano Attuativo;
- formalizzazione scheda di raccolta dati (report trimestrali) per verifica e monitoraggio delle economie rispetto al costo del personale.

Nella seguente tabella è riassunta la proiezione della valorizzazione media delle economie previste per il biennio 2011/2012



## REGIONE MARCHE

GIUNTA REGIONALE  
SERVIZIO SALUTE

CESSAZIONI PER FIGURA PROFESSIONALE	2007	2008	2009	MEDIA
DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI CON INCARICO STRUTT. COMPL.	32	23	20	25
DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI	113	81	90	95
ALTRI DIRIGENTI RUOLO SANITARIO CON INCARICO STRUTT. COMPL.	2	3	1	2
ALTRI DIRIGENTI RUOLO SANITARIO	12	10	12	11
DIRIGENTI RUOLO PROF. TECNICO E AMMIN. CON INCARICO STRUTT. COMPL.	8	9	9	9
DIRIGENTI RUOLO PROFESSIONALE, TECNICO E AMMINISTRATIVO	3	5	5	4
CAT - D	425	351	327	368
CAT - C	78	77	79	78
CAT - B	153	123	102	126
CAT - A	41	17	35	31
ALTRÒ PERSONALE	2	2	3	2
<b>TOTALE</b>	<b>869</b>	<b>701</b>	<b>683</b>	<b>751</b>

(\*) I dati sono stati ottenuti stimando il pensionamento a 65 anni per gli uomini e a 60 per le donne

**MEDIA CESSAZIONI NEL TRIENNIO 2007-2009**

**751**

### PROIEZIONE VALORIZZAZIONE MEDIA ECONOMIE 2011-2012

ECONOMIE VALORIZZATE PER FIGURA PROFESSIONALE	2011 - Economie 30%	2012 - Economie 30%	TOTALE Economie al 2013
DIRIGENZA	3.890.700	4.068.900	7.959.600
COMPARTO	6.156.000	5.896.800	12.052.800
<b>TOTALE</b>	<b>10.046.700</b>	<b>9.965.700</b>	<b>20.012.400</b>

#### I.1.2 Azione 2: rideterminazione dei fondi contrattuali aziendali

La rideterminazione dei fondi aziendali/zonali si consegue solo ed unicamente a seguito della riduzione stabile della dotazione organica.

Ad oggi la stessa è regolamentata dalle linee generali d'indirizzo per le aziende ed enti del SSR di cui alle DD.GG.RR. n. 1002/09 e n. 1302/09 valide per le aree della Dirigenza medica veterinaria e SPTA, ciò è possibile solo se derivante dalla razionalizzazione di attività per effetto della revisione o ristrutturazione dei servizi delle Aziende ospedaliere, ASUR, Zone territoriali ed Inrca. Tale riduzione deve essere definita con atti formali delle Aziende, previa consultazione con le OO.SS. e s'intende stabile qualora la stessa sia mantenuta per un triennio.

*Oscar*



## **I.2 Intervento 2: razionalizzazione della spesa farmaceutica e dei dispositivi medici**

### **I.2.1 Azione 1: monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica ospedaliera.**

*Si prevedono le seguenti attività:*

- predisposizione di una reportistica per le direzioni generali delle Aziende Sanitarie e per la regione Marche finalizzata alla programmazione ed al controllo della spesa farmaceutica;
- recepimento del PTOR (Prontuario Terapeutico Ospedale-Territorio Regionale) da parte delle strutture periferiche del SSR, con organizzazione per Area Vasta e con particolare riferimento alla continuità assistenziale ospedale- territorio;
- analisi dei consumi farmaceutici per il monitoraggio, per il recepimento e l'applicazione delle linee di indirizzo emanate dalla CRAT e riportate dal PTOR per il miglioramento dei criteri di appropriatezza nell'utilizzo dei farmaci;
- aree di intervento con definizione di linee di indirizzo unitamente a trattative di gara in collaborazione con clinici prescrittori: settori HIV, farmaci oncoematologici, antimicotici, biologici, antidiabetici;
- attivazione dei progetti di farmacia clinica e farmacista di reparto;
- sviluppo ed attivazione di progetti di riduzione del rischio clinico farmaco-correlato.

*Risultati programmati :*

- sviluppo di metodologie per l'analisi della variabilità dei consumi e della spesa anche in rapporto alle altre prestazioni sanitarie erogate, a tal fine il competente servizio si fa carico di proporre un modello entro tre mesi;
- aggiornamento dei Prontuari da parte dell' Area Vasta e dei regolamenti del PTOR a partire dal mese di novembre 2010;
- coordinamento delle attività delle Aziende sanitarie/Aree Vaste al fine di condividere i report periodici sui consumi dei farmaci, dall'anno 2010, con particolare riguardo agli scostamenti prescrittivi relativi alle categorie terapeutiche che assorbono maggiori risorse economiche;
- contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera, al fine di utilizzare le risorse per i farmaci ad alto costo, migliorando l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci, in modo particolare quelli che sono stati oggetto di atti di indirizzo da parte della CRAT;
- maggiore adesione alle linee guida ed ai protocollo di terapia, con corretto uso delle dosi e rispetto dell'intervallo tra le dosi con possibile centralizzazione dell'allestimento delle formulazioni parenterali e riduzione degli scarti;
- registrazione del 100% dei farmaci sottoposti a monitoraggio AIFA (sul sito web) che sono erogati a carico del SSR;
- aumento delle segnalazioni delle sospette reazioni ai farmaci (farmacovigilanza).

*Oreca*



**Indicatori di risultato:**

- Pubblicazione di report;
- Formalizzazione della revisione dei Prontuari locali e di Area Vasta;
- Consumi di farmaci per prescrizioni inappropriate sul totale consumi
- Incidenza della spesa farmaceutica ospedaliera sul FSN;
- Numero registrazione sulla rete nazionale di farmacovigilanza (ADR) per milione di abitanti
- Numero registrazioni di pazienti che hanno la prescrizione di farmaci soggetti a monitoraggio AIFA

**I.2.2 Azione 2: incentivazione prescrizioni farmaceutiche in linea con obiettivi regionali di contenimento della spesa ospedaliera e territoriale**

L'assistenza farmaceutica assorbe risorse economiche carico del SSR sempre più rilevanti e la sua gestione dovrà essere razionale (più efficiente, efficace e economica) per rispondere al meglio alle esigenze degli assistiti.

**Si prevedono le seguenti attività:**

- **Gare Regionali uniche** per farmaci, inclusi emoderivati, vaccini e soluzioni pronte per la Nutrizione Parenterale;
- **Incremento distribuzione diretta dei farmaci** tramite le farmacie ospedaliere ed i servizi farmaceutici territoriali (soprattutto per le terapie croniche: farmaci per scompenso cardiaco, post-IMA, antidiabetici, antiglaucoma, Eparine a Basso Peso Molecolare, ecc.);
- **Incremento della distribuzione dei farmaci tramite la distribuzione per conto:** Progetto Marche e progetto Ossigenoterapia domiciliare;
- **Incremento dei consumi dei farmaci con principio attivo non coperto da brevetto,** ovvero a prezzo minore rispetto al totale della medesima categoria terapeutica equivalente.

**Risultati programmati:**

- realizzazione delle procedure pubbliche di acquisto (gare) per i farmaci, a prezzi non superiori rispetto a quelli attuali;
- riduzione dell'incidenza della spesa farmaceutica (territoriale e ospedaliera) a carico del SSN;
- incremento annuo del 3% della distribuzione diretta dei farmaci in valore e DDD;
- incremento annuo di oltre il 3% dei consumi dei farmaci non coperti da brevetto;

*Domenico*



- riduzione costi per DDD per le seguenti categorie di farmaci:
  - ***A02BC INIBITORI DELLA POMPA PROTONICA***
  - ***C09 FARMACI ATTIVI SUL SISTEMA RENINA ANGIOTENSINA***
  - ***C10AA INIBITORI DELLE CoA-REDUTTASI (STATINE)***
  - ***N06AB INIBITORI SELETTIVI DEL REUPTAKE DELLA SEROTONINA (SSRI)***
- monitoraggio dei flussi informativi, scadenze e relativi referenti delle Aziende Sanitarie e delle Zone Territoriali
- reportistica standard periodica che evidensi lo stato dei flussi regionali e delle Aziende Sanitarie (report mensili per la spesa farmaceutica convenzionata e report periodici per la distribuzione diretta)
- report periodici per la spesa farmaceutica ospedaliera

***Indicatori di risultato:***

- espletamento delle gare prima della scadenza contrattuale;
- consumi dei farmaci in **DDD (Dose Definita Die)/1.000 abitanti die e costo farmaci per DDD**

***A02BC INIBITORI DELLA POMPA PROTONICA:***

utilizzo di molecole a brevetto scaduto sul totale della classe degli inibitori di pompa protonica;

***C09 FARMACI ATTIVI SUL SISTEMA RENINA ANGIOTENSINA:***

utilizzo di ACE-inibitori non associati (C09A) sul totale degli ACE-inibitori non associati (C09A e dei sartani non associati (C09C);

utilizzo di ACE -inibitori associati a diuretico (C09B) sul totale degli ACE-inibitori associati ad un diuretico ((C09B) e dei sartani associati ad un diuretico (C09D);

utilizzo della molecola losartan (C09CA01), farmaco a brevetto scaduto, sul totale della classe dei sartani.

***C10AA INIBITORI DELLE CoA-REDUTTASI (STATINE)***

utilizzo di molecole a brevetto scaduto sul totale della classe delle statine.

***N06AB INIBITORI SELETTIVI DEL REUPTAKE DELLA SEROTONINA (SSRI)***

utilizzo di molecole a brevetto scaduto sul totale della classe degli SSRI

*Queso*

**I.2.3      Azione 3: creazione di un magazzino virtuale per i farmaci ospedalieri**

La gestione dei farmaci avviene per mezzo di un unico sistema informatizzato (AREAS). I servizi farmaceutici territoriali e ospedalieri del SSR sono in una fase di riorganizzazione per quanto sarà il futuro aspetto organizzativo.

***Si prevedono le seguenti attività:***

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

***Risultati programmati:***

- Magazzini centralizzati in grado di servire un territorio di AV;
- Organizzazione di un Magazzino Centralizzato Regionale per i farmaci ad altissimo costo non programmabili per le caratteristiche di AV o di urgenza, (farmaci da biotecnologia per malattie rare, emoderivati per trapianti, meningiti batteriche acute, antidodi, ecc.);
- Organizzazione del Magazzino Centralizzato (regionale o per AV) per i farmaci, (soluzioni infusionali comprese) e per i dispositivi medici in grado di sostenere richieste derivanti da situazioni di calamità e/o catastrofi;
- Laboratori “galenici” e servizi in un’ottica regionale o di AV.

***Indicatori di risultato***

- Numero di magazzini per i farmaci e per i dispositivi medici;
- Numero di magazzini interfacciati con quello virtuale;
- Numero delle consegne (giornaliere/settimanali) alle strutture sanitarie (reparti).

**I.2.4      Azione 4: dispositivi medici*****Si prevedono le seguenti attività:***

- monitoraggio e controllo dell’uso e della spesa dei dispositivi medici;
- analisi della variabilità dei consumi con azioni concrete da parte delle Aziende sanitarie per la riduzione della spesa per singola azienda a partire dal 2011
- gare regionali uniche per i dispositivi medici;

*Open*



- vigilanza sui dispositivi medici.

***Risultati programmati***

- pubblicazione di report a partire dal 2011;
- realizzazione delle procedure pubbliche di acquisto (gare) per i dispositivi medici;
- riduzione dell'incidenza sul FSN;
- aumento delle segnalazioni delle sospette reazioni avverse ai dispositivi medici.

***Indicatori di risultato:***

- numero di dispositivi monitorati sul totale dispositivi medici
- incidenza della spesa a carico del SSR
- numero delle segnalazioni delle sospette reazioni avverse dispositivi medici.

**I.2.5      Azione 5: rete delle Farmacie Convenzionate e Ospedaliere**

***Si prevedono le seguenti attività:***

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

***Risultati programmati***

- formalizzazione dei responsabili delle attività di farmacovigilanza e di Vigilanza sui Dispositivi Medici delle Aziende Sanitarie entro tre mesi;
- realizzazione della PEC per tutte le farmacie entro il 2011;
- attivazione dei sistemi di prenotazione, nel 20% delle farmacie convenzionate entro sei mesi , e del 70% entro 24 mesi;

*Deeaa'*

***Indicatori di risultato***

- numero delle segnalazioni di vigilanza sui farmaci e dispositivi medici, da parte delle farmacie convenzionate;
- numero delle farmacie che utilizzano la PEC;
- numero delle farmacie che sono abilitate alle prenotazioni (CUP).

**Sintesi delle azioni**

La legge 30.07.2010 n. 122 di conversione con modificazioni del D.L. n. 78/2010 all'art. 11 comma 7 lettera b) prevede per la farmaceutica convenzionata, per una migliore appropriatezza ed un maggiore utilizzo di farmaci equivalenti, un ipotetico risparmio sulla spesa convenzionata di 600 milioni di Euro.

Sulla base degli indicatori di programmazione e controllo definiti dall'AIFA (documento del 28.07.2010), il risparmio possibile per la regione Marche è compreso tra i € 18.053.752 ed i € 23.024.845 (quest'ultimo valore deriva da un consumo del farmaco losartan al 40% dei sartani che di recente ha perso il brevetto con riduzione del prezzo di circa il 50%).

Le stime riportate nella tabella seguente sono il frutto di una analisi del consumo farmaceutico regionale che tiene conto della possibile riduzione di spesa quasi esclusivamente nel settore della convenzionata mentre considera difficile apporre riduzioni in ambito ospedaliero.



## REGIONE MARCHE

GIUNTA REGIONALE  
SERVIZIO SALUTE

### Principali risultati attesi

	Bilancio Esercizio 2009*	Previsione Anno 2010**	Previsione Anno 2011	Previsione Anno 2012
<b>TERRITORIALE</b>	<b>379.960.634</b>	<b>383.783.305</b>	<b>391.683.305</b>	<b>395.483.305</b>
Convenzionata	292.521.479	286.578.673	268.578.673	263.578.673
Distribuzione diretta	87.439.155	97.204.632	123.104.632	131.904.632
<b>OSPEDALIERA</b>	<b>134.248.530</b>	<b>139.795.978</b>	<b>124.995.978</b>	<b>111.695.978</b>
<b>TOTALE FARMACEUTICA</b>	<b>514.209.164</b>	<b>523.579.283</b>	<b>516.679.283</b>	<b>507.179.283</b>
Variazione sulla spesa territoriale anno precedente	3.822.671	7.900.000	3.800.000	
Variazione %	1,0%	2,1%	1,0%	
Variazione sulla spesa ospedaliera anno precedente	5.547.448	14.800.000	13.300.000	
Variazione %	1,1%	-2,8%	-2,6%	
<b>Variazione sulla spesa complessiva anno precedente</b>	<b>9.370.119</b>	<b>6.900.000</b>	<b>9.500.000</b>	
<b>Variazione %</b>	<b>1,8%</b>	<b>-1,3%</b>	<b>-1,8%</b>	

\* fonte bilancio aziende sanitarie 2009

\*\* terzo report 2010

Le previsioni anno 2011 e 2012 sono riferite ai valori minimi e massimi possibili per ciascuna annualità rispettivamente in base ai criteri della tabella sui risultati attesi.

**Le analisi riportate e le ipotesi di risparmio evidenziate in tabella sono frutto di stime previsionali.**

*Presentato*



### **I.3 Intervento 3: il governo delle attività amministrativo-tecnico-logistiche**

Le AA.OO. e l'INRCA sono persone giuridiche autonome che, a differenza dell'ASUR, non presentano complessità amministrative particolari, al loro interno la razionalizzazione amministrativa segue le indicazioni già espresse nell'INTERVENTO 1 relativo al governo delle risorse umane ed in particolare all'avvio del processo di rideterminazione delle dotazioni organiche del personale.

Per i fini che in questa sede si intendono perseguire, occorre quindi operare una netta distinzione tra le Aziende Ospedaliere e l'ASUR in quanto solo quest'ultima presenta ampi spazi di razionalizzazione delle funzioni ATL a seguito del processo di unificazione delle 13 preesistenti ASL avvenuto nel 2005 ed oggi non ancora completamente concluso sotto il profilo organizzativo.

#### **I.3.1 Azione 1: razionalizzazione delle unità amministrativo-tecnico-logistiche**

L'obiettivo è di dotare il sistema sanitario di una organizzazione delle unità *amministrative - tecnico- logistiche* flessibile e leggera, per superare il modello *specialistico – funzionale* caratterizzato dall'elevato numero di unità organizzative replicate per ognuna delle Aziende/ZZT, lo stesso attuale modello che presenta una consistente ripetitività operativa a scapito dei contenuti tecnico-professionali.

L'evoluzione prevede il necessario contemporaneo passaggio da criteri di aggregazione delle attività basate sull'omogeneità tecnica a criteri basati sull'identificabilità dei risultati con la ricaduta di una contemporanea diminuzione delle Unità Operative Complesse delle ZZT ed una maggiore qualificazione professionale dei soggetti in organico alle stesse rimanenti.

***Si prevedono le seguenti attività:***

- definizione dei livelli di allocazione delle principali funzioni amministrative, tecniche e logistiche (centrale, area vasta, zonale)
- revisione del sistema delle deleghe per l'adozione di atti deliberativi di livello zonale e di area vasta e per l'identificazione dei responsabili dei procedimenti ex legge 241/90;
- istituzione presso ogni ZZT di una strutturazione direzionale articolata sui seguenti tre livelli:
  1. attività amministrative ospedaliere;
  2. attività amministrative territoriali (per fare fronte alle erogazione di prestazioni interne di supporto alle linee produttive ed esterne richieste dall'utenza ed ad esse rivolte -front office);
  3. attività amministrative direzionali (per prestazioni interne di supporto alle funzioni ATL aziendali);
- attivazione di nuclei o strutture zonali a supporto delle singole funzioni ATL di area vasta o aziendale, con grado direzionale consono al livello di responsabilità assegnato (dirigenti o posizioni organizzative);

*Opere*



- istituzione del Comitato di Dipartimento Amministrativo Unico Aziendale presieduto dal Direttore Amministrativo e composto dai Direttori delle aree dipartimentali aziendali;
- definizione delle linee di rispondenza gerarchica e/o funzionale fra le varie strutture e unità così come descritto nei punti precedenti;
- costituzione di procedure di monitoraggio e controllo delle linee di rispondenza.

***Risultati programmati***

- concentrare al livello direzionale centralizzato, riducendone la consistenza, la dirigenza impegnata nello svolgimento delle funzioni di stretta pertinenza della direzione generale e non delegabili ad altri livelli (bilancio e contabilità, tesoreria, legale, Sistema Informativo Amministrativo, Controllo di gestione, Disposizione del patrimonio);
- concentrare al livello sovra zonale dell'area vasta, riducendone la consistenza, la dirigenza impegnata nello svolgimento di funzioni di supporto all'attività produttiva (gestione del patrimonio immobiliare, acquisizione di beni e servizi, magazzini e logistica , opere e lavori, personale);
- dedicare a fondamentali compiti di presidio del corretto funzionamento dell'intero sistema (controllo interno aziendale) un considerevole numero di dirigenti amministrativi "recuperati" da funzioni di mero interesse zonale;
- mantenere a livello zonale nuclei operativi per lo svolgimento di funzioni ATL di base, connotate cioè da basso grado di complessità/responsabilità professionale, diretti da Posizioni Organizzative o Dirigenti a seconda della maggiore o minore ampiezza della delega conferita, in ossequio alle regole di inquadramento sancite dai CCNLL e dalla normativa sul pubblico impiego;
- aumentare le conoscenze specialistiche di settore, favorendo la qualità e l'appropriatezza della prestazione a supporto;
- garantire una presenza sul territorio regionale di unità adeguate ed in grado di dare rapidamente risposte ai problemi che si dovessero presentare.

***Indicatori di risultato***

- formalizzazione atto per la definizione del piano delle funzioni ATL e delle procedure pertinenti, da svolgere ai diversi livelli aziendali ed alle relative articolazioni organizzative, su progetto di specifico Gruppo di Lavoro istituito in seno alla competente Cabina di Regia entro tre mesi;
- numero incarichi di direzione assegnati alle aree dipartimentale di livello aziendale;
- numero di incarichi di direzione assegnati per le articolazioni complesse di area vasta e zonali per le funzioni ivi allocate o per previsione normativa o per delega;



- istituzione di un servizio di *Internal Auditing* costituito dai dirigenti in forza non destinatari degli incarichi di cui ai punti precedenti entro tre mesi.

### **I.3.2 Azione 2: attuazione di un piano di riqualificazione / ricollocazione del personale**

La razionalizzazione delle unità amministrativo-tecnico-logistiche introdotta dal sopra descritto progetto di riorganizzazione dell'area implica un processo di adeguamento e di riallocazione funzionale delle competenze prescindendo dal concentramento fisico di operatori e servizi in quanto le interconnessioni e le interrelazioni corrono sulla rete costituita dal sistema informativo aziendale, unico e integrato.

Comporta invece una rimodulazione delle competenze soprattutto al livello dirigenziale.

La ricerca di un più alto livello di qualificazione professionale della dirigenza presuppone infatti la necessità di ridurre in capo ad ogni professionista la "quantità" delle competenze assegnate (anche di modesto contenuto professionale) a favore di un aumento della "profondità" della conoscenza delle varie materie costituenti l'oggetto dei nuovi incarichi.

Per favorire ed incentivare il cambiamento è opportuno utilizzare proficuamente le quote di fondo destinate alla retribuzione di risultato e altri opportuni istituti contrattuali.

#### ***Si prevedono le seguenti attività***

- definizione e tipizzazione delle Unità Operative derivanti dal progetto di riordino dell'area ATL di cui alla precedente azione 1;
- definizione e omogeneizzazione dei Servizi amministrativi e tecnici attualmente in staff alle direzioni di Zona (URP, Formazione, Affari Generali, Segreteria, Prevenzione e Protezione Aziendale, ecc.);
- individuazione degli incarichi da conferire distinti per livello (Aziendale, di Area Vasta, Zonale, comuni a più livelli);
- graduazione degli incarichi;
- approvazione della variazione quali-qualitativa della dotazione organica aziendale;
- approvazione dell'articolazione di area vasta della dotazione organica;
- individuazione delle zone ove le funzioni di area vasta debbano essere effettuate, su criteri razionalità e logicità funzionale;
- ricognizione attuale organico dirigenziale ATL e acquisizione curricula individuali;
- conferimento degli incarichi;
- definizione dei processi di mobilità del personale conseguenti alla riorganizzazione;
- assegnazione di personale alle Zone Territoriali;

*Questa*



- programmazione di specifiche attività formative per il personale che cessa di svolgere determinate funzioni e che viene chiamato a svolgerne altre comunque attinenti sia il profilo sia la qualificazione posseduti.

#### ***Risultati programmati***

- aumento della conoscenza specialistiche di settore, favorendo la qualità e l'appropriatezza della prestazione di supporto;
- standard qualitativi garantiti in modo tale da assicurare alle unità di business il necessario supporto nei tempi e nei modi concordati affinché queste possano concentrare il loro focus nelle attività sanitarie e socio sanitaria di competenza;
- garanzia di una distribuzione sul territorio regionale in grado di dare risposte tempestive ai problemi che si dovessero evidenziare;
- vantaggio di fornire all'intera platea di operatori ATL punti di riferimento direzionale certi, qualificati ed esaurienti dei bisogni di orientamento secondo linee relazionali gerarchiche (gestione del rapporto di lavoro, competenza disciplinare) e funzionali (disposizioni, obiettivi, valutazione) con i livelli dirigenziali sovraordinati per competenza a prescindere dalla loro ubicazione. La relazione di tipo funzionale assume prevalenza su quella meramente gerarchica per ovvie esigenze di funzionamento del sistema.

#### ***Indicatori di risultato***

- adozione degli atti e dei provvedimenti di seguito indicati nei tempi che saranno proposti dalla direzione regionale competente in materia di sanità;
- formalizzazione del progetto di riorganizzazione dell'area Amministrativo Tecnico e Logistica;
- formalizzazione della variazione quali-qualitativa della dotazione organica aziendale;
- formalizzazione dell'articolazione di area vasta della Dotazione Organica;
- numero operatori assegnati alle Zone Territoriali.

*Oscar*



## I.4      **Intervento 4: il governo dei beni e servizi**

### **I.4.1    Azione 1: sviluppo della funzione organizzativa per il governo dei beni e servizi**

L'azione è finalizzata alla rivisitazione del modello organizzativo della funzione approvvigionamenti, anche attraverso un cambiamento “culturale” necessario per ottenere i miglioramenti di efficienza e di razionalizzazione che il sistema richiede. Tale rivisitazione è operata con l'attivazione di specifico gruppo progetto istituito in seno alla competente Cabina di Regia regionale.

I soggetti coinvolti nei processi di approvvigionamento, in quanto richiedenti e utilizzatori di risorse, sono i seguenti:

- Dipartimenti e Servizi Territoriali (risorse comuni)
- Unità Operative complesse e semplici dipartimentali
- Direzioni dei Servizi Amministrativi Ospedalieri e Territoriali

I Direttori delle suddette articolazioni organizzative hanno la responsabilità di gestire efficacemente le risorse assegnate loro in sede di budget promuovendo tutte quelle iniziative che consentano un utilizzo efficace, economico ed efficiente introducendo e controllando l'applicazione di misure di razionalizzazione e di standardizzazione d'uso dei beni e dei servizi assegnati alle strutture dagli stessi gestite.

A tal fine si faranno promotori della creazione e manutenzione di protocolli sanitari, autorizzando le richieste e controllando l'andamento della spesa nel corso dell'anno.

La riorganizzazione per il governo dei beni e servizi si realizza attraverso un progressivo superamento della visione “personalistica” del bisogno, attraverso l'introduzione di strumenti di condivisione collegiale professionale (Commissioni) per la validazione preventiva delle istanze, in grado di contemperare la legittima convinzione del singolo con l'esigenza di razionalità del sistema.

In sintesi, si prevedono le seguenti attività:

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

#### ***Risultati programmati***

I risultati di tale cambiamento organizzativo sono rappresentati da:

- miglioramento del grado di specializzazione merceologica dei buyers;

*Domenico*



- miglioramento della capacità di analisi del mercato;
- introduzione di livelli professionali condivisi di valutazione della qualità;
- miglioramento del livello di responsabilizzazione dei clienti interni;
- garanzia di alti livelli di qualità, la migliore utilizzazione delle risorse, la pianificazione dei fabbisogni anche sulla base dell'elaborazione di programmi di intervento mirati.

***Indicatori di risultato***

- Riorganizzazione della funzione organizzativa.

**I.4.2 Azione 2: monitoraggio acquisti di beni e servizi**

Si prevede l'introduzione di un meccanismo sistematico di monitoraggio dei beni e servizi, che passa attraverso elaborazioni di dati correlati anche allo sviluppo del datawarehouse regionale.

A tal fine risulta indispensabile svolgere le seguenti attività:

- costituzione gruppo di lavoro;
- definizione delle attività da svolgere (monitoraggio adempimenti ministeriali, rilevazioni CONSIP, report periodici di dati, ecc...);
- individuazione delle categorie meritevoli di osservazione e monitoraggio;
- definizione dell'entità della spesa e dei trend, anche con confronti nazionali, regionali e interaziendali;
- definizione del piano di intervento per il governo dei beni e dei servizi;
- monitoraggio dei prezzi e monitoraggio dei consumi.

***Risultati programmati***

Il monitoraggio dei beni e servizi consente di:

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

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

***Indicatori di risultato***

- report periodici.

*Domen*



#### **I.4.3 Azione 3: centralizzazione funzioni acquisti**

Sulla base dei criteri organizzativi generali delle funzioni ATL, descritti nel precedente intervento del presente Programma, la struttura organizzativa dell'Area Approvvigionamenti e logistica è articolata sui tre livelli (l'articolazione in livelli è riferibile nello specifico all'ASUR, in quanto per le aziende ospedaliere il livello organizzativo è unico):

- A. livello Centrale - Area Dipartimentale Approvvigionamenti e Logistica**
- B. livello Area Vasta - Centrali di Acquisto Sovrazonali**
- C. livello Zona Territoriale – Nuclei di supporto alla funzione**

Si prevede pertanto di configurare un sistema organizzativo unitario che opera attraverso articolazioni di area vasta, secondo la modalità delle “Centrali d’acquisto”, e di nuclei zonali di supporto.

##### **A. Area Dipartimentale Approvvigionamenti e Logistica**

Le attività da svolgere sono:

- predisporre ed aggiornare il piano di articolazione degli approvvigionamenti di beni di consumo e servizi, che individua le categorie merceologiche oggetto di gara, i soggetti responsabili delle procedure amministrative e le figure professionali costituenti i comitati tecnici;
- monitorare l’andamento del piano di articolazione, attraverso una costante verifica dell’adesione, da parte delle Centrali d’Acquisto, al piano stesso;
- coordinare le fasi istruttorie delle procedure di gara oggetto del piano, al fine di garantire omogeneità dei risultati in termini di qualità ed economicità dei prodotti/servizi acquistati;
- seguire l’evoluzione del mercato dei fornitori dell’Azienda, al fine di anticipare tendenze e trasferire alle Centrali di Acquisto conoscenze utili per le successive attività di acquisto;
- tenere ed aggiornare l’albo dei fornitori dell’Azienda;
- assicurare una unitaria codifica dei beni acquistati dall’Azienda;
- studiare forme innovative di forniture e servizi, che possano comportare un vantaggio economico/qualitativo per l’Azienda;
- curare i rapporti di sinergia con le aree approvvigionamento delle altre Aziende pubbliche della Regione;
- curare i rapporti con le aree approvvigionamento delle altre Regioni e con la centrale acquisti CONSIP s.p.a.

##### **B. Centrali di Acquisto Sovrazonali**

Nell’ambito delle dimensioni sovra zonali di Area Vasta si collocano Unità Operative Complesse con funzioni di Centrali di Acquisto Sovrazonali, che gestiscono le seguenti attività:

- procedure di acquisto a livello aziendale (per la specifica macrocategoria di competenza);
- procedure di acquisto a livello zonale o di Area Vasta (per attività ordinarie).



**REGIONE MARCHE**

**GIUNTA REGIONALE  
SERVIZIO SALUTE**

### **C. Zona Territoriale – Nuclei di supporto alla funzione**

L’Ufficio svolge le seguenti attività:

- raccordo tra i presidi ospedalieri e strutture territoriali di riferimento e l’Unità di competenza della Centrale di Acquisto;
- cura della raccolta dei singoli fabbisogni e la loro trasmissione al settore “procedure di acquisto” della Centrale di Acquisto, avendo cura di specificare, attraverso attenta analisi, la descrizione quantitativa e qualitativa dei prodotti per i quali si richiede l’avvio delle pratiche di acquisto, secondo le modalità previste dal relativo Manuale.

Nello svolgimento delle suddette attività è d’obbligo l’impiego di strumenti informatici, password identificative e l’uso di modulistica comune standardizzata.

#### ***Risultati programmati***

- garantire la razionalizzazione della spesa per beni e servizi, garantendo l’acquisizione appropriata ed efficiente

#### ***Indicatori di risultato***

- Risparmio/contenimento spesa sulle categorie merceologiche oggetto di gara centralizzata salvaguardando i livelli qualitativi.

Attraverso le azioni di riorganizzazione e di centralizzazione esposte, si intende avviare la razionalizzazione della spesa per i beni e servizi.

*Darelli*



## REGIONE MARCHE

GIUNTA REGIONALE  
SERVIZIO SALUTE

Incidenza dell'aggregato di spesa dei beni e servizi dell'anno 2008 e 2009 sul totale dei costi dell'anno  
(fonte: bilanci consuntivi)

AGGREGATI ECONOMICI		2008	Incidenza %	scostamento 2008/2007		2009	Incidenza %	scostamento 2009/2008	
				assoluto	%			assoluto	%

<b>BENI SERVIZI</b>									
<b>BENI</b>									
CONSUMI SANITARI	<b>431.405.682</b>	<b>15,4%</b>	<b>28.326.618</b>	<b>7,0%</b>	<b>459.524.963</b>	<b>15,8%</b>	<b>28.119.281</b>		<b>6,5%</b>
CONSUMI NON SANITARI	<b>412.028.733</b>	<b>14,7%</b>	<b>26.358.527</b>	<b>6,8%</b>	<b>440.087.845</b>	<b>15,1%</b>	<b>28.059.112</b>		<b>6,8%</b>
<b>SERVIZI</b>									
APPALTATI	<b>19.376.949</b>	<b>0,7%</b>	<b>1.968.091</b>	<b>11,3%</b>	<b>19.437.118</b>	<b>0,7%</b>	<b>60.169</b>		<b>0,3%</b>
MANUTENZIONI	<b>265.623.848</b>	<b>9,5%</b>	<b>17.967.129</b>	<b>7,3%</b>	<b>274.901.168</b>	<b>9,4%</b>	<b>9.277.320</b>		<b>3,5%</b>
UTENZE	<b>114.196.768</b>	<b>4,1%</b>	<b>6.756.754</b>	<b>6,3%</b>	<b>121.776.587</b>	<b>4,2%</b>	<b>7.579.819</b>		<b>6,6%</b>
CONSULENZE AMMINISTRATIVE GESTIONALI	<b>49.625.039</b>	<b>1,8%</b>	<b>4.624.715</b>	<b>10,3%</b>	<b>53.384.437</b>	<b>1,8%</b>	<b>3.759.398</b>		<b>7,6%</b>
CONSULENZE SANITARIE	<b>32.680.373</b>	<b>1,2%</b>	<b>1.021.940</b>	<b>3,2%</b>	<b>31.144.266</b>	<b>1,1%</b>	<b>- 1.536.108</b>		<b>-4,7%</b>
GODIMENTO BENI DI TERZI	<b>2.075.115</b>	<b>0,1%</b>	<b>1.192.801</b>	<b>135,2%</b>	<b>2.083.413</b>	<b>0,1%</b>	<b>8.297</b>		<b>0,4%</b>
COSTI GENERALI	<b>2.850.613</b>	<b>0,1%</b>	<b>387.634</b>	<b>15,7%</b>	<b>2.745.198</b>	<b>0,1%</b>	<b>- 105.415</b>		<b>-3,7%</b>
IMPOSTE DI ESERCIZIO	<b>28.112.294</b>	<b>1,0%</b>	<b>- 530.150</b>	<b>-1,9%</b>	<b>28.386.746</b>	<b>1,0%</b>	<b>274.453</b>		<b>1,0%</b>
	<b>35.483.846</b>	<b>1,3%</b>	<b>4.642.978</b>	<b>15,1%</b>	<b>34.774.693</b>	<b>1,2%</b>	<b>- 709.153</b>		<b>-2,0%</b>
	<b>599.800</b>	<b>0,0%</b>	<b>- 129.542</b>	<b>-17,8%</b>	<b>605.828</b>	<b>0,0%</b>	<b>6.028</b>		<b>1,0%</b>

Valori in €



## REGIONE MARCHE

GIUNTA REGIONALE  
SERVIZIO SALUTE

Nell'anno 2008, l'incidenza percentuale dei beni e servizi sulla struttura dei costi della Regione è pari a 24,9% contro una incidenza percentuale a livello nazionale per lo stesso anno pari a 29,1% (fonte: Ministero della Salute).

Nell'anno 2008 il tasso di crescita dei beni e servizi è del 7,1% e nell'anno 2009 è del +5,4%, ben superiore al tasso di inflazione programmato (pari a 1,5%).

Attraverso l'incrocio dei dati economici (fonte: modello LA anno 2008) con quelli di produzione, è possibile fare valutazioni sulle possibili razionalizzazioni derivanti dall'uniformarsi dei comportamenti delle singole zone/aziende.

**In particolare, risulta che i margini di razionalizzazione per l'attività ospedaliera potrebbero variare dall'1,57% a 4,95% della spesa per attività ospedaliera.**

**I margini di razionalizzazione dei beni e servizi per altra attività (territoriale) potrebbero variare dall'1,1% a 5,89% della spesa.**

In via prudenziale, si ipotizza di raggiungere nell'anno 2011 il 50% dell'obiettivo minimo di risparmio (75esimo percentile) e nell'anno 2012 di arrivare al 50% dell'obiettivo massimo di risparmio (valore mediano), come risulta dalla tabella sottostante.

### Ipotesi di razionalizzazione spesa per Beni e Servizi anni 2011-2012

	anno 2011	anno 2012	impatto manovra 2011 e 2012 CON trascinamenti
Area BENI E SERVIZI anno 2011	- 3,61	- 3,61	- 7,21
Area BENI E SERVIZI anno 2012		- 9,77	- 9,77
Area BENI E SERVIZI totale	- 3,61	- 13,37	- 16,98

Valori in mil di €

ipotesi di realizzazione al 50% dell'obiettivo minimo per il 2011 e del 50 % dell'obiettivo massimo per il 2012

**Le analisi riportate sono state costruite su una ipotesi di produzione invariata e non tengono conto delle specificità zonali/aziendali strutturali e di produzione, nonché delle differenti tipologie di spesa per beni e servizi e delle condizioni contrattuali in essere. Le ipotesi di risparmio evidenziate in Tabella sono pertanto frutto di stime.**



## I.5      **Intervento 5: il governo degli erogatori privati**

### **Premessa**

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

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

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

### **I.5.1 Azione 1: attività di carattere generale riguardanti il rapporto con gli erogatori privati**

La programmazione regionale ha già individuato il fabbisogno in materia di offerta sanitaria, senza distinguere tra erogatore pubblico e privato.

Tenendo conto di quanto già attualmente presente in ambito regionale e, soprattutto, di quanto previsto in termini di offerta, l'inserimento degli erogatori privati è complementare all'attività pubblica. È pertanto indispensabile che a livello dell'ASUR siano predisposte attività coerenti con gli indirizzi approvati dalla DGR 1789/2009, senza subordinazione di una tipologia di erogatore rispetto all'altra.

*Si prevedono le seguenti attività:*

- Definizione degli erogatori pubblici e privati in Area Vasta;
- Individuazione del tetto di posti letto (per attività di ricovero ordinario, day hospital, riabilitativo, lungodegenza, residenziale) nell'ambito dei criteri previsti dalla DGR 1789/2009, rispettando i parametri di 3,3 posti letto per 1.000 abitanti per acuti e 0,7

*Decan'*



posti letto per mille abitanti per lungodegenza/riabilitazione indicati dal Patto per la Salute 2010-2012;

- Determinazione da parte dell'ASUR/ZT, ai fini della committenza, della tipologia e della quantità di prestazioni erogabili dalle strutture private in rapporto alla propria capacità ed alla programmazione regionale;
- Sottoscrizione di accordi contrattuali tra ASUR/ZT ed erogatori privati nei limiti dei tetti di spesa individuati nell'ambito della programmazione regionale.

***Risultati programmati:***

- Riduzione della mobilità intraregionale per soddisfazione della domanda di prestazioni sanitarie per residenti in Zona/Area Vasta.

***Indicatore di risultato:***

- Sottoscrizione del piano di committenza con ciascun erogatore.

**I.5.2 Azione 2: razionalizzazione delle attività delle case di cura multispecialistiche**

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

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

***Si prevedono le seguenti attività:***

- Individuazione del tetto di posti letto per attività di ricovero ordinario e di day hospital;
- Determinazione della tipologia e della quantità di prestazioni erogabili in regime di ricovero ordinario e di day hospital.

***Risultati programmati:***

- Riduzione della mobilità intraregionale;
- Riduzione della percentuale dei 107 DRG potenzialmente inappropriati, individuati dal Patto per la Salute 2010-2012;
- Riduzione dei tempi di attesa per prestazioni sottoposte a monitoraggio.

***Indicatori di risultato***

- Percentuale DRG potenzialmente inappropriati sul totale DRG
- Tempi di attesa per ricoveri programmati nei tempi previsti dalla normativa regionale.

**I.5.3 Azione 3: razionalizzazione delle attività delle case di cura monospecialistiche*****Si prevedono le seguenti attività:***

*Ospedale*

***A. Processo di riconversione***

E' stato avviato un processo di riconversione, parzialmente completato e quindi operativo solo in parte. Tale processo porterà alla trasformazione delle Case di Cura in strutture di tipo residenziale e di riabilitazione algologica: all'interno di questo processo saranno ridefiniti standard organizzativi e strutturali, tariffe, criteri di ammissione e dimissione e modalità dei controlli.

***Risultato programmato:***

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

***Indicatori di risultato***

- Approvazione atto di recepimento

**I.5.4 Azione 4: razionalizzazione delle attività delle strutture di riabilitazione*****Si prevedono le seguenti attività:******A. Sistema di classificazione delle attività e relativi standard, definizione di nuove regole per la committenza e il controllo in recepimento delle nuove linee guida nazionali.***

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

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

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

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

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

***Risultato programmato:***

*Questa*



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

***Indicatori di risultato***

- Approvazione di atti di formalizzazione delle azioni programmate.

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

La DGR 106/10 ha previsto un incremento di 200.000 euro nel 2010 sul budget storico. Il percorso di rideterminazione delle prestazioni e delle relative tariffe, peraltro già avviato, porterà a una corretta collocazione di tale strutture erogative. Tale impostazione deriva sia dalle indicazioni dei nuovi LEA e delle linee guida sulla riabilitazione (entrambi in corso di approvazione) che alcune linee contenute all'interno del Piano Nazionale di Prevenzione.

***Risultati programmati***

- Formalizzazione del documento di riordino contenente la nuova attività ridistribuita per pacchetti di prestazioni ambulatoriali e le tariffe correlate entro il primo bimestre 2011.

***Indicatori di risultato***

- Approvazione atto di recepimento.

**I.5.5 Azione 4: razionalizzazione delle attività delle strutture del settore ambulatoriale**

La partecipazione delle strutture private accreditate nell'erogazione delle prestazioni ambulatoriali deve essere orientata al contenimento dei tempi di attesa, in particolare per le prestazioni soggette a monitoraggio, ma ponendo rigorosi limiti nella definizione degli accordi contrattuali, indirizzati a garantire prestazioni appropriate e di qualità elevata. Non è pertanto

*Carlo*



opportuno mantenere rapporti contrattuali con strutture, o professionisti, che erogano poche prestazioni su base settimanale/mensile/annuale.

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

***Si prevedono le seguenti attività:***

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

***Risultati programmati***

- Incremento dell’offerta di prestazioni “a CUP”;
- Contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni soggette a monitoraggio;
- Soddisfacimento delle prestazioni inserite nei LEA, erogabili con difficoltà dalle strutture pubbliche;
- Contenimento dei costi.

***Indicatori di risultato***

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

① ore



## REGIONE MARCHE

GIUNTA REGIONALE  
SERVIZIO SALUTE

Il recupero dell'appropriatezza e di un'efficace funzione di committenza dovrebbe ridurre il numero delle prestazioni erogate e quindi consentire una riduzione dei consumi. Di seguito si riporta il trend di crescita dell'Area Privati nell'ultimo triennio e la previsione di crescita di tale aggregato, a seguito dell'implementazione delle azioni descritte (al netto delle quote già accantonato per il 2011 e 2012).

### Trend di crescita Area Privati relativo al triennio 2007-2009

anni	Aggregato Economico PRIVATI	Incrementi rispetto all'anno precedente	Incremento %	Incidenza % sul totale costi totali dell'anno
anno 2006	183.673.420			7,07%
anno 2007	187.912.052	4.238.632	2,31%	7,02%
anno 2008	202.901.231	14.989.179	7,98%	7,24%
anno 2009	217.773.158	14.871.926	7,33%	7,48%

Valori in €

### Previsione di crescita Area Privati anni 2011 – 2012

	anno 2011	anno 2012	Impatto manovra 2011 e 2012 CON trascinamenti	Impatto Manovra 2011 e 2012 SENZA trascinamenti	Incrementi % rispetto all'anno 2010
Area PRIVATI anno 2011	1,60	1,60	3,19	1,60	0,72%
Area PRIVATI anno 2012		1,12	1,12	1,12	1,22%
Area PRIVATI netto	1,60	2,72	4,31	2,72	1,94%

Valori in milioni di €

Le analisi riportate e le ipotesi economiche risultano dalla stima dell'applicazione di specifici accordi contrattuali da sviluppare nel triennio e da stime relative all'analisi dei trend di crescita storici

*Dario*



## **II. LE AREE DI INTERVENTO SUI PROCESSI SOCIO SANITARI**

### **I.6 Intervento 6: la rete ospedaliera**

L’Ospedale rappresenta da decenni un punto di riferimento per i cittadini che hanno usato la struttura per qualsiasi problema di salute.

Nelle Marche tale fenomeno è stato favorito dalla presenza di numerose piccole strutture, disseminate sul territorio regionale che, però, per lo sviluppo tecnologico in atto e per l’evoluzione della complessità delle attività non possono sempre assicurare il ricovero di pazienti acuti.

L’aumento della vita media, con una maggiore percentuale di pazienti anziani e molto anziani (età maggiore di 80 anni), è la diretta causa dell’incremento dei pazienti inseriti nell’area della cosiddetta “fragilità e cronicità”, con la necessità di un differente modello assistenziale, orientato maggiormente a rispondere alle condizioni generali del paziente e non all’evento acuto, spesso riacutizzazione di una patologia preesistente.

La conoscenza dei due fenomeni deve orientare a programmare una rete ospedaliera che sia costituita:

1. da strutture ospedaliere altamente tecnologiche, a breve durata di degenza, con utilizzo delle apparecchiature biomediche “pesanti” per almeno le 12 ore diurne;
2. da strutture orientate alla tutela della fragilità e della cronicità, funzionanti nelle 24 ore, a gestione territoriale, con capacità di risposta anche alle urgenze caratterizzate dai codici di triage bianco e verde.

La semplificazione della rete ospedaliera rappresenta pertanto un intervento che può consentire, attraverso una serie di azioni, di mantenere una rete ospedaliera qualificata, incrementando la risposta per la lungodegenza e la riabilitazione, e nel contempo a potenziare le strutture territoriali, con incremento della residenzialità.

In ogni caso, nella rimodulazione della rete ospedaliera, si dovrà tenere conto degli standard indicati dalla DGRM 1789/2009, resi coerenti con gli standard previsti dal Patto per la salute 2010-2012.

#### **I.6.1 Azione 1: riduzione della frammentazione della rete ospedaliera**

La relazione 2007-2008 del Ministero della Salute, per quanto concerne il numero medio di posti letto per struttura, attribuisce alla Regione Marche una situazione di “dispersione”, con una media di 167 posti letto per struttura rispetto ad una media nazionale di 319 posti letto; ben 20 strutture su 33 hanno dimensioni inferiori a 120 posti letto con una media di posti letto di 57 per struttura. La necessità di garantire un livello assistenziale tale da assicurare la sicurezza dei

Opere



pazienti e degli operatori induce ad attivare percorsi che tendano a ridurre la frammentazione ospedaliera, obiettivo che potrà essere raggiunto solo con una totale aggregazione strutturale, non ipotizzabile nel breve periodo ma già avviata per alcune realtà (Ancona sud, Marche nord, Marche sud, Fermo, nuovo Salesi).

***Si prevedono le seguenti attività:***

- Progettazione ed avvio lavori per i nuovi Ospedali previsti dalla Pianificazione regionale
- Attivazione completa in tutte le Zone del Presidio Unico funzionale
- Numerazione unica ministeriale per il Presidio Unifico funzionale
- Integrazione e diversificazione dell'offerta sanitaria in logica di Area Vasta
- Razionalizzazione delle discipline sia a livello di Zona che a livello di Area Vasta in ottica di rete
- Trasferimento ad altri regimi dei 107 DRG di cui al Patto per la Salute 2010-2012

***Risultati programmati***

- Semplificazione della rete ospedaliera
- Allineamento posti letto per acuti allo standard di 3,3 posti letto per mille abitanti a livello regionale, come previsto dal Patto per la Salute 2010-2012, rispettando i tempi indicati
- Allineamento dei posti letto di lungodegenza/riabilitazione allo standard, previsto dal Patto per la Salute 2010-2012, di 0,7 ogni mille abitanti a livello regionale
- Rimodulazione delle risorse umane per attività meno sviluppate, ma necessarie
- Tasso di ospedalizzazione complessiva al di sotto di 160 ricoveri per mille abitanti

***Indicatori di risultato***

- Posti letto medi per struttura
- Posti letto per acuti per 1.000 abitanti in Regione ed in Area Vasta
- Posti letto di lungodegenza/riabilitazione per 1.000 abitanti in Regione ed in Area Vasta
- Tasso di ospedalizzazione in Regione ed in Area Vasta
- Numero dei ricoveri ordinari per DRG potenzialmente inappropriati
- Volume di attività di day surgery e di chirurgia ambulatoriale

*D. e. e. o.*



### **I.6.2 Azione 2: la riconversione delle piccole strutture**

Attualmente sono presenti nel territorio regionale 15 poli ospedalieri di cui 9 con posti letto di degenza ordinaria tra 20 e 50 e 5 con meno di 70. L'azione di riduzione della frammentazione comporta quindi che alcune di tali strutture possano essere oggetto di riconversione, anche per la necessità di adeguarsi allo standard previsto dei posti letto ospedalieri e residenziali. In tale contesto le strutture, in funzione della collocazione geografica, della viabilità, della organizzazione interna, potranno essere riconvertite in parte ovvero quasi totalmente, con servizi di tipo territoriale/residenziale e specialistico ambulatoriale. In questo modo, lo sviluppo di attività e servizi territoriali/residenziali potrà avvenire senza ricorrere alla acquisizione di nuove strutture.

***Si prevedono le seguenti attività:***

- Trasformazione di posti letto per acuti in posti letto di lungodegenza e riabilitazione
- Utilizzazione delle strutture in riconversione come sedi di Casa della Salute, con realizzazione di presidi H24
- Mantenimento/potenziamento di attività ambulatoriale specialistica
- Trasformazione di posti letto ospedalieri in residenziali (RSA, RP, ecc.)

***Risultati programmati***

- Semplificazione della rete ospedaliera
- Razionalizzazione dei posti letto per rispettare gli standard nazionali nei tempi stabiliti
- Rimodulazione delle risorse umane
- Potenziamento delle attività territoriali/residenziali

***Indicatori di risultato***

- Posti letto per acuti per 1.000 abitanti in Regione ed in Area Vasta
- Posti letto di lungodegenza/riabilitazione per 1.000 abitanti in Regione ed in Area Vasta
- Posti letto di residenzialità per 1.000 abitanti
- Ore settimanali di attività specialistica per struttura
- N. posti letto per operatore

### **I.6.3 Azione 3: le aree di degenza per intensità di cura**

L'allineamento dei posti letto agli standard indicati nel Patto per la Salute 2010-2012 condurrà ad una riduzione dei posti letto per acuti con un contemporaneo incremento dei posti letto di lungodegenza/riabilitazione. Non è accettabile, dal punto di vista organizzativo, che siano

*Ora*



mantenute Unità operative di degenza con meno di 20 posti letto, con la sola esclusione delle terapie intensive per le quali però il numero minimo non dovrebbe essere inferiore ad 6 posti letto: in entrambi i casi la dotazione minima è collegata all'uso efficiente di personale infermieristico in quanto per unità di posti letto inferiori vi sarebbe un sovradimensionamento di assistenza. L'organizzazione delle aree di degenza per intensità di cura consente la maggiore flessibilità possibile per l'utilizzazione dei posti letto. Tenendo presente la classificazione prevista dal Manuale di Autorizzazione vigente per l'assistenza si possono individuare aree a bassa, media ed elevata assistenza, non più basata sulla disciplina di appartenenza, ma sulla complessità del paziente in rapporto sia alla patologia acuta, sia a patologie preesistenti sia all'età.

***Si prevedono le seguenti attività:***

- Predisposizione di linee di indirizzo regionali per l'assistenza per intensità di cura;
- Attivazione delle aree di degenza per intensità di cura;
- Definizione provvisoria di aree di degenza formate da 20 posti letto;
- Assegnazione del personale infermieristico ed OSS alle singole aree di degenza;
- Censimento delle risorse umane utilizzate;
- Programmazione delle risorse mediche in rapporto alla nuova organizzazione.

***Risultati programmati***

- Nuova organizzazione interna degli ospedali;
- Rimodulazione del fabbisogno di operatori per efficientamento del modello assistenziale;
- Riduzione del costo del personale per la macrofunzione ospedaliera.

***Indicatori di risultato***

- Posti letto per unità di degenza;
- Minuti di assistenza al giorno per degente;
- N. posti letto per operatore;
- Costo personale ospedaliero per posto letto.

**I.6.4      Azione 4: razionalizzazione delle unità operative semplici e complesse**

La Legge 133/2008 e, più recentemente, il Patto per la Salute 2010-2012 prevedono che le Regioni avvino un processo di razionalizzazione dell'organizzazione, che tenda alla riduzione della spesa sostenuta per il personale dirigente e non. La frammentazione della rete ospedaliera



ha provocato una duplicazione di discipline con presenza di strutture complesse e semplici in funzione degli Ospedali presenti.

***Si prevedono le seguenti attività:***

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

***Risultati programmati***

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

***Indicatori di risultato***

- N. di posti letto per Dirigente;
- N. di posti letto per Dirigente di struttura complessa;
- N. di posti letto per Dirigente di struttura semplice;
- Costo dirigenti ospedalieri del ruolo medico per posto letto;
- Costo personale ospedaliero per posto letto.

**I.6.5      Azione 5: attuazione di un piano di riqualificazione/rimodulazione del personale**

Le precedenti azioni conducono ad una revisione delle dotazioni organiche del personale ospedaliero che dovrebbero essere orientate ad una minore spesa complessiva del costo ospedaliero, in particolare per quanto concerne il fattore produttivo “personale”.

***Si prevedono le seguenti attività:***

- Censimento delle unità operative di degenza per intensità di cura;
- Assegnazione del personale (infermieri ed OSS) in rapporto ai tempi giornalieri di assistenza;
- Rimodulazione del personale all'interno delle strutture ambulatoriali o territoriali/residenziali;
- Verifica dotazioni mediche specialistiche in Area Vasta;
- Programmazione delle assunzioni sulla base della riorganizzazione interna degli ospedali in Area Vasta.

***Risultati programmati***

- rimodulazione del personale sanitario ospedaliero;
- rimodulazione del personale sanitario assegnato al territorio.



**REGIONE MARCHE**

GIUNTA REGIONALE  
SERVIZIO SALUTE

*Indicatori di risultato*

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

*Concetti*



## **I.7 Intervento 7: la rete dell'emergenza urgenza**

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

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

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

### **I.7.1      Azione 1: riorganizzazione della rete territoriale**

Il gruppo di progetto previsto dalla Cabina di regia dell'Emergenza-urgenza, ai sensi della DGR 1115/2007, ha effettuato un'analisi della situazione esistente ed alla luce dei dati ha predisposto una ipotesi di riorganizzazione della rete delle Potes, delle Centrali Operative "118" e delle elisuperficie, con variazioni dell'attuale assetto e potenziamenti di alcune aree regionali. L'obiettivo è delineare un'organizzazione che contribuisca a migliorare il percorso dei sei principali processi assistenziali in emergenza (trauma grave, arresto cardiaco, infarto miocardico, ictus, insufficienza respiratoria, emergenza materno infantile), ma anche ad un'omogenea attività delle Centrali Operative, cui spetta anche il compito di gestire i trasporti secondari, utilizzando se necessario anche la via aerea tramite eliambulanza.

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

*Si prevedono le seguenti attività:*

- Dislocazione delle Centrali Operative "118";
- Riposizionamento delle Potes;
- Monitoraggio delle attività in rapporto alla popolazione;
- Monitoraggio dei tempi di intervento in rapporto al territorio;
- Monitoraggio degli interventi aerei in eliambulanza;
- Monitoraggio dei trasporti secondari;
- Formazione continua del personale sanitario dell'urgenza-emergenza;
- Qualificazione del volontariato.

*Domenica*

***Risultato programmato***

- Aumentare la percentuale di servizi svolta dal mezzo di competenza della postazione;
- Aumentare l'appropriatezza della tipologia degli equipaggi inviati in relazione alla tipologia dell'evento;
- Uniformare la tipologia dei mezzi presenti sul territorio in relazione ai modelli di intervento individuati;
- Migliorare il percorso assistenziale delle reti cliniche;
- Ridurre i tempi di intervento nelle zone più disagiate del territorio;
- Migliorare la gestione dei trasporti secondari, anche tramite il corretto utilizzo delle Associazioni di volontariato.

***Indicatori di risultato***

- N. interventi per 1.000 abitanti;
- N. interventi per codice gravità, rilevata tramite conferma al termine dell'intervento;
- Scostamento percentuale dei tempi di soccorso rispetto ai tempi standard;
- N. di interventi secondari per ciascuna Centrale Operativa;
- N. interventi, suddivisi in primari e secondari, per ciascuna base di elisoccorso;
- N. corsi effettuati per 25 operatori;
- N. corsi effettuati per 25 volontari.

**I.7.2      Azione 2: ridefinizione Rete dei Pronto Soccorso e DEA**

L'individuazione dell'Area Vasta quale punto di riferimento per il soddisfacimento della maggior parte dei bisogni sanitari individuati nel territorio di pertinenza consente di superare l'attuale logica di strutture dotate di funzioni di DEA di I livello, senza averne le caratteristiche proprie. L'assenza di attività di guardia per diverse discipline non consente di valutare ospedali dotati di DEA quelli che di fatto erogano solo prestazioni di Pronto Soccorso. È pertanto indispensabile che a livello di Area Vasta sia analizzata l'attività di ogni singola struttura, comprendendo anche la presenza di attività di guardia per le diverse discipline maggiormente coinvolte nella gestione dell'emergenza al fine di verificare la possibilità di differenziare gli ospedali dotati di Pronto Soccorso e quelli con DEA di I livello, nel rispetto dei criteri previsti per garantire la sicurezza dei cittadini. La riorganizzazione dovrà tenere conto anche di quanto sarà effettuato in materia di delocalizzazione dell'attività per codici bianchi e, in alcuni casi, verdi che consentiranno al sistema PS/DEA di assistere solo i pazienti che necessitano di prestazioni di urgenza o di emergenza. I Pronto Soccorso ed i DEA devono costituire una rete dell'emergenza di livello regionale, con l'individuazione di un DEA di II livello che per il momento è individuato unicamente nell'AOU Ospedali Riuniti di Ancona. Per favorire i



collegamenti dovranno essere proceduralizzati i trasferimenti dalla periferia al centro (PS=> DEA I livello=> DEA II livello) e viceversa, utilizzando se necessario anche il trasporto aereo (eliambulanza). Nell'ambito della definizione dei compiti sarà necessario individuare, uno per singola Area Vasta, un Pronto Soccorso pediatrico che possa rispondere alle situazioni di urgenza che si verificano in età pediatrica.

*Si prevedono le seguenti attività:*

- Individuazione dei Pronto Soccorso e dei DEA di I livello;
- Attivazione di Casa della Salute, ad apertura continua (h 24), in tutte le Zone;
- Attivazione e definizione di posti letto di OBI/Medicina d'Urgenza (MURG);
- Predisposizione di protocolli per le principali condizioni di emergenza;
- Predisposizione di protocolli interni per la gestione delle urgenze e delle emergenze;
- Predisposizione di protocolli per il trasferimento di pazienti;
- Individuazione dei Pronto Soccorso pediatrici.

*Risultato programmato*

- Riorganizzare le Cure Primarie garantendo accessibilità, appropriatezza e sicurezza dell'assistenza territoriale;
- Ridurre i tempi della diagnostica all'interno dei PS/DEA;
- Uniformare sistemi informatici, attrezzature di PS e di radiologia, dotazioni di personale, accesso al teleconsulto;
- Facilitare la mobilità dei Pazienti all'interno della rete dei PS/DEA anche tramite accesso al Servizio regionale di elisoccorso;
- Migliorare i percorsi del Paziente acuto, secondo il disegno delle relative reti cliniche, implementandoli fino alla fase della post acuzie, nelle strutture regionali di recupero di diverso livello;
- Migliorare la definizione della rete dell'emergenza pediatrica potenziandone la fase di trasporto in urgenza/emergenza.

Ogni Unità Operativa di Pronto Soccorso deve possedere caratteristiche organizzative, logistiche e di dotazione di personale omogenee in base alle funzioni richieste.

*Indicatori di risultato*

- Percentuale di codici rossi, gialli, verdi e bianchi sugli accessi (tendenziale aumento delle percentuali di codici gialli e rossi, con riduzione complessiva del numero di accessi);
- N. di posti letto di OBI;
- N. di posti letto di MURG;
- N. pazienti annui/posto letto di OBI.



### **I.7.3      Azione 3: revisione Punti di Primo Intervento (PPI)**

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

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

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

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

*Si prevedono le seguenti attività:*

- Definire gli ambiti di territorialità e di operatività dei PPI;
- Predisporre protocolli operativi per la gestione ed il trasferimento di pazienti;
- Potenziare le capacità di trasferimento dei pazienti acuti che si sono autopresentati al PPI.

*Risultato programmato*

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

*Indicatori di risultato*

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

*Oscar*



## **I.8 Intervento 8: La rete della prevenzione**

### **I.8.1 Azione 1: attuazione delle Linee Progettuali/programmi del Piano Regionale della Prevenzione 2010 – 2012**

La realizzazione del Piano Regionale della Prevenzione 2010 – 2012, si pone al contempo come vincolo e come opportunità, in un contesto di importanti cambiamenti che il piano stesso può aiutare a sostenere.

Le linee di intervento sono state identificate, tra tutte quelle proposte dal PNP, in base ad altre importante variabili indicate dalla metodologia presente nel documento nazionale:

- le azioni persegono obiettivi di salute per la popolazione e devono essere misurabili indicatori finali o di processo che tendono a verificare il raggiungimento degli obiettivi; in alcuni casi, come per le tematiche della prevenzione delle patologie croniche collegate con i rischi ambientali o per le tematiche della sicurezza alimentare, è prevista invece la adesione a politiche di prevenzione comunitarie e nazionali obbligatorie;
- le azioni impostate, sono supportate da studi precedenti di Evidence Based Prevention (EBP) che ne riconoscono la efficacia in termini di riduzione dei rischi per la salute dei cittadini;
- le azioni sono coerenti con i dati epidemiologici generali di bisogno derivanti dal profilo di salute che da diversi anni viene redatto dal sistema epidemiologico marchigiano e sono coerenti con la precedente programmazione regionale
- le azioni sono sostenibili dal sistema regionale sia in termini organizzativi, contribuendo a supportare le riorganizzazioni di efficientamento previste dalla recente L.R. 25/2010, sia in termini economici, operando prevalentemente attraverso il sostegno e la miglior organizzazione delle reti della prevenzione, del territorio ed ospedaliera già esistenti.

Risultati programmati e indicatori di risultato sono dettagliati, per ciascuna linea/programma e secondo le modalità concordate con il Ministero della Salute nella nota ministeriale 44517 del 22.10.2010, nella specifica Delibera di Giunta Regionale 1856/20101.

Migliorare la qualità della vita dei cittadini e mitigare le diseguaglianze, comporteranno una tendenziale riduzione della spesa sanitaria ospedaliera liberando ulteriori risorse per le attività di prevenzione ed assistenza nel territorio.

*Si prevedono le seguenti attività:*

- messa a regime degli screening oncologici;
- sperimentazione di procedure di medicina predittiva per la popolazione femminile ad alto rischio di carcinoma della mammella;
- riduzione delle infezioni correlate alla assistenza sanitaria;
- prevenzione degli infortuni sul lavoro nei comparti a maggior rischio;

*Oscar*



- aumento dell'offerta vaccinale per la riduzione delle infezioni da meningococco e pneumococco in età pediatrica;
- miglior gestione delle infezioni tubercolari emergenti soprattutto nelle popolazioni fragili;
- riduzione delle complicatezze nei pazienti diabetici;

### **I.8.2      Azione 2: la rete dei Dipartimenti di Prevenzione dell'ASUR**

Molte delle azioni indicate nel precedente punto 1, trovano la loro attuazione tramite l'azione della rete dei Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione dell'ASUR che garantiscono in alcuni casi lo svolgimento diretto dei LEA ed in altri momenti di coordinamento del programma di prevenzione. Nella attuale contingenza economico finanziaria negativa, l'attuazione del nuovo PSR dovrà portare sostanzialmente ad un sistema della prevenzione di maggior efficacia e qualità a parità di risorse destinate in quanto una ulteriore sottrazione non garantirebbe la erogazione dei LEA.

***Le principali attività consistono in:***

- Misura, per ogni zona territoriale, di parametri di contesto ai fini della comprensione dei bisogni di base dei singoli territori, aggiornando le tabelle indicate alla DGR 54/04;
- Revisione ed aggiornamento delle funzioni specialistiche da creare in area vasta per ciascuno dei Servizi che compongono i Dipartimenti di Prevenzione, già indicate nel PSR 2007 – 2009, e realizzare concretamente le stesse da parte dell'ASUR;
- Individuazione, per le risorse umane, di valori medi regionali al 31.12.09 e delle criticità emergenti nei territori in base allo scostamento dallo standard al fine di pianificare nel complessivo sistema ASUR le risorse umane necessarie per rispondere ai bisogni quantitativi dei singoli territori (attività di base) e qualitativi dell'intero territorio regionale (unità operative specialistiche con bacino di utenza in area vasta o regionale);
- Riedefinizione della organizzazione e della funzionalità dei dipartimenti di prevenzione alla luce delle indicazioni contenute nella L.R. n. 17 del 16.11.2010, salvaguardando la necessità di continuare ad agire nel territorio, vicini ai punti dove nascono i bisogni della popolazione.

***Risultati programmati***

- Entro il giugno 2011 effettuare la pianificazione dei punti sopra esposti;
- Entro il dicembre 2011 realizzare concretamente le prime attività specialistiche di area vasta a supporto di alcune funzioni espletate dai servizi territoriali dei Dipartimenti di Prevenzione;
- Entro il dicembre 2012 completare la riorganizzazione dei Dipartimenti di Prevenzione.

***Indicatori di risultato***

10000



- Approvazione di un piano strategico regionale finalizzato alla pianificazione delle risorse umane necessarie per la copertura dei LEA per i servizi dei Dipartimenti di Prevenzione per gli anni 2011 – 2012;
- Formalizzazione delle attività specialistiche di area vasta da attivare nel biennio 2011 – 2012, secondo le tipologie previste dal PSR, con scansione temporale dell'avvio delle medesime correlato al piano strategico regionale di cui al punto precedente;
- Revisione delle DGR 54/04 e 866/04.

## **SANITÀ PUBBLICA**

*Le principali attività consistono in:*

- Sviluppo dei programmi vaccinali e dei sistemi di sorveglianza;
- Sviluppo della sorveglianza delle Malattie infettive;
- Sviluppo delle attività di controllo del territorio e della salute della popolazione in relazione ai rischi ambientali, in sinergia tra Servizi di Igiene e Sanità Pubblica dei Dipartimenti di Prevenzione e Dipartimenti territoriali dell'ARPAM.

### **Risultati programmati ed indicatori di risultato**

- Avvio delle attività vaccinali indicate nella DGR 1662 del 22.11.10 “atto di indirizzo e coordinamento all’ASUR relativo all’aggiornamento della offerta di vaccinazioni nelle Marche”;
- Entro il 31.12.2011 messa a regime della anagrafe informatizzata regionale delle vaccinazioni;
- Entro il 30.06.2011 avvio della formazione e dell'utilizzo da parte delle ZZ.TT. ASUR del nuovo sistema nazionale informatizzato di registrazione delle malattie infettive;
- Entro il 30.06.2012 messa a regime del sistema di registrazione delle malattie infettive;
- Entro il 31.12.2011 emanazione di atto di indirizzo e coordinamento regionale per la integrazione delle attività sul territorio e dei flussi informativi dei Dipartimenti di Prevenzione ed ARPAM.

## **TUTELA DELLA SALUTE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO**

*Le principali attività consistono in:*

- Mantenimento della attività del comitato di coordinamento regionale ex art. 7 D.Lgs 81/08, messa a regime dell’Ufficio Operativo da questo derivante;
- Adeguamento della programmazione regionale di medio periodo alla luce delle indicazioni emerse dal confronto tra istituzioni e parti sociali avvenuto nel seminario di Jesi del 27 e 28 settembre 2010, come previsto dal programma di lavoro del

*Opere*



comitato ex art. 7 D.Lgs 81/08.

***Risultati programmati ed indicatori di risultato***

- Entro il 31.03.2011 approvazione del nuovo protocollo d'intesa Regione Marche – INAIL per il sostegno alle azioni di prevenzione e promozione della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro;
- Entro il 30.06.2011 approvazione di deliberazione di giunta regionale contenente gli obiettivi specifici da raggiungere nel triennio per la tutela della salute nei luoghi di lavoro;
- Entro il 31.12.2012 monitoraggio dello stato di applicazione del piano.

**IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE**

***Le principali attività consistono in:***

- Monitoraggio e verifica dei requisiti di bio-sicurezza e benessere animale negli allevamenti, come richiesto da disposizioni comunitarie e nazionali.

***Risultati programmati e Indicatori di risultato***

- Entro il 30.06.2011 approvazione di un piano regionale per la verifica della bio-sicurezza degli allevamenti e per l'aggiornamento di quello sul benessere animale;
- Entro il 31.12.2011 svolgimento di uno specifico piano di formazione ed avvio delle verifiche nel territorio;
- Entro il 31.12.2012 monitoraggio del primo anno di attività del piano.

**SANITÀ ANIMALE**

***Le principali attività consistono in:***

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

***Risultati programmati e indicatori di risultato***

- Entro il 31.12.2012 raggiungimento dei parametri nazionali necessari all'ottenimento della qualifica di territorio indenne da TB Bovina nelle province di PU, AN, MC al fine di ottenere la qualifica di Regione Indenne;
- Entro il 31.12.2011 adeguamento dei sistemi di monitoraggio regionale delle anagrafi zootecniche ed entro il 31.12.2012 verifica del corretto aggiornamento dei dati a

*Operai*



regime;

- Entro il 31.06.2011 adeguamento del piano di profilassi per I.B.R. bovina e verifica dell'andamento di incidenza della malattia a 12 mesi dall'avvio del piano.

### **IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE**

*Principali attività:*

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

### **IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE**

*Principali attività:*

- Controllo ed ispezione nelle fasi di produzione, trasformazione, commercializzazione e somministrazione di tutti i compatti degli alimenti di origine non animale al fine di garantire la salute del consumatore secondo le indicazioni dei regolamenti europei
- Sorveglianza nutrizionale e della ristorazione collettiva, comunicazione e promozione della salute nel settore specifico

**Risultati programmati ed indicatori di risultato (per la sicurezza alimentare i risultati programmati sono condivisi tra i due servizi derivando dalle stesse normative europee)**

- Entro il 30.06.2011 approvazione del piano integrato per i controlli ufficiali sulla sicurezza alimentare e successivo monitoraggio annuale dei risultati
- Entro il 31.12.2011 approvazione del piano regionale di formazione e dei controlli ufficiali relativi ai materiali a contatto con gli alimenti e degli additivi e successivo monitoraggio annuale dei risultati
- Entro il 31.12.2011 conclusione del percorso di formazione per “auditor” finalizzato alla successiva verifica mediante audit dei servizi territoriali dell’ASUR e redazione di piano regionale degli audit
- Entro il 31.12.2012 audit del 25% dei servizi territoriali e valutazione dei risultati
- Entro il 31.12.2011 emanazione di linea guida regionale per la ristorazione scolastica e per quella ospedaliera ed assistenziale, in attuazione dei documenti nazionali (per SIAN)

#### **I.8.3      Azione 3: consolidamento delle misure volte alla sorveglianza epidemiologica, comunicazione del rischio e promozione della salute.**

Gli aspetti della comunicazione del rischio, già trattati dai precedenti piani sanitari regionali a seguito dell'emergere di bisogni definiti anche da normative europee e nazionali relative alle varie aree della prevenzione collettiva di popolazione, hanno avuto in questi anni risposte qualitativamente valide, ma non ancora poste a sistema. Negli ultimi anni si sono sviluppate numerose attività di promozione della salute, rivolte soprattutto all'area della prevenzione degli

*O perni*



stili di vita “a rischio”. Sulla base di esperienze anche di rilievo effettuate nella nostra Regione, risulta necessario procedere alla definizione di linee organizzative.

***Le principali attività consistono in:***

- riorganizzazione delle reti epidemiologiche;
- aggiornamento del portale “veterinaria alimenti” già esistente e creazione di un portale dedicato alle altre aree della prevenzione collettiva, in sinergia tra la direzione regionale competente in materia di sanità e la funzione “Sistemi Informativi” della Regione Marche da un lato, ASUR dall’altro;
- approvazione di linee guida regionali per la organizzazione delle funzioni di promozione della salute in Area Vasta.

***Risultato programmato e indicatori di risultato***

- Entro il 30.06.2011 definire le linee di sviluppo dei portali per la comunicazione del rischio nelle aree della prevenzione collettiva
- Entro il 31.12.2011 approvare una linea guida regionale per la organizzazione dei programmi di promozione della salute sulla base dei nuovi modelli organizzativi proposti per la sanità marchigiana dalla L.R. 17/2010
- Entro il 31.12.2012 adeguare la DGR 866/04 sulla base dei nuovi modelli organizzativi proposti per la sanità marchigiana dalla L.R. 17/2010

#### **I.8.4      Azione 4: consolidamento funzionale delle reti per la preparazione alle emergenze di popolazione in sanità pubblica e veterinaria**

Negli ultimi dieci anni diversi episodi hanno evidenziato la necessità della predisposizione e mantenimento di un nodo organizzativo delle reti, centrato nei servizi dei dipartimenti di prevenzione e sul sistema di protezione civile (BSE, influenza aviaria H5N1, pandemia da virus H1N1). Per il futuro è prevedibile che tale rete, già esistente nella nostra regione, dovrà confrontarsi ed adeguarsi in particolare alle emergenze collegate con patologie trasmesse da vettori e, sulla base delle esperienze precedenti, progettare in particolare il sistema della comunicazione del rischio relativo.

***Le principali attività consistono in:***

- aggiornamento della composizione e delle funzioni del Gruppo Operativo per le Emergenze Sanitarie (GORES) e dei Comitati ad esso associati;
- predisposizione di uno schema piano di comunicazione in caso di emergenze sanitarie;
- verifica della funzionalità delle reti sanitarie e di protezione civile.

***Risultato programmato e indicatore di risultato***

- aggiornamento DPGRM di costituzione GORES entro il primo semestre 2011 in accordo con Dipartimento per la sicurezza integrata dei cittadini e protezione civile.



## **I.9 Intervento 9: la rete territoriale**

### **I.9.1 Azione 1: sviluppo della Casa della Salute**

Sulla base della DGR274/08 la Casa della Salute, si struttura su un bacino di utenza di norma intorno ai 20.000 abitanti, riunisce in un unico luogo diverse funzioni, favorendo interdipendenze e collaborazioni e attuando nella pratica e al livello più opportuno, una reale e fattiva integrazione socio-sanitaria. In particolare la Casa della salute raccoglie:

- il punto unico di accesso;
- i servizi territoriali quali consultorio, SERT, servizi psichiatrici;
- ambulatori e strutture dedicate alle cure primarie.

La Casa della salute costituisce il luogo fisico dei processi partecipativi dei cittadini e fornisce:

- a. risposte ai livelli più bassi dell'emergenza;
- b. i servizi della prevenzione.

Lo sviluppo della sperimentazione della casa della Salute doveva tenere presente:

1. lo stato di avanzamento nell'applicazione dell'istituto dell'Equipe Territoriale come previsto dall'ACN della medicina generale e dal relativo Accordo Integrativo Regionale;
2. la distribuzione della popolazione e la disponibilità di strutture nei vario ambiti di sperimentazione della Casa della Salute;
3. la valutazione dei bisogni emergenti dai singoli bacini di utenza della Casa della salute adottando una strutturazione flessibile alla domanda e coerente con la presenza di punti di erogazione nell'ambito.

L'attuale necessità di reingegnerizzare le strutture presenti sul territorio, deve tenere presente della diversa collocazione di alcune funzioni di assistenza nelle 24 ore, nonché della domanda del paziente in regime di ricovero che, col variare della popolazione sia per età che per patologia, è rappresentata fondamentalmente nella fase di acuzie da strutture che erogano cure di medio-breve durata mentre per le patologie multiple, cronico-degenerative necessitano strutture di lungo-assistenza. Tali condizioni possono trovare nella Casa della Salute il momento di intersezione tra la rete dei MMG con la rete e quella della domiciliarità e della residenzialità costituendo un polo di riferimento aperto nelle 24 ore per uno specifico ambito territoriale.

#### ***Risultato programmato***

- Analisi delle attività presenti e rilevazione criticità, sulla base del questionario proposto in sede di cabina di regia;

*Carlo*



- Sviluppo di un piano di intervento formulato sulla base dell'analisi di cui al punto precedente;
- Predisposizione di un modello attuativo locale ma che possa essere generalizzabile all'intero territorio regionale sulla base delle differenze oro-geografiche, di comunicazione/accessibilità e le altre variabili della distribuzione della popolazione marchigiana.

***Indicatori di risultato***

- Numero delle sperimentazioni consolidate rispetto al numero delle sperimentazioni già avviate;
- Numero Case della salute, costituite per area vasta;
- Numero percorsi formalizzati di integrazione tra il modello funzionale dell'Equipe Territoriale e la sede strutturata costituita dalla casa della salute in un ottica di reciproca facilitazione.

**I.9.2 Azione 2: sviluppo della rete delle cure primarie**

La ricollocazione delle funzioni delle professionalità interne alle cure primarie (MMG, PLS, Specialisti ambulatoriali, le professioni sanitarie) sta oscillando a ponte tra la risposta alla domanda espressa dal territorio configurato nell'ambito/distretto e la necessità di partecipare ad azioni di prevenzione e di proposta attiva di riduzione di fattori di rischio/ cambiamento degli stili di vita.

In tale situazione l'aggregazione funzionale della Equipe Territoriale (ET), che esprime comunque non un gruppo di utenti ma un definito bacino d'utenza, consente di attivare percorsi assistenziali che conducono da una parte alla continuità dell'assistenza in senso temporale (H24) dall'altra alla costruzione di procedure condivise che garantiscono la continuità dell'informazione a favore del paziente e la percorribilità di terapie complesse nel loro percorso attuativo.

Superata la fase della attribuzione al professionista di strumenti organizzativi per promuovere una corretta assistenza (associazionismo, collaboratori, semplificazione delle procedure,...) si deve procedere alla costruzione delle procedure costruite in ET e condivise quantomeno in Distretto/Ambito.

Tale percorso di trasformazione troverà il giusto contenitore nell'Accordo Integrativo regionale in applicazione dei nuovi ACN di categoria.

***Risultato programmato***

- Rafforzamento del ruolo e competenze del coordinatore dell'ET, soprattutto in funzione di semplificazione delle procedure attuative e prescrittive dei singoli professionisti/associazioni;
- Rafforzamento degli strumenti di ICT sia obbligatori da normativa nazionale che in ottica di sviluppo dell'informazione on line in favore dell'utenza;



- Definizione, nell'ambito del percorso di sperimentazione/implementazione della casa della salute, dell'interfaccia tra il ruolo strutturale della casa della salute e l'aggregazione funzionale della ET;
- Definizione del ruolo e del rapporto tra pediatria ospedaliera e PLS, soprattutto in previsione della possibile mancata copertura del turn over in tale categoria di specialisti;
- Definizione delle modalità erogative della specialistica ambulatoriale.

***Indicatori di risultato***

- Percentuale di studi per ET inseriti in rete telematica;
- Numero di procedure “semplificate” per i percorsi dei pazienti;
- Percentuale di adesione ad iniziative locali o nazionali di medicina proattiva.

**I.9.3 Azione 3: realizzazione dei presidi territoriali H24**

Gli Ambulatori territoriali H 24 consentiranno il miglioramento dell'offerta, la riduzione di ricorsi impropri presso i P.S. e tuteleranno il cittadino anche attraverso la garanzia di una continuità assistenziale precedente e successiva ad eventi improvvisi.

Il progetto prevede di realizzare una struttura organizzativa delle cure primarie che, attraverso l'integrazione tra i diversi professionisti che operano a livello territoriale, sia in grado di garantire risposte socio-sanitarie efficaci ed appropriate per un pieno utilizzo delle risorse a tutela di equità, egualanza e compatibilità del sistema attraverso:

- unitarietà delle prestazioni sanitarie e sociali;
- continuità assistenziale nell'arco delle 24 ore e per 7 giorni alla settimana;
- avvio di modelli sperimentali;
- piena integrazione tra strutture ospedaliere e territoriali;
- continuità tra azioni di cura e riabilitazione;
- realizzazione di percorsi assistenziali integrati;
- promozione della salute e piani di prevenzione.

Le principali attività sono:

- sviluppo delle equipe territoriali al fine di migliorare l'efficienza e l'economicità della risposta, attraverso la messa a regime di una effettiva rete e una più compiuta strutturazione organizzativa;

*Oscar*



- incentivazione di alcune specifiche prestazioni aggiuntive (apertura studi medici fino alle 19 e 2 ore il sabato mattina; disponibilità telefonica per 7 ore al giorno) al fine di aumentare l'accessibilità e la fruibilità del medico di medicina generale;
- riduzione degli accessi impropri al ricovero ed al PS attraverso le risposte date dalla stretta integrazione dei MMG con la CA volta a garantire una copertura assistenziale H/24;
- potenziamento della formazione per favorire l'aggiornamento professionale e l'adesione all'utilizzazione di nuove strategie di intervento mirate alla integrazione interdisciplinare e interprofessionale (es. profili di assistenza) .

#### ***Risultato programmato***

- Condivisione delle informazioni sulla popolazione assistita al fine di garantire la continuità e l'appropriatezza dell'assistenza erogata
- Riduzione dell'utilizzo improprio del PS, allo scopo di recuperare la centralità del ruolo della medicina generale nella gestione delle Cure Primarie anche attraverso l'apertura H 24 di esperienze in ambiti codificati –attraverso lo sviluppo dell'associazionismo e nel modello Casa della Salute
- Appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni specialistiche
- Appropriatezza dei ricoveri ospedalieri
- Appropriatezza nell'utilizzo della risorsa farmaco

#### ***Indicatori di risultato***

- n. studi medici collegati in rete
- % dei codici bianchi
- consumi di prestazioni specialistiche inserite nel progetto rispetto alla popolazione assistita
- numero ricoveri nei festivi e prefestivi
- spesa farmaceutica/assistiti
- n. di incontri calendarizzati

*Quando*



#### **I.9.4 Azione 4: implementazione del Punto Unico di Accesso**

Un modello organizzativo di rete non può prescindere dall'integrazione socio-sanitaria riguardante tutte le fasi dell'intervento assistenziale:

**PUA:** il Punto Unico di Accesso dove la domanda viene “accolta”, il bisogno viene “individuato” e viene effettuata la presa in carico della persona nel percorso di rete;

**UVI:** la valutazione multidimensionale, quale prodotto del processo valutativo dell'équipe multiprofessionale che svolge le seguenti funzioni principali:

- esame della situazione clinica e sociale di un singolo caso;
- valutazione delle necessità assistenziali sociali e sanitarie;
- individuazione del referente formale della presa in carico (case manager);
- predisposizione del progetto individuale di intervento;
- monitoraggio dell'evoluzione dell'intervento e individuazione di eventuali variazioni del progetto di cura.

**PAI:** la progettazione personalizzata, la programmazione ed erogazione degli interventi, la valutazione dei risultati, formulata nel Piano Assistenziale Individualizzato. Esso viene redatto specificando i seguenti contenuti:

- obiettivi di salute
- azioni da realizzare
- operatori coinvolti
- tempi di attivazione
- durata prevista
- data della rivalutazione (preferibilmente 6 mesi e in ogni caso non oltre i 12 mesi)
- care manager

**la Dimissione Protetta:** quale momento di elevata integrazione tra ospedale e territorio e come garanzia di continuità assistenziale.

Pertanto, il percorso di accesso e presa in carico all'interno della rete dei servizi di assistenza territoriale, si delinea come di seguito:

- bisogno semplice: il PUA procede all'erogazione della prestazione;
- bisogno complesso: il PUA avvia la presa in carico informando il MMG ed indirizzando il caso all'Unità di Valutazione Integrata per la valutazione e la pianificazione del percorso di cura.

Il Punto Unico di Accesso (PUA) costituisce il primo servizio a disposizione dei cittadini, finalizzato a:

*Domenica*



- favorire pari opportunità di accesso alle informazioni e ai servizi da parte di quanti ne hanno bisogno/diritto,
- a ricondurre ad unità accessi e interventi parcellizzati che lo stesso cittadino effettua presso servizi ed enti diversi,
- a favorire l'interazione e l'integrazione tra servizi diversi e tra enti diversi, a semplificare le procedure burocratiche a carico del cittadino.

I destinatari del Punto Unico di Accesso sono tutti i cittadini che esprimono un bisogno di salute, con particolare attenzione alle condizioni di fragilità che caratterizzano situazioni di maggiore difficoltà per l'accesso ai servizi.

Le funzioni che contraddistinguono principalmente l'accesso integrato sono:

- Accesso
- Accoglienza (ascolto, informazione, accompagnamento)
- Orientamento
- Raccolta di segnalazioni
- Gestione della domanda: Il PUA non è un semplice punto informativo, in quanto la sua funzione principale è l'attivazione di un servizio per rispondere al bisogno di salute.
- Attivazione diretta di prestazioni in risposta a bisogni semplici tramite l'erogazione di alcune prestazioni di base assieme alla gestione delle pratiche e procedure amministrative.
- Avvio della presa in carico e integrazione con i servizi della rete territoriale e ospedaliera.

In relazione a questo, le attività svolte si declinano nel seguente modo:

- Analisi del bisogno
- Registrazione dell'accesso
- Risposte informative e di orientamento
- Apertura di una cartella con data-set minimo di informazioni, per bisogni complessi
- Segnalazione del caso complesso (bisogno sociosanitario) con trasmissione informazioni, all'UVI, tramite il MMG, e/o il Servizio sociale professionale per la successiva valutazione del bisogno di salute.

#### ***Risultato programmato***

- analisi delle procedure esistenti sia nell'area sanitaria che sociale e loro standardizzazione in area vasta;

*Dueo1*



**REGIONE MARCHE**

**GIUNTA REGIONALE  
SERVIZIO SALUTE**

- valutazione delle sperimentazioni in essere per la condivisione delle informazioni/procedure tramite un sistema informatizzato (Progetto integra);
- implementazione delle funzionalità connesse alla rete informatizzata della medicina generale e del nuovo CUP al fine di migliorare le comunicazioni all'interno del sistema;
- definizione delle procedure per individuare le sedi ad accesso diretto dell'utenza possibilmente puntando alla sede unica di erogazione per ambito compatibile con l'accessibilità dell'utente/cittadino. Si ipotizza per la valenza del piano dell'avvio di almeno una sede PUA per Distretto/Ambito

***Indicatori di risultato***

- Percentuale di procedure standardizzate e condivise tra gli operatori in area vasta;
- Percentuale dell'associazionismo medico in rete/gruppo che aderiscono alla condivisione dei protocolli di accesso al PUA;
- Adozione in area vasta dei criteri per l'individuazione delle sedi ad accesso diretto.

*Operazione*



## **I.10 Intervento 10: la rete socio-sanitaria**

### **I.10.1 Azione 1: razionalizzazione delle attività delle strutture sociosanitarie**

Le strutture sociosanitarie di accoglienza residenziale e semiresidenziale da razionalizzare riguardano i settori: Anziani non autosufficienti, Dipendenze patologiche, Salute Mentale, Disabilità, Infanzia e Adolescenza, Altre fragilità.

La razionalizzazione delle attività di queste strutture è direttamente collegata a cinque dimensioni:

- il “governo della domanda”, che va ricollocato unitariamente complessivamente nella “rete territoriale”, deve prevedere un unico percorso per la gestione integrata sociale e sanitaria delle aree logiche dell’accesso, della valutazione e della presa in carico;
- la ristrutturazione del “sistema informativo” socio-sanitario, con ridefinizione, riorganizzazione e collocazione di tutti gli “Osservatori” socio-sanitari e sociali in un’unica struttura organizzativa favorirà la ottimizzazione di programmazione e gestione delle attività di queste strutture;
- il settore “autorizzazione/accreditamento” deve orientare e accompagnare la razionalizzazione per la sua valenza strategica, anche in relazione alla attuazione del PSSR;
- le questioni del “fabbisogno” riguardano i sistemi e i processi per cui la razionalizzazione delle strutture socio sanitarie comporta un contributo vincolante alla definizione e alla gestione del “fabbisogno”;
- la ridefinizione del “sistema tariffario” (di cui al Gruppo di Lavoro istituito con la DGR 1493/08) rappresenta lo strumento principale per indirizzare un “sistema di governo” in grado di tener conto delle specificità delle strutture residenziali e semiresidenziali, sociali e sanitarie.

*Si prevedono le seguenti attività:*

- Completamento delle attività del Gruppo di Lavoro sul Sistema tariffario istituito con la DGR 1493/08:
  - Completamento modalità di “ricognizione” teorica
  - “Composizione” tra modalità teorica e modalità pratica
  - Confronto interno a gruppo e servizi regionali interessati
  - Confronto esterno con i diversi “portatori di interessi qualificati” coinvolti
  - Verifica della compatibilità economica delle indicazioni emerse



- Formalizzazione di una proposta alla Giunta regionale
- Definizione dei percorsi regionali di gestione delle tariffe per le strutture sociosanitarie, residenziali e semiresidenziali, destinate ai diversi settori di intervento:
  - Anziani non autosufficienti
  - Dipendenze patologiche
  - Salute Mentale
  - Disabilità
  - Infanzia e Adolescenza
  - Altri disagi e fragilità
- Elaborazione di proposte di modifica degli assetti relativi alle strutture sociosanitarie relativamente a:
  - “Governo della domanda”
  - “Sistemi informativi”
  - “Autorizzazione/Accreditamento”
  - “Fabbisogno”

### ***Risultati programmati***

- Adozione di un modello concettuale unitario per l'analisi e l'evoluzione del sistema tariffario per le strutture sociosanitarie, residenziali e semiresidenziali
- Unificazione delle modalità di aggiornamento e gestione delle tariffe per le strutture sociosanitarie, residenziali e semiresidenziali
- Attivazione delle coerenze di sistema per le strutture sociosanitarie, residenziali e semiresidenziali relativamente a: “Governo della domanda”, “Sistemi informativi”, “Autorizzazione/Accreditamento”, “Fabbisogno”, “Sistema tariffario”

### ***Indicatori di risultato***

- predisposizione di proposta alla Giunta regionale sul Sistema tariffario entro 90 giorni dall'approvazione del presente Piano Attuativo
- predisposizione di proposta per la definizione unitaria dei percorsi regionali di gestione delle tariffe per le strutture sociosanitarie, residenziali e semiresidenziali

*Oscar*



entro 90 giorni dall'approvazione del Sistema tariffario da parte della Giunta Regionale

### **I.10.2 Azione 2: definizione dell'assetto istituzionale dell'integrazione sociale e sanitaria a livello territoriale**

La semplificazione dell'assetto istituzionale dell'integrazione sociale e sanitaria non va perseguita in senso “riduttivo”, ma verso la razionalizzazione delle risorse e la corresponsabilità tra il sociale ed il sanitario, essendo attenti alle differenze di contesto: estensione territoriale, densità della popolazione, tipologia territoriale per altitudine, livello di urbanizzazione, rete di viabilità e trasporti...

Vanno coniugate due necessità: quella di dare risposte appropriate a bisogni diversificati dei territori e quella di avere un modello organizzativo unitario e condiviso.

Il processo di consolidamento del network territoriale socio-sanitario mantiene lo schema del “modello marchigiano” con due entità distinte, ma fortemente legate (cfr. DGR 720/07): il Distretto Sanitario (che rappresenta l’interfaccia principale della Sanità verso il Sociale) e l’Ambito Territoriale (catalizzatore delle competenze sociali dei Comuni).

*Si prevedono le seguenti attività:*

- Ricognizione dell’organizzazione formale e operativa degli assetti territoriali dell’integrazione sociale e sanitaria:
  - Competenze, normativa di riferimento, standard previsti, risorse, organizzazione attuale
  - Raccolta documentazione e materiali sull’attività svolta
- Predisposizione di atto di definizione dell’assetto istituzionale dell’integrazione sociale e sanitaria a livello territoriale che contenga:
  - Criteri di definizione dei confini territoriali dei Distretti Sanitari/Ambiti Territoriali Sociali
  - Ruolo e funzione del “Comitato dei Sindaci” unitario di Distretto Sanitario/Ambito Territoriale Sociale
  - Composizione e funzionamento dei “Tavoli territoriali” di consultazione, concertazione, coprogettazione
  - Composizione e funzionamento della Unità Operativa funzionale “Sociale e Sanitaria” (U.O. SeS)



- Modello di “accordo di programma” per l’implementazione dell’U.O. SeS
- Consensus conference sull’atto di definizione dell’assetto istituzionale dell’integrazione sociale e sanitaria a livello territoriale:
  - Confronto interno ai servizi regionali interessati
  - Confronti esterni (a livello di Aree Vaste) con i “portatori di interessi qualificati”
- Percorso di accompagnamento formativo per l’implementazione del nuovo assetto dell’integrazione sociale e sanitaria a livello territoriale:
  - Eventi formativi regionali e territoriali, differenziati e congiunti, rispetto a: figure professionali, competenze e responsabilità, processi e procedure, gestione dei servizi...
  - Attività di supervisione a livello di Area Vasta
  - FAD con piattaforma dedicata

### ***Risultati programmati***

- Organizzazione e consolidamento del livello territoriale dell’integrazione sociale e sanitaria.
- Semplificazione del livello territoriale dell’integrazione sociale e sanitaria
- Armonizzazione delle procedure organizzative e gestionali dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali nei territori

### ***Indicatori di risultato***

- realizzazione della ricognizione sull’organizzazione formale e operativa degli assetti territoriali dell’integrazione sociale e sanitaria entro 60 giorni dall’approvazione del presente Piano Attuativo
- predisposizione di atto normativo sull’organizzazione formale e operativa degli assetti territoriali dell’integrazione sociale e sanitaria entro 90 giorni dall’approvazione del presente Piano Attuativo
- coinvolgimento del 60% dei soggetti convocati per le diverse articolazioni delle Consensus conference
- coinvolgimento del 60% dei soggetti interessati al percorso di accompagnamento formativo

*Domenica*



- adozione degli “accordi di programma” da parte di tutti i territori entro un anno dalla approvazione dell’atto di definizione dell’assetto istituzionale dell’integrazione sociale e sanitaria a livello territoriale

### **I.10.3 Azione 3: regolamentazione della programmazione integrata sociale e sanitaria a livello di Area Vasta, di Zona Territoriale e di Distretto Sanitario/Ambito Territoriale Sociale**

La programmazione integrata sociale e sanitaria ha trovato nuovo impulso ed orientamento con l’approvazione della proposta del PSSR. La cornice unitaria di riferimento della programmazione regionale ha valenza strategica con una ricaduta sia sui livelli di programmazione territoriale previsti dal nuovo assetto di riordino collegato al percorso di riforma della L.R. 13/03 che sulle politiche dei settori di intervento la cui “programmazione” specifica va prevista nell’ambito degli strumenti di programmazione individuati dalla proposta di PSSR.

Le motivazioni di questa azione trovano fondamento nella consapevolezza che la riorganizzazione dell’assetto istituzionale ed operativo del livello territoriale di integrazione sociale e sanitaria è solo il primo passaggio di un percorso che può consolidarsi solo con l’adozione e l’effettivo utilizzo di adeguati strumenti di programmazione caratterizzati:

- dalla attenzione ai diversi livelli territoriali previsti,
- dalla articolazione armonizzata per i diversi settori di intervento: Materno-infantile, Adolescenti e giovani, Disabilità, Salute mentale, Anziani non autosufficienti, Dipendenze, Altri disagi e fragilità.

***Si prevedono le seguenti attività:***

- Predisposizione di linee guida regionali per la programmazione integrata sociale e sanitaria del livello territoriale di Area Vasta:
  - Motivazioni del Piano Comunitario per la Salute (PCS)
  - Definizione del PCS
  - Obiettivi del PCS
  - Rapporto tra PCS e altri strumenti di pianificazione
  - Contenuti del PCS
  - Articolazioni del PCS per settori di intervento
  - Territorio di riferimento del PCS

*Domenico*



- Soggetti e strumenti per la realizzazione del PCS
  - Fasi per l'elaborazione del PCS
- Predisposizione di linee guida regionali per la programmazione integrata sociale e sanitaria del livello territoriale di Distretto Sanitario/Ambito Territoriale Sociale:
- Motivazioni del Piano delle Attività Socio-Sanitarie Territoriali (PASST)
  - Definizione del PASST e sua funzione sostitutiva rispetto a Programma delle Attività Distrettuali (ex L.R. 13/03) e del Piano di Zona di cui alla L. 328/00
  - Obiettivi del PASST
  - Rapporto tra PASST e altri strumenti di pianificazione
  - Contenuti del PASST
  - Profilo unico di comunità e di salute del PASST
  - Articolazioni in tre sezioni (socio-sanitaria, sanitaria e sociale) del PASST
  - Articolazioni del PASST per settori di intervento
  - Territorio di riferimento del PASST
  - Soggetti e strumenti per la realizzazione del PASST
  - Fasi per l'elaborazione del PASST e logica "a scorrimento"
- Predisposizione di atto di ridefinizione e rimodulazione dell'offerta dei servizi sociali e sanitari, attraverso la chiarificazione e la specificazione tra sociale, sanitario e area comune socio-sanitaria degli interventi:
- Interventi di sostegno e accompagnamento
  - Interventi e servizi territoriali
  - Interventi e servizi domiciliari
  - Interventi e servizi semiresidenziali
  - Interventi e servizi residenziali



- Percorso di accompagnamento formativo per l'implementazione della programmazione integrata sociale e sanitaria ai diversi livelli territoriali:
  - Eventi formativi regionali e territoriali, differenziati e congiunti, rispetto a: figure professionali, competenze e responsabilità, processi e procedure, gestione dei servizi
  - Attività di supervisione a livello di Area Vasta
  - FAD con piattaforma dedicata

***Risultati programmati***

- Armonizzazione delle procedure di programmazione integrata sociale e sanitaria ai diversi livelli territoriali secondo una modellistica regionale omogenea
- Coerenza di sistema tra programmazione integrata sociale e sanitaria dei livelli territoriali con la ridefinizione e rimodulazione dell'offerta dei servizi sociali e sanitari

***Indicatori di risultato***

- predisposizione di linee guida regionali per la programmazione integrata sociale e sanitaria del livello territoriale di Area Vasta entro 90 giorni dall'approvazione del presente Piano Attuativo
- predisposizione di linee guida regionali per la programmazione integrata sociale e sanitaria del livello territoriale di Distretto Sanitario/Ambito Territoriale Sociale entro 90 giorni dall'approvazione del presente Piano Attuativo
- predisposizione di atto di ridefinizione e rimodulazione dell'offerta dei servizi sociali e sanitari entro 120 giorni dall'approvazione del presente Piano Attuativo
- coinvolgimento del 60% dei soggetti interessati al percorso di accompagnamento formativo
- adozione dei PCS da parte di tutti i territori entro un anno dalla approvazione delle linee guida regionali
- adozione dei PASST da parte di tutti i territori entro un anno dalla approvazione delle linee guida regionali

*Cecor*



## **I.11 Intervento 11: razionalizzazione della rete dei laboratori pubblici**

L'organizzazione prevista è un sistema di laboratori in rete fortemente integrati (management, struttura organizzativa e budget) e flessibili dal punto di vista operativo con supporto tecnologico ed in particolare quello informatico. Il sistema a regime dovrà garantire come elemento base un sistema informatico di laboratorio centrato sul paziente ed integrato con gli altri servizi informatici (anagrafe CUP, ecc) in grado di rendere possibile il cosiddetto "laboratorio unico logico", la condivisione di richieste e risultati e la diffusione "on line" degli stessi.

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

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

*Operativi*



### **I.11.1 Azione 1: governo della rete regionale dei laboratori pubblici**

Obiettivo della presente azione è creare una rete di laboratori mirata a centralizzare la normale attività di routine, garantendo, in relazione all’attività svolta presso i presidi ospedalieri periferici, nelle modalità più appropriate attività o funzioni di diagnostica di base o di urgenza. Coerentemente con i processi di razionalizzazione del sistema laboratori, elaborati nella CDR dal Gruppo di lavoro costituito ad hoc, a seguito di una ricognizione già effettuata, sarà necessario riclassificare i punti della rete.

In base a queste linee di indirizzo, la rete va ridisegnata tenendo conto dei seguenti principi:

- rete integrata di laboratori dell’ASUR/AO/INRCA;
- sistema di laboratori pubblici integrato in rete su scala di area vasta e regionale;
- centralizzazione della normale attività di routine in un unico laboratorio per Zona territoriale;
- valutazione della opportunità di mantenere la diagnostica d’urgenza nei presidi ospedalieri in cui viene effettuata attività chirurgica, in relazione al grado di complessità della stessa;
- mantenere nei Poli ospedalieri il punto prelievi e valutare, sulla base dei volumi di attività e delle esigenze di eventuali Punti di Primo Intervento attivi, se mantenere le apparecchiature necessarie per gestire eventuali urgenze, secondo un pannello predefinito;
- razionalizzazione dell’impiego delle risorse umane, economie di scala e risparmio dei costi di gestione;
- ottimizzazione nell’utilizzo della tecnologia;
- raggiungimento di soglie critiche per rendere “cost effective” l’inserimento di tecnologie ad alta produttività;
- soddisfazione dei requisiti di accreditamento e certificazione;
- miglioramento della qualità analitica attraverso la Verifica esterna della qualità (VEQ) interregionale.

Il disegno prevede

- nodi centrali presso cui concentrare prestazioni assistenziali routinarie confluenti dai nodi periferici
- nodi periferici (spoke, tipicamente ex ospedali riconvertiti in Presidi Territoriali h24 o ambulatori) attrezzati con punti prelievo ed eventualmente, in seguito ad opportuna

*D. Cesari*



valutazione sull'appropriatezza, efficacia ed efficienza, point of care testing per attività diagnostica di base;

nodi periferici presso cui attivare, stante il posizionamento rispetto ai centri della rete, attività diagnostica di urgenza (anche tramite point of care testing) a supporto dell'attività chirurgica (per pannelli di prestazioni coerenti con la complessità ed il

- sviluppo della tecnologia informatica con l'obiettivo di centralizzare l'esecuzione dell'attività, garantendo la decentralizzazione del referto
- accorpamento per volumi di attività tali da costituire masse critiche di esami al fine di garantire economicità, efficacia, efficienza e qualità al sistema
- creazione di equipe multidisciplinari in grado di mantenere stretti rapporti, nell'ambito dell'appropriatezza, con i clinici al fine di condividere protocolli, controlli ed esperienze nei diversi punti della rete, nonché di garantire una stretta integrazione tra laboratorio e pratica clinica, consentendo di presidiare oltre alla fase analitica, anche le fasi pre e post analitiche, la qualità delle prestazioni, una maggiore appropriatezza della richiesta di esami ed una migliore ricaduta clinica in termini di approfondimento diagnostico.
- volume della casistica trattata)

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

Le diverse alternative di configurazione possibili dovranno essere corredate da un'analisi dei costi di gestione del nuovo assetto.

***Risultato programmato***

- mappatura e riclassificazione dei laboratori di analisi pubblici esistenti rispetto ai criteri indicati
- delibera di riorganizzazione della rete pubblica dei laboratori entro tre mesi dall'approvazione del presente atto.

**I.11.2 Azione 2: riconversione dei laboratori pubblici**

L'operatività di quanto previsto all'"Azione 1" dipende strettamente dall'adozione di un Piano di riconversione dei laboratori che pianifichi tempi e modalità per la messa a regime delle nuove modalità organizzative.

Per quanto concerne la dismissione degli attuali laboratori presso i futuri spoke, dovranno essere indicati:

- eventuali tecnologie da mantenere/acquisire per garantire il pannello di prestazioni previste presso la singola struttura



- tecnologie e le risorse umane che si renderanno disponibili dalla riconversione e le possibilità alternative di impiego
- eventuali interventi di potenziamento delle strutture hub

Per quanto riguarda l'adozione delle nuove modalità organizzative della rete, dovranno essere progettati:

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

Si dovrà procedere inoltre alla revisione dei requisiti di autorizzazione ed accreditamento con previsione di:

- standard minimi di personale,
- standard di attività minime che devono essere svolte all'interno di ogni laboratorio (ematologia, coagulazione, chimica clinica)
- standard di volumi minimi che devono essere svolti all'interno di ogni laboratorio
- partecipazione obbligatoria anche dei laboratori, al programma di controllo esterno di qualità (VEQ) interregionale a cui aderisce la Regione Marche;
- certificazione delle strutture di laboratorio sulla base degli standard ISO 9001/2008 e della norma ISO 15189 ed eventuali aggiornamenti.

Per quanto concerne la razionalizzazione della rete dei laboratori privati, alla stessa si provvederà successivamente alla riorganizzazione della Rete dei laboratori pubblici. In ogni caso, nell'ambito della riorganizzazione dei laboratori pubblici, andrà attribuita una funzione di supporto alla committenza ai responsabili delle UO di laboratorio pubbliche, nei confronti degli erogatori privati.

*Le principali azioni previste sono:*

- Analisi situazione attuale laboratori analisi in termini di risorse, organizzazione ed attività:
  - laboratori attivi
  - attività svolta in termini quanti-qualitativa
  - risorse impiegate (personale anche in termini di specializzazione)
  - turnazioni personale
  - apparecchiature
  - altro...
- riorganizzazione strutturale della rete dei laboratori di competenza con indicazione dei tempi previsti per il completamento del riassetto;

*O seta*



## REGIONE MARCHE

GIUNTA REGIONALE  
SERVIZIO SALUTE

- stipula degli accordi interaziendali per la gestione dell'integrazione a livello di area vasta e regionale dei laboratori afferenti alle diverse aziende / zona/ INRCA.
- omogeneizzazione delle funzionalità presenti nel sistema informatico gestionale utilizzato nei singoli laboratori.

### ***Risultato programmato***

- riorganizzazione della rete dei laboratori pubblici

### ***Indicatori di risultato***

- formalizzazione del piano di riorganizzazione entro tre mesi dall'approvazione del presente atto.

*Oscar*



## **I.12 Intervento 12: il governo della mobilità sanitaria**

Il fenomeno della mobilità sanitaria, sia all'interno sia, in particolare, all'esterno della Regione, rappresenta un importante segnale di attenzione per il sistema sanitario, in quanto evidenzia o una situazione di carenza dell'offerta nei confronti di particolari bisogni espressi dai cittadini, o un ricorso improprio a forme di assistenza non sufficientemente governate. Laddove non giustificato da precise motivazioni di carattere clinico o organizzativo, devono essere quindi apportati i necessari correttivi per limitare tale fenomeno, sia con azioni di governo della domanda, sia con interventi di razionalizzazione dell'offerta.

La mobilità sanitaria costituisce inoltre una voce economica estremamente significativa ed è contemporaneamente un fenomeno che riflette quantità e qualità dell'offerta sanitaria della Regione. La definizione di azioni per il suo governo con l'obiettivo di recuperare la mobilità sanitaria passiva comporta:

- l'aumento della produzione nelle aree con saldi significativi di mobilità passiva, senza stimolare un incremento della domanda non giustificato;
- il potenziamento dell'alta complessità chirurgica in aree specifiche attraverso l'adeguamento delle competenze professionali;
- l'adozione di una politica programmata in funzione dei bisogni espressi nelle diverse aree della Regione in relazione alle differenti condizioni esistenti;
- il potenziamento dell'offerta e l'incremento della produzione per conseguire un aumento di efficienza in particolare per le attività chirurgiche con significativi saldi passivi di mobilità (alte specialità chirurgiche, ortopedia, urologia, ORL, etc.);
- il consolidamento del monitoraggio dei ricoveri tra Regioni al fine di ridurre l'inappropriatezza clinica ed organizzativa come strumento di governo della mobilità sanitaria;

### **I.12.1 Azione 1: il governo della domanda**

*Si prevedono le seguenti attività:*

- sensibilizzazione dei medici prescrittori all'orientamento verso le strutture della Regione Marche nelle aree con i flussi di mobilità passiva più significativi;
- individuazione delle patologie, e relativi DRG, con flussi significativi di mobilità passiva;
- individuazione delle prestazioni ambulatoriali con flussi significativi di mobilità passiva.

*Risultati programmati*

Le azioni sono focalizzate su particolari prestazioni:

- riduzione percentuale dei ricoveri per singolo DRG;



- riduzione percentuale delle singole prestazioni ambulatoriali

***Indicatori di risultato***

- Andamento DRG indice;
- Andamento prestazioni specialistiche indice.

**I.12.2 Azione 2: il potenziamento dell'offerta**

***Si prevedono le seguenti attività:***

- concentrazione della produzione delle prestazioni di alta complessità e di alta specialità in un numero definito e ridotto di unità operative con incremento complessivo della produzione e riduzione dei costi unitari (chirurgia vascolare, chirurgia toracica, chirurgia urologica maggiore, chirurgia ortopedica protesica, etc.), in coerenza con quanto previsto nel precedente intervento 6;
- messa a regime o potenziamento delle strutture complesse nelle discipline di alta specialità medica e chirurgica esclusivamente per le unità operative derivanti dall'azione di concentrazione di cui sopra;
- trasferimento delle attività minori dai blocchi operatori in cui insistono le unità operative interessate dalle azioni sopra indicate presso le strutture ospedaliere meno impegnate nell'urgenza e nella complessità;
- rafforzamento del monitoraggio delle attività in mobilità passiva.

***Risultati programmati***

- Riorganizzazione ospedaliera a livello di Azienda/Area Vasta;
- Incremento produzione di DRG indice in specifiche strutture e diminuzione in altre;
- Incremento produzione DRG indice e prestazioni ambulatoriali indice in specifiche strutture;
- Contrazione della mobilità passiva sulle prestazioni in oggetto.

***Indicatori di risultato***

- Andamento dei DRG indice nelle strutture ospedaliere della rete;
- Andamento dei DRG indice in specifiche strutture;
- Andamento DRG indice e prestazioni ambulatoriali indice nelle strutture ospedaliere della rete;
- Indicatori coerenti con l'intervento 6.

*Ok*



### **I.12.3 Azione 3: sviluppo dei processi di committenza**

*Si prevedono le seguenti attività:*

- Predisposizione di un piano di committenza per le strutture pubbliche e private, coerente con il fabbisogno della popolazione residente per attività ambulatoriale ed in regime di ricovero;
- Incremento della produzione delle strutture pubbliche e private nelle discipline/linee di attività con maggiori saldi negativi di mobilità, con un coordinamento centralizzato nell'acquisizione/gestione di beni e servizi a ciò dedicati al fine di conseguire economie di scala;
- Monitoraggio delle attività ambulatoriali ed in regime di ricovero.

*Risultati programmati*

- Incremento della produzione di DRG e di prestazioni ambulatoriali indice;
- Conseguente riduzione della mobilità passiva sulle prestazioni in oggetto.

*Indicatori di risultato*

- Andamento dei DRG e delle prestazioni ambulatoriali indice.

*Queso*

## REGIONE MARCHE

GIUNTA REGIONALE  
SERVIZIO SALUTE



Delle

	anno 2011	anno 2012	Impatto Manovra 2011 e 2012
Area MOB PASS EXTRAREG anno 2011	- 19,72		- 19,72
Area MOB PASS EXTRAREG anno 2011		- 9,32	- 9,32
Area MOB PASS EXTRAREG totale	- 19,72	- 9,32	- 29,04
	anno 2011	anno 2012	Impatto Manovra 2011 e 2012
Area MOB ATT EXTRAREG anno 2011	+ 4,00		+ 4,00
Area MOB ATT EXTRAREG anno 2011		+ 3,00	+ 3,00
Area MOB ATT EXTRAREG anno 2011	+ 4,00	+ 3,00	+ 7,00

Per quanto concerne la mobilità passiva le analisi riportate e le ipotesi economiche risultano dalla stima di un incremento di produzione a favore dei residenti marchigiani ed è in funzione delle azioni di riorganizzazione delle reti cliniche. Per la mobilità attiva la stima dell'incremento è ugualmente legata ad un'ipotesi di maggior capacità attrattiva in funzione della stessa riorganizzazione.



## **PARTE III - LE AREE DI SVILUPPO STRATEGICHE**

### **1. Lo sviluppo dei flussi istituzionali**

#### **Azione 1: sviluppo della funzione organizzativa per il governo dei flussi istituzionali**

La creazione di una funzione organizzativa responsabile per i “Flussi Istituzionali” permetterà alla Regione di potenziare il governo dei sistemi informativi delle Aziende/Aree Vaste attraverso l’integrazione degli stessi e l’evoluzione degli strumenti e delle procedure di gestione.

Nell’ambito delle azioni di carattere prevalentemente organizzativo, non sono previsti costi aggiuntivi rilevanti, né per la Regione né per le Aziende/Aree Vaste.

***Le principali attività consistono in:***

- identificazione di una funzione organizzativa preposta alla gestione dei flussi istituzionali, sia nell’ambito Regionale che nelle Aziende/ZZTT, definendone:
  - le responsabilità ed i compiti
  - il numero delle risorse di personale ed il relativo profilo di competenze individuali necessarie
  - le risorse umane da individuare nell’ambito dell’organico regionale e degli organici delle aziende
- attivazione dei piani di formazione per il personale individuato ed acquisizione di competenze ad hoc ove non disponibili.

***Il dominio organizzativo responsabile per i “Flussi Istituzionali” del livello Regionale avrà il compito di:***

- interagire con i referenti dei flussi informativi sanitari sia a livello regionale (Aziende/ZZTT) sia a livello nazionale (Ministero della Salute, Agenzie delle Entrate/SOGEI)
- espletare attività di supporto alle aziende sanitarie relativamente ai flussi NSIS
- censire aggiornare e monitorare, in collaborazione con il livello Aziendale/ZZTT, i flussi informativi sanitari esistenti (tipologia, destinatari, scadenze, ecc.)
- definire nuovi flussi informativi coerentemente con quanto previsto dal livello nazionale
- definire le procedure per la trasmissione al livello Regionale delle informazioni previste dai flussi
- dotarsi delle infrastrutture di accoglimento, controllo e correzione dei flussi inviati dalle Aziende/ZZTT, delle infrastrutture di invio e di interazione con il livello nazionale e degli strumenti di gestione complessiva dei flussi
- produrre una reportistica standard condivisa con le Aziende/ZZTT relativa alla qualità, alla completezza ed alla puntualità di trasmissione dei dati
- promuovere progetti di integrazione delle banche dati esistenti presso le Aziende/ZZTT e dei sistemi di estrazione delle informazioni dai sistemi gestionali in loro dotazione.



**Il dominio organizzativo responsabile per i “Flussi Istituzionali” del livello Aziendale/ZZTT avrà il compito di:**

- dotarsi degli strumenti necessari per la registrazione e per l'estrazione delle informazioni previste dai flussi, e per la trasmissione livello regionale e laddove previsto al livello nazionale
- relazionarsi con il livello regionale (e laddove previsto con il livello nazionale) per l'aggiornamento e le eventuali correzione delle informazioni trasmesse

### **Risultati programmati**

- quadro dei flussi informativi esistenti e di quelli previsti dagli obblighi del debito informativo; quadro completo di: contenuto informativo, soggetti referenti a livello nazionale, regionale e aziendale/ZZTT, date di attivazione, scadenze di estrazione e trasmissione, procedure operative di gestione e impegno in termini di risorse umane;
- reportistica standard periodica sullo stato dei flussi regionali informativi, sulla loro qualità e tempestività e di Aziende/Aree Vaste;
- miglioramento dei tassi di qualità e tempestività;
- coordinamento e integrazione fra i diversi soggetti coinvolti a livello nazionale, regionale e aziendale/ZZTT;
- ottimizzazione delle risorse dedicate agli adempimenti dell'obbligo informativo.

### **Indicatori di risultato**

- avvio di tavoli di lavoro fra i diversi soggetti coinvolti ed il dominio organizzativo identificato per la gestione dei “Flussi Istituzionali” entro 30 giorni dall'approvazione del presente atto;
- numero report periodici realizzati rispetto a quelli previsti entro sei mesi;
- certificazione del miglioramento di qualità e tempistiche di invio dei flussi istituzionali da parte del Ministero della Salute e dal Ministero dell'Economia e delle Finanze entro il 30 aprile 2011.

### **Azione 2: gestione delle principali anagrafiche**

Tale azione si configura come il presupposto indispensabile per garantire l'effettiva possibilità di integrazione delle informazioni raccolte dal livello regionale per le prestazioni fornite dal servizio sanitario regionale (SSR).

***Nello specifico si prevedono le seguenti attività:***

- identificazione di una funzione organizzativa preposta alla gestione delle anagrafiche del livello regionale e dei livelli aziendali/ZZTT, definendone:
  - le responsabilità ed i compiti;
  - il numero delle risorse di personale ed il relativo profilo di competenze individuali necessarie;
  - le risorse umane da individuare nell'ambito dell'organico regionale e degli organici delle aziende;



## REGIONE MARCHE

GIUNTA REGIONALE  
SERVIZIO SALUTE

- attivazione dei piani di formazione per il personale individuato ed acquisizione di competenze ad hoc ove non disponibili.

***Il dominio organizzativo responsabile per i “Flussi Istituzionali” del livello Regionale avrà il compito di:***

- individuare e definire le anagrafiche di interesse regionale e censirne lo stato presso i referenti delle aziende/ZZTT;
- definire e condividere con i referenti delle aziende/ZZTT una azione di normalizzazione per costituire per ogni anagrafica individuata una codifica di riferimento regionale per la forma e per i contenuti;
- condividere e certificare la congruità delle procedure di aggiornamento e gestione delle anagrafiche individuate, con i referenti delle aziende/ZZTT;
- verificare lo stato e l’implementazione delle relative azioni di recupero informativo delle principali anagrafiche regionali necessarie all’integrazione dei flussi relativi all’assistenza ospedaliera (SDO), assistenza farmaceutica e specialistica ambulatoriale, ovvero:
  - Anagrafe Regionale Assistibili
  - Anagrafe Regionale Prestazioni
  - Anagrafe Regionale Prescrittori
  - Anagrafe Regionale Prescrizioni
  - Anagrafe Regionale Strutture
  - Anagrafe Dispositivi Medici
  - Anagrafe Veterinaria
- identificare e condividere con le aziende/ZZTT i domini organizzativi a cui farà carico la normalizzazione e la gestione del processo di popolamento e aggiornamento delle anagrafiche regionali;
- coordinamento e predisposizione di un tavolo di lavoro congiunto con i principali attori interessati (in particolare, con il Ministero della Salute, con il Ministero dell’Economia e delle Finanze, con SOGEI) relativamente al popolamento e all’aggiornamento delle anagrafiche chiave secondo i requisiti previsti dagli obblighi informativi .

***Il dominio organizzativo responsabile per i “Flussi Istituzionali” del livello Aziendale/ZZTT avrà il compito di:***

- dare corso alle azioni di normalizzazione previste e concordate con il livello regionale, con le relative modifiche dei contenuti e della struttura delle informazioni delle anagrafiche coinvolte;
- aggiornare gli archivi in essere delle anagrafiche in parola nel rispetto dei criteri in esito a quanto previsto dal punto precedente;
- definire e condividere con il livello regionale le procedure di recupero e aggiornamento delle anagrafiche, indicando date e modalità di aggiornamento.

### ***Risultato programmato***

- versioni iniziali dell’anagrafe assistibili, dell’anagrafe strutture e dell’anagrafe MMG, uniche a livello regionale;

*Ottor.*



- identificazione dei principali soggetti coinvolti nella gestione delle anagrafiche e relative responsabilità e mansioni entro 30 giorni dall'approvazione del Programma Attuativo;
- definizione del processo di aggiornamento delle anagrafiche con indicazione dei soggetti coinvolti, delle modalità e delle tempistiche entro 4 mesi dall'approvazione delle Linee di Indirizzo Attuative 2010;
- predisposizione di un piano di lavoro con SOGEI relativamente all'allineamento delle anagrafiche chiave entro 60 giorni.

***Indicatori di risultato***

- percentuale di assistiti identificati che hanno avuto contatti con le strutture pubbliche e private regionali;
- adozione a livello regionale e sottoscrizione a livello di singola Aziende/Aree Vaste del processo di gestione, alimentazione, aggiornamento delle anagrafiche chiave adeguatamente condiviso con SOGEI (con indicazione dei soggetti responsabili, ruoli, tempistiche, input necessari e output da produrre);
- certificazione del miglioramento della qualità delle anagrafiche regionali da parte del Ministero della Salute e del Ministero dell'Economia e delle Finanze.

**Azione 3: riorganizzazione degli “Osservatori” socio-sanitari e sociali**

L’azione è giustificata dalla presenza di una serie di “Osservatori” che riguardano le materie sociali e socio-sanitarie, istituiti e definiti autonomamente da Leggi Regionali o per attuazione di disposizioni nazionali che, da un lato, risultano essere organizzati in maniera assolutamente non omogenea e gestiti con modalità molto diverse e non facilmente governabili e, dall’altro, non sono coordinati tra di loro e non si raccordano con il sistema informativo del Servizio Sanitario Regionale (SSR).

Le motivazioni individuano, corrispondentemente, gli obiettivi dell’azione:

- riorganizzazione unitaria e razionalizzazione degli “Osservatori” socio-sanitari e sociali;
- progressivo raccordo con il sistema informativo sanitario nella logica unitaria del sistema di monitoraggio gestionale.

***Si prevedono le seguenti attività:***

- Ricognizione degli “Osservatori” socio-sanitari e sociali rispetto alle indicazioni normative e all’operatività attuale:
  - Competenze, normativa di riferimento, standard previsti, risorse, organizzazione attuale
  - Raccolta documentazione e materiali sull’attività svolta
- Predisposizione e approvazione atto normativo regionale di riorganizzazione e raccordo:
  - Individuazione di “contenitore” unico per i diversi Osservatori
  - Ridefinizione competenze delle diverse “sezioni” in prospettiva unitaria
  - Ridefinizione allocazione delle risorse finanziarie e professionali
- Attuazione atto normativo regionale di riorganizzazione:
  - Riorganizzazione logistica

0,0001



- Ridefinizione dei piani operativi annuali di ogni sezione dell'Osservatorio “unitario”
- Predisposizione del raccordo con il Sistema Informativo del SSR:
  - Formalizzazione del raccordo
  - Implementazione progressiva del raccordo

***Risultati programmati***

- Unificazione degli Osservatori socio-sanitari e sociali previsti e/o operativi attualmente;
- Riformulazione dei prodotti delle articolazioni dell'Osservatorio “unitario”;
- Raccordo sistematico e operativo con Sistema Informativo del SSR.

***Indicatori di risultato***

- formalizzazione atto normativo di riorganizzazione degli Osservatori;
- formalizzazione riorganizzazione dell'Osservatorio “unitario”
- numero di nuovi prodotti e di flussi informativi aggiornati dell'Osservatorio “unitario” in base alla calendarizzazione prevista dai piani operativi.

## **2. Lo sviluppo di un sistema di monitoraggio direzionale**

**Azione 1: consolidamento modello di monitoraggio direzionale**

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

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

A tal fine è necessario che la Regione sviluppi un progetto che identifichi le esigenze in termini di raccolta e monitoraggio dati tali da rendere gli obiettivi di cui sopra realizzabili integrando i sistemi esistenti.

***Risultato programmato:***

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

***Indicatori di risultato***

- numero report periodici prodotti



### **3. Lo sviluppo di un sistema di monitoraggio di appropriatezza**

I principali obiettivi di questo intervento riguardano:

- La quantificazione dell'inappropriatezza sia clinica che organizzativa delle attività del SSR attraverso metodi e strumenti che coinvolgano sia le Aziende/Strutture del SSR che la Regione;
- Lo sviluppo di una strategia e di strumenti in grado di premiare e valorizzare le migliori performance e di penalizzare, anche da un punto di vista economico l'inappropriatezza in modo da liberare risorse da reinvestire nei processi di sviluppo del SSR.

#### **Azione 1: sviluppo e utilizzo del sistema di monitoraggio dell'appropriatezza per il Governo del sistema**

Gli ambiti principali di intervento ed i relativi strumenti sono i seguenti:

- **Attività di ricovero in regime ordinario.** Riguarda sia le strutture pubbliche che private e si prevede lo sviluppo di un sistema che utilizzi come strumenti sia le analisi condotte a livello centrale regionale utilizzando il database dei ricoveri ospedalieri (SDO) che controlli ad hoc svolti sulla documentazione clinica dalle Aziende del SSR sotto il coordinamento regionale (CVPS). Per quanto riguarda il monitoraggio sulle SDO andrà condiviso e formalizzato con le Aziende pubbliche e private del SSR un set di indicatori ( % di DRG ad alto rischio di in appropriatezza, di ricoveri ripetuti, di ricoveri consecutivi, di DRG complicati, di degenze oltre soglia etc.)
- **Attività di ricovero in regime di day-hospital e day-surgery.** Riguarda sia le strutture pubbliche che private e si prevede lo sviluppo di un sistema che utilizzi come strumenti sia le analisi condotte a livello centrale regionale utilizzando il database dei ricoveri ospedalieri (SDO) che i controlli ad hoc svolti sulla documentazione clinica dalle Aziende del SSR sotto il coordinamento regionale (CVPS). In particolare i controlli sulla documentazione clinica consentiranno la verifica della corrispondenza con i criteri clinici di appropriatezza dei Day-hospital medici formalizzati dalla Regione Marche (CVPS). Per quanto riguarda il monitoraggio sulle SDO andrà condiviso e formalizzato con le Aziende pubbliche e private del SSR un set di indicatori ( % di DRG ad alto rischio di in appropriatezza, di ricoveri ripetuti, di DRG complicati etc.) Sarà inoltre necessario aggiornare/revisionare il regolamento regionale sull'appropriatezza dei day-hospital
- **Prestazioni specialistiche** (strutture pubbliche e private)
- **Attività in mobilità passiva extraregionale.** A questo ambito andranno applicati gli stessi strumenti utilizzati per il monitoraggio delle attività svolte dalle strutture pubbliche e private della Regione Marche. Gli stessi dovranno trovare formalizzazione all'interno degli accordi interregionali sulla mobilità sanitaria.
- **Consumi farmaceutici.**
- **Residenzialità.**

Per la realizzazione degli obiettivi previsti è necessario che gli strumenti ed in particolare gli indicatori utilizzati dal sistema di monitoraggio trovino collocazione all'interno degli strumenti di programmazione delle attività sanitarie ed in particolare:

*Ottobre*



- Definizione fabbisogno;
- Definizione dei criteri di finanziamento e budget;
- Piano delle prestazioni e contratti di fornitura;
- Tariffe (penalizzazione dei comportamenti inappropriati);
- Rimborsi (abbattimenti proporzionati al grado di inappropriatezza);
- Definizione strutturale (ad esempio numero dei posti letto).

***Principali attività***

Entro 30 giorni dall'approvazione delle presenti Linee di indirizzo verranno costituiti Gruppi di lavoro tra Regione, Aziende Pubbliche del SSR, Aziende Private del SSR ed eventuali altri stakeholders di volta in volta coinvolti per la necessaria condivisione tecnica sui documenti e sulle attività indicate di seguito:

- Formalizzazione degli indicatori di appropriatezza ospedaliera, entro 90 giorni dall'approvazione delle Linee di indirizzo attuative;
- Aggiornamento regolamento appropriatezza day-hospital entro 120 giorni;
- Revisione delle tariffe, entro 150 giorni;
- Definizione abbattimenti/penalizzazione rimborsi per in appropriatezza, entro 150 giorni;
- Definizione indicatori inappropriatezza prestazioni specialistiche;
- Definizione indicatori inappropriatezza residenzialità/semiresidenziali.;
- Definizione indicatori inappropriatezza consumi farmaceutici;
- Inserimento appropriatezza ospedaliera all'interno del budget 2011.

***Risultato programmato:***

- Individuazione ed elaborazione sistema di indicatori di monitoraggio dell'appropriatezza;
- Aggiornamento linee guida per il monitoraggio ed il controllo dell'appropriatezza.

*Odech*