deliberazione n. 62

PIANO SANITARIO REGIONALE 2007/2009
IL GOVERNO, LA SOSTENIBILITÀ, L'INNOVAZIONE E LO SVILUPPO
DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE PER LA SALUTE DEI CITTADINI MARCHIGIANI

ESTRATTO DEL PROCESSO VERBALE
DELLA SEDUTA DEL CONSIGLIO REGIONALE DEL 31 LUGLIO 2007, N. 75

Il Presidente pone in discussione il seguente punto all'o.d.g.: proposte di atto amministrativo n. 48/07 e 59/07, a iniziativa della Giunta regionale "Piano sanitario regionale 2007/2009. Il governo, la sostenibilità, l'innovazione e lo sviluppo del servizio sanitario regionale per la salute dei cittadini marchigiani" dando la parola al Consigliere di maggioranza Marco Luchetti e al Consigliere di minoranza Guido Castelli relatori della V Commissione consiliare permanente;

omissis

Al termine della discussione, il Presidente pone in votazione la seguente deliberazione:

IL CONSIGLIO REGIONALE

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

Visti gli articoli 2 e 31 della legge regionale 17 luglio 1996, n. 26 e successive modificazioni "Riordino del servizio sanitario regionale";

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

Viste le proposte della Giunta regionale di cui alle deliberazioni 26 febbraio 2007, n. 134, 21 maggio 2007, n. 493 e 15 giugno 2007, n. 678;

Tenuto conto, in particolare, del quadro inerente la situazione epidemiologica regionale e dei dati desumibili dalle proposte suddette;

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

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

Visto l'articolo 21 dello Statuto regionale;

D E L I B E R A

1) di approvare il "Piano sanitario regionale 2007/2009. Il governo, la sostenibilità, l'innovazione e lo sviluppo del servizio sanitario regionale per la salute dei cittadini marchigiani" di cui all'allegato che forma parte integrante e sostanziale del presente atto;
2) di impegnare la Giunta regionale a presentare ai sensi dell'articolo 31, comma 7, della l.r. 26/1996, con cadenza annuale, una relazione sintetica sullo stato di attuazione del piano che contenga almeno i seguenti dati e informazioni:
   a) il livello di realizzazione delle singole azioni pianificate e le criticità riscontrate nell'attuazione delle medesime;
   b) l'efficacia delle azioni realizzate in relazione agli obiettivi del piano;
   c) lo stato degli investimenti;
   d) le prospettive di risanamento finanziario del sistema sanitario in relazione alle previsioni contenute nel piano medesimo;
   e) l'andamento del processo di riduzione delle liste di attesa.

Avvenuta la votazione, il Presidente ne proclama l'esito: "Il Consiglio approva"

IL PRESIDENTE
f.to Raffaele Bucciarelli

I CONSIGLIERI SEGRETARI
f.to Michele Altomeni
f.to Guido Castelli

ALLEGATO

Regione Marche

Piano Sanitario 2007/2009

Il governo, la sostenibilità, l'innovazione e lo sviluppo del SSR per la salute dei cittadini marchigiani

Indice

PARTE I – STRATEGIA ED OBIETTIVI 7

I OBIETTIVI DI PIANO 8

I.1 IL PIANO SANITARIO REGIONALE 2007-2009 8
I.2 GLI OBIETTIVI GENERALI DEL PSR 10
I.3 LE LINEE DI SVILUPPO 15
I.4 LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICO-FINANZIARIA 19
I.5 LE LINEE DI INTERVENTO 22

II IL SISTEMA ORGANIZZATIVO 24

II.1 INTRODUZIONE 24
II.2 LA DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA 25
II.3 LE AREE DI INTERVENTO ORGANIZZATIVO 25
II.3.1 Il governo regionale. 25
II.3.2 L'area vasta 28
II.3.3 L'organizzazione dipartimentale 30
II.3.4 Il network territoriale. 30
II.3.5 Il network socio-sanitario. 31
II.3.6 Il network dell'emergenza - urgenza. 32
II.3.7 La rete ospedaliera e il network clinico. 32
II.3.8 I Centri Servizi e il network dei servizi ATL 34
II.4 LE ATTIVITÀ DI IMPLEMENTAZIONE 35

III SISTEMA EPIDEMIOLOGICO 37

III.1 LA POPOLAZIONE E IL TERRITORIO 37
III.2 I GRANDI INDICATORI DI SALUTE 38
III.3 I PRINCIPALI GRUPPI DI PATOLOGIE 41
III.4 LA SALUTE NEI SOGGETTI FRAGILI 44
III.5 LA SICUREZZA COME ELEMENTO DI QUALITÀ DELLA VITA 46

IV RETE DI RICERCA ED INNOVAZIONE 50

IV.1 LO SCENARIO 50
IV.2 ANALISI DELLA REALTÀ REGIONALE 50
IV.3 ASSESSMENT ORGANIZZATIVO, TECNOLOGICO E STRUTTURALE 51
IV.4 ELEMENTI DI CRITICITÀ E PUNTI DI FORZA 53
IV.5 DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA E DELLE LINEE DI INTERVENTO 54
IV.5.1 La rete Regionale sulle Tecnologie Molecolari in Medicina 54
IV.6 PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI 63

V SISTEMA QUALITÀ 64

V.1 INTRODUZIONE 64
V.2 ANALISI DELLA REALTÀ REGIONALE 64
V.3 DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA E DELLE LINEE DI INTERVENTO 71
V.4 PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI 74

PARTE II – PROCESSI SANITARI 76

VI RETE DELLA PREVENZIONE E DELLA ASSISTENZA COLLETTIVA 77

VI.1 ANALISI DELLA REALTÀ REGIONALE 77
VI.2 ASSESSMENT ORGANIZZATIVO, TECNOLOGICO E STRUTTURALE. 78
VI.3 ELEMENTI DI CRITICITÀ E PUNTI DI FORZA 79
VI.4 DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA E DELLE LINEE DI INTERVENTO 81
VI.5 AREE TEMATICHE DI INTERVENTO. 84
VI.5.1 La sanità pubblica ed i rapporti salute e ambiente 84
VI.5.2 La prevenzione nei luoghi di lavoro 88
VI.5.3 La sicurezza alimentare e la tutela della salute del consumatore 90
VI.5.4 La salute animale e la tutela della salute del cittadino 92
VI.5.5 La sorveglianza e la prevenzione nutrizionale 95

VII RETE SOCIO-SANITARIA 98

VII.1 ANALISI DELLA REALTÀ REGIONALE 98
VII.1.1 Un percorso avviato e da consolidare 98
VII.1.2 La partecipazione come presupposto al percorso di costruzione dei due Piani 99
VII.2 ASSESSMENT ORGANIZZATIVO, TECNOLOGICO E STRUTTURALE 99
VII.2.1 La stabilizzazione dell'assetto istituzionale dell'integrazione tra sociale e sanitario 99
VII.2.2 Rapporto Distretto Sanitario - Ambito Territoriale Sociale 102
VII.2.3 Le figure professionali di riferimento: il Coordinatore ATS e il Direttore di Distretto 102
VII.2.4 Sistema informativo assistenza territoriale 102
VII.2.5 Programmazione integrata sociale e sanitaria 103
VII.3 ELEMENTI DI CRITICITÀ E PUNTI DI FORZA 105
VII.4 DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA E DELLE LINEE DI INTERVENTO 107
VII.5 PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI 108
VII.6 INTEGRAZIONE SOCIALE E SANITARIA: INTERVENTI DI SETTORE 111
VII.6.1 Indirizzi e Orientamenti Operativi di Settore 111
VII.6.2 Area materno-infantile, adolescenti e giovani 112
VII.6.3 Area disabilità 117
VII.6.4 Area salute mentale 122
VII.6.5 Area dipendenze patologiche 125
VII.6.6 Area anziani, con particolare riferimento alla non autosufficienza 129
VII.6.7 Area altre fragilità 135

VIII RETE TERRITORIALE 139

VIII.1 ANALISI DELLA REALTÀ REGIONALE 139
VIII.1.1 I Compiti del distretto 139
VIII.2 ASSESSMENT ORGANIZZATIVO, TECNOLOGICO E STRUTTURALE 140
VIII.3 ELEMENTI DI CRITICITÀ E PUNTI DI FORZA 141
VIII.3.1 La valutazione – L'Unità Valutativa Integrata (UVI) 142
VIII.3.2 Attivazione - Motivi e modalità 142
VIII.3.3 La presa in carico e la continuità dell'assistenza 143
VIII.3.4 Riorganizzazione dell'offerta 143
VIII.3.5 Linee guida per patologie traccianti 144
VIII.4 DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA E DELLE LINEE DI INTERVENTO 145
VIII.5 PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI 146

VIII.6 AREA DELLE CURE PRIMARIE 147
VIII.6.1 Processi 147
VIII.6.2 Assessment organizzativo, tecnologico e strutturale 147
VIII.6.3 Criticità e punti di forza 148
VIII.6.4 Definizione della strategia e delle linee di intervento 150
VIII.7 IL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA 151
VIII.7.1 Analisi della realtà regionale 151
VIII.7.2 Assessment organizzativo, tecnologico e strutturale 154
VIII.7.3 Elementi di criticità e punti di forza 155
VIII.7.4 Definizione della strategia e delle linee di intervento 156
VIII.7.5 Pianificazione delle azioni 159
VIII.8 I LIVELLI AGGIUNTIVI DI ASSISTENZA 162
VIII.8.1 Introduzione 162
VIII.8.2 Definizione della strategia e delle linee di intervento 164

IX RETI CLINICHE E RETE OSPEDALIERA 166

IX.1 INTRODUZIONE 166
IX.2 LA RETE CARDIOLOGICA 168
IX.2.1 Analisi della realtà regionale 168
IX.2.2 Definizione della strategia e delle linee di intervento e di sviluppo della Rete Cardiologica a breve-medio termine 172
IX.3 LA RETE STROKE CARE DELLA REGIONE MARCHE 174
IX.3.1 Introduzione 174
IX.3.2 Analisi della realtà regionale 174
IX.3.3 Definizione della strategia e delle linee di intervento a breve-medio termine 178
IX.4 RETE ONCOLOGICA 180
IX.4.1 Analisi della realtà regionale 180
IX.4.2 Assessment organizzativo, tecnologico e strutturale 181
IX.4.3 Elementi di criticità e punti di forza 182
IX.4.4 Definizione della strategia e delle linee di intervento 183
IX.4.5 Pianificazione delle azioni 184
IX.5 GLI SCREENING ONCOLOGICI 186
IX.5.1 Analisi della realtà regionale 186
IX.5.2 Assessment organizzativo, tecnologico e strutturale 189
IX.5.3 Elementi di criticità e punti di forza 192
IX.5.4 Definizione della strategia e delle linee di intervento 194
IX.5.5 Pianificazione delle azioni 195
IX.6 IL PAZIENTE NEFROPATICO 196
IX.6.1 Analisi della realtà regionale 196
IX.6.2 Assessment organizzativo, tecnologico e strutturale 197
IX.6.3 Elementi di criticità e punti di forza 198
IX.6.4 Definizione della strategia e delle linee di intervento 198
IX.6.5 Pianificazione delle azioni 199
IX.7 LA RETE DEI TRAPIANTI 201
IX.7.1 Analisi della realtà regionale 201
IX.7.2 Elementi di criticità 208
IX.7.3 Definizione della strategia e delle linee di intervento 209
IX.7.4 Pianificazione delle azioni 210

IX.8 LA RETE OSPEDALIERA ... 213
IX.8.1 Analisi della realtà regionale ... 213
IX.8.2 Assessment organizzativo, tecnologico e strutturale ... 222
IX.8.3 Elementi di criticità e punti di forza ... 223
IX.8.4 Definizione della strategia e delle linee di intervento ... 225
IX.8.5 Pianificazione delle azioni ... 228
IX.9 IL RAPPORTO CON I PRIVATI ACCREDITATI ... 232
IX.9.1 Analisi della realtà regionale ... 232
IX.9.2 Assessment organizzativo, tecnologico e strutturale ... 232
IX.9.3 Elementi di criticità e punti di forza ... 233
IX.9.4 Definizione della strategia e delle linee di intervento ... 234
IX.9.5 Pianificazione delle azioni ... 235
IX.10 LA RETE STRUTTURALE ... 237
IX.10.1 Analisi della realtà regionale ... 237
IX.10.2 Assessment organizzativo, tecnologico e strutturale ... 239
IX.10.3 Definizione della strategia e delle linee di intervento ... 242
IX.10.4 Pianificazione delle azioni ... 243

X RETE DELL'EMERGENZA URGENZA ... 247

X.1 ANALISI REALTÀ REGIONALE ... 247
X.2 ELEMENTI DI CRITICITÀ E PUNTI DI FORZA ... 248
X.2.1 I punti di forza ... 248
X.2.2 Elementi di criticità ... 251
X.3 DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA E DELLE LINEE DI INTERVENTO ... 254
X.4 PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI ... 257

XI LA RIABILITAZIONE ... 258

XI.1 ANALISI DELLA REALTÀ REGIONALE ... 258
XI.2 ASSESSMENT ORGANIZZATIVO, TECNOLOGICO E STRUTTURALE ... 259
XI.3 ELEMENTI DI CRITICITÀ E PUNTI DI FORZA ... 260
XI.4 DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA E DELLE LINEE DI INTERVENTO ... 263
XI.5 PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI ... 264
XI.6 L'UNITÀ SPINALE ... 265

PARTE III – PROCESSI DI SUPPORTO ... 267

XII RETE DI INFORMATION COMMUNICATION TECHNOLOGY (ICT) ... 268

XII.1 ANALISI DELLA REALTÀ REGIONALE ... 268
XII.1.1 Il piano di e-Health (2004) ... 268
XII.1.2 Lo stato dei principali interventi ... 268
XII.2 ASSESSMENT ORGANIZZATIVO, TECNOLOGICO E STRUTTURALE ... 269
XII.2.1 La classificazione dei sistemi ... 269
XII.2.2 I sistemi del SSR ... 269
XII.3 ELEMENTI DI CRITICITÀ ... 270
XII.4 DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA E DELLE LINEE DI INTERVENTO ... 271
XII.4.1 L'evoluzione del piano di e-Health ... 271
XII.4.2 Le componenti dell'intervento ICT ... 272
XII.4.3 L'intervento ICT i nuovi obiettivi di integrazione regionale ... 276
XII.4.4 L'intervento ICT gli obiettivi dei sistemi regionali ... 278
XII.4.5 Preferenza ai sistemi Open Source e Software Libero ... 278
XII.5 PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI ... 278

XIII RETE TECNOLOGICA 280

XIII.1 ANALISI DELLA REALTÀ REGIONALE 280
XIII.1.1 Assessment tecnologico 280
XIII.1.2 Diagnostica per immagini 280
XIII.1.3 Medicina Nucleare 281
XIII.1.4 Radioterapia 282
XIII.1.5 ICT 283
XIII.1.6 Emergenza/urgenza 283
XIII.1.7 Conclusioni 284
XIII.2 ELEMENTI DI CRITICITÀ E PUNTI DI FORZA 285
XIII.3 DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA E DELLE LINEE DI INTERVENTO 285
XIII.3.1 Il Gruppo Regionale delle Tecnologie Biomediche 286
XIII.4 PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI 288

XIV SISTEMA FARMACO 290

XIV.1 PREMESSA 290
XIV.2 ANALISI DELLA REALTÀ REGIONALE 291
XIV.3 ASSESSMENT ORGANIZZATIVO TECNOLOGICO E STRUTTURALE 293
XIV.3.1 Il modello interpretativo 293
XIV.3.2 Il modello strategico 294
XIV.3.3 Il modello di sviluppo 294
XIV.3.4 Il modello attuativo 295
XIV.4 ELEMENTI DI CRITICITÀ 296
XIV.5 DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA E DELLE LINEE DI INTERVENTO 297
XIV.5.1 Definizione degli obiettivi 299
XIV.5.2 Aspetti organizzativi 299
XIV.6 PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI 300

XV COMITATO REGIONALE PER LA BIOETICA 302

XVI RETE DELLA FORMAZIONE 303

XVI.1 ANALISI DELLA REALTÀ REGIONALE 303
XVI.2 ASSESSMENT ORGANIZZATIVO 304
XVI.3 ELEMENTI DI CRITICITÀ E PUNTI DI FORZA 308
XVI.4 DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA E DELLE LINEE DI INTERVENTO 309
XVI.4.1 Piano di risanamento – investimento 309
XVI.4.2 Modello di sviluppo sistemico 309
XVI.5 PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI 311

PARTE I – STRATEGIA ED OBIETTIVI

I OBIETTIVI DI PIANO

I.1 Il piano sanitario regionale 2007/2009

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

Il presente piano sanitario, in ragione di questi obiettivi, definisce un percorso strategico di evoluzione che non rappresenta esclusivamente un insieme di concetti e assunti teorici ma che traduce in concreto un nuovo modo di "fare salute" a vantaggio dei cittadini e adotta in questo un forte impegno di contrasto a sprechi e disfunzioni.

Il presente piano ha validità triennale, ma gli effetti dello stesso potranno evidenziarsi anche dopo il periodo di competenza.

La strategia del Piano

Il presente Piano Sanitario Regionale delle Marche nasce in un contesto di forti vincoli a livello finanziario e strutturale. Alla luce di tali vincoli, il Piano fonda il suo sviluppo su quattro opzioni fondamentali di metodo e di merito:

- il superamento degli squilibri del sistema, che sono riconducibili ad una serie di fatti: dagli squilibri della domanda di prestazioni a quelli sui flussi di utenza, dai divari nell'assetto dell'offerta agli scompensi nel funzionamento, dagli sbilanciamenti sui costi di gestione a quelli del sistema di finanziamento;
- la programmazione in continuità e coerenza con il nuovo assetto istituzionale del SSR definito dalla L.R. 13/03. In particolare il piano intende dare prospettive alle scelte fatte di governare la complessità comprendendo la duplice direzione di promuovere logiche di sistema e di semplificare la filiera istituzionale, attraverso una rimodulazione efficace dei processi e dell'organizzazione;
- l'individuazione di linee di sviluppo, accompagnate da strumenti di controllo che consentano il governo dei cambiamenti sia nel breve ma anche e soprattutto nel medio e lungo periodo evidenziando le priorità e le scelte qualificanti rispetto alla programmazione precedente;
- la predisposizione di linee di intervento volte a trasformare gli attuali vincoli economico-finanziari e strutturali in opportunità di sviluppo della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie erogate ai cittadini della Regione.

Le condizioni per dare corso al raggiungimento dei suddetti obiettivi si concentrano su *governo*, *sostenibilità*, *innovazione e sviluppo* del SSR, nella logica di migliorare quanto più è possibile la salute dei cittadini marchigiani:

- per quanto riguarda il *governo*, vengono considerati almeno due livelli reciprocamente interconnessi: il primo livello è il governo centrale, ovvero la Regione Marche, che sulla base del fabbisogno dei cittadini e del territorio definisce le politiche sanitarie e, quindi, i piani di sviluppo strategico che dovranno poi essere implementati con la più ampia partecipazione. Il secondo livello di governo è quello del territorio: è qui che, sulla base degli indirizzi formulati dalla Regione, con il Piano Sanitario Regionale, ma non solo, le politiche devono diventare gestione efficiente delle risorse per rispondere ai bisogni di salute dei cittadini. I territori, di conseguenza, diventeranno i protagonisti, nella sostanza e nel rispetto dei percorsi istituzionali, della realizzazione concreta del Piano sanitario per il triennio in esame, che non può prescindere dalla scelta concertata degli obiettivi da realizzare, dei tempi nei quali essi dovranno essere realizzati e delle correlate risorse necessarie;
- per quanto riguarda la sostenibilità del sistema sanitario regionale, questa non deve essere confusa con la compatibilità degli obiettivi strategici rispetto alle risorse. Il concetto di sostenibilità riguarda complessivamente aspetti patrimoniali, economici e finanziari, al fine di valutare quante sono le risorse a disposizione per gli investimenti. Definita chiaramente la capacità di investimento nel tempo, occorrerà individuare gli impieghi in immobilizzazioni materiali e immateriali nel medio – lungo termine, concentrandosi, nel breve, innanzitutto sulle dotazioni necessarie al miglioramento del sistema informativo e informatico, essenziale per predisporre un efficiente network territoriale;
- per quanto riguarda il concetto di innovazione e sviluppo, esso non costituisce una novità da un punto di vista clinico - medico: è chiaro, infatti, che da questa prospettiva la massima innovazione è nei campi della ricerca e dell'impiego delle cellule staminali, del trapianto di organi, della medicina molecolare, dell'impiego delle nano e biotecnologie ed altri aspetti innovativi. Data quindi per scontata l'innovazione in ricerca e sviluppo del "prodotto", si deve conseguire l'innovazione di processo nel contesto sanitario agendo sull'organizzazione del sistema e dando il necessario impulso al cambiamento.

Il presente Piano, quindi, non disegna semplicemente, per tutto il SSR, i "nuovi processi", ma evidenzia le relazioni di reciproco coordinamento, decisione e informazione; le contestualizza, insomma, tenendo conto dei necessari legami con il sistema amministrativo, contabile e informativo regionale.

Il rafforzamento della struttura di governo a livello centrale e la condivisione di processi gestionali tra strutture d'offerta facenti capo ad uno stesso bacino di utenza, costituisce un elemento imprescindibile per il raggiungimento degli obiettivi fissati.

Il contesto di riferimento

Sulla base dei recenti dati forniti dal Ministero della Salute tra il 1995 e il 2004 la spesa sanitaria nazionale è cresciuta, con una velocità esponenziale, dell'80,79%.

Negli ultimi anni, inoltre, si è assistito a un incremento consistente degli investimenti privati rispetto a quelli pubblici. Diventa impellente cercare di contenere i livelli di spesa sanitaria pubblica entro i

limiti attuali e predisporre adeguati strumenti di regolazione e monitoraggio che incentivino gli investimenti privati.

Con riferimento all'andamento della spesa sanitaria nell'ultimo decennio, a livello nazionale ben il 46,34% delle risorse è stato impiegato nell'assistenza ospedaliera, il 22,32% per l'assistenza specialistica e semi-residenziale territoriale, il 21,86% per l'assistenza sanitaria di base, il 5,46% per l'assistenza residenziale a non autosufficienti e lungodegenti stabilizzati e, infine, il 4,02% per l'assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro.

Nella Regione Marche, come nel resto dell'Italia, l'ospedale è stato il fulcro del sistema e il paziente una pedina all'interno di un percorso diagnostico terapeutico che ha dovuto adattare i propri bisogni e le proprie domande di salute al ventaglio di offerta dei singoli SSR e del SSN.

Il modello di sanità, storicamente centrato sull'ospedale, non è stato, nella Regione Marche, avulso da criticità e da vincoli. In particolare tra le criticità è possibile ascrivere:

- polverizzazione delle responsabilità e insufficiente coordinamento centrale;
- organizzazione delle attività ospedaliere non in logica di rete sovrazonale e regionale;
- distribuzione dei servizi specialistici (laboratori, radiologie) in modo polverizzato;
- mancanza di organizzazione a rete dell'assistenza territoriale e dell'integrazione socio-sanitaria;
- introduzione dell'innovazione tecnologica con azioni isolate e non secondo una logica di sistema;

e tra i vincoli, invece:

- un vincolo economico complessivo di tipo esogeno;
- un vincolo specifico sul personale dettato da norme nazionali che richiede processi di stabilizzazione e riqualificazione;
- un vincolo specifico sugli investimenti: gli interventi sulle strutture e tecnologie dovranno essere rimodulati alla luce di fonti alternative di finanziamento in conto capitale, non solo di tipo esogeno (statale) ma anche endogeno (regionale).

I.2 Gli obiettivi generali del PSR

Il presente piano prevede i seguenti obiettivi generali:

- l'orientamento ai LEA,
- riduzione dei tempi di attesa,
- appropriatezza,
- promozione della salute,
- medicina di genere,
- prevenzione e sicurezza,
- governo clinico,
- integrazione socio-sanitaria,

- ricerca e innovazione,
- sanità elettronica e servizi al cittadino,
- valorizzazione delle professionalità.

Di seguito, viene presentata una breve descrizione di ciascun obiettivo.

L’orientamento ai LEA

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

All’interno delle verifiche previste dall’accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2005 vi sono quelle di competenza del Tavolo per il monitoraggio dei LEA. All’interno di queste verifiche è previsto un set di indicatori che costituisce una utile guida per la presente pianificazione in quanto traduce in termini operativi cosa possa intendersi per il cosiddetto mantenimento dell’erogazione dei LEA.

Questi indicatori dovranno essere utilizzati come base di riferimento per tutti gli interventi nell’ambito clinico-sanitario e nell’ambito socio-sanitario.

Riduzione dei tempi di attesa

Il contenimento del fenomeno delle liste di attesa, obiettivo che dovrà orientare ogni scelta operativa, richiede un insieme di azioni, di cui alcune di natura operativa per individuare le criticità e per rimuoverle con interventi mirati, altre di minor efficacia ma che sono preliminari per un’azione di riposizionamento dell’offerta delle prestazioni specialistiche nella regione. L’obiettivo delle azioni nell’immediato deve comunque essere coerente con un piano complessivo di medio periodo, finalizzato al corretto dimensionamento e alla fruizione dei servizi ad alto valore distribuiti nel territorio regionale.

Appropriatezza

Il presente Piano, utilizzando le esperienze maturate nei centri di eccellenza e integrando nella rete processi che coinvolgono le Aziende ospedaliere e le strutture territoriali, considera gli interventi volti alla appropriatezza, nella duplice accezione di appropriatezza clinico/prescrittiva e appropriatezza nell'ambito di cura e del regime assistenziale mirandoli alla promozione dell'efficacia e dell'appropriatezza clinica; all’attivazione di Reti cliniche per specifici processi assistenziali; alla previsione di canali informativi sul tessuto sociale per il monitoraggio delle performance; a formulare valutazioni comparate degli outcome in rete clinica o extra rete clinica.

Per quanto riguarda i controlli sulla appropriatezza dei ricoveri si deve tener conto dei seguenti riferimenti nazionali:

- Linee guida ministeriali n. 1/1995 sulla “Applicazione del decreto ministeriale 14 dicembre 1994 relativo alle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera”, con riferimento alla riorganizzazione della rete ospedaliera ed alle sue relazioni con i presidi e servizi extra-ospedalieri: queste linee guida forniscono utili chiarimenti sulla corretta applicazione del sistema di remunerazione della attività ospedaliera e riportano specifiche indicazioni sui comportamenti potenzialmente opportunistici da controllare;
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 (Definizione dei livelli essenziali di assistenza) che prevede:
    a) un tasso di ospedalizzazione del 160 per mille (riferito ai ricoveri ordinari);
    b) un elenco di DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime di degenza ordinaria per i quali, sulla base delle rilevazioni regionali, doveva essere indicato da ciascuna regione un valore percentuale/soglia di ammissibilità;
    c) una ulteriore implementazione del sistema informativo in grado, tra l’altro, di generare un adeguato set di indicatori sull’appropriatezza;
- Decreto del 12 dicembre 2001 (Sistema di garanzie per il monitoraggio dell’assistenza sanitaria) che riprende alcuni degli indicatori del decreto del 29 novembre 2001 e ne conferma l’utilizzabilità ai fini della verifica di appropriatezza.

In questo contesto assume particolare importanza la valutazione di sistemi di classificazione di prestazioni in riferimento a situazioni per le quali gli stessi non consentano una corretta valutazione della potenziale appropriatezza, rendendo necessari modifiche degli indicatori che misurano le erogazioni di prestazioni in età evolutiva e nel settore della riabilitazione.

Promozione della salute

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

Medicina di genere

Dal 2002 l’OMS ha costituito il Dipartimento per il genere e la salute della donna - The Departemnt of Gender and Women’s Health (GWH) - riconoscendo che esistono differenze di sesso, cioè legate a fattori biologici, e di genere, cioè dipendenti dal ruolo socio-culturale, che determinano la salute e il carico di malattia per uomini e donne. Un approccio moderno e colto alle condizioni che regolano la salute non può non riconoscere tali differenze.

In alcuni Paesi è stato costituito un ufficio sulla salute della donna che lavora per ridurre le ineguaglianze e le inappropriatezze nella ricerca, nei servizi e nelle cure. Appare evidente che la ricerca medica non ha mai preso in considerazione la differenza di genere: nei casi in cui le stesse malattie colpiscono uomini e donne, molti ricercatori hanno ignorato le possibili differenze tra i

sessi per quanto riguarda gli indicatori diagnostici, i sintomi, le prognosi, l'efficacia relativa ai trattamenti. Il parametro di riferimento per ricercatori e medici non può più essere esclusivamente maschile. Le donne spesso sono esposte a patologie curate con farmaci testati e sperimentati solo su maschi. Ma oltre alla ricerca anche in altri campi, quali la medicina del lavoro ad esempio, non esistono studi e conoscenze accreditate sui rischi e i danni lavorativi per le donne. Non c'è anche negli Enti preposti la disaggregazione del dato per sesso. Così come le ricerche trascurano il rischio psico-sociale subito dalle donne per lo stress determinato dal doppio carico di lavoro familiare ed extra familiare.

Il presente Piano Sanitario fa propria questa impostazione culturale e tecnico-scientifica e a sviluppare la propria programmazione sanitaria finalizzandola:

- al rispetto della cultura della differenza e dell'equità sociale per uomini e donne;
- alla promozione di iniziative volte ad assicurare le pari opportunità ed a rimuovere le discriminazioni;
- alla definizione di procedure per l'inclusione del criterio della differenza di genere nella raccolta ed elaborazione dei flussi informativi centralizzati e periferici;
- alla individuazione dei settori della ricerca da privilegiare sulle tematiche della prevenzione e dei fattori di rischio collegati ad alcune patologie emergenti tra la popolazione femminile (patologie cardiovascolari, patologie psichiche) e all'invecchiamento;
- alla raccolta di ricerche ed esperienze dei servizi sanitari con una ottica di genere nel sistema qualità;
- a definire un accordo con l'Università per lo sviluppo di progetti Woman Medical Study, come strumento per dare visibilità e sviluppo a filoni di ricerca applicata alle donne e per avviare una formazione degli operatori con una prospettiva di genere;
- alla sperimentazione di momenti di verifica (gender auditing) per valutare l'impatto di genere delle scelte programmatiche contenute nel presente Piano.

Prevenzione e sicurezza

Gli obiettivi di sistema prioritari per il nostro territorio regionale per lo sviluppo di una rete regionale per la prevenzione collettiva ed il controllo delle sicurezze, riguardano: il consolidamento in tutto il territorio della rete per la prevenzione collettiva rappresentata dai Dipartimenti di Prevenzione; la strutturazione ed il consolidamento, all'interno di tale rete, della funzione epidemiologica, in ambito sia umano che animale; la creazione o il consolidamento di nodi per il supporto alle azioni sul campo che, ai vari livelli, condividano metodologie, obiettivi, strumenti, reciproche e complementari funzioni; il miglioramento del sistema informativo a supporto della rete per la prevenzione.

Governo Clinico

Il Governo Clinico rappresenta un approccio di integrazione sistemica di strumenti clinici e gestionali: *evidence based medicine*, *disease management*, *technology assessment*, *risk*

management, *accountability and performance*, *reengineering*, ed ha l'obiettivo di conseguire il miglioramento continuo ed integrato dell'efficienza, dell'efficacia, della qualità dei processi clinici diagnostico-terapeutici e dei profili di cura. Esso si realizza mediante l'apprendimento di metodi di organizzazione del lavoro, l'audit clinico e gestionale, il lavoro di gruppo, il lavoro per processi e in rete.

Integrazione socio-sanitaria

L'integrazione socio-sanitaria è una delle direttrici di maggior importanza, i cui punti principali, comuni a quanto presente nel Piano Sociale, sono rivolti a ribadire l'importanza dell'approccio integrato sociale e sanitario alle problematiche di salute. Particolare attenzione è posta ai soggetti dell'integrazione sociale e sanitaria; ai "luoghi" dell'integrazione sociale e sanitaria (in particolar modo Distretto sanitario e Ambito Territoriale Sociale); alle relazioni su più livelli tra i soggetti e i portatori di interesse dell'integrazione sociale e sanitaria. Il presente Piano assicura l'allineamento e la coerenza degli atti di programmazione, dal livello centrale ai vari ambiti territoriali.

Ricerca e innovazione

Condizione capitale per il progresso medico-scientifico è l'attenzione alla ricerca, alla formazione e all'innovazione; per questo il presente piano vi contribuisce in modo significativo attraverso l'impulso alla ricerca e alla formazione, utilizzando la valutazione delle tecnologie e la sperimentazione di nuovi percorsi e tecnologie nei processi di cura. La attivazione, in collaborazione con enti di ricerca, di interventi sperimentali sul territorio per l'assistenza domiciliare, insieme al sostegno di programmi di ricerca biomedica, di medicina molecolare, di farmacogenomica, di neuroscienze, costituiscono elemento fondamentale per contribuire all'l'istituzione di percorsi virtuosi fra ricerca, formazione e strutture cliniche- territoriali, con l'obiettivo di integrazione e di sviluppo delle conoscenze.

Sanità elettronica e servizi al cittadino

La sempre maggiore specializzazione e frammentazione degli interventi sanitari, richiede una razionalizzazione di percorsi di cura condivisi tra molteplici attori e una ricostruzione dell'unitarietà d'azione sul singolo paziente. Nello stesso tempo, cresce la disponibilità di soluzioni innovative, finalizzate a migliorare la prenotazione e l'accesso alle prestazioni sanitarie (in particolare reti sicure, telefonia mobile, apparecchiature intelligenti domiciliari, contact center e portali). L'adozione della sanità elettronica postula principi e azioni che si fondano su una miriade di interventi centrali o distribuiti e questi concorrono a implementare infrastrutture e procedure di notevole complessità; la complessità dei sistemi mette quindi gli operatori di fronte a cambiamenti rilevanti.

I.3 Le linee di sviluppo

Le traiettorie di razionalizzazione e sviluppo del "sistema-sanità" sono progettate ed attuate in stretto raccordo con l'assetto e l'articolazione dell'intera organizzazione, e più in particolare lungo la direzione del raccordo tra la rete ospedaliera ed i bacini assistenziali omogenei così come configurati nella prospettiva di area vasta a "geometria variabile" (una architettura assolutamente tipica ed innovativa presente nel modello marchigiano), in cui ciascun ospedale si caratterizza per intensità di cura specifica. In particolare, l'Area Vasta è da intendere non necessariamente quale rappresentazione di un livello organizzativo, bensì come un ambito di riferimento corrispondente ad un bacino d'utenza a geometria variabile, definito in rapporto all'epidemiologia e quindi ai bisogni e non necessariamente coincidente coi confini provinciali, capace di garantire effettivamente la dimensione territoriale della programmazione, idoneo per una integrazione unitaria di funzioni e per azioni gestionali unificate.

Gli studi sui flussi consentono di verificare come l'utenza ha ormai superato la logica zonale quale confine entro cui cercare le soluzioni per i propri problemi assistenziali; ne è ampia prova il vistoso interscambio di utenza che si verifica tra territori contigui e talora anche tra territori lontani.

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

Il concetto di Area Vasta a geometria variabile evidenzia tutta la propria potenzialità nella dimensione della rete: la presenza al suo interno di soluzioni assistenziali complete per ciascun specifico percorso, rende possibile la costituzione di bacini omogenei e dinamici nei quali il percorso si articola tra le strutture in modo razionale. Lo sviluppo del SSR passa quindi attraverso i seguenti punti.

Il consolidamento dell'assetto istituzionale

Il rafforzamento ed il consolidamento dell'unitarietà "di sistema" su scala regionale, significa:

- garantire a livello regionale le informazioni per l'indirizzo ed il coordinamento delle componenti del SSR;
- perseguire l'obiettivo di fruibilità dei servizi tramite una allocazione delle risorse mirata ai bisogni della popolazione correttamente identificati;
- ricondurre i meccanismi di funzionamento aziendalistici verso obiettivi di governo, compatibilità e sostenibilità economica di sistema nel suo complesso;
- sviluppare l'azione del SSR a sostegno delle peculiarità di contesto locale, legate a variabili di carattere epidemiologico, demografico, socio-economico e comunque adattare le potenzialità delle reti di assistenza alla localizzazione dei bisogni.

Tali soluzioni saranno attivate soprattutto attraverso un rafforzamento della struttura di governo a livello centrale e con la condivisione di processi gestionali tra strutture d'offerta facenti capo ad uno stesso bacino di utenza: **l'Area Vasta**.

L’organizzazione dei servizi

Nel quadro dei nuovi orientamenti strategici, il SSR deve dare rinnovato impulso alla revisione dell’organizzazione dei propri servizi, collocandoli gradualmente in un contesto reticolare di condivisione dei fattori di produzione.

Assecondando l’obiettivo di integrazione della rete assistenziale, le principali aree di riorganizzazione previste dal Piano riguardano sia le strutture che il territorio: con lo sviluppo e l’innovazione nell'area della prevenzione; la caratterizzazione, differenziazione e integrazione degli ospedali di rete in modo compatibile con il fabbisogno del territorio di riferimento (Area Vasta e Zona); il governo della distribuzione delle alte specialità in modo da concentrarle in un numero limitato di sedi in rete tra loro, al fine di offrire un migliore servizio su tutto il territorio regionale; la riorganizzazione ed il potenziamento dei servizi per i soggetti fragili (anziani, salute mentale, dipendenze patologiche e disabilità gravi) in stretta integrazione con i servizi sociali; il potenziamento/razionalizzazione dell'offerta residenziale extra-ospedaliera. I Centri Servizi di cui al paragrafo II.3.8. si faranno carico dei servizi amministrativo-gestionali, di supporto e tecnologici per il complesso produttivo e per l’intero SSR.

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

L’adeguamento strutturale

Il presente piano sviluppa il ridisegno della rete ospedaliera ed una conseguente politica di miglioramento e rinnovamento delle strutture, in particolare di quelle più importanti e strategiche.

Le attuali strutture, comprese quelle più recenti, sono spesso inadeguate sotto il profilo della concezione stessa dell'organismo ospedaliero, perché basata sul modello della divisione/reparto ospedaliero autonomo ed autosufficiente. L'esatto contrario di quanto richiede l'introduzione dei nuovi modelli organizzativi di scala dipartimentale e dei modelli organizzativi delle aree di degenza basati sulla modulazione dell'intensità assistenziale.

Un analogo ragionamento deve essere effettuato per le strutture distrettuali che, ai sensi dell’art. 13 della L.R. 13/03, “costituiscono il livello territoriale di base in cui si realizza la gestione integrata tra servizi sanitari, socio-sanitari e sociali”. Pertanto dovrà essere rivista la normativa vigente rideterminando i confini territoriali dei Distretti/Ambiti Territoriali Sociali, previa adeguata consultazione dei soggetti istituzionali e delle formazioni sociali interessati.

La qualità dei servizi del SSR

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

Il presente Piano individua le seguenti priorità: il miglioramento dell'informazione per lo sviluppo della Sanità Pubblica; la capacità di reagire rapidamente ai pericoli per la salute; la necessità di affrontare i determinanti della salute mediante azioni di promozione della salute e di prevenzione delle malattie.

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

La valorizzazione delle risorse umane

La capacità di intraprendere percorsi nuovi e modelli più evoluti per il SSR dipende dal patrimonio delle proprie risorse umane. Solo la condivisione degli obiettivi, il consolidamento delle competenze generali ed il sostegno alle competenze distintive, la leva strategica della formazione e lo stimolo della partecipazione, porteranno l'evoluzione del SSR nella direzione degli obiettivi indicati dal PSR.

Ugualmente strategica è l'azione di riduzione del lavoro precario e delle consulenze esterne nel sistema sanitario, azione che il presente piano pone come obiettivo prioritario da raggiungere nel triennio.

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

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

L'ottimizzazione delle risorse economiche e finanziarie

La politica degli investimenti deve superare logiche puramente incrementali orientandosi invece nella generazione di valore attraverso la coerenza con quanto già esiste.

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

ipertrofie e ridondanze non più giustificate dall'evoluzione assistenziale e da una gestione equilibrata; nonché di intervenire su modelli organizzativi ad elevato assorbimento di risorse, ad elevata cristallizzazione di assetto, a bassa flessibilità operativa, a limitata relazionalità interoperativa ed a scadente capacità di presa in carico. Nelle future ripartizioni delle risorse, si dovrà tener conto dell'esigenza di riequilibrare il sistema. In vista del conseguimento di specifici obiettivi di salute, le risorse dovranno essere prioritariamente indirizzate verso i territori che presentano carenze di offerta sanitaria e di dotazioni tecnologiche e strutturali. Esigenza indifferibile è costituita dal recupero delle risorse oggi drenate dalla mobilità passiva interregionale.

L'innovazione tecnologica

Il corretto utilizzo di strumenti innovativi, oltre a garantire marginalità positive più che proporzionali all'investimento economico, apporta sensibili benefici in termini di qualità ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie migliorando nel contempo i livelli di sicurezza per pazienti ed operatori e riducendo, frequentemente, i costi ed i tempi di processo.

L'introduzione di un sistema di governo della innovazione tecnologica costituisce un elemento di primaria importanza, anche in ragione del fatto che le tecnologie biomediche rappresentano una grande risorsa produttiva ed un considerevole patrimonio per il sistema sanitario e sono da considerare a pieno titolo come uno degli elementi fondamentali nella definizione programmatoria delle politiche sanitarie e dei relativi piani attuativi.

Lo sviluppo dei sistemi di rete

La rete è costituita da relazioni, interazioni, punti di intervento, eventi interdipendenti, responsabilità, procedure, infrastrutture, strumenti tecnologici. L'insieme di queste componenti si dispone in strutture organizzative finalizzate a incrementare la qualità dei servizi con cui il sistema sanitario assiste la popolazione regionale. Si possono individuare le reti di seguito descritte.

Reti cliniche: La rete clinica ha l'obiettivo di costituire un luogo dove raccogliere le informazioni ed i protocolli di cura più aggiornati, di fornire in modo condiviso servizi ad alto contenuto tecnologico a supporto degli stessi protocolli, e di distribuire questi servizi in modo organizzato nell'ambito regionale.

Specifiche reti cliniche hanno inoltre l'obiettivo di garantire la condivisione di informazioni e soluzioni maturate nei centri di eccellenza nei settori ad alta valenza clinico-assistenziale, alta complessità e bassa diffusione nel territorio regionale.

Reti di servizi specialistici: L'efficienza e l'efficacia per i servizi specialistici del SSR sono gli obiettivi principali della realizzazione dei sistemi di rete, per la copertura dell'intero territorio, con servizi ad alto valore economico-tecnologico. Fra gli obiettivi di questa classe di reti, ad esempio le Reti di Laboratori o le Reti di Diagnostica per Immagini, vi è quella di supportare le reti di patologia nei loro complessi protocolli specialistici.

Reti di servizi territoriali: per il territorio, l'interconnessione tra i sistemi comporta lo sviluppo di una nuova gamma di servizi, erogati sempre più in prossimità dell'ambiente di vita dell'assistito, soprattutto in relazione ad interventi per patologie che non necessitano di terapia intensiva o rilevante impegno tecnologico. I servizi sono distribuiti nell'ambito geografico tramite soggetti quali le strutture ospedaliere, le strutture distrettuali, le organizzazione volontaristiche, i MMG, utilizzando infrastrutture di servizio, con le quali attivare, ognuno per la propria competenza, l'azione di assistenza socio-sanitaria.

Rete per la prevenzione collettiva: la risposta più efficace per il contenimento di rischi che possono riguardare intere collettività, passa attraverso la operatività efficace di strutture in rete e, sempre più spesso, attraverso il collegamento tra reti diverse, sia sul versante dello scambio rapido di informazioni, sia sul versante dell'intervento coordinato sul campo. Particolare attenzione verrà dedicata ai rischi in ambiente di lavoro ed alla relativa rete di prevenzione e sorveglianza.

I.4 La programmazione economico-finanziaria

La programmazione economica del triennio 2007/2009 si inquadra in un contesto finalizzato a garantire l'equilibrio economico del SSR alla fine del triennio di riferimento e di ciascun anno salvaguardando la qualità dei servizi.

Nell'ambito di tale equilibrio economico, l'obiettivo di crescita (in termini percentuali) dei costi del sistema dovrà essere contenuto al di sotto dell'incremento annuo delle risorse messe a disposizione dal livello centrale.

Per realizzare l'obiettivo annuale di azzerare il disavanzo e contenere il volume complessivo dei costi a tali livelli devono essere poste in essere le seguenti azioni:

- rendere sempre più pregnante esercizio dei compiti di monitoraggio e controllo così come previsto nella D.G.R. 868/05 che determina una più significativa collaborazione tra il Servizio Salute e le Aziende;
- la rimodulazione del sistema dell'offerta al fine di attivare e portare a risultato le riforme strutturali assolutamente necessarie che necessitano di tempi medi – lunghi, come descritte nel presente PSR e con i seguenti impatti di natura economica.

La programmazione 2007/2009

La programmazione degli anni 2007, 2008 e 2009 è fortemente condizionata dalle risorse finanziarie disponibili.

Tali risorse sono legate essenzialmente al riparto del FSN negli anni, calcolato sulla base di una quota di accesso del 2,553% sul totale del Fondo Sanitario lordo.

	FSN	INCREM quota Marche	FSR - Marche
			a
Anno 2006	90.000		2.284,00
Anno 2007	96.000	167	**2.450,53**
Anno 2008	99.042	77,7	**2.528,18**
Anno 2009	102.245	82	**2.609,95**

Per l'anno 2006, il fabbisogno aggiuntivo di risorse rispetto alle disponibilità dello stesso anno, pari a 96 milioni di €, viene coperto nel triennio nel seguente modo:

- per 20 milioni di € con il FSR anno 2007
- per 30 milioni di € con il FSR anno 2008
- per 46 milioni di € con il FSR anno 2009.

Per garantire l'equilibrio economico del triennio e la contestuale copertura delle perdite pregresse, si devono attuare una serie di azioni che impattano sui costi e sui ricavi, di seguito esplicitate.

Dal **versante dei costi** delle Aziende, sono previste:

- Manovre sulla farmaceutica convenzionata e non convenzionata, pari a 16 milioni di € nell'anno 2007, da consolidare e mantenere anche negli anni 2008 e 2009
- Manovre strutturali pari a :
  b) 10 milioni di € nell'anno 2007
  c) cui si aggiungono ulteriori 15 milioni di € nell'anno 2008
  d) cui si aggiungono ulteriori 15 milioni di € nell'anno 2009
  per un totale di 75 milioni di € di manovre strutturali nel triennio.
- Potenziamenti di attività per:
  a) 66 milioni di € nell'anno 2007
  b) cui si aggiungono ulteriori 67,8 milioni di € nell'anno 2008
  c) cui si aggiungono ulteriori 68,2 milioni di € nell'anno 2009
  per un totale di 401,8 milioni di € di potenziamenti di attività nel triennio.
- Accantonamenti per rinnovo CCNL, calcolati al tasso di inflazione programmato (1,7% anno 2006, 2% anno 2007, 1,7% anno 2008, 1,5% anno 2009 del monte salari), con una previsione di accantonamento nel periodo 2006-2009 pari a circa174 milioni di €, senza integrativo regionale.
- Accantonamento per rinnovo Accordo Integrativo Regionale pari a 4,2 milioni di € per gli anni 2007-2008-2009.
- Rinnovo contrattuale dei privati che prevede per le strutture di riabilitazione provvisoriamente accreditate una quota incrementale pari al tasso di inflazione programmato nel triennio (2% anno 2007, 1,7% anno 2008, 1,5% anno 2009).

Dal **versante dei ricavi**, le azioni previste sono le seguenti:

- Mantenimento del livello di mobilità attiva extraregionale, almeno ai livelli previsti per l'anno 2006, con una valutazione dell'eventuale impatto degli accordi di confine.
- Potenziamento degli altri ricavi, che per l'anno 2007 prevede l'incremento di circa 9 mil di € complessivi già definito nei budget sottoscritti nell'anno 2006, e per gli anni 2008 e 2009 prevede un ulteriore incremento del 2%; nello specifico le entrate proprie sono state ridotte dei ricavi legati all'eliminazione del fondo di compensazione per l'attività trasfusionale.
- Entrate aggiuntive pari a 17,4 mil di € nell'anno 2007, calcolate tenendo conto degli incassi legati l'introduzione della nuova normativa di ticket sull'attività specialistica e sul pronto soccorso di cui alla Legge finanziaria 296 del 27.12.06, fino alla data di vigore del ticket (20/05/2007) e dalla quota di integrazione del Fondo sanitario nazionale definita con Legge 64 del 17/05/2007.

In sostanza, le risorse recuperate attraverso le manovre strutturali saranno destinate al potenziamento dei servizi sanitari, finalizzato al recupero, nel triennio, delle disomogeneità esistenti a livello territoriale e settoriale tra le Aziende/Zone, permettendo quindi una riallocazione delle risorse tra i livelli assistenziali.

Il quadro economico di riferimento del periodo 2007-2009, è sintetizzato nella seguente tabella, ha come base di partenza il quadro economico definito nei contratti sottoscritti dai Direttori Generali, di Zona, di Presidio di Alta Specializzazione e INRCA, integrato e modificato dagli obiettivi e disposizioni della delibera di budget 2007 n. 434 del 7 maggio 2007.

BUDGET 2007-2009	2007	2008	2009
COSTI SSR netto CCNL 2006/2009 con manovre strutturali	2.616.743.716	2.654.610.269	2.708.905.146
tot rinnovi contrattuali	36.492.768	54.303.742	67.825.984
TOTALE COSTI SSR	2.653.236.484	2.708.914.012	2.776.731.130
RICAVI DA F.S.R. NETTO COPERTURA DIS PREGR	2.421.330.751	2.491.678.084	2.557.448.084
MOBILITA' ATTIVA EXTRA-REG	84.836.887	84.836.887	84.836.887
ALTRI RICAVI	119.917.516	122.315.866	124.762.183
contributi finalizzati che si aggiungono alla prog 2007	10.000.000	10.000.000	10.000.000
ENTRATE AGGIUNTIVE	17.401.497		
TOTALE RICAVI SSR	2.653.486.651	2.708.830.837	2.777.047.154
RISULTATO D'ESERCIZIO	250.166	- 83.175	316.024

Fermo restando il quadro economico complessivo di riferimento, gli obiettivi di budget così definiti potranno essere rimodulati tra Aziende, Zone e Presidi Alta Specializzazione, sia nell'ambito della stessa Azienda sia tra Aziende, previo accordo con il Servizio Salute, alla luce dei percorsi definiti per l'applicazione del presente piano.

Tali rimodulazioni possono essere effettuate anche attraverso specifici piani di committenza.

Progressivamente, le Aziende del Servizio Sanitario Regionale introdurranno la certificazione di bilancio.

I.5 Le linee di Intervento

Il processo di cambiamento in atto nella sanità marchigiana mira a spostare il focus delle proprie linee strategiche e d'azione dall'ospedale al cittadino, dalla predisposizione di una gamma di generici servizi e prestazioni offerti ai pazienti/utenti, a risposte sanitarie in grado di rispondere efficacemente e tempestivamente ai bisogni di cura e di salute dei marchigiani.

L'obiettivo principale è oggi quello di garantire uniformità nei servizi offerti ed effettivamente utilizzati e non, viceversa, nel numero e nella dimensione delle strutture.

Infatti, l'eccessiva enfasi sulla disponibilità dei servizi ha rischiato di far passare in secondo piano il fatto che i servizi devono essere accessibili e appropriati, sia da parte dei cittadini, sia da parte degli operatori secondo le rispettive necessità e responsabilità.

Il presente Piano Sanitario Regionale indica chiaramente delle linee "operative" sulla distribuzione dei servizi che dovranno riguardare:

- i livelli di attività secondo volumi e tipologie di prestazioni e non secondo le dotazioni strutturali. Questo implica il passaggio da una logica di assistenza basata su strutture e posti letto ad una logica basata sulle funzioni che devono essere svolte dentro e fuori le strutture;
- una strategia di supporto alla realizzazione della rete nel territorio locale e criteri di verifica dei risultati ottenuti per garantire il principio virtuoso della correlazione tra responsabilità e risultati.

Il presente piano attua, quindi, il passaggio dall'obiettivo della programmazione tradizionale, rivolto a definire i servizi necessari per soddisfare localmente i bisogni assistenziali della popolazione di un territorio, ad un obiettivo di rimodulazione e di revisione dei modelli di programmazione stessa, orientandola principalmente all'integrazione funzionale al fine di ottimizzare le risorse disponibili per:

- superare la frammentarietà dei servizi;
- garantire dimensioni e caratteristiche delle Unità Operative dal punto di vista della funzionalità e dell'economicità, correlandole ad un bacino di utenza sufficiente/necessario per garantirne la qualità in termini di risultati (elevata casistica, elevate prestazioni e, di conseguenza, elevate esperienze professionali);
- assicurare un'offerta di servizi sanitari equa ed omogenea per ogni cittadino marchigiano.

Lo strumento per rispondere a questi criteri di rimodulazione e riprogettazione funzionale del sistema, e quindi di un corretto equilibrio tra diffusione dei servizi, competenze, capacità professionali, garanzia di alti volumi di attività, obiettivi clinici della continuità e della globalità dell'approccio assistenziale ed esigenze economiche, è quello delle Reti Integrate dei Servizi.

Integrare molteplici livelli di attività delle diverse Unità Operative significa passare da un definito ambito territoriale, per esempio intra-zonale, a livelli di attività che operano secondo una logica orizzontale ordinata per processo e, quindi, rispondere al bisogno complessivo piuttosto che a linee gerarchiche di competenza verticale.

Occorre quindi passare da una logica di efficienza operativa della singola Unità Operativa e del singolo ospedale ad una logica di efficienza allocativa del sistema nella sua globalità, potenziando la telemedicina, la medicina e l'organizzazione sul territorio attraverso nuove funzioni e modelli organizzativi per l'emergenza, la cronicità, la riabilitazione e la lungodegenza, con un occhio di riguardo ai bisogni della popolazione anziana.

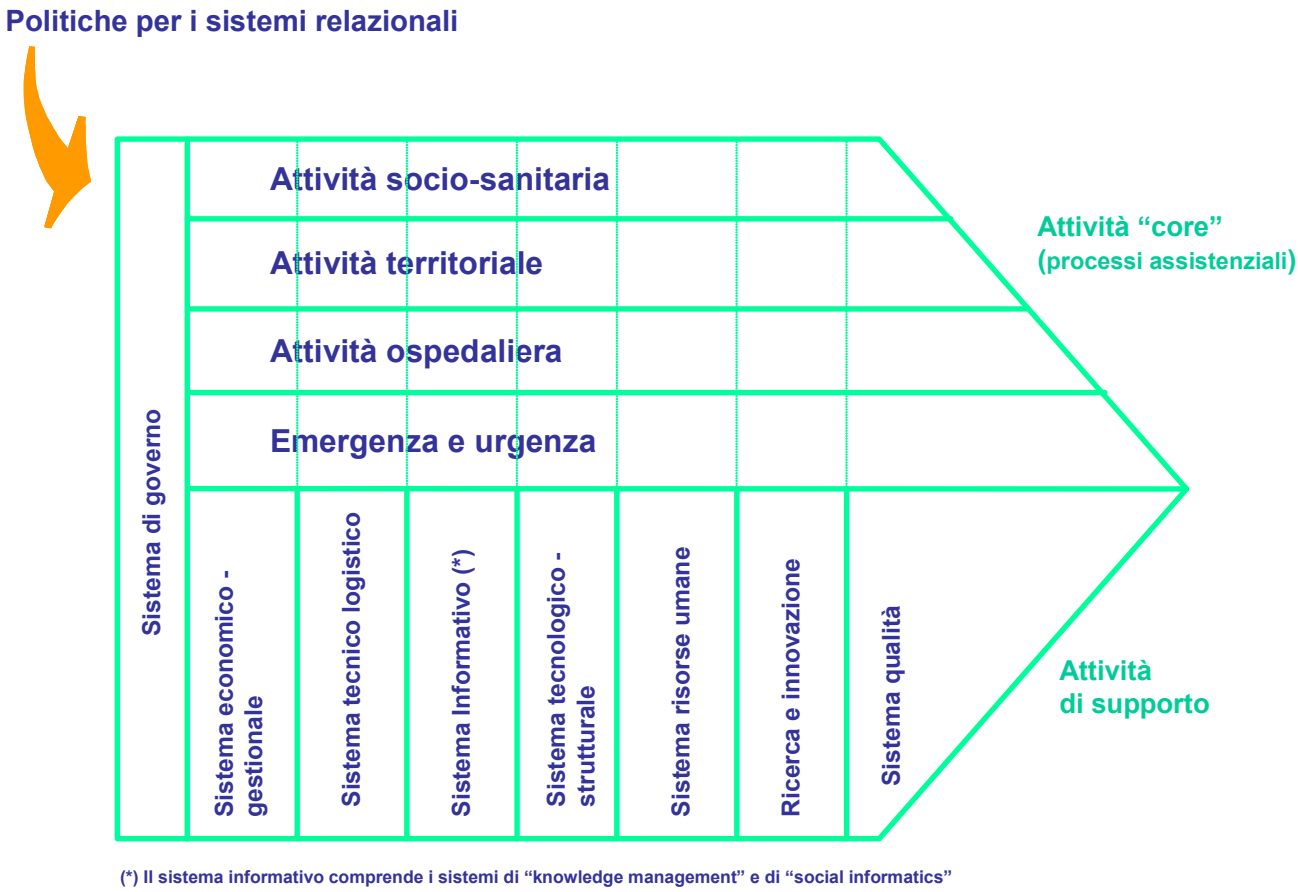
Il presente piano sanitario, quindi, in coerenza con vincoli e opportunità, e secondo l'orientamento dell'integrazione dei servizi in rete, privilegia le seguenti direttrici di intervento:

- ***interventi per il governo del SSR***, per conseguire gli strumenti per la guida del SSR, dapprima in termini di indirizzo, in secondo luogo in termini di monitoraggio e valutazione, cosicché si possa attivare in un circolo virtuoso il processo di continuo miglioramento ed evoluzione del SSR;
- ***interventi organizzativi***, nella logica dell'integrazione e della differenziazione di strutture e servizi;
- ***interventi nell'ambito clinico-sanitario***, per completare il sistema reticolare dell'assistenza ospedaliera, dare seguito al consolidamento del sistema dell'emergenza-urgenza in particolare a copertura della fascia montana della Regione, realizzare le reti di patologia ed i profili di cura, procedere alla riorganizzazione delle attività territoriali nella logica del "distretto integrato", rafforzare l'intervento nell'ambito dell'assistenza primaria collettiva potenziando l'area della sanità pubblica, della veterinaria e della sicurezza alimentare;
- ***interventi nell'ambito socio-sanitario***, per proseguire nel processo di integrazione tra componente sociale e componente sanitaria della Regione;
- ***interventi in ambito economico-amministrativo e tecnico-logistico***, nel rispetto del vincolo di compatibilità economica, procedendo all'organizzazione delle funzioni amministrative delle aziende del SSR, introducendo forme di innovazione nella funzione acquisti e logistica, garantendo la valorizzazione del patrimonio, implementando un nuovo modello di controllo di gestione del SSR;
- ***interventi in ambito ICT***, per dare seguito al Piano di e-Health, completare la rete di telecomunicazione e le reti delle strutture, integrare i percorsi diagnostico terapeutici, realizzare i network di servizi e i centri servizi;
- ***interventi in ambito tecnologico-strutturale***, procedendo alla realizzazione di assessment sulle tecnologie esistenti e introducendo logiche di intervento strutturale secondo innovativi modelli progettuali;
- ***interventi nell'ambito dei rapporti con i soggetti istituzionali del SSR***, per raggiungere accordi, individuare strumenti e conseguire risultati qualificanti nel contenimento della spesa e nell'utilizzo razionale delle risorse disponibili.

II IL SISTEMA ORGANIZZATIVO

II.1 Introduzione

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



La catena del valore della filiera sanitaria

In sostanza, il "core" delle attività del SSR è 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".

II.2 La definizione della strategia

La specificazione delle azioni da intraprendere discende dalla definizione di una visione strategica che consenta di impostare per la Regione Marche un percorso evolutivo in grado di assimilare il suo comportamento a quello delle regioni maggiormente virtuose presenti sullo scenario del SSN, in termini di capacità di risposta al bisogno espresso dai suoi cittadini, qualità dei servizi e delle prestazioni, efficienza dei processi operativi, efficacia negli interventi terapeutici, economicità nella gestione delle risorse.

In questi termini la Regione, in relazione al suo ruolo di coordinamento di un gruppo di cui deve salvaguardare la crescita ed il suo posizionamento in ragione dei vincoli e degli indirizzi stabiliti a livello nazionale, affronta il suo percorso di sviluppo ricorrendo in modo combinato alle seguenti strategie di base:

- ***differenziazione dell'offerta***, mettendo in rilievo le principali caratteristiche delle proprie strutture o dei propri servizi in termini di qualità delle prestazioni, elevata assistenza, facilità di accesso;
- ***segmentazione della domanda***, evidenziando quali gruppi di prestazioni e servizi, di utenti o di realtà presenti sul territorio, richiedono specifiche condizioni di intervento;
- ***contenimento dei costi***, con l'adozione delle necessarie misure che consentano di incidere sulla gestione del sistema in termini di economie di scala, accorpamenti, razionalizzazione.

Nell'adozione delle diverse strategie si ricorrerà agli strumenti dell'***integrazione***, verticale (livelli istituzionali, articolazioni gerarchiche o funzionali, etc.) o orizzontale (reti dipartimentali, di patologia, etc.), o della ***specializzazione*** (per prodotto/servizio, per tipologia di utente, etc.) per indirizzare le azioni di intervento e creare l'organizzazione in rete.

II.3 Le aree di intervento organizzativo

II.3.1 Il governo regionale.

La Regione orienta il suo comportamento verso un modello di indirizzo strategico e di monitoraggio e verifica che accentui la sua capacità di governo complessivo, al fine di evitare la variabilità dei comportamenti aziendali e potenziando altresì gli elementi di cooperazione e condivisione.

In particolare assicura condizioni di maggiore equilibrio nell'offerta di servizi e prestazioni, indirizzando iniziative ed interventi in relazione alle specifiche esigenze presenti nelle singole Zone e secondo una modulazione che tenga conto del bacino di utenza a livello di Area Vasta. Attua altresì l'integrazione degli strumenti di programmazione ai diversi livelli istituzionali, al fine di

omogeneizzare i contenuti, dal più alto livello strategico e di indirizzo fino al livello più operativo degli strumenti di programmazione territoriale.

Sull'assetto organizzativo del sistema il livello regionale esercita la propria funzione con l'approvazione degli atti aziendali, la gestione del percorso di autorizzazione / accreditamento e l'autorizzazione delle sperimentazioni gestionali. Quest'ultimo strumento offre la possibilità di creare adeguati spazi di collaborazione fra soggetti del sistema; la sperimentazione costituisce uno strumento per superare gradualmente, attraverso processi monitorati, la rigidità del sistema e introdurre in esso, attraverso forme di collaborazione con altri soggetti, strumenti e modelli gestionali efficaci ed efficienti.

Il sistema di governo

L'obiettivo fondamentale del sistema di governo riguarda l'organizzazione di un "sistema della conoscenza", che mirando all'innovazione, permetta l'apertura verso il territorio, l'orizzontalità di modelli organizzativi, la condivisione delle esperienze e delle culture e di rendere circolare il processo di fruizione, a tutti i livelli istituzionali, delle informazioni sul sistema sanitario e sulla copertura dei livelli essenziali di assistenza (LEA). In questo modo, si vuole consentire la verifica tempestiva delle reali condizioni del sistema e agevolare il processo decisionale per la definizione di azioni ed interventi, rafforzando così il ruolo di indirizzo strategico e coordinamento della Regione. La realizzazione di un tale sistema richiede azioni quali:

- definizione di variabili e indicatori nell'ambito delle aree di indagine e delle dimensioni di analisi;
- definizione, regolazione ed eventuale revisione dei processi per la raccolta dei flussi informativi, in particolare per livelli di assistenza;
- realizzazione dell'archivio regionale dei dati e delle informazioni di governo (datawarehouse);
- definizione dei modelli statistici di analisi e di previsione;
- procedure di analisi e interpretazione e predisposizione di strumenti di reporting.

Per il sistema strategico del livello regionale si dovrà curare la gestione della conoscenza per gli effetti che può avere sull'innovazione nelle sue varie angolazioni: tecnologica, di processo, di prodotto, gestionale, manageriale, nonché per evitare la riproposizione degli errori commessi e per non dissipare forze ed esperienze per affrontare problemi già risolti, quindi procedere alla definizione degli indicatori fondamentali per la corretta interpretazione del quadro di bisogni, domanda, offerta e risultati del SSR. Nello stesso tempo, a livello di area vasta e di zona, per il consolidamento del sistema informativo, si dovrà effettuare l'analisi dei processi operativi e dei loro contenuti informativi oltre alla verifica delle modalità di raccolta delle informazioni attraverso l'ampliamento delle basi dati.

Si dovrà dare l'avvio ad una mappatura completa delle informazioni e dei dati attualmente disponibili, anche se con diverse modalità, in Regione. A questa deve seguire l'identificazione del fabbisogno informativo necessario per poter conoscere e monitorare in modo esaustivo le varie linee di attività ed i livelli di assistenza, a cui far seguire il completamento ed il consolidamento

delle basi dati per l'elaborazione di indicatori significativi e la produzione di report utili ad azioni di governo ed indirizzo mirate, tempestive ed efficaci.

In questa logica deve essere assicurata all'organo consiliare e ai soggetti istituzionali la massima possibilità di accesso all'insieme delle informazioni e dei dati. Per garantire maggiormente i cittadini sono da prevedere specifici indicatori di successo degli operatori sanitari.

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

Il coordinamento delle attività

Per il coordinamento operativo delle attività progettuali previste dal presente Piano dovranno essere istituite alcune ***cabine di regia***.

La cabina di regia concentra la propria attività su specifiche *linee di intervento*, all'interno delle quali si svilupperà l'analisi dei processi e l'elaborazione delle proposte di riorganizzazione. Ciascuna linea di intervento si potrà articolare in **gruppi di progetto** (GP) che saranno le sedi nelle quali verrà approfondita l'attività di analisi e di sviluppo per le specifiche tematiche.

I temi sui quali costituire i gruppi di progetto che perseguano gli obiettivi previsti dal presente PSR, dovranno essere stabiliti all'interno di ciascuna linea di intervento coerentemente con gli indirizzi fissati.

La metodologia di lavoro della "cabina di regia" regionale si qualifica per essere "collegiale", "partecipata" e "trasparente". Una metodologia collegiale perché manterrà alto il livello di comunicazione e di scambio tra i componenti della "cabina di regia" e con i funzionari regionali coinvolti, una metodologia partecipata perché privilegerà il coinvolgimento e la partecipazione, in particolare, dei professionisti dei servizi sanitari e dei servizi sociali in una logica multiterritoriale e multiprofessionale, che aiuterà a sviluppare *delle azioni* che partono dai bisogni dei territori e a far nascere l'indispensabile senso di appartenenza della persona al sistema integrato dei servizi sociali e sanitari nella Regione Marche. In questa prospettiva la "cabina di regia", nello svolgimento delle proprie attività, favorisce il coinvolgimento degli organismi di rappresentanza regionali, delle istituzioni locali, delle organizzazioni sindacali, delle associazioni professionali, delle formazioni sociali.

Alla "cabina di regia" competono in particolare i seguenti compiti:

- individuazione dei bisogni informativi necessari per il governo del settore di competenza;
- analisi congiunta dei dati e delle informazioni dei molteplici aspetti;
- individuazione dei punti critici e delle azioni correttive;
- proposta di progetti operativi per l'attuazione delle indicazioni del PSR;
- proposta degli atti necessari ad implementare la programmazione regionale sanitaria e l'armonizzazione delle normative in materia;
- supporto ai territori nella applicazione delle normative e delle strategie per il conseguimento degli obiettivi condivisi.

Le proposte delle “Cabine di regia” regionali sono approvate dagli organi competenti in base alla normativa vigente. In particolare gli atti aventi natura programmatoria sono approvati dal Consiglio, i restanti atti di competenza della Giunta regionale sono approvati sentita la competente Commissione consiliare. Le proposte delle “Cabine di regia” diverse da quelle suindicate sono trasmesse alla competente Commissione consiliare anche per le iniziative di cui all’articolo 73 del regolamento interno del Consiglio.

A livello territoriale il luogo del governo diventa l’Area Vasta, che è in grado, in sintonia e in raccordo con la programmazione centrale, di coordinare gli apporti alla costruzione delle reti clinico-assistenziali e socio-sanitarie. L’attività di coordinamento e concertazione avverrà con periodici allineamenti con i Coordinatori di Area Vasta, per garantire il maggior livello di collaborazione con le AV limitrofe.

L’Area Vasta costituirà la dimensione ottimale affinché la strutturazione delle reti di servizi si costruisca su obiettivi di salute che nascano da una ricognizione dei bisogni e della domanda espressa e che siano attuati attraverso una complessiva riprogettazione della offerta, sia nei suoi aspetti qualitativi che in quelli che riguardano i luoghi e le modalità della sua erogazione.

Entro il 30 novembre 2007, la Giunta regionale presenterà al Consiglio una proposta organica di revisione dei provvedimenti inerenti l’organizzazione di Area Vasta. In particolare la proposta dovrà disciplinare le seguenti tematiche:

a) le competenze del coordinatore di Area Vasta;

b) la funzione di programmazione delle Zone / Aree Vaste e la sua applicazione;

c) il ruolo della Conferenza dei Sindaci di Zona in rapporto alle dimensioni di Area Vasta;

d) gli indirizzi organizzativi e gestionali delle strutture di supporto in Area Vasta (Centri servizi, ATL, ICT, ecc.);

e) il monitoraggio della funzionalità dell’organizzazione su Area Vasta in rapporto alla strutturazione giuridica stabilita dalla L.R. 13/2003 ai fini di un’eventuale modifica.

II.3.2 L’area vasta

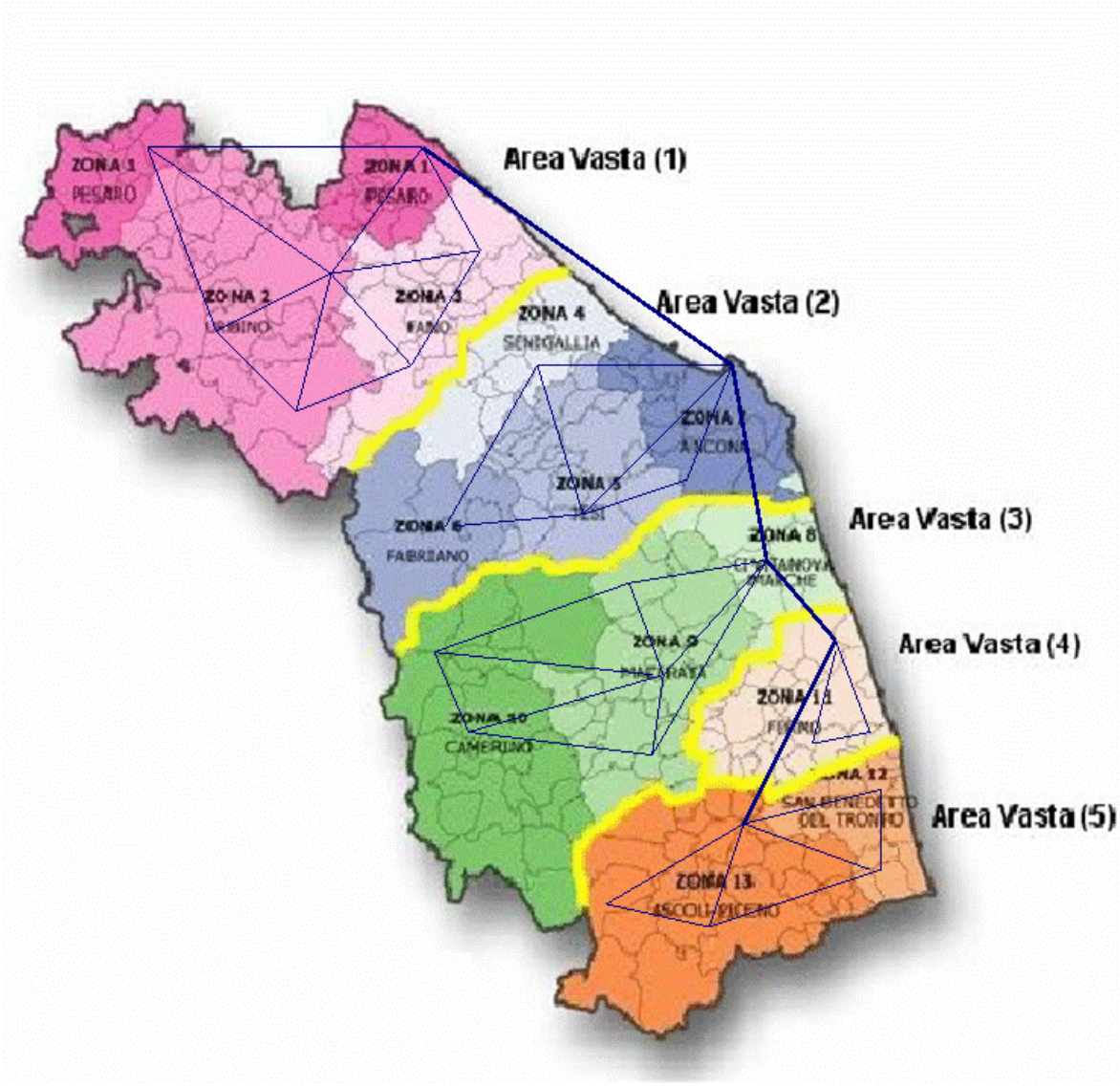
La struttura organizzativa del SSR è andata incontro nel tempo ad una serie di interventi ed aggiustamenti che hanno consentito di definire a livello istituzionale un quadro ben delineato che necessita a questo punto un definitivo consolidamento.

Una delle prime azioni di consolidamento e sviluppo del SSR riguarda l’immediata implementazione dell’Area Vasta (AV) come livello di riferimento ottimale a geometria variabile, definito in rapporto all’epidemiologia e quindi ai bisogni e non necessariamente coincidente coi confini provinciali, capace di garantire effettivamente la dimensione territoriale della programmazione per azioni gestionali, collaborazioni e integrazione di funzioni tra le Zone interessate, per perseguire la realizzazione di un modello a rete finalizzato al miglioramento del sistema di erogazione dei servizi e ad innalzare i livelli di efficienza dei processi amministrativo/tecnico/logistici.

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

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

Il coordinatore di area vasta viene nominato tra i Direttori delle Zone afferenti all’AV stessa.



Le attuali aree vaste

II.3.3 L'organizzazione dipartimentale

Il coordinamento e l'omogeneizzazione delle attività clinico-assistenziali e socio sanitarie avviene, nel rispetto delle indicazioni della normativa di riferimento e, in particolare, della L.R. 13/2003 di riorganizzazione del servizio sanitario regionale, attraverso l'organizzazione dipartimentale. Infatti, all'art. 6 della L.R. suddetta è disposto che "l'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività" delle Aziende.

L'organizzazione del SSR è quindi centrata sui dipartimenti di prevenzione, i dipartimenti ospedalieri, dipartimenti di emergenza urgenza, dipartimenti materno infantili, i dipartimenti distrettuali, i dipartimenti di salute mentale e i dipartimenti delle dipendenze patologiche. La L.R. 13/2003 individua diverse tipologie di dipartimento: aziendali, dipartimenti sovrazonali coincidenti con più zone territoriali, dipartimenti zonali e dipartimenti distrettuali. Nel quadro del consolidamento istituzionale previsto dal presente piano, e secondo quanto stabilito dalle DGR n. 1704 del 28/12/05 e n. 511 del 08/05/06, i dipartimenti sono individuati di norma con riferimento all'area vasta.

Relativamente al ruolo dei Dipartimenti all'interno del sistema si rileva che questi non hanno raggiunto lo scopo di integrazione e coordinamento. E' essenziale quindi che si realizzi un adeguamento dei dipartimenti strutturali teso alla rispondenza alle indicazioni del manuale di accreditamento e lo sviluppo di un assetto dipartimentale funzionale quale base per il governo delle reti cliniche (e quindi di dipartimenti basati sulla centratura degli stessi verso problematiche di salute e di autentica integrazione su base area vasta). Occorre altresì ribadire l'importanza della funzione dei collegi di direzione nell'ambito dei diversi livelli organizzativi del sistema.

Sempre in tema di organizzazione del SSR, si ribadisce, inoltre, l'importanza dei Dipartimenti delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e della professione ostetrica, che dovranno essere istituiti ai sensi dell'art. 8 della LR 13/2003.

II.3.4 Il network territoriale.

Partendo dalla constatazione che nella Regione Marche la prevenzione primaria collettiva aveva notevoli criticità di sistema, nel periodo che va dal 2003 al 2006 è stato effettuato un intervento continuato e coerente per strutturare una rete per la prevenzione che trova riferimenti normativi e programmatori nella L.R. 13/2003, nel PSR 2003/2006, nella DGR 54/2004 (linee guida per i Dipartimenti di Prevenzione), ed infine nella DGR 866/1994 (Istituzione della Rete Epidemiologica).

I punti fondamentali del percorso sono stati:

- risposta diffusa nel territorio che garantisca i LEA e la vicinanza ai cittadini;
- forte coordinamento centrale per garantire lo sviluppo della rete compatibilmente con le risorse economiche e per garantire una maggior omogeneità di risposta; governo regionale inteso anche come "sostegno e facilitazione" alla azione del territorio attraverso una programmazione condivisa;

- programmazione dello sviluppo di qualità dell'offerta, tramite funzioni di eccellenza operanti in area vasta (intendendo con tale parola un territorio sovrazonale di dimensioni variabili, basate sull'analisi dei bisogni, che garantisca l'equilibrio tra qualità del servizio e risorse impegnate);
- inizio della creazione di una "rete delle reti" tra le varie macroaree del SSR e tra questo e le altri istituzioni, partner obbligatori per lo sviluppo di programmi di prevenzione e promozione della salute.

II.3.5 Il network socio-sanitario.

Il "modello marchigiano" di integrazione socio-sanitaria ha presentato fino ad ora le seguenti caratteristiche, che la presente progettazione intende rafforzare nei suoi aspetti più qualificanti, apportando d'altra parte alcune correzioni ed introducendo alcune novità in sintonia con il resto della progettazione sanitaria (ad esempio delineando il ruolo dell'Area Vasta):

- mantiene ed esalta la competenza sociale dei Comuni, promovendo programmazione e gestione dei servizi sociali a livello di Ambito Territoriale Sociale (ATS);
- conserva le competenze sanitarie nel sistema ASUR/Zone/Distretti, rafforzando l'area socio-sanitaria;
- non prevede deleghe di competenze sociali alla sanità;
- a livello territoriale non contempla una "linea produttiva" socio-sanitaria, ma va progressivamente implementato il "sistema integrato della rete dei servizi alla persona di competenza sociale e di competenza sanitaria": un'area comune da valorizzare e gestire insieme tra sociale e sanitario;
- mantiene nel Distretto/Ambito Territoriale Sociale il luogo privilegiato dell'integrazione socio-sanitaria sia rispetto al necessario livello di omogeneità territoriale che come interfaccia istituzionale principale tra il sistema dei servizi sanitari ed il sistema dei servizi sociali.

Per garantire continuità nei percorsi clinico-sanitari, la rete ospedaliera esistente deve essere potenziata e integrata nelle sue funzioni, al fine di offrire ai pazienti modalità di assistenza differenziate ed in linea con quanto previsto dai LEA, assicurando una presenza quanto più capillare e diffusa sul territorio.

L'azione di intervento è diretta alla riqualificazione degli *Ospedali di Polo*, che costituiscono il punto di congiunzione tra i servizi ospedalieri ed il territorio, al fine di ampliare, differenziare e modulare il sistema dell'emergenza, la rete dei servizi specialistici, la rete delle cure primarie, la rete dei servizi territoriali, particolarmente rivolti ai pazienti fragili, tenendo conto dell'estrema variabilità delle strutture e delle dotazioni ed agendo su assetti che potranno presentare condizioni di estrema personalizzazione e flessibilità, integrandosi con l'intero assetto dell'AV di riferimento. Gli ospedali di polo, che presentano specificità e peculiarità legate al territorio di appartenenza, devono diventare anche punto di raccordo e di integrazione per l'assistenza socio-sanitaria potendo operare in coordinamento con i ***Dipartimenti socio-sanitari sovrazonali***, ed in

collaborazione con le funzioni assistenziali distrettuali e con la rete dei MMG/PLS, in moda da realizzare il network socio-sanitario che integra le realtà presenti in ciascuna zona raccordandole a livello di Area Vasta.

Va considerato inoltre che anche la rapportualità con le strutture maggiormente intersecatisi con il Distretto (Dipartimento materno infantile, Dipartimento di salute mentale, Dipartimento di prevenzione, Dipartimento delle dipendenze patologiche) viene realizzata in forme molto variabili all'interno del sistema; la revisione del sistema di relazioni tra queste funzioni può trovare nell'area vasta un fattore di omogeneizzazione. Le migliori pratiche, estrapolate da un contesto localistico potranno essere così ricondotte ad ambiti più idonei a definirne e legittimarne la congruità.

II.3.6 Il network dell'emergenza - urgenza.

Durante gli ultimi 15 anni la Regione Marche ha progressivamente riorganizzato il Sistema di Emergenza Sanitaria seguendo le indicazioni del D.P.R. 27 Marzo 1992 e l'atto di intesa tra Stato e Regioni "Linee Guida n 1/1996". I criteri di riorganizzazione sono contenuti nella Legge Regionale n. 36 del 30 Ottobre 1998.
Il nuovo sistema, che parte da una realtà non uniforme di numerose strutture e funzioni che operano senza logiche e strumenti di rete (ambulanze del volontariato, pronti soccorso, sale operatorie, servizi di diagnosi, rianimazioni e terapie subintensive, unità coronariche, terapie intensive neonatali) segue le indicazioni della normativa nazionale.
La Regione si è dotata di un sistema di allarme sanitario, ha attivato il sistema territoriale di soccorso ed ha articolato la risposta ospedaliera sui 4 livelli:

a) punti di primo intervento;
b) pronto soccorso ospedalieri;
c) dipartimenti di emergenza ed accettazione (DEA) di primo livello;
d) dipartimenti di emergenza accettazione (DEA) di secondo livello.

Il sistema di allarme sanitario è organizzato in quattro centrali operative sovrazonali che con la DGR 97/ 2003 sono gestite da un Direttore.
Il sistema dell'emergenza è stato costruito sin dall'origine in una prospettiva regionale con un coordinamento in ambito di area vasta; lo sviluppo complessivo del sistema secondo una logica di area vasta faciliterà l'integrazione tra sistema dell'emergenza e il sistema ospedaliero.

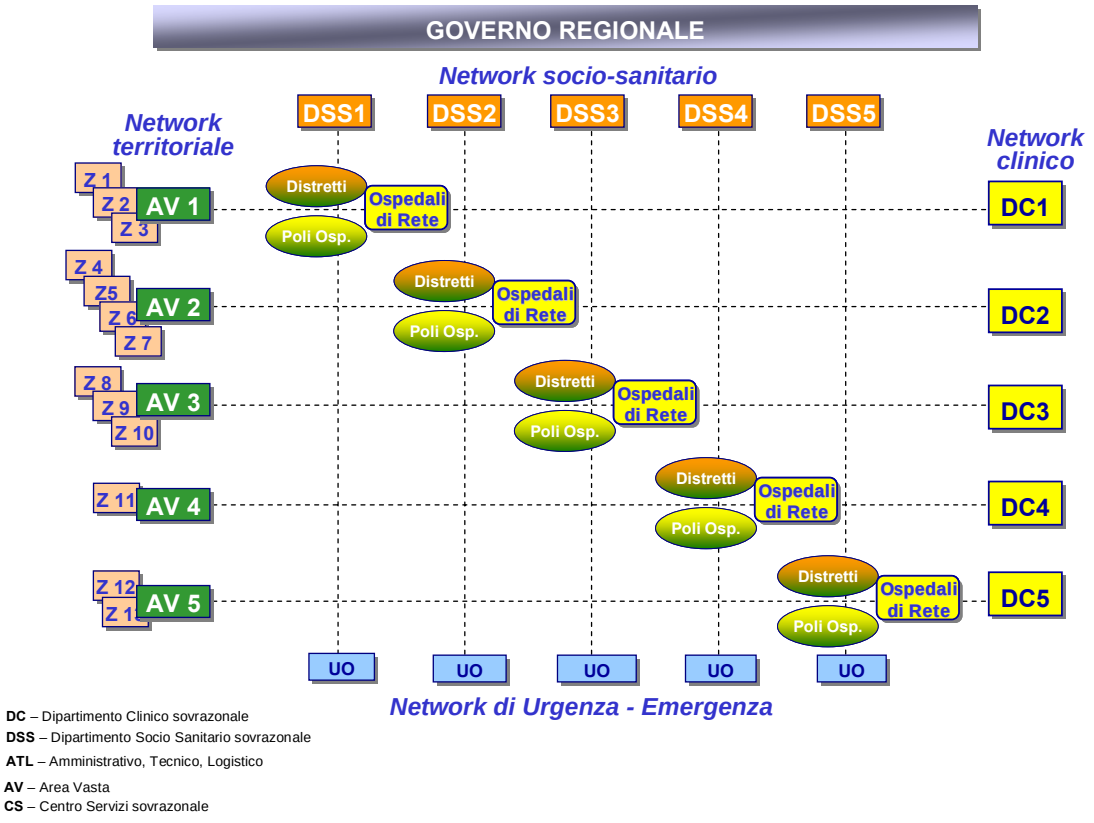
II.3.7 La rete ospedaliera e il network clinico.

Il sistema ospedaliero sarà sempre più strutturato come organizzazione a rete dove le Aziende ospedaliere e l'INRCA contribuiscono, con l'erogazione di prestazioni delle "alte specialità", a servizio dell'intero territorio regionale. I nodi del network clinico, sono rappresentati dagli Ospedali di Rete e, in un ambito più locale e con funzioni più limitate, dagli Ospedali di Polo, secondo un'articolazione funzionale che privilegia la specializzazione delle strutture su specifiche aree di attività nell'ambito di una integrazione sia verticale (dal territorio al centro di riferimento), sia orizzontale (tra UO della specifica area di competenza).

L'organizzazione dei vari nodi deve quindi offrire la maggiore copertura assistenziale nelle Zone e nello specifico bacino di utenza definito dall'AV, secondo modalità di coordinamento e integrazione che sostengano l'equilibrio in termini di dotazioni e livelli di assistenza e che definiscano percorsi di diagnosi e cura garantiti all'interno dell'AV.

I nodi/ospedali si coordinano e completano la loro offerta di servizi e prestazioni in modo complementare ed integrato tra loro, in ragione della differenziata distribuzione delle funzioni e delle dotazioni; i nodi/ospedali devono inoltre collaborare con i centri di riferimento regionale secondo comuni percorsi diagnostico-terapeutici relativi alle specifiche aree di patologia o di servizio, nell'ambito dei compiti di coordinamento e integrazione definiti all'interno di Dipartimenti funzionali clinici.

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

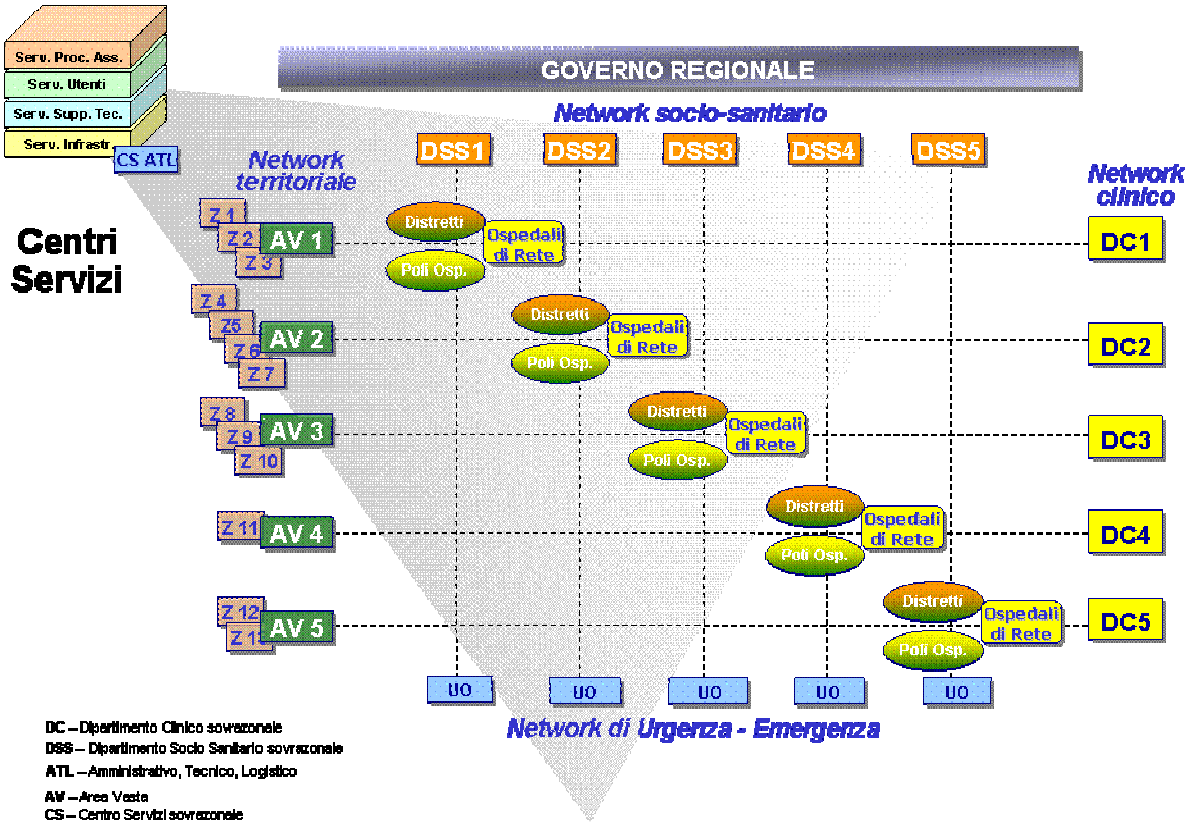


La rete organizzativa

II.3.8 I Centri Servizi e il network dei servizi ATL.

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

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



I centri servizi e il sistema a rete

II.4 Le attività di implementazione

Il processo di evoluzione del sistema sanitario secondo le linee strategiche indicate, si deve articolare in una serie di azioni che consentano di intervenire su una organizzazione complessa, secondo logiche di analisi e progettazione innovative, che permettano di sperimentare ed implementare un percorso di integrazione dei sistemi e di revisione del funzionamento di attività e processi.

L'approccio metodologico generale del presente Piano, che prevede l'analisi dei sistemi esistenti, la definizione di linee guida per lo sviluppo e l'implementazione di soluzioni, coerenti con le linee guida, tramite un progetto operativo di intervento, deve quindi essere declinato a livello di ***Area Vasta***, che costituisce l'ambito ottimale di intervento per garantire il miglior funzionamento del SSR a copertura del fabbisogno di salute della popolazione.

Lo svolgimento delle attività deve avvenire attraverso un livello massimo di coordinamento tra i gruppi di lavoro regionali per linea di intervento ed i referenti istituzionali ai vari livelli dell'area vasta (comitato di area vasta e sue eventuali articolazioni), per garantire allineamento e condivisione nella valutazione e riprogettazione dei processi oggetto di analisi.

Ognuno dei processi, riguardanti specifici livelli di assistenza, relativi all'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, all'assistenza distrettuale e all'assistenza ospedaliera, si articola in fasi e momenti che ne caratterizzano lo sviluppo: intervenire sui processi vuol dire affrontarli sotto tutti i punti di vista (demografico ed epidemiologico, strutturale ed urbanistico, economico-finanziario, organizzativo, produttivo, informativo e informatico, delle risorse umane, etc.), per non tralasciare elementi cruciali che possano determinare ricadute impreviste in fase di riorganizzazione complessiva del sistema.

I differenti ***processi*** (di governo, direzionali, clinici, amministrativi, etc.) relativi alle funzioni di competenza, e che comportano relazioni e interazioni tra i diversi soggetti secondo regole, protocolli e procedure definite, sono infatti riconducibili ai diversi ***livelli istituzionali/organizzativi*** del SSR, dalla Regione, alle Aree Vaste, alle Aziende e alle Zone ed a tutte le altre articolazioni organizzative previste dall'attuale assetto istituzionale/normativo.

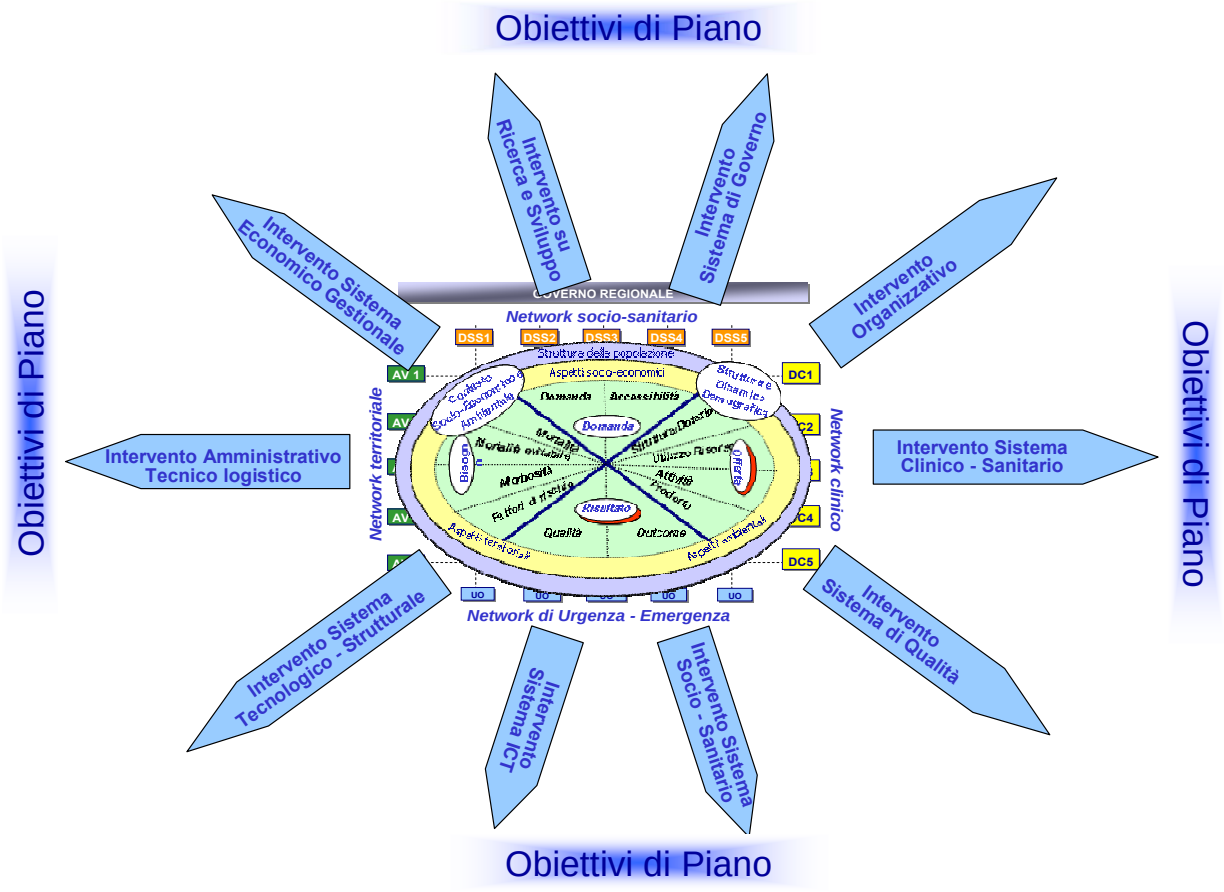
In sostanza, sia l'implementazione dell'approccio metodologico descritto che il percorso di sviluppo conseguente, si applicano a tutti i livelli istituzionali del SSR, sia pure in modo differenziato in termini di approfondimento e capacità operativa. Viene così facilitata la valutazione delle ricadute e degli impatti dal centro alle articolazioni più periferiche, e viene mantenuta la coerenza degli interventi, sia orizzontalmente rispetto ai processi, ai sistemi ed agli interlocutori coinvolti, sia verticalmente rispetto ai diversi livelli di coordinamento e operatività.

L'implementazione del percorso metodologico descritto, ponendo in relazione tutti gli elementi sopra indicati per il raggiungimento degli obiettivi strategici del SSR, consente l'individuazione e la definizione delle criticità esistenti, degli obiettivi da raggiungere, delle azioni di intervento e dei tempi di attuazione.

Nello specifico, l'insieme di queste azioni si può tradurre nella realizzazione di ***sperimentazioni gestionali*** e di ***studi di fattibilità*** che, nell'ambito di ciascuna area vasta, permettano di creare le

condizioni per concretizzare le azioni strategiche individuate dal presente piano e conseguire gli obiettivi fissati.

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



Gli interventi nel percorso di evoluzione del SSR

III SISTEMA EPIDEMIOLOGICO

III.1 La popolazione e il territorio

Il territorio

La Regione Marche si estende su un territorio di 9.694 Kmq (3,2% del territorio nazionale) con struttura geomorfologica molto variata. Gli abitanti sono 1.528.809 (al 1/1/2006) distribuiti in 246 Comuni.

La popolazione Nelle Marche la speranza di vita alla nascita per gli uomini è di 78, 8 anni e per le donne di 84,7 (dati Istat, 2005). Rappresenta dunque il valore più alto tra tutte le regioni italiane (dato medio nazionale: 77,6 maschi e 83,2 femmine). L'indice di vecchiaia (numero di ultrasessantacinquenni/popolazione tra 0 e 14 anni), pari al 172,7%, supera di 32,8 punti percentuale il dato nazionale. Nel 2005, come avviene ormai da 20 anni, il saldo naturale è risultato negativo (pari a –2.111 unità). Nel corso del 2005 si è registrato il più alto numero di nascite degli ultimi 10 anni, così come il più elevato numero di decessi. Attualmente gli ultrasessantacinquenni (più di 327.000) rappresentano il 22,6% della popolazione residente (in Italia 19%). L'Istat prevede che nel 2041 si possano raggiungere e superare le 520.000 unità.

Il nucleo familiare - L'Indagine Multiscopo Istat sulle famiglie (2001-2002) evidenzia che la tipologia familiare prevalente nella regione Marche è quella delle coppie con figli, che costituiscono circa il 59% del totale dei nuclei, mentre quelli senza figli, costituiti sia da coppie di giovani che non hanno figli, sia da coppie di anziani, rappresentano circa un terzo del totale (il 30%) dei nuclei familiari marchigiani. Il restante 11% sono nuclei monogenitore. Le famiglie monocomponenti (i cosiddetti *single*) e le famiglie monogenitore, cioè quelle costituite da una madre e un padre e uno o più figli di qualsiasi età, sono le tipologie familiari a diffusione crescente.

Fattori socio-economici – Nella regione l'andamento dell'occupazione, nel decennio 1993-2002, è risultato essere positivo, con tassi costantemente superiori a quelli nazionali e delle regioni centrali. Nell'anno 2003 il tasso di occupazione in età lavorativa (15-64 anni) è risultato pari al 63,7%, superando notevolmente il dato nazionale (56%). Nelle Marche il tasso di disoccupazione della popolazione in età lavorativa (15-64 anni) nell'anno 2006, è risultato essere del 4,5%, minore della metà rispetto al dato medio italiano (8,7%): in particolare, per i maschi è risultato del 3,2%, mentre per le femmine si è attestato al 6,4%. Nel 2006, inoltre, il tasso di attività è risultato pari al 51,2%, corrispondente al 61,5% per i maschi ed al 41,7% per le femmine. Relativamente al grado di istruzione il 3,1% della popolazione residente di età 6 -14 anni nell'anno 2001 non è iscritta alla scuola dell'obbligo, mentre le persone senza titolo di studio o con il solo titolo elementare sono il 39,6%, valore superiore alla media italiana (37,3%). Di rilievo l'incremento della presenza straniera a tutti i livelli scolastici, più che triplicata negli ultimi anni. Dati Istat del 2002 evidenziano che la percentuale di famiglie che hanno una spesa mensile per consumi al di sotto della soglia di povertà

(incidenza di povertà) è pari al 4,9%, cioè una famiglia su 20 è povera, mentre le famiglie a forte rischio di povertà rappresentano il 6,2% del totale. Pertanto, le famiglie marchigiane povere o a rischio di povertà sono, complessivamente, l'11,1% (valore inferiore alla media nazionale 19%).

III.2 I grandi indicatori di salute

Attività ospedaliera

Il passaggio obbligato per un processo di riorganizzazione della funzione ospedaliera è rappresentato dal presidiare l'appropriatezza delle prestazioni erogate. Negli ultimi anni sono stati realizzati rilevanti interventi: si è ridotto il numero dei ricoveri e delle giornate di degenza per alcune tipologie di ricovero a rischio di utilizzo inappropriato dell'ospedale. Un elemento critico rispetto alla necessità di garantire un'assistenza ospedaliera uniforme su tutto il territorio regionale è la forte disomogeneità tra le diverse zone territoriali, che si evince valutando i tassi di ospedalizzazione complessivi, il ricorso al ricovero in età pediatrica o il ricorso al ricovero in ambito psichiatrico. Altre significative aree di intervento sono rappresentate dalla rete delle strutture ospedaliere chiamate alla riclassificazione verso nuovi modelli assistenziali (quali lungodegenze, riabilitazioni, hospice) e dalle prospettive inerenti gli accordi contrattuali con le strutture di ricovero private nel contesto dell'offerta sanitaria di ciascuna zona, tenendo conto delle realtà territoriali più disagiate. La lettura delle tipologie di patologie /interventi che determinano il ricovero (aggregate per DRG) mostrano il forte impatto di patologie cronico-degenerative (chemioterapie, insufficienza cardiaca, patologie cerebrovascolari, patologia articolare); da segnalare il dato relativo al parto cesareo per elevata cesarizzazione nelle strutture regionali.

Mortalità generale

L'esame dei dati regionali di mortalità disponibili per gli ultimi anni ha evidenziato un tasso grezzo di mortalità annuale tra i residenti nelle Marche che si attesta attorno all'1% (circa 15.000 deceduti/anno), valore inferiore rispetto alla media nazionale e con tendenza alla progressiva diminuzione. Nell'anno 2003 (16.384 decessi) si è registrato un eccesso di mortalità nel periodo estivo, verosimilmente da collegare alle eccezionali condizioni climatiche osservate in tale periodo.

La mortalità per i tre principali gruppi di patologie (malattie del sistema circolatorio, neoplasie e malattie del sistema respiratorio), che sono le cause di morte più rappresentative dell'età avanzata, presenta tassi pressoché costanti. Correggendo questo ultimo dato per l'invecchiamento progressivo della popolazione si rileva, come tasso standardizzato, una spiccata tendenza alla riduzione della mortalità per cause cardiovascolari ed una riduzione, seppure meno marcata, della mortalità per tumori, più evidente nel sesso maschile.

Mortalità evitabile

La mortalità evitabile è un indicatore sentinella che considera l'evento morte quando esso si verifichi nella fascia d'età compresa fra i 5 e i 69 anni e quando esso sia determinato da cause che possono essere attivamente contrastate attraverso politiche sanitarie efficaci. L'indicatore appositamente costruito per classificare Regioni e Aziende Sanitarie sulla scorta del dato di mortalità evitabile è il numero medio di giorni perduti ogni anno per decessi evitabili (per abitante in età compresa fra i 5 e i 69 anni).

La Regione Marche risulta in posizione estremamente favorevole e figura al primo posto per la classifica dei giorni perduti per cause evitabili. Nel confronto fra i trienni in studio emerge un evidente miglioramento generale dell'indicatore. I giorni perduti per mortalità evitabile nelle Marche passano da 10,0 a 9,9, con una riduzione di circa un punto percentuale.

Solo per la causa "traumatismi e avvelenamenti" il dato regionale si presenta in eccesso rispetto al dato medio nazionale (3,59 vs 3,25).

Il percorso nascita (indagine 2002)

La qualità dell'assistenza prenatale è soddisfacente, perché più del 99% delle gravidanze sono state assistite da un operatore sanitario ed il 95% delle donne ha effettuato un controllo entro il primo trimestre. Il 33% delle donne che effettuano controlli tardivi sono immigrate.

Le donne che hanno partecipato ad un corso di preparazione alla nascita durante l'ultima gravidanza sono complessivamente il 33%, ma solo il 5% delle immigrate frequentano i corsi.

Si riscontra un elevato grado di medicalizzazione della gravidanza, come testimoniato dall'alto numero di ecografie eseguite anche in gravidanze normali ed a basso rischio e dall'elevata percentuale di taglio cesareo (più del 34% e trend in crescita). Il 75% delle donne che riferiscono un decorso regolare della gravidanza ha eseguito 4 o più ecografie, il 25% più di 7. La stragrande maggioranza delle donne manifesta propensione ad allattare. Durante il puerperio è risultata evidente la discontinuità dell'assistenza durante il percorso nascita. Va rilevato che in tutte le fasi assistenziali del percorso nascita vi è un deficit di informazione. In conclusione, occorre recuperare la fisiologia dell'evento nascita, senza negare quei benefici in termini di riduzione della mortalità e morbilità materna e neonatale raggiunti negli ultimi anni.

Uno strumento sicuramente efficace per ottenere tutto questo è costituito dalla partecipazione ai corsi di preparazione alla nascita. Per raggiungere le donne immigrate, sono necessarie strategie mirate. La mancanza di continuità assistenziale dopo il parto andrebbe affrontata ridando impulso ai consultori.

Età pediatrica e adolescenza (0-17 anni)

I dati regionali relativi alla mortalità infantile (del primo anno di vita) e neonatale (dei primi 28 giorni di vita) rispettivamente di 4,3 e 2,0 per 1000 nati vivi,si presentano di poco inferiori al dato medio

nazionale. Il numero totale dei nati nelle Marche è passato da 12564 nel 2001 a 12.994 nel 2005. Sul totale dei nati lo 0.56% è nato con peso molto basso (VLBW); circa l'1% è costituito da neonati gravi pretermine che necessitano di terapia intensiva. Tutta la popolazione neonatale marchigiana è sottoposta a screening per le principali malattie metaboliche congenite (fenilchetonuria, fibrosi cistica, ipotiroidismo congenito); da rilanciare invece è la L.R. 11/2000 per gli screening audiometrici nei neonati e l'accertamento precoce delle ipoacusie infantili; in età scolastica in diverse zone sono garantiti depistage odontoiatrici, oculistici e ortopedici-posturali che dovrebbero essere uniformati per modalità operativa e implementati per distribuzione geografica. Inoltre i tassi di copertura vaccinale risultano fra i più elevati su tutto il territorio nazionale. Per quanto attiene all'adolescenza, i dati ISTAT relativi all'abitudine al fumo mostrano come per la classe d'età 15-24 anni la percentuale di giovani fumatori si attesti al 19,3% per i maschi e al 15,2% per le femmine, con trend in diminuzione e valori inferiori a quelli registrati a livello nazionale. Soprappeso e obesità rappresentano un problema di salute sempre più frequente.

Si registrano sempre più frequentemente forme di disagio adolescenziale segnalate dalle famiglie e dalle scuole che possono trovare risposta adeguata potenziando servizi specifici.

Gli anziani (>65 anni)

Nelle Marche gli anziani dall'1981 al 2005, sono continua crescita. Il 62% degli ultrasessantaquattrenni è sposato, 1 anziano su 3 (il 33%) è vedovo. La vedovanza è una condizione tipicamente femminile, mentre gli uomini possono più frequentemente contare sulla presenza del coniuge. Il 15% degli anziani vive solo e la percentuale di anziani soli nelle Marche è una delle più basse tra le Regioni italiane. L'ultrasessantaquattrenne, anche quando presenta deficit funzionali, è ancora aiutato dall'ambiente familiare e dalla rete informale. Tuttavia i profondi cambiamenti, in atto nella struttura familiare, pongono una inevitabile riflessione sulla tenuta di questa tipologia di assistenza: diventa prioritario perciò pensare ad alternative valide. Il 36% degli anziani giudica positivamente il proprio stato di salute, il 48% lo definisce discreto, mentre un 15% lo ritiene cattivo. Più frequentemente sono le donne, le persone che vivono sole e quelle che hanno il titolo di studio più basso a giudicare negativamente le proprie condizioni. Lo stato di salute degli anziani marchigiani è condizionato dalla presenza di malattie cronico-degenerative, spesso presenti in forma di pluripatologia, che influenzano in modo permanente la qualità di vita della persona.

Tra le malattie croniche autoriferite quella prevalente è la patologia a carico dell'apparato osteo-articolare: artrite ed artrosi soprattutto. I problemi osteo-articolari vengono pure segnalati, dai MMG, tra le patologie croniche a rilevante impatto sociale nella popolazione anziana, in particolare nel sesso femminile unitamente alle demenze/psicosi. Nel sesso maschile invece i MMG evidenziano la cardiopatia ischemica e la BPCO.

Nelle Marche la popolazione anziana ha determinato circa il 47% delle degenze ospedaliere. Dall'analisi dei ricoveri spicca il peso delle malattie cronico-degenerative. Nelle Marche il 15% di anziani ha problemi di udito, il 16% ha difficoltà visive. Queste disabilità percettive influenzano in maniera rilevante la capacità di relazione dell'individuo e quindi la sua possibilità di integrazione nella vita sociale. I deficit visivi inoltre sono importanti fattori di rischio di caduta. L' evento caduta,

non raro nella popolazione ultrasessantaquattrenne, visto che cade il 27% della popolazione anziana ogni anno, è una spia di una condizione di fragilità delle persone con più di 64 anni. L'approccio corretto delle politiche socio-sanitarie ai problemi legati all'anzianità è allora quello complessivo di Promozione della Salute del soggetto anziano, attuata con azioni mirate alla: prevenzione del decadimento psico-fisico; cura delle patologie; recupero (quando possibile) e mantenimento dell'autonomia. Una particolarità da tenere estremamente in evidenza nella programmazione delle reti socio-sanitarie a servizio dell'anziano è quella della forte concentrazione di ultrasessantacinquenni entro la fascia appenninica, sub-appenninica e collinare delle Marche.

III.3 I principali gruppi di patologie

Le malattie cardio e cerebrovascolari

Il numero complessivo di ricoveri di residenti nella Regione Marche per "Malattie ischemiche del cuore" è stato di 7.452 nel 2001, 6.863 nel 2002 e 5.869 nel 2003; il tasso standardizzato di ospedalizzazione (SHR) per malattie ischemiche del cuore nelle quattro province mostra una riduzione dei ricoveri in tutto il territorio regionale. I dati relativi ai ricoveri per l'Infarto acuto del miocardio manifestano invece un trend in aumento. Nelle Marche è stato istituito il Registro delle Sindromi Coronariche Acute, utile per il monitoraggio dell'applicazione del "Profilo di assistenza per l'infarto miocardico" su tutto il territorio regionale e per valutare l'efficacia e la qualità degli interventi stessi. Per quanto riguarda le patologie cerebrovascolari, il numero di ricoveri risulta piuttosto stabile (9.522 nel 2003).

I Tumori

Utilizzando le fonti epidemiologiche disponibili (Registro Tumori di popolazione della provincia di Macerata, Registro regionale tumori infantili e degli adolescenti, Registro regionale mesoteliomi, dati di mortalità ISTAT), che per le tecniche di registrazione rilevano l'incidenza riferita ad alcuni anni prima, è stato stimato che nella nostra regione, per l'anno 2005 era atteso un numero complessivo di 8.729 nuovi casi di tumore (4.896 maschi e 3.833 femmine) a fronte di un numero medio annuo di 4.234 casi di decesso per cancro (2.479 maschi e 1.756 femmine: fonte ISTAT, 2000-2001).

I tumori più frequenti (escluse le neoplasie non melanocitarie delle pelle che rappresentano il 19% del totale dei casi) sono: nei maschi la prostata (16%), il polmone (11%), la vescica (11%), lo stomaco (9%) ed il colon (9%); nelle femmine, la mammella (21%), il colon (11%), lo stomaco (7%), il corpo dell'utero (4%) e il polmone (3%). Secondo i dati registrati in provincia di Macerata (1991-'92/1999-2000), per i maschi, risulta in aumento l'incidenza dei tumori della prostata, dei linfomi non Hodgkin, della vescica, mentre sono in diminuzione i linfomi di Hodgkin, i tumori del polmone e dello stomaco. Nelle femmine risultano in crescita i tumori della vescica, del polmone,

della cervice uterina, i linfomi di Hodgkin e del colon-retto, mentre sono in diminuzione le leucemie, i tumori del corpo dell'utero e quelli dell'ovaio.

Gli screening

Nell'anno 2005 per quanto riguarda lo screening per il carcinoma mammario (mammografia) la percentuale di copertura regionale della popolazione bersaglio (donne di età 50-69 anni) risulta nel complesso pari a 56,6%, con un tasso di richiamo (% di donne riconvocate per ulteriori approfondimenti diagnostici) del 6,1%. Per quanto riguarda lo screening del carcinoma della cervice uterina (pap test) l'adesione al programma di screening (proporzione di donne che si sono sottoposte al test sul totale delle invitate della popolazione bersaglio -donne di età 25-64 anni) risulta nel complesso pari a 33,1%. E' stato inviato all'esame di approfondimento diagnostico (colposcopia) l'1,9% delle donne screenate. Per quanto riguarda le attività di screening, si registra una variabilità tra le diverse Zone Territoriali. Il dato relativo alle singole aree evidenzia difformità di copertura e, comunque, un consolidamento delle attività. Nella regione Marche è stata avviata una revisione organizzativa e gestionale dei programmi di screening.

Le malattie infettive

Un elevato numero di casi di epatite B (34 casi nel 2006) continua ad essere rilevato nella Regione, ma il trend risulta in diminuzione. I dati del sistema di sorveglianza indicano che il principale fattore di rischio associato ai casi di epatite B è l'uso di droghe per via endovenosa. L'andamento della tubercolosi nelle Marche mostra un leggero aumento, così si passa dai 99 casi notificati nel 2002, ai 135 del 2005 ed ai 110 nel 2006. Nei cittadini stranieri il trend risulta in diminuzione, mentre per le fasce d'età il trend risulta in aumento nella fascia 25-64 anni.

Morbillo: dopo le epidemie del 1997 e del 2002-2003, anche nella regione è stata avviata la campagna straordinaria di vaccinazione, con l'obiettivo di arrivare all'eradicazione della malattia.

Influenza: ha un andamento regionale sovrapponibile a quello nazionale. La popolazione anziana non risulta tra le più colpite grazie alla copertura vaccinale che, nelle Marche, supera ormai il 70% dei soggetti di età superiore ai 64 anni.

Tetano: continua ad essere presente nella Regione tutti gli anni (7 casi nel 2000, 4 casi nel 2001, 8 casi nel 2002, 11 casi nel 2003, 5 casi nel 2004, 5 nel 2005 e 8 nel 2006). La malattia resta a carico delle fasce di età più avanzate che non risultano vaccinate.

AIDS: l'andamento della malattia rispecchia quello dell'Italia. Negli ultimi anni l'incidenza sembra tendere ad un livellamento sui 40 nuovi casi annui anche se questo va verificato in futuro.

Il Diabete

Per il diabete mellito di tipo 1 sono disponibili i dati del Registro di Incidenza (RIDI) attivo dal 1990. Per quanto riguarda la diffusione di tale patologia nella popolazione infantile (0 - 14 anni di età), la Regione Marche si colloca tra le aree ad incidenza intermedia.

Lo studio Q.U.A.D.R.I. (Qualità dell'Assistenza alle persone Diabetiche nelle Regioni Italiane), ha permesso di avere una prima fotografia della qualità e modalità dell'assistenza erogata al paziente diabetico. La principale "figura" assistenziale per i problemi del diabetico, nella nostra Regione, è il Centro diabetologico, con la maggior parte dei pazienti intervistati (68%) seguiti più da vicino da questa struttura. Il livello di consapevolezza dei pazienti sui corretti stili di vita è complessivamente buono, mentre si evidenzia una difficoltà nel modificare alcuni comportamenti, come ad esempio un'alimentazione non controllata e l'abitudine a non svolgere una corretta attività fisica. Dal 2002 è attivo nella Regione il progetto speciale del Ministero della Salute "Applicazione e valutazione di un nuovo modello di assistenza per i pazienti diabetici nella Regione Marche".

L' Insufficienza renale cronica

L'insufficienza renale cronica (IRC) è una malattia cronica, evolutiva, che può essere trattata con terapie "sostitutive" quali la dialisi ed il trapianto renale. La prevalenza di tale patologia nella Regione Marche è dello 0,44%, per cui si stima che il numero di pazienti affetti da IRC sia di almeno 6.500, di cui circa 5.000 sarebbero pazienti con IRC non in dialisi. Tale prevalenza è simile a quella stimata da indagini puntuali condotte in altre regioni.

Nella Regione Marche, al 31 dicembre 2003, i pazienti con IRC in trattamento sostitutivo (dialisi e trapianto) erano 1.546. La dialisi extracorporea è il tipo di terapia sostitutiva più diffuso (60 %), seguita dal trapianto renale (28,5 %) e dalla dialisi peritoneale (11,5%).

Dal 1996 vi è stato un incremento progressivo della prevalenza dei pazienti in dialisi dovuto principalmente alla estensione del trattamento dialitico a tipologie di pazienti non trattati in precedenza.

Anche l'incidenza (nuovi pazienti) in dialisi nella Regione Marche è in aumento. Per quanto riguarda il trapianto renale, nel periodo 1996-2003, si è verificato un incremento della prevalenza delle persone portatrici di trapianto; tale aumento è sostanzialmente dovuto all'aumento della sopravvivenza di questi pazienti. Nel 2003 sono stati sottoposti a trapianto renale 40 pazienti marchigiani. I pazienti dializzati in lista di attesa per trapianto renale erano, al 31 dicembre 2003, 100, pari al 9% dei pazienti in dialisi. L'ARS Marche ha realizzato il "Profilo di assistenza per il paziente uremico cronico".

Le malattie respiratorie

Le malattie respiratorie costituiscono la terza causa di morte nelle Marche così come nelle restanti regioni e in Italia, dopo le patologie del sistema circolatorio e quelle neoplastiche Nell'ambito delle malattie respiratorie le Bronco Pneumopatie Cronico-Ostruttive (BPCO) hanno il maggior peso in termini di mortalità, seguite da polmonite e influenza, alle quali va attribuito l'incremento generale di mortalità per malattie respiratorie registrato negli ultimi anni.

La broncopatia cronica (bronchite cronica ostruttiva, enfisema, asma), da un'indagine condotta dall'ARS attraverso i medici MG nel 2004 risulta con una prevalenza pari al 2,5%. Tale prevalenza raggiunge il 10% negli ultrasettantaquattrenni.

Anche per quanto riguarda l'ospedalizzazione le BPCO risultano patologie a prevalente impatto sulla popolazione anziana. L'Influenza risulta una patologia a basso tasso di ospedalizzazione, mentre le polmoniti, che rappresentano una classica complicazione della patologia influenzale, risultano essere le patologie respiratorie caratterizzate dal più alto tasso di ricovero registrato nel triennio sul territorio regionale.

III.4 La salute nei soggetti fragili

Il soggetto con disagio/disturbo psichico

Sulla base dei dati forniti dai Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) si può stimare come nelle Marche vengano seguiti circa 30.000 pazienti. Per quanto riguarda la codifica di una diagnosi, possiamo evidenziare come le nevrosi depressive (28,4%) e le psicosi schizofreniche (27,9%) siano le patologie più frequenti.

La depressione è la principale causa del carico di malattia nelle donne di età compresa tra i 15 ed i 44 anni. Il ricovero ospedaliero si è reso necessario per 223 persone su 100.000 abitanti (anno 2003). L'aggregato di diagnosi principale più frequente nei soggetti ricoverati è stato quello dei disturbi affettivi (depressione, disturbi dell'umore) seguito da disturbi d'ansia, dissociativi e della personalità e da psicosi schizofrenica. La mortalità per suicidio ed autolesione è diminuita nel corso degli ultimi anni. Il suicidio continua ad essere un fenomeno di gran lunga più rilevante nei soggetti di sesso maschile, mentre l'opposto si verifica per i tentativi di suicidio. I Disturbi della Condotta Alimentare (DCA): Anoressia, Bulimia, Binge Eating risultano in progressivo aumento nella fascia di età adolescenziale e giovanile.

Salute e disabilità

La condizione di disabilità consiste, secondo la definizione dell'OMS (*Organizzazione Mondiale della Sanità*), nella "riduzione o perdita di capacità funzionale o dell'attività conseguente ad una menomazione", di tipo anatomico, psicologico o fisiologico. La disabilità può condurre all'*handicap* cioè ad una condizione di svantaggio sociale ed ambientale delle persone disabili. Il 13% delle famiglie marchigiane convive quotidianamente con la disabilità ed il 7,4% con una disabilità grave. Su 1000 marchigiani, 56 dichiarano di essere affetti da disabilità. Nella nostra Regione l'attenzione nei confronti dell'handicap si è mantenuta sempre ad un livello alto e la Regione Marche ha approvato la Legge n° 18/96" Promozione e coordinamento delle politiche di intervento in favore delle persone handicappate".

Verranno attuate politiche che includano il disabile nella vita sociale, lavorativa, istituzionale, garantiscano il diritto di permanenza del disabile nel proprio nucleo familiare e nel proprio contesto sociale e sostengano il percorso di vita autonoma.

L’anziano non autosufficiente

Le demenze (Alzheimer, demenza vascolare e altre forme più rare) rappresentano condizioni patologiche estremamente invalidanti e sempre più frequenti nella popolazione, considerato il progressivo invecchiamento della stessa.

Sono state analizzate, dal 1/4 al 30/6 2004, 21 RSA e 92 Case di Riposo per un totale di 113 strutture. Sono complessivamente 5.160 gli ospiti in tali residenze, di cui 637 con età 65-74 anni (12.4%), 4094 con età maggiore di 74 anni (79,3%). L’età media degli ospiti è stata di 81,3 anni.

Complessivamente il 63,9% dei soggetti ospitati nelle residenze valutate è parzialmente o completamente non autosufficiente negli spostamenti; analizzando la prevalenza delle malattie ad alto carico assistenziale individuate dallo strumento RUG (un Sistema di classificazione dei pazienti in gruppi a differente assorbimento di risorse assistenziali) le patologie di più frequente riscontro negli ospiti osservati sono rappresentate da: diabete mellito, emiplegia/tetraplegia, afasia, patologie neurologiche centrali, decadimento dello stato nutrizionale, neoplasie.

Per quanto riguarda l’Assistenza Domiciliare Integrata, nell’anno 2003 nei 33 Distretti della Regione Marche sono stati assistiti a domicilio 44.238 pazienti di tutte le età, pari ad un tasso di *30,1* pazienti *per 1000* abitanti .

Il 91% dei pazienti in cura domiciliare ha un’età superiore ai 65 anni. Le patologie più frequenti nei pazienti assistiti sono quelle a carico dell’apparato cardiovascolare, del sistema nervoso e del sistema muscolo-scheletrico. I pazienti oncologici in terapia del dolore rappresentano spesso una fetta importante di assistiti. Da notare come, contestualmente ad altre patologie, il 14% dei soggetti in cura domiciliare presenti anche lesioni da decubito (2.964 pazienti).

L’immigrato

Nelle Marche, al pari delle altre Regioni italiane, si è verificato un costante e progressivo incremento della presenza di immigrati. Questi, nel decennio 1992-2002, si sono in pratica quadruplicati. Al 31.12.2002 gli immigrati provenienti dai paesi a forte pressione migratoria rappresentano il 3% della popolazione residente nelle Marche (2,5% in Italia); le donne sono il 48%. Il 50 % degli immigrati proviene dall’Europa centro-Orientale (Est Europa, Albania, Ex Jugoslavia. Nell'anno 2002, 8.292 immigrati (il 10% STP) hanno fatto ricorso al ricovero ospedaliero, per un totale di 10.734 ricoveri (pari al 3,4% di tutti i ricoveri nelle strutture sanitarie della regione). Le degenze in ospedale delle persone provenienti dall'Africa settentrionale, dall'Albania e dall'Est-Europa rappresentano il 53% di tutti i ricoveri effettuati dagli stranieri. Complessivamente nel 70% dei casi è la popolazione femminile a ricoverarsi soprattutto per motivi ostetrico-ginecologici. Ciò fornisce delle riflessioni su quali strategie culturalmente pertinenti debbano essere adottate allo scopo di migliorare l'offerta assistenziale (ad es. materiale informativo, mediazione interculturale).

Tra le straniere non comunitarie le cause ostetriche di ricovero prevalgono nettamente sulle cause ginecologiche: ciò in relazione alla più giovane età ed al maggior numero di gravidanze. I parti delle donne straniere rappresentano il 14,5% del totale dei parti nella regione Marche: un valore in costante aumento negli ultimi anni. Il tasso di abortività spontanea per le donne straniere STP si

mantiene nel corso degli anni costantemente elevato, mentre si assiste a una riduzione di quello delle donne straniere residenti. Le interruzioni volontarie della gravidanza (IVG) delle donne straniere rappresentano, nel 2002, il 27,8% delle IVG effettuate nelle strutture sanitarie della regione Marche e tale percentuale nelle Marche come in Italia è in aumento. I problemi più frequenti che conducono all'ospedalizzazione la popolazione immigrata maschile sono, invece, la patologia gastroenterica non infettiva (ulcera gastroduodenale, esofagite, gastrite), da ricondursi a condizioni di stress e cattiva alimentazione e le patologie osteoarticolari, quasi esclusivamente di origine traumatica, evidenziando la mancata tutela della popolazione immigrata negli ambienti di lavoro. In accordo con i dati nazionali ed internazionali, nell'insieme lo studio sullo stato di salute degli immigrati nella Regione Marche suggerisce, anche per la nostra Regione, l'urgenza di intraprendere iniziative specifiche, attive e culturalmente pertinenti, per promuovere la salute sessuale delle immigrate, comprese quelle per aumentare l'accesso ai servizi di base e ad azioni per migliorare le condizioni abitative e lavorative degli immigrati come strategia fondamentale per migliorarne l'inclusione sociale e, quindi, le condizioni di salute.

III.5 La sicurezza come elemento di qualità della vita

Sicurezza stradale

Nel 2005 gli incidenti stradali verificatisi nelle Marche sono stati 6.838, in leggera diminuzione rispetto al 2004 (7.556) e al 2005 (7.363). Poco più dei 2/3 degli incidenti stradali si è verificata su strade urbane e il 5% sull'autostrada. Analizzando i dati riportando il numero di incidenti, morti e feriti per i km delle diverse tipologie di strade presenti nelle Marche, si riscontra che sono l'autostrada e le strade statali le più pericolose come numero di eventi per 100 km . Il rapporto di gravità (N° di deceduti per 100 feriti) e il rapporto di mortalità (N° di deceduti per 100 incidenti) più elevato nelle Marche è relativo all'autostrada, mentre in Italia al primo posto si trovano le strade provinciali. Il rapporto di lesività (N° di feriti per 100 incidenti) più elevato nelle Marche è relativo alle strade statali mentre in Italia al primo posto c'è la rete autostradale. I 7.556 incidenti stradali che si sono verificati nelle Marche nel 2004 hanno provocato 11.030 feriti e 183 morti.

Un ferito su 4 e un morto su 5 appartiene alla fascia di età 15-24 anni. Relativamente ai decessi in questa fascia di età il 39% è vittima dell'incidente in quanto persona trasportata. La più alta percentuale di vittime più che artefici di incidenti (pedoni e trasportati) è relativa alle persone anziane (44% del totale).

I dati relativi alla Regione Marche mostrano una maggiore adesione alle norme sull'uso dei dispositivi di sicurezza rispetto all'Italia e al complesso delle regioni centrali.

Per quanto riguarda l'utilizzo dei mezzi di protezione, i dati relativi allo studio PASSI, basato su un'intervista telefonica, evidenziano che l'82% degli intervistati dichiara di usare sempre le cinture di sicurezza, mentre solo il 17% la utilizza nei sedili posteriori; Il 95% dichiara di utilizzare correttamente il casco quando va in moto o in motorino.

Sicurezza domestica

Si stima che nella Regione Marche, ogni anno, circa 88.000 persone subiscano un incidente domestico (Istat, 1999). Le categorie più colpite sono coloro che passano più tempo in casa, ossia donne, bambini e anziani. L'incidente più frequente nei due sessi e nelle varie fasce d'età è la caduta, mediamente il 50% dei casi, con punte nei bambini (60-70%) e negli anziani (70-80%). A livello regionale è stata avviata la sperimentazione del Progetto SINIACA in cinque PS, e dall'analisi preliminare dei dati dell'anno 2006 si evidenzia che un incidente domestico su 4 coinvolge gli ultrasettantenni, che tra gli ambienti più a rischio figurano la cucina e le scale, che in larga parte la dinamica dell'incidente riguarda la caduta/inciampamento, che rappresenta un problema rilevante per gli anziani. Di rilievo anche gli incidenti che occorrono durante i lavori domestici (cucina, garage, uso del fai-da-te).

Sicurezza sul lavoro

La distribuzione territoriale delle *malattie professionali denunciate* negli anni 2000-2004 vede la provincia di Pesaro e Urbino come la più rappresentata (38 %) ; un notevole impulso alle denunce è dato certamente anche dalla maggiore attenzione al problema, oltre che alla presenza di rischi lavorativi diversi. All'interno dei territori si nota infatti una disomogeneità tra Zone territoriali. Molte delle malattie professionali non sono tabellate tanto che solo il 30% può esser fatto risalire a nosologie di legge; tra queste spiccano ancora le ipoacusie seguite a distanza dalle malattie cutanee. Per quanto riguarda le *Malattie professionali definite* dall'INAIL negli anni 2000-2004 hanno avuto riscontro positivo nella misura del 38% dei casi.

Per quanto riguarda le categorie, circa il 10% afferisce alla categoria *muratore*.

Se consideriamo gli *Infortuni Denunciati* negli anni 2000-2004 il settore "costruzione mezzi di trasporto" ha il più alto tasso d'incidenza. Analizzando gli infortuni mortali, si può notare che il settore più colpito è quello delle "costruzioni", seguito dai "trasporti" e dalle "industrie dei metalli".

Per gli *Infortuni Definiti* negli anni 2000-2004, l'incidenza media regionale varia dal 55,8‰ (anno 2000) al 47,2‰ (anno 2004).

L'incidenza più elevata è nel settore 'costruzione mezzi di trasporto', seguito dalla 'industria della trasformazione', dalle 'costruzioni' e dalla 'industria dei metalli'.

Tra gli infortuni mortali denunciati e definiti nel triennio, il settore più colpito è quello delle 'costruzioni' seguito dai 'trasporti'. Una quota notevole è rappresentata dagli incidenti 'alla guida' e gli investimenti 'da mezzi di trasporto'. Nelle Marche per gli anni 2000- 2004 si registra un trend in diminuzione degli infortuni denunciati ed un decremento più rilevante per quelli definiti. Gli infortuni mortali indennizzati nel 2004 risultano 33 (a fronte dei 43 del 2000, con trend in decremento).

Sicurezza nei comportamenti individuali

La dieta dei marchigiani è orientata, almeno "sulla carta", ad un regime di tipo "mediterraneo", ma la popolazione è soggetta sia al sovrappeso (soprattutto le donne con più di 65 anni rispetto al

dato nazionale) sia all'obesità; gli uomini marchigiani tendono più del resto degli italiani ad esserlo dopo i 45 anni. Una possibile spiegazione a questi risultati può essere che ben il 36% dei marchigiani pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato e il 19% è completamente sedentario. Mentre l'abitudine al fumo, dei marchigiani, tende a eguagliare il dato nazionale con un 51,6% di non fumatori, (ma l'abitudine al fumo è in aumento tra i giovani) i consumi di alcol sono leggermente superiori ai valori nazionali (66% vs 64% studio PASSI). Va rilevato che nelle Marche la bevanda alcolica più consumata è il vino (63%) ed è in calo il consumo di superalcolici. Per quanto riguarda l'utenza SerT nel 2005 il numero di utenti risultao 4852 (di questi 3601 erano già in carico dagli anni precedenti mentre 1251 si sono rivolti ai SerT per la prima volta nell'anno 2005).

Sicurezza alimentare

Il controllo degli alimenti, prodotti o commercializzati nella Regione è affidato all'attività di vigilanza dei Dipartimenti di prevenzione. Gli accertamenti analitici sono effettuati dall'Istituto Zooprofilattico Sperimentale Umbria e Marche (IZSUM), per quanto riguarda gli alimenti di origine animale, e dai laboratori dell'ARPAM per quanto riguarda gli alimenti di origine vegetale. Gli allevamenti vengono tenuti costantemente sotto stretta sorveglianza e l'esiguo numero di focolai di malattia rilevati è indicativo di un alto livello di salute degli animali allevati. Per quanto riguarda le attività di lavorazione sottoposte a controllo (Regolamento 854/2000 CE) per il 2005 risultano 15.994, con il 2.5% di provvedimenti amministrativi.

Nel 2005 sono stati prelevati ed analizzati in tutta la regione 2981 campioni di alimenti di origine animale. L'irregolarità più frequentemente riscontrata riguarda la presenza di microrganismi patogeni e tra questi la salmonella è il microrganismo che risulta più diffuso. La percentuale di campioni di alimenti risultati positivi per la presenza di salmonella risulta comunque modesta e riguarda quasi esclusivamente le carni fresche o lavorate. Per quanto riguarda le allerte alimentari per alimenti destinati al consumo umano, nel 76% dei casi sono state dovute a contaminazioni chimiche. I casi di gastroenteriti da salmonella mostrano un andamento decrescente dal 1999 al 2002, sono comunque la tipologia di tossinfezione più frequente e, considerando anche i problemi di sottonotifica, rappresentano un problema sanitario rilevante.

Sorveglianza Nutrizionale ed Educazione Alimentare nella popolazione scolastica della Regione Marche

Nelle Marche è in corso un progetto regionale che prevede la costruzione di una rete informativa che rilevi lo stato di soprappeso/obesità della popolazione in modo continuativo. Il Progetto, che coinvolge tutti i Servizi Igiene degli Alimenti e Nutrizione regionali, è rivolto alle scuole ed interessa gli alunni di 5,7, 9 e 12 anni di età. Nello studio pilota condotto nell'anno scolastico 2004/2005 sono stati indagati 2190 bambini, circa il 5% della popolazione scolastica. Dall'analisi dei dati emerge che: per quanto riguarda i bambini di 5 anni risulta in soprappeso il 18,1% dei soggetti e in obesità l'8,6%; nei bambini di 7 anni le percentuali risultano di 19,7% e 10,2%; nei bambini di 9 anni sono 25,6% e 8,3% e nei dodicenni 22,2% e 5,3%. Quindi, se consideriamo la condizione di soprappeso/obesità questa riguarda il 26,7% dei bambini di 5 anni, il 29,9% di quelli

di sette anni, il 33,9 % di quelli di nove ed il 27,5% dei dodicenni. Per quanto riguarda i genitori, in quelli di sesso maschile risultano maggiormente presenti sia il soprappeso (41,4% rispetto al 16,2% delle mamme) che l'obesità (7,5% vs 4,7%). Il sesso femminile è prevalente, invece, sia nella condizione di normopeso (69,9% vs 39,8%) che in quello del sottopeso (2,9% vs 0,1%). Circa le fonti di informazioni usate dai genitori nel campo dell'alimentazione, il Servizio Sanitario Nazionale risulta il più segnalato in assoluto. I dati evidenziano la rilevanza del problema, l'importanza del monitoraggio e dello sviluppo di strategie adeguate per la promozione della salute.

Qualità ambientale

Le Marche possono vantare l'88% di costa balneabile e l'approvvigionamento idrico ad uso abitativo è per l'85% derivato da acque profonde, in particolare da acque di sorgente. Il 60% delle falde acquifere marchigiane ha contaminazione antropica minima e buone caratteristiche idrochimiche. Le Marche sono tra le regioni a minore potabilizzazione dell'acqua prelevata e destinata al consumo umano. Infatti l'88.8% dell'acqua immessa nella rete idrica marchigiana è potabile senza necessità di trattamenti, contro il 68.9% rilevato a livello nazionale.

Sulla qualità dell'aria si può affermare che i livelli di PM_{10} rappresentano un problema rilevante e le concentrazioni di ozono sono risultate elevate nei mesi più caldi dell'anno. I siti contaminati regionali di interesse nazionale, secondo i dati APAT risultano essere il Basso bacino del fiume Chienti e Falconara marittima. Per quanto riguarda i rifiuti nel 2005 sono 16 le discariche autorizzate per lo smaltimento dei rifiuti urbani. Per quanto riguarda il rapporto Ambiente e Salute, sono stati condotti studi epidemiologici dall'ARPAM, mirati ad indagare alcuni aspetti specifici.

IV RETE DI RICERCA ED INNOVAZIONE

IV.1 Lo scenario

Il sequenziamento del genoma umano e la diffusione delle tecniche di biologia molecolare hanno accentuato l'interesse per la genetica e per la medicina molecolare stimolando il trasferimento alla clinica delle nuove informazioni derivate dalla ricerca di base. La crescita delle conoscenze e dell'entusiasmo intorno alla medicina molecolare sono motivate dalle immense potenzialità di sviluppo dei nuovi strumenti diagnostici, prognostici e terapeutici che promettono di drasticamente trasformare, nel prossimo futuro, il modo di concepire e di operare per la salute pubblica.

Molti test per la diagnosi molecolare di malattie con substrato genetico sono entrati o stanno per entrare nella pratica clinica prevalentemente nei settori delle malattie genetiche, oncologiche, ematologiche, su base immunitaria e dell'invecchiamento.

L'ultimo Rapporto Biennale al Parlamento (2002-03) sulla condizione dell'Anziano pone le Marche tra le regioni più longeve del Paese e del Mondo con un 22% di anziani (10,7% ultra 75enni nel 2003). L'analisi prospettica predice un progressivo incremento degli anziani nelle Marche fino al 34.8% della popolazione nel 2041 (19,4% ultra 75enni) (ipotesi centrale ISTAT). E' strategico assicurare un invecchiamento di successo, incidendo preventivamente o precocemente sulle sue principali patologie croniche, per migliorare la qualità della vita degli anziani ed abbattere i costi sanitari. La spesa sanitaria corrente per gli anziani malati raggiunge già il 38% del costo del SSN, poiché l'anziano malato è spesso un soggetto fragile affetto da plurime patologie croniche che richiedono una gestione complessa a livello socio-sanitario. La medicina molecolare promette straordinarie applicazioni e successi nelle patologie dell'invecchiamento, così come altri settori della ricerca biomedica avanzata, quali la medicina rigenerativa (terapia cellulare/tissutale con cellule staminali), le nanotecnologie, la proteomica, la lipodomica, la farmacogenomica, la diagnostica per immagini, l'imaging molecolare, la robotica, l'ingegneria clinica.

Nel loro insieme, lo sviluppo di settori di Ricerca e Innovazione (RI) biomedica ad alta tecnologia apre nuovi scenari applicativi per una medicina preventiva più efficace, terapie più precoci, meno invasive, più personalizzate, per una organizzazione di circuiti e strutture assistenziali più fruibili e a costi sostenibili.

IV.2 Analisi della realtà regionale

La cultura della Ricerca ed Innovazione sanitaria è insufficiente nel SSR e limitata ad un ristretto nucleo di operatori nei centri clinici di eccellenza, nelle Università e nella Facoltà si Medicina. Le Società Scientifiche, la stampa e la congressistica specializzata sono le principali fonti disponibili agli operatori del SSR per avvicinarsi alle nuove tecnologie biomediche. Occorre una azione mirata e di lungo periodo per riformare ed implementare il sistema RI e portarlo al livello delle Regioni più avanzate.

IV.3 Assessment organizzativo, tecnologico e strutturale

Sistema ricerca/formazione universitaria

La maggior parte della RI biomedica è prodotta nelle tre Università marchigiane e primariamente nella Facoltà di Medicina dell'Università Politecnica delle Marche (UPM) nei cui Dipartimenti sono presenti piattaforme tecnologiche molecolari avanzate e programmi di ricerca d'avanguadia. La Facoltà offre Scuole mediche di Specializzazione con formazione clinica e laboratoristica avanzata, un corso di Laurea per Tecnico di Laboratorio medico con attività curriculare inclusiva delle tecnologie molecolari. Nelle Facoltà di Farmacia e Chimica Farmaceutica (Università degli Studi di Urbino e di Camerino) e di Chimica (Università degli Studi di Camerino) sono attivi programmi di ricerca farmacologia molecolare sperimentale di potenziale valore applicativo. Nelle Università marchigiane sono attive Scuole di Dottorato di Ricerca di impronta molecolare.

Sistema dei Laboratori e dei Centri Clinici del SSR

Nelle due aziende ospedaliere e nella rete ospedaliera marchigiana operano alcuni laboratori di patologia clinica (quali, AO S. Salvatore di Pesaro, struttura ospedaliera di Ascoli) di immunoematologia, citogenetica, immunologia clinica e tipizzazione tissutale, virologia, ecc dotati di tecnologie correnti e professionalità qualificate in campo molecolare.

L'INRCA, unico IRCCS nel Paese per la ricerca in campo geriatrico e gerontologico, vanta un Dipartimento Ricerche dotato di tecnologie avanzate per la biologia molecolare e cellulare e di ricercatori di ottimo livello sperimentale e clinico.

Il SSR riconosce numerosi Centri clinici di riferimento regionale per le più frequenti patologie dell'invecchiamento, i tumori, l'ematologia e l'ematologia oncologica, per le patologie autoimmuni e genetiche. I centri di Risonanza magnetica e di Medicina nucleare sono dotati di tecnologie avanzate e di eccellenti professionalità. Alcuni dei Centri clinici vantano assoluta eccellenza e rilevanza internazionale clinica e sperimentale utili per la RI del SSR.

Sistemi della Diagnostica per Immagini e dell'Imaging Molecolare

Nella Regione Marche operano numerosi centri di risonanza magnetica e sei centri di Medicina Nucleare, con diversa consistenza per quanto riguarda le risorse strumentali, umane e il *case mix*.
L' attività di Diagnostica per Immagini nell'ambito del SSR necessita di essere riorganizzata secondo uno schema di rete clinica integrata funzionale anche alla Medicina Molecolare. Parallelamente è indispensabile prevedere lo sviluppo della ricerca applicata all'imaging nei diversi settori clinici, tenendo conto che lo sviluppo delle nuove tecnologie ha aperto la strada a nuove possibili scenari. Sono necessarie una ridefinizione del parco macchine attualmente a disposizione e delle risorse umane per la RI, degli standard tecnologici, dei bisogni, delle strategie organizzative e delle scelte tecnologiche, in modo da evitare situazioni non equilibrate. Va considerata l'acquisizione di nuove tecnologie emergenti in questo campo, rappresentate dalle macchine ibride (imaging ottico, RM/PET, US/PET , ecografi a piattaforma digitale per gestione dei contrasti blood-pool), in stretta sinergia a programmi di sviluppo dell'Imaging Molecolare, e di nano-tecnologie

capaci di supportare la ricerca nel campo diagnostico e terapeutico. E' necessario dotare la regione di un Centro di riferimento per l'utilizzo della Risonanza Magnetica ad alto campo (3.0 T ed oltre) per l'imaging avanzato funzionale, spettroscopico e molecolare.

La rete deve essere strategicamente finalizzata a concentrare in centri dotati di elevata tecnologia la attività ad alta specializzazione secondo la caratterizzazione dei singoli centri, così da operare parallelamente e in sinergia con i centri di riferimento per singola patologia o progetto strategico per una migliore e immediata applicazione.

Le banche dati

Nell'ultimo decennio sono sorte diffusamente anche nelle Marche banche dati automatizzate di pertinenza sanitaria il cui utilizzo è prevalentemente orientato agli aspetti organizzativi dei servizi e al monitoraggio della spesa e delle risorse sanitarie. Queste banche dati sono state istituite per norma di legge da enti istituzionali (come l'archivio delle Schede di Dimissione Ospedaliera, l'anagrafe assistiti), ma anche costituite autonomamente per motivi di organizzazione dell'attività di specifiche categorie di operatori sanitari (come l'archivio dei Medici di Medicina Generale, l'archivio dei Centri Antidiabetici). Disegnate, implementate e utilizzate per scopi diversi da quelli classici dell'epidemiologia, tali banche sono tuttavia potenzialmente utili per l'allestimento di sistemi di registrazione e sorveglianza degli eventi sanitari e la conduzione di studi di epidemiologia descrittiva e analitica.

In tale ottica si sono sviluppati diversi progetti nazionali che prevedono la condivisione dei dati provenienti dalle diverse fonti territoriali allo scopo di analizzare i principali problemi di salute pubblica.Il piano sanitario nazionale 2006-2008 prevede, inoltre, l'istituzione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario che ha come obiettivo prioritario la possibilità di seguire il paziente in ogni accesso ai servizi e alle cure indipendentemente dalla struttura di erogazione; è evidente che questo obiettivo è raggiungibile solo se le diverse banche dati sanitarie possono integrarsi tra loro.

Le criobanche e le cell factories

Quattro criobanche sono attive nel settore ematologico clinico del SSR, una sulle patologie dell'invecchiamento (INRCA) e due sui tumori (UPM). Molti centri di ricerca sono dotati di criobanche non censite. Le criobanche sono indispensabili per lo stoccaggio di materiale diagnostico.

Numerosi gruppi sono attivi in Regione (Dipartimenti Universitari-UPM, Università di Urbino, INRCA) nella ricerca incentrata su tematiche implicanti l'utilizzo di cellule staminali adulte o da cordone ombelicale umano nella medicina rigenerativa. A parte l'esperienza consolidata nei settori ematologici, finalizzata al trapianto di cellule staminali di origine midollare, non appare presente in regione nessun centro attivo nella processazione di cellule staminali per la terapia cellulare e nessun laboratorio certificato dedicato (cell factory). Molto attivi sono invece alcuni gruppi di ricerca sperimentale (Dipartimenti UPM, Università degli Studi di Urbino) sulle cellule staminali tumorali, una popolazione del 2-3% dell'intera massa neoplastica responsabile del mantenimento del tumore. Isolate per la prima volta in leucemie sono state recentemente individuate in tumori solidi.

Gli studi sulle cellule staminali tumorali rappresentano una nuova frontiera per l'oncologia sperimentale ed hanno già trovato implicazioni e ricadute sui pazienti con neoplasie trattate con radio o chemioterapia.

IV.4 Elementi di criticità e punti di forza

Criticità

I centri attivi nella RI sanitaria hanno perseguito nel passato linee di ricerca indipendenti, disomogenee per finalità e contenuti, con risultati molto variabili e spesso di modesta trasferibilità al SSR. Mancano piattaforme tecnologiche unitarie. Mancano o sono embrionali reti di RI sanitario e le applicazioni nel settore della medicina molecolare e rigenerativa.

Un disordinato sviluppo di strutture in grado di svolgere attività di biologia molecolare e cellulare comporta rilevanti rischi, tra i quali vanno segnalati quelli legati a:

1. inutile duplicazione dei laboratori, con conseguente sottoutilizzazione e dispersione di risorse;
2. bassa qualità tecnica legata a mancanza di esperienza o insufficiente numero di campioni esaminati;
3. induzione potenziale di comportamenti prescrittivi ingiustificati ed irrazionali;
4. difficoltà nel gestire i risultati delle indagini eseguite;
5. scarsa finanziabilità.

Questi rischi sono amplificati in un contesto culturale di modesta alfabetizzazione in tema di medicina molecolare e rigenerativa, particolarmente al livello della medicina del territorio.

Inoltre, la trasposizione in clinica di strategie innovative è spesso frustrata dalla compartimentalizzazione differenziata dei centri ad attività clinico-terapeutica da quelli a prevalente attività clinico-diagniostica spesso sotto organico.

Manca una cabina di regia regionale che connetta le potenzialità di gruppi di ricercatori, spesso molto validi ma sottofinanziati, a committenze pubbliche e private. Inoltre, carente ed episodico è l'apporto dell'industria alla RI sanitaria marchigiana. In questo settore, la regione è sede di poche realtà industriali, generalmente a basso numero di addetti.

Centri di Medicina Molecolare e reti nazionali di eccellenza sono già sorti e si stanno sviluppando nel Paese, anche in regioni limitrofe. Queste iniziative hanno già una forte capacità attrattiva per i pazienti, ma anche per investitori istituzionali e privati. Rimanere tagliati fuori dalle reti di Medicina Molecolare deprimerebbe rapidamente la qualità dell'offerta sanitaria marchigiana, aumenterebbe la mobilità sanitaria verso SSR dotati di centri più avanzati, scoraggerebbe investimenti pubblici e privati sulla RI sanitaria.

Per pianificare le azioni regionali di politica della RI sanitaria, è necessario dare a tale attività un indirizzo unitario, di finalizzazione e sviluppo, di pianificazione dell'attività e di applicazione e

valorizzazione dei risultati per intercettare le opportunità e vincere le sfide offerte dalle nuove tecnologie.

Punti di Forza

La Regione può contare su Tre Università di cui una ad esclusiva vocazione tecnico-scientifica (UPM) omogeneamente distribuite sul territorio regionale, con una buona Facoltà di Medicina e Dipartimenti di ricerca e clinici attivi nella ricerca biomedica avanzata nei settori della medicina molecolare, patologia ed oncologia molecolare, e terapia sostitutiva. Tali strutture hanno laboratori e tecnologie di diagnostica molecolare avanzata utili al SSR. Il sistema di formazione del personale per lo SSR è di buon livello, con Scuole di Specializzazione e di Dottorato di Ricerca a notevole impronta molecolare.

L'INRCA, unico IRCCS nel Paese per la ricerca in campo geriatrico e gerontologico, vanta un Dipartimento Ricerche attrezzato per la Patologia molecolare e cellulare con adeguate tecnologie e professionalità. Alcuni laboratori di Patologia Clinica (AO S. Salvatore di Pesaro, Ospedale Civile di Ascoli) sono dotati di tecnologie avanzate e professionalità qualificate operanti da lungo tempo in campo molecolare diagnostico. In regione sono attivi Centri di eccellenza nella ricerca clinica e traslazionale nei settori ematologico, reumatologico, delle malattie autoimmuni, delle principali patologie acute e croniche dell'invecchiamento. La Regione vanta anche una eccellente rete di centri di Risonanza Magnetica e di Medicina Nucleare, alcune criobanche e numerose banche dati indispensabili alla RI sanitaria.

IV.5 Definizione della strategia e delle linee di intervento

Da quanto sopra esposto, è strategico indirizzare in maniera organica la Ricerca e l'Innovazione del SSR in settori ad alta tecnologia evitando uno sviluppo disordinato, volontaristico, inefficace, tardivo.

Al fine di intercettare le nuove opportunità offerte dalle tecnologie molecolari per la ricerca e l'innovazione sanitaria, il presente piano promuove la costituzione di una *Rete Regionale sulle Tecnologie Molecolari in Medicina*.

IV.5.1 La rete Regionale sulle Tecnologie Molecolari in Medicina

Definizione della strategia e delle linee di intervento

La Rete regionale sulle tecnologie molecolari in medicina è necessariamente **unica** perché è impossibile disgiungere attività sperimentale, clinica e diagnostica in un contesto innovativo quale quello delle nuove tecnologie molecolari e cellulari applicate alla medicina. Sarà coordinata da **una cabina di regia regionale** ed organizzata in **reti multicentriche finalizzate** ed in **poli** di rete. I singoli poli di rete potranno partecipare ad una o più attività di rete.

La logica è sia quella di portare la ricerca e la diagnostica avanzata quanto più vicino alla clinica di riferimento, sia di superare le barriere di specificità, anzi, di promuovere "contaminazioni" professionali e sinergie operative, creare un crogiolo in cui si fondano esperienze e si sviluppi la nuova "Medicina Molecolare".

Piano di risanamento-investimento

La cabina di regia sarà costituita da 5 componenti nominati dalla Regione Marche.

In una prima fase, saranno identificati i centri pilota partecipanti alla rete che dovranno fornire le risorse umane e materiali necessarie per l'attività di RI di Piano. Tali risorse potranno essere implementate, ove indispensabile. In una seconda fase, la rete sarà estesa agli altri centri del SSR. L'investimento previsto nel triennio sarà reperito da economie di piano e da risorse aggiuntive del SSN e comunitari. Parte delle risorse per queste finalità potranno anche essere ottenute con il concorso di enti e fondazioni pubbliche e private.

Modello di sviluppo sistemico

Dal punto di vista organizzativo la Rete è costituita dai seguenti settori:

- la cabina di regia di Rete;
- la piattaforma tecnologica, le banche e la ricerca di base;
- la rete molecolare clinico-diagnostica;
- la rete di Medicina Molecolare clinica.

Ogni settore di rete concorre agli obiettivi generali di Rete, può organizzarsi con proprie "cabine di regia" che coordinano i centri afferenti, persegue finalità specifiche identificate dal presente piano o dalla "cabina di regia" regionale.

Gli obiettivi generali della Rete sono:

a) creare una "Cabina di Regia" a livello regionale che analizzi gli interventi finalizzati e programmi ed organizzi le risorse con i responsabili dei centri identificati quali poli principali o componenti della rete;
b) costituire una Rete regionale organizzata in reti per i laboratori di ricerca, le piattaforme tecnologiche, le banche biomediche, il settore molecolare clinico-diagnostico, la Medicina Molecolare clinica che sviluppino le tecnologie le competenze professionali necessarie per attivare programmi di medicina molecolare;
c) identificare o promuovere la creazione di centri di eccellenza clinica di riferimento delle reti multicentriche per la medicina molecolare;
d) definire, sulla base delle risorse esistenti e dei fabbisogni stimati, i criteri da seguire per evitare inutili doppioni e per la distribuzione delle risorse tecniche nel territorio. Non si prevede la necessità di una centralizzazione dei laboratori, quanto piuttosto sarà indispensabile coordinare il lavoro dei diversi laboratori e soprattutto razionalizzare il percorso che il materiale biologico dei pazienti o i pazienti stessi dovranno fare all'interno del territorio regionale;

e) connettere la rete con partner extra-regionali di eccellenza nei settori di studio;
f) creare o implementare criobanche finalizzate allo stoccaggio degli acidi nucleici e di altro materiale utilizzato della diagnostica sperimentale e clinica;
g) creare “cell factories” per la terapia rigenerativa;
h) creare sistemi di riqualificazione ed implementazione delle risorse umane dedicate;
i) attivare consorzi e fondazioni anche con privati per l’implementazione del sistema;
j) identificare processi di valutazione, validazione e linee guida di applicazione dei risultati trasferibili in clinica;
k) dotarsi di un ufficio TT e brevettazione anche in convenzione o consorzio con altri enti o università pubbliche;
l) individuare *expertise* e strumenti necessari per soddisfare completamente il fabbisogno regionale di MM;
m) costruire linee guida per l’accreditamento ed il controllo di qualità dei laboratori di biologia molecolare;
n) individuare, sulla base dei dati epidemiologici regionali, delle priorità in tema di prevenzione e screening da proporre per la costruzione di programmi mirati;
o) progettare di una rete intranet dedicata, per mezzo della quale operare formazione e councelling, condividere protocolli e procedure, creare banche dati comuni, offrire servizi di consulenza di secondo livello anche attraverso la trasmissione di immagini, svolgere progetti di ricerca clinica;
p) identificare ed introdurre nuove tecnologie utili al SSR;
q) costruire ed implementare un sistema di indicatori e standard al fine di verificare i progressi compiuti.

Funzioni di Technology Assessment:

a) verificare efficacia e *cost-effectiveness* (CE) delle metodiche attualmente disponibili ed ancor più di quelle che vengono continuamente proposte;
b) fornire consulenza nell’ambito dell’*evidence-based purchasing;*
c) definire le indicazioni per l’esecuzione delle indagini di MM per le quali vi è già ora una dimostrata efficacia ed un favorevole rapporto CE.

Formazione

a) promuovere iniziative di formazione dirette ai professionisti della sanità;
b) promuovere campagne di informazione corretta della popolazione;
c) fornire suggerimenti alle Università sulla formazione finalizzata alla RI sanitaria.

Ridisegno dei processi

Le fasi di sviluppo della rete potranno essere organizzate come segue:

- Fase I (mesi 1-4)

  Creazione della "Cabina di Regia" regionale, attivazione dei centri pilota/poli di rete, identificazione delle azioni iniziali e dei responsabili operativi. Attivazione delle sottoreti di Ricerca e Clinico-diagnostica.

- Fase II (mesi 5-20)

  Allargamento della rete diagnostica, creazione delle sottoreti, identificazione di percorsi clinico-diagnostici e di azioni mirate all'immediata trasferibilità al sistema sanitario regionale, attivazione della sottorete di Medicina Molecolare clinica.

- Fase III (mesi 21-36)

  Implemento dell'attività di rete, rimodulazione dell'attività dei centri e sviluppo delle professionalità esistenti, reclutamento di nuove risorse, implementazione dei servizi di rete.

La "cabina di regia" regionale

Ha come obiettivi specifici di promuovere, organizzare, indirizzare e supervisionare la Rete di Ricerca, individuare e proporre l'allocazione di risorse. Promuovere il *fund rising*. Esercitare funzioni di Technology Assessment (TA). Promuovere la formazione tecnologica e scientifica avanzata.

La rete di ricerca, la piattaforma tecnologica, le criobanche e le banche dati

Ha come obiettivi specifici:

- creare sinergie tra i ricercatori attivi nei settori di ricerca di base e gli operatori e ricercatori dei settori di diagnostica e clinica;
- creare sinergie di scala ed ottimizzare l'utilizzo di strumentazione e tecnologie dedicate;
- recepire specifiche esigenze del SSR e sviluppare finalizzazioni cliniche;
- trasferire tecnologie e conoscenze ai settori più applicativi;
- orientare la ricerca agli obiettivi di parità di trattamento tra uomini e donne.

La rete di ricerca di base/traslazionale

E' il fulcro della rete. Ha come obiettivi specifici:

- creare nuova conoscenza;
- trasferire nella rete le informazioni più avanzate, le tecnologie più innovative, le strategie più promettenti;
- contribuire alla formazione tecnologica e scientifica avanzata del personale.

La piattaforma tecnologica

E' indispensabile per l'ottimizzazione dei risultati e dei costi. E' costituita da tutte le strumentazioni ad alta tecnologia (microarray platforms, real-time PCR, sequenziatori automatici, ecc) in uso nella rete e nei laboratori più avanzati del SSR. Tali tecnologie devono essere disponibili per l'attività di rete e saranno implementate e ridisegnate con azioni mirate nel corso dell'attività di rete anche mediante l'identificazione di partner industriali.

Le banche dati automatizzate

Obiettivi specifici della rete per le banche dati sono:

- creare coordinamento e ottimizzazione dei numerosi database automatizzati già disponibili in Regione
- promuovere nuovi archivi informatizzati su base regionale quali il Registro di Mortalità Residente ed il Registro Regionale Tumori a partire dalle esperienze esistenti,
- costituire una fonte unica, istituzionale, affidabile di informazione di carattere socio-economico-sanitario da utilizzare per la valutazione dello stato di salute della popolazione regionale.

La Banca cordonale e le Criobanche

Sono strutture indispensabili all'attività clinico-diagnostica e di ricerca e hanno come obiettivi specifici:

- potenziare le 4 criobanche esistenti in ambiente ematologico e le altre presso i Dipartimenti di ricerca dell'INRCA e delle Università;
- uniformare le tecnologie di criopreservazione e sviluppare criobanche dedicate alla preservazione di acidi nucleici e di cellule staminali, con particolare rilevanza per le staminali tumorali, anche a fine di ricerca;
- offrire al SSR servizi qualificati di criopreservazione;
- contribuire ad istituire una Banca di CSE cordonali, anche alla luce delle recentissime prese di posizione ministeriale; da prevedere ad Ancona, sede del Dipartimento Trasfusionale Regionale.

La rete Molecolare Clinico-Diagnostica

E' il centro dei processi finalizzati alla diagnostica molecolare ed alla terapia cellulare sperimentale. Ogni componente della rete, pur mantenendo le proprie specificità operative deve integrarsi il più strettamente possibile ai componenti delle sottoreti cliniche creando con loro, ove possibile un unicum.

.

I Laboratori di Patologia Molecolare Diagnostica

Hanno come obiettivi specifici:

- mettere in rete ed ottimizzare le attività di diagnostica molecolare esistente nei centri operanti nel SSR;
- promuovere la creazione di nuovi centri o aree di Laboratorio specializzati nella diagnostica molecolare;
- promuovere lo sviluppo della farmacogenomica;
- sviluppare la cultura della “Buona pratica di Laboratorio” e le interazioni con strutture cliniche impegnate nella MM;
- organizzare le attività di raccolta, stoccaggio e processazione centralizzata dei materiali e refertazione;
- identificazione di linee guida e standardizzazione dei processi operativi, creazione, ove inesistenti, di standard per VEQ regionale.

Le “Cell Factories”

L’uso di cellule staminali adulte (quella con cellule embrionali è vietata nel nostro paese) è di un uso ancora limitato nella pratica clinica (trapianto di cellule staminali ematopoietiche, cura di alcune neoplasie, di alcune patologie ematologiche quali la talassemia, la ripresa dell’emopoiesi post-trattamento chemio o radioterapico, in patologie tumorali o autoimmuni gravi). Sono anche applicati protocolli per la copertura di lesioni estese della cute, di cellule del limbus corneale in pazienti che necessitano di trapianto di cornea, nelle lesioni ossee di rilievo. La ricerca propone però possibili applicazioni per curare malattie degenerative (distrofia muscolare, Alzheimer, Parkinson ecc.) o tessuti danneggiati (infarto del miocardio, neurolesioni, lesioni osteo-articolari ecc.). Le cellule staminali sono anche un bersaglio ideale per la terapia genica poiché sono in grado di accettare, tollerare e mantenere nel tempo transgeni terapeutici. L’identificazione di un pool staminale nei tumori ematopoietici e solidi ha sviluppato anche una impetuosa attività di ricerca volta a bersagliare selettivamente questa popolazione responsabile della crescita tumorale.

Obiettivi specifici:

- Sviluppare linee di ricerca finalizzata all’utilizzo di cellule staminali nella medicina rigenerativa, con particolare riferimento alla terapia delle patologie osteo-articolari, cutanee, muscolari cardiache e scheletriche e cornee.
- Attivare cell factories certificate per lo sviluppo di attività di transfer cellulare e di medicina rigenerativa.
- Trasferire nella clinica le informazioni rilevanti emerse nella ricerca di base e molecolare sulle cellule staminali tumorali.

La Diagnostica per immagini e l’Imaging Molecolare

L’imaging molecolare è divenuto una delle sfide più interessanti nel campo della moderna diagnostica clinica. Negli ultimi anni i ricercatori hanno cercato sempre di più di sviluppare e far

approvare tecniche applicabili nella routine clinica giornaliera. Questo è dimostrato dalla enorme quantità delle pubblicazioni che trattano questi argomenti elencate su PubMed (ad oggi circa 48.000). La definizione più esatta di “imaging molecolare” sarebbe “caratterizzazione e misura in-vivo di processi biologici a livello cellulare e molecolare, ad opera dello sviluppo di agenti di contrasto specifici per determinati bersagli”. Naturalmente ciò è possibile solo in un contesto di attrezzature ad alta tecnologia che integri le discipline radiologiche e le strumentazioni diagnostiche e terapeutiche con le discipline cliniche orientate sugli organi.

Tutti i centri regionali di medicina nucleare sono dotati di attrezzature di ultima generazione con tecnologia tomografica a doppia testa, con possibilità di esecuzione di tutte le tipologie di indagine tra le più recenti. Sono presenti anche 3 PET: a Macerata (impianto fisso dal 2003), ad Ancona Torrette (PET/TC su mezzo mobile dal 2005) e a Pesaro (PET/TC su mezzo mobile dal 2006). Nell’arco temporale di vigenza del Piano si prevede l’installazione della PET ad Ancona e Pesaro mediante l’impiego di impianto fisso. In tutte le sedi sono anche presenti apparecchiature di RM e di TC-multistrato. Questa distribuzione equilibrata facilita la possibilità di pensare ad un progetto di rete, che concentri i servizi caratterizzati da bassi volumi di attività e da una elevata tecnologia, individuando centri di riferimento per le varie patologie, secondo la caratterizzazione clinica e/o tecnologica di ogni centro medesimo.

Obiettivi specifici:

- creare centri pilota che di “Imaging Molecolare ” basato sulle risorse tecnologiche di imaging PET-TC, RM. TC-multistrato;
- ottimizzare lo sfruttamento della tecnologia già posseduta integrandola con le valenze cliniche specialistiche. In base alla caratterizzazione delle varie Strutture partecipanti, a seconda dei campi di interesse e il case mix di pertinenza, sarà possibile la creazione di Centri di Riferimento Regionali per i diversi campi di intervento, e la contemporanea realizzazione di un database regionale di facile consultazione e pratica operatività;
- creare linee guida condivise ed un sistema di trasmissione di immagini per la gestione dell’invio dei pazienti verso una o più unità centrali di riferimento quando la soglia di complessità dell’intervento diagnostico previsto nella sede periferica sia superata, anche ricorrendo all’uso della “second opinion” ogni qualvolta si possa e debba evitare la mobilizzazione del paziente;
- trovare adeguata collocazione ed applicazioni nel campo della ricerca applicata all’imaging pre-clinico (MicroRM, MicroTC o MicroPET) anche con la convergenza di partners industriali.

La rete di Medicina Molecolare (MM) clinica

E’ la sede della selezione e gestione clinica dei pazienti da indirizzare alla diagnostica o alla terapia molecolare. E’ sviluppata in poli di riferimento regionale specializzati per patologia, in centri di primo livello e centri di primary care.

A regime, i **Centri di riferimento regionale** dovranno:

- progettare e realizzare profili di assistenza e cura per problemi clinici nei quali la MM svolge un ruolo già rilevante;

- sviluppare progetti di ricerca clinica, in collaborazione con altri centri nazionali ed europei e partecipare ai concorsi per l'attribuzione di finanziamenti nazionali ed europei.

I Centri di primo livello avranno come compito specifico:

- centralizzare e razionalizzare le risorse di cui dispongono al fine di raggiungere un livello minimo di competenze in modo da svolgere i compiti che saranno loro assegnati dal centro coordinatore. Se indispensabile, tali risorse saranno adeguatamente integrate;
- condividere le esperienze esistenti con tutto il territorio regionale;
- maturare competenze in tema di councelling genetico diretto ai MMG ed alla popolazione.

I **Primary Care** sono chiamati a sviluppare competenze:

- relativamente alla predizione del rischio di certe neoplasie ed allo screening di patologie relativamente frequenti a trasmissione autosomica recessiva come la fibrosi cistica;
- relativamente allo screening pre-concepimento ed all'individuazione di famiglie a particolare rischio genetico;
- in vista delle ricadute a medio termine della farmacogenomica sui comportamenti prescrittivi;
- nel campo della ricerca clinica ed epidemiologica.

Le reti per le più frequenti malattie croniche dell'Anziano

L'ultimo Rapporto Biennale al Parlamento (2002-03) sulla condizione dell'Anziano identifica le più frequenti patologie degli ultra sessantacinquenni: artrite/artrosi (56 %), ipertensione arteriosa (40%), osteoporosi (25%), malattie dell'apparato respiratorio (15%), Diabete (13%), malattie cardiache (11%). Le rimanenti patologie, compresi i tumori (4%) e l'infarto (6%) hanno incidenza inferiore al 10%. E' pertanto indispensabile attivare reti a valenza di MM con obiettivo specifico di promuovere e sviluppare la MM e la diagnostica molecolare in tali patologie. Obiettivi specifici:

- ottenere dati epidemiologici affidabili. Creare registri regionali delle principali malattie età associate. Studiare i fattori di rischio, le caratteristiche cliniche, sociali e genetiche dei pazienti affetti e dei loro consanguinei, ed i fabbisogni assistenziali;
- eseguire studi di epidemiologia genetica. Indagare sui marcatori genetico-molecolari di longevità e di invecchiamento di successo;
- identificare strategie diagnostiche e terapeutiche meno invasive;
- sviluppare profili di assistenza basati sui risultati di indagini genetiche di medicina predittiva e di suscettibilità dell'anziano ai rischi di fragilità;
- creare banche di materiale biologico per lo studio delle malattie dell'anziano.

La rete per le Malattie Autoimmuni

Le malattie autoimmuni sono patologie di notevole interesse per la Medicina Interna e per la Medicina specialistica. L'alta prevalenza, l'estensione spesso multiorgano, l'associazione con altre patologie, il coinvolgimento frequente, nel corso della gestione del paziente, delle strutture di

urgenza e di lungodegenza creano una molteplicità di punti di contatto tra i medici delle diverse specialità che hanno in cura il paziente e che spesso impostano la strategia terapeutica del disordine di base. Obiettivi specifici:

- Ottenere dati epidemiologici affidabili. Creare registri regionali delle principali malattie, con l'obiettivo di studiare i fattori di rischio, le caratteristiche cliniche, sociali e genetiche dei pazienti affetti e dei loro consanguinei, ed i loro fabbisogni assistenziali;
- Migliorare le competenze cliniche. Promuovere iniziative specifiche di formazione, diretta sia a tutti i clinici che lavorano in strutture di Medicina Interna e Specialistica, sia a Medici ed Infermieri che vogliano sviluppare una particolare competenza intorno alle malattie autoimmuni ed ai farmaci usati in queste condizioni;
- Sviluppare nuova ricerca clinica ed in particolare: identificare di fattori di rischio per lo sviluppo delle malattie autoimmuni e delle loro complicanze, prevenire le complicanze metaboliche, cardiovascolari, renali ed infettive delle malattie autoimmuni; migliorare il trattamento delle complicanze delle patologie autoimmuni e delle loro terapie; studiare l'impatto di farmaci utilizzati nel trattamento di patologie associate sul decorso e la prognosi della malattia autoimmune di base. E' sempre più evidente, infatti, come classi di farmaci non studiate come terapie di fondo possano giocare un ruolo nel controllare meccanismi fisiopatologici attivi in tali disordini;
- Studiare la patogenesi delle malattie, utilizzando e sviluppando nuove tecnologie, incluse le nanotecnologie e la lipidomica;
- Studiare il profilo metabolico lipidico per monitorare la risposta immunitaria e trasferire alla clinica i risultati ottenuti.

Rete per l'Ematologia oncologica

L'attività dei Centri di ematologia regionali registra circa 350 nuovi casi di leucemia/linfoma annui con 120-140 trapianti di cellule staminali emopoietiche (CSE)secondo i dati forniti dallo European Blood and Marrow Transplant Group (EBMT). Oltre 20.000 pazienti marchigiani godono di Trattamento Anticoagulante Orale (TAO) secondo i dati forniti dalla SISET, con tendenza all'aumento L'intensità assistenziale dei 12 centri e la relativa esperienza e capacità professionale sono molto variabili (alta, media, medio-bassa). Obiettivi specifici:

- Istituzione della **Banca di CSE cordonali**, anche alla luce delle recentissime prese di posizione ministeriale; da prevedere ad Ancona, sede del Dipartimento Trasfusionale Regionale;
- **Terapia cellulare**, comprendendo con questo termine: Donor Lymphocyte Infusion (DLI), isolamento, espansione e reinfusione di Cellule Staminali Mesenchimali, ecc.;
- **Terapia radiometabolica**: da istituire un centro anche ad Ancona, già presente a Macerata;
- **Radioterapia**: migliorare la funzionalità dei centri esistenti;
- Creazione di una rete di area vasta e mantenimento dei due poli di alta specialità di Pesaro e Ancona.

La Rete per l'Oncologia medica

Le malattie tumorali sono fra le patologie più frequenti e complesse della medicina moderna. La prevenzione diagnosi, prognosi e cura dei tumori è settore preferenziale di applicazione delle nuove tecnologie molecolari. Obiettivi specifici :

- Creare una rete oncologica regionale come potenziale componente di un futuro "Istituto Marchigiano Tumori" che consorzi Dipartimenti dell' UPM e del SSR con altri enti pubblici e privati sulle tecnologie avanzate.
- Ottimizzare gli standard terapeutico-assistenziali con particolare attenzione all'offerta assistenziale ai pazienti affetti da tumore, alle possibilità (e complessità) derivanti dalle ricadute della ricerca clinica in termini di nuovi protocolli terapeutici, alle esigenze legate alle cure palliative ed ai programmi di assistenza per i pazienti in condizioni critiche.
- Potenziare la ricerca clinica con particolare riferimento a quella molecolare e sulle cellule staminali tumorali, puntando ad aumentare le risorse disponibili e la collaborazione fra le diverse realtà esistenti.
- Promuovere e sostenere le attività di formazione del personale (medico e delle professioni sanitarie) in campo oncologico.

IV.6 Pianificazione delle Azioni

A breve termine

Creazione della "Cabina di Regia" regionale, attivazione dei centri pilota/poli di rete, attivazione di una rete intranet dedicata, identificazione delle azioni iniziali e dei responsabili operativi. Identificazione delle piattaforme tecnologiche. Identificazioni di partners extra-regionali. Attivazione dei principali settori di rete.

A medio termine

Allargamento della rete e suo implementamento, completamento delle sottoreti, identificazione di percorsi clinico-diagnostici e di azioni mirate all'immediata trasferibilità al sistema sanitario regionale, attivazione della sottorete di Medicina Molecolare clinica, azione mirata al recepimento in clinica di nuovi profili molecolari. Rimodulazione dell'attività dei centri e sviluppo delle professionalità esistenti, reclutamento di nuove risorse, sviluppo di sperimentazioni cliniche mirate, creazione di banche genomiche, consorzi di sviluppo, attivazione di nuove linee di finanziamento del programma, creazione o disponibilità di un ufficio brevetti e di altri servizi di rete.

A lungo termine

Diffusione all'intero sistema sanitario regionale dei risultati tecnologici ed operativi ottenuti dalla rete. Riorganizzazione dei poli esistenti nella rete e consolidamento o creazione di centri di ricerca e sviluppo nei settori delle Biotecnologie mediche, Medicina Molecolare, Medicina Rigenerativa, Oncologia. Attrazione di ricerca industriale ad alta tecnologia nel settore biomedico con creazione di distretti dedicati.

V SISTEMA QUALITÀ

V.1 Introduzione

Le fonti della costituzione del sistema qualità nella Regione Marche, come presente nei Piani sanitari 1998-2000 e 2003-2006 sono tratte dai principi, i modelli e gli strumenti pubblicati dalla migliore letteratura internazionale, dal Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 e dagli altri documenti su qualità e sicurezza pubblicati dal Ministero della Salute nel proprio sito.

Tali documenti sono stati le fonti delle proposte di progettazione del sistema qualità e sicurezza approvate dal Consiglio Regionale delle Marche nei due piani sanitari 1998-2000 e 2003-2006, in coerenza con i rispettivi Piani Sanitari Nazionali ed in adattamento di questi alla realtà regionale.

Le azioni conseguenti della Regione Marche, monitorate dall'OMS dal 2003 al 2005 hanno determinato il conferimento all'ARS Marche dello status di Centro Collaborativo OMS per lo sviluppo e l'istituzionalizzazione della qualità nei sistemi sanitari.

V.2 Analisi della realtà regionale

La costruzione del sistema verso la governance per la qualità e la sicurezza nella Regione Marche ha avuto caratteristiche sistemiche a partire dall'anno di inizio della vigenza del II Piano sanitario regionale, 1998-2000 azione che è proseguita fino ad oggi in costruzione di una cultura della qualità e della sicurezza.

Le realizzazioni effettuate sono le seguenti:

1. la formazione dei referenti aziendali per la qualità;
2. il sistema di autorizzazione-accreditamento istituzionale;
3. lo sviluppo delle reti cliniche con i profili d'assistenza;
4. la rete della qualità percepita dai cittadini e della partecipazione con il conseguente sviluppo della rete di associazioni per la partecipazione dei cittadini;
5. la rete per la sicurezza ed il risk management;
6. Il sistema qualità;
7. Il centro documentazione qualità Avedis Donabedian;
8. Lo strumento di Valutazione della cultura della qualità del sistema;
9. Le altre iniziative: VEQ, OPT, il Centro Collaborativo dell'OMS per lo sviluppo e l'istituzionalizzazione della Qualità nei sistemi sanitari.

1. La formazione dei referenti aziendali per la qualità

E' stata un'azione iniziale, datata ormai 1998, che ha formato un referente qualità per azienda (attualmente zona).

Le competenze trasmesse a questo primo nucleo di operatori sono state: generalità sulla qualità, analisi organizzativa sistemica, progettazione, valutazione, conduzione e gestione dei gruppi di lavoro.

Questi referenti sono stati per molto tempo i punti di riferimento per il sistema di autorizzazione/accreditamento regionale e sono tuttora, per la gran parte, i referenti del sistema regionale per la sicurezza ed il rischio clinico.

2. Il sistema di autorizzazione/accreditamento istituzionale

Il processo di costruzione del sistema regionale di autorizzazione/accreditamento è iniziato nel 1998 con la costituzione, in accordo con le principali organizzazioni scientifiche e professionali, di 33 gruppi di professionisti di varie discipline e specialità, che, sulla base dei manuali di accreditamento JCAHCO, Canadian ed Australian Councils for Accreditation e sulla base degli standard nazionali di accreditamento istituzionale del 15 gennaio 1997 ha costituito i manuali di standard di autorizzazione ed accreditamento istituzionale, secondo il principio che gli standards nazionali costituivano, assieme a standards presenti in tutta la legislazione nazionale relativa alle varie normative, il manuale di autorizzazione.

Il Manuale di accreditamento è stato costruito con la diretta partecipazione dei professionisti, dopo un processo di consenso durato più di un anno, avendo come base i manuali standard delle organizzazioni internazionali citate.

Quest'ultimo in particolare è stato reso confrontabile con gli standard internazionali, prima versione, dell'ISQua ALPHA Council, in maniera tale da poter essere riconoscibile a livello internazionale in una prospettiva europea. Le stesse disposizioni regionali sull'accreditamento, ed in particolare il processo di accreditamento è stato costruito in maniera tale da essere compatibile e riconoscibile a livello internazionale.

Tramite il sistema di autorizzazione sono state censite tutte le strutture sanitarie pubbliche e private della regione, data base presente presso il servizio salute.

La periodica autovalutazione sulla base degli standard di autorizzazione da parte delle strutture pubbliche e private ha consentito di dare uno sguardo sulle più importanti necessità di ammodernamento strutturale delle stesse, e buona parte degli interventi micro, ma anche macro effettuati in questi anni ha questa fonte.

Sono stati formati dalla Regione 350 operatori pubblici e privati per il ruolo di valutatori interni di accreditamento, fra i quali sono stati individuati dal Gruppo regionale Accreditamento una sessantina di valutatori esterni, che, con la guida di senior, hanno effettuato le visite, che hanno riguardato, in questo periodo, soprattutto odontoiatri e piccole strutture di riabilitazione e di accoglienza post ricovero.

E’ possibile vedere qui di seguito le attività svolte dal Gruppo Regionale per l’Accreditamento – GAR - per gli anni 2003, 2004, 2005, 2006:

- 6 Corsi di formazione GAR ogni corso ha durata di 4 gg con 350 operatori formati come valutatori interni per l’accreditamento istituzionale
- Sistematizzazione su cartaceo e data base della posizione autorizzativa del settore pubblico riguardante 13 Aziende Unità Sanitarie Locali (ora Zone); 2 Aziende Ospedaliere e un IRCSS.

E’ possibile vedere nelle seguenti tabelle l’attività svolta ai fini di Autorizzazione alla realizzazione (Tab. 1), Autorizzazione all’esercizio (Tab. 2), Accreditamento istituzionale (Tab. 3).

Tab.1 AUTORIZZAZIONE ALLA REALIZZAZIONE: PROCEDURA ART.7 – Anni 2003-2006

Gestione di n° 315 pratiche autorizzative.

Anno	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**	**TOTALE 2003-2006**
Pratiche autorizzative	97	96	67	55	315

Tab.2 AUTORIZZAZIONE ALL’ESERCIZIO: PROCEDURA ART.8 – Anni 2003-2006

Gestione del processo di autorizzazione di 65 strutture così distinte:

Tipo struttura	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**	**TOTALE 2003-2006**
Residenziale	7	9	3	5	24
Unità Operative Ricovero e cura	1	5	5	3	14
Ambulatoriale	6	4	7	2	19
Ambulatoriale Alta Specialità	1				1
Semiresidenziale	3				3
Day Surgery	2				2
Terme			1	1	2
TOTALE	20	18	16	11	65

Tab.3 ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE: PROCEDURA ART.16

Gestione del processo di accreditamento di 191 strutture così distinte:

Tipo struttura	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**	**TOTALE 2003-2006**
Struttura Odontoiatrica	4				4
Studio Odontoiatrico	27	10			37
Struttura ambulatoriale	10	25	62	28	125
Laboratorio Analisi	14				14
Comunità Tossicodipendenti	3				3
Struttura residenziale		3	5		8
TOTALE	58	38	67	28	191

3. Lo sviluppo delle reti cliniche con i profili d'assistenza

Il lavoro sui profili d'assistenza è iniziato sperimentalmente nel 2000 e continua ancor oggi con 4 profili e reti cliniche attivate: Infarto Miocardico Acuto, Stroke, Frattura di femore e Uremia.

La Regione Marche è in Italia la regione guida metodologica per la progettazione dei profili d'assistenza ed ha ospitato, per questo riconoscimento nel 2004 il primo congresso europeo dell'European Pathway Society che ha visto rappresentanti provenire da 15 paesi Europei e dagli USA.

4. La rete della qualità percepita dai cittadini e della partecipazione con il conseguente sviluppo della rete di associazioni per la partecipazione dei cittadini

La rete degli Uffici per le Relazioni con il Pubblico è stata costituita nel 1997, è stata attivata ufficialmente come rete nel 2000 ed ha prodotto, capofila l'ARS Marche, un sistema regionale di reporting dei reclami che i cittadini fanno agli stessi URP che, dopo una fase sperimentale di un anno, ora è al suo terzo anno di vita.

E' costituito da un database e da report trimestrali che pervengono all'ARS Marche, da questa vengono elaborate e inviate in feed back. Annualmente viene inviato un report a tutte le aziende, zone e al Servizio Salute. L'ultimo report presenta la situazione a tutto aprile 2007.

I dati sono di norma inviati ai direttori generali per le opportune misure di miglioramento.

Nel contempo l'ARS, assieme a Sociologia di Bologna e SiQuas è diventata titolare della responsabilità della traduzione e utilizzo del sistema Picker per la valutazione della esperienza dei pazienti nelle strutture sanitarie diffuso in tutto il mondo.

I questionari Picker sono stati tradotti e lo strumento è stato testato nella zona 1 di Pesaro.

Problemi organizzativi importanti hanno impedito la prosecuzione dell'esperienza, tenendo anche conto degli alti costi che il Picker Institute Europe grava su quanti utilizzano il suo strumento a fini di valutazione.

Lo strumento Picker è diventato allora uno degli strumenti che costituiscono la bibliografia di riferimento degli strumenti di valutazione dei pazienti, che sono stati studiati e sono in via di sperimentazione nell'esplorazione delle esperienze dei cittadini all'interno dei percorsi di cura. Per il momento siamo in fase di inizio sperimentazione per i pazienti affetti da IMA e siamo in fase di progettazione dello strumento per i pazienti o i parenti affetti da stroke.

Per i pazienti uremici il profilo assistenziale è iniziato con un focus group che ne ha rilevato i bisogni principali e le priorità, e continua con la loro partecipazione diretta.

Alcuni ospedali hanno sperimentato e consolidato forme di accompagnamento dei pazienti con il volontariato.

Sul fronte della partecipazione l'ARS ha messo a punto le azioni preparatorie al fine dell'attuazione dell'art 24 della L.R. 13/2003 per la partecipazione dei cittadini.

Dall'elenco delle associazioni di volontariato sono state censite 40 associazioni per la partecipazione fra associazioni di pazienti e parenti di pazienti, tutela, donatori e trapiantati, e sono stati riuniti in assemblea nel corso delle quali è stato proposto un regolamento per il funzionamento del sistema regionale di partecipazione. Tale lavoro continua oggi in progress.

5. La rete per la Sicurezza ed il risk management

Il Piano sanitario Regionale 2003-2006 ha dato delle indicazioni precise sulle priorità regionali da affrontare in tema di sicurezza, ed alcune realtà hanno in questo periodo presentato dei dati di miglioramento nel senso della riduzione dell'incidenza di lesioni da decubito, infezioni ospedaliere, cadute, ad opera soprattutto delle reti spontanee o organizzate fatte dagli operatori.

6. Il Sistema qualità e i cittadini

In Regione c'è quindi una cultura diffusa fra gli operatori ed una serie di esperienze che vanno consolidate nel sistema qualità che vede il cittadino al centro del sistema sanitario, e l'applicazione degli strumenti più adeguati al soddisfacimento di questa caratteristica essenziale. Al servizio della centralità sono posti sia gli strumenti della qualità organizzativa, sia quelli della qualità professionale, avendo tutti gli strumenti l'obiettivo comune della sicurezza dei cittadini all'interno dei servizi sanitari; occorre inoltre un sistema di accreditamento istituzionale che verifica la compresenza nel sistema di tutti gli strumenti necessari per la progettazione, organizzazione,

valutazione e miglioramento della qualità e della sicurezza e un sistema di documentazione al servizio della buona cura dei pazienti.

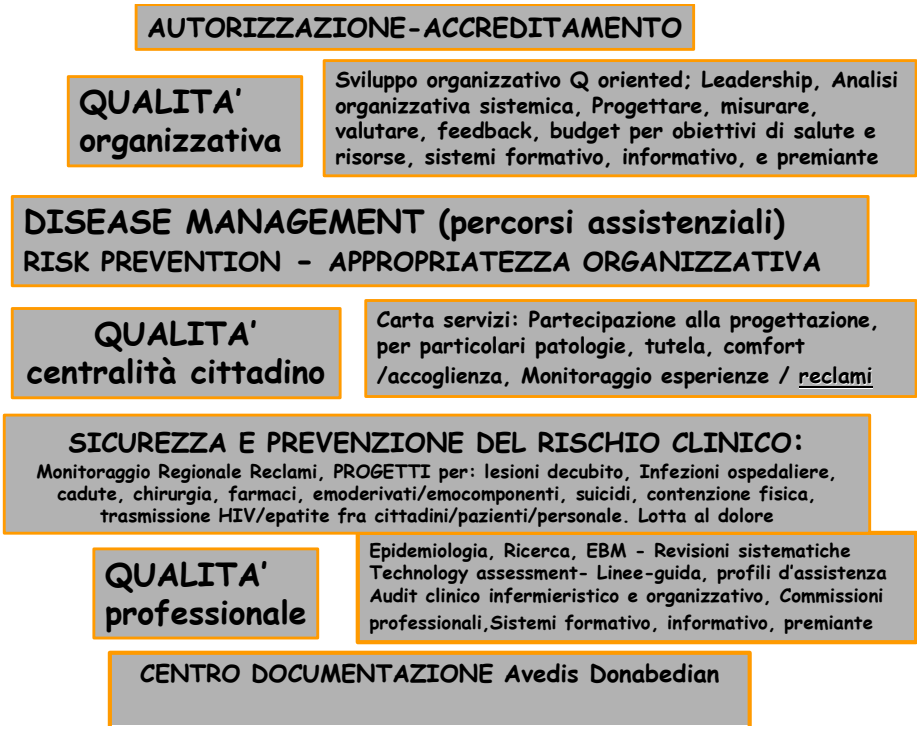
7. Centro Documentazione Qualità Avedis Donabedian

Si avvale di un thesaurus su salute e qualità e di un data base di circa 2000 documenti, di cui i 350 principali on-line.

8. Lo Strumento di valutazione della cultura di sistema

Per valutare questo sistema è stato messo a punto ed utilizzato come base di partenza un sistema di valutazione della cultura della qualità (chiamato report doti-bisogni), che è stato testato ed utilizzato nel 2003 e che può essere riattivato in accordo con le nuove Autorità sanitarie.

La Tab. 4 illustra il modello di sistema qualità già presente in Regione Marche a seguito delle azioni conseguenti ai PSR 1998-2000 e 2003-2006 in coerenza con le indicazioni dei relativi Piani sanitari Nazionali



9. Le altre iniziative

1. **La VEQ.** Tutti i laboratori si sottopongono a valutazione esterna di qualità (VEQ), ed i risultati dimostrano un miglioramento significativo delle prestazioni.
2. **L'OPT**. E' stato implementato un osservatorio sperimentale dei prezzi e delle tecnologie.
3. Il **Centro Collaborativo dell'OMS** per lo sviluppo e l'istituzionalizzazione della Qualità nei sistemi sanitari. L'ARS-Marche, per la sua attività nei confronti dello sviluppo della qualità è stata riconosciuta, dopo tre anni di valutazione internazionale "Centro Collaborativo dell'OMS per lo sviluppo e l'istituzionalizzazione della qualità nei sistemi sanitari", con competenze riconosciute dall'OMS per guidare progetti internazionali su:
   - Proposta e sperimentazione di modelli per lo sviluppo di politiche sulla qualità e sulla sicurezza dell'assistenza e a livello locale e regionale
   - Supporto tecnico ai governi regionali e nazionali per la pianificazione e implementazione di politiche sulla qualità e sulla sicurezza nei loro sistemi sanitari
   - Predisposizione di programmi di formazione continua e training sulla gestione della qualità, la sicurezza e controllo economico nei sistemi sanitari per gli operatori sanitari, manager e politici
   - Sviluppo di proposte legislative e regolamentarie per la istituzionalizzazione dello sviluppo della qualità a livello locale
   - Pianificazione e implementazione di un Centro di documentazione sulla Qualità e Sicurezza
   - Sviluppo del Sistema PATH (Standard Performance Tool for quality improvement of Hospital) in Europa[1].

In particolare per quest'ultimo sistema di indicatori di performance di ospedali l'ARS Marche agisce in qualità di centro collaborativo con la responsabilità di trovare dei partners per la gestione della piattaforma informatica (in collaborazione con ITB-CNR) e per la gestione del sito web del progetto, che nei prossimi anni comporterà il coinvolgimento fino a 1000 ospedali rella regione europea dell'OMS.

Inoltre l'ARS ha partecipato, come centro collaborativo OMS a due progetti in partnership con il Ministero degli affari esteri:

- la fondazione dell'Agenzia Albanese per la qualità, la sicurezza e l'accreditamento del Governo albanese;
- la costituzione di tre agenzie per la formazione permanente degli operatori della Bosnia per la riabilitazione nell'infanzia e dellè'adolescenza, in seguito ai postumi della guerra.

[1] Il progetto prevede l'implementazione del sistema indacatori PATH (21 indicatori approvati + 55 indicatori addizionali) inerenti 6 dimensioni della qualità (efficacia clinica, orientamento staff, efficienza, sicurezza, centratura sul paziente, resposabilità) sperimentati in 40 ospedali di 3 aree (Europa, Canada, Sud Africa) e in via di sperimentazione in Albania, Slovacchia, Estonia, Slovenia e Georgia. Il WHO intende sviluppare il sistema PATH all'intero sistema ospedaliero europeo. Il CC-WHO Ancona è stato incaricato di sviluppare: a) Il web-site per il progetto; b) la piattaforma internet per la raccolta dati; 3) il supporto alla raccolta dati e il controllo di qualità degli stessi; 4) l'analisi dei dati; 5) la redazione dei report. Inoltre collabora con l'istituendo CC-WHO di Cracovia alla predisposizione dei pacchetti di formazione per gli ospedali europei che che aderiranno al progetto PATH.

V.3 Definizione della strategia e delle linee di intervento

Ai fini dell'attuazione concreta degli impegni presi con i cittadini, è necessario mantenere e potenziare la strategia regionale per la qualità e la sicurezza, già impostata con i Piani Sanitari 1998-2000 e 2003-2006, che ha operato per garantire lo sviluppo sul territorio e fra i professionisti della cultura della qualità, introdotta con le azioni sopracitate.

La strategia regionale per la qualità e la sicurezza si attua attraverso le seguenti azioni concrete di sistema del patto per la Salute sottoscritto in Conferenza Stato-Regioni e con gli altri documenti nazionali che sono in via di pubblicizzazione su qualità e sicurezza del sistema sanitario nazionale.

Da parte della Regione, nel triennio 2007-2009:

1. definire gli obiettivi di qualità del sistema, dal punto di vista della centralità dei cittadini, dell'organizzazione e del lavoro professionale, a partire dai bisogni di cambiamento rilevati dai diversi sistemi informativi regionali correnti e di quelli che sarà necessario, in linea prioritaria, organizzare;
2. definire i mandati delle aziende per l'offerta delle attività assistenziali, garantendo l'adeguata distribuzione sul territorio dei servizi sanitari e socio assistenziali ai vari livelli di specializzazione e complessità sulla base dei bisogni e della domanda della popolazione;
3. attivare il sistema regionale per la partecipazione dei cittadini in base all'art. 24 L.R. 13/03, ed ogni sistema atto a garantire la centralità del cittadino e delle comunità nella programmazione delle attività sanitarie e di integrazione socio sanitaria;
4. adeguare il sistema di budgeting agli obiettivi di qualità e sicurezza del sistema;
5. adeguare il sistema di contrattazione decentrata per la dirigenza, per il comparto e per i medici a convenzione agli obiettivi di qualità e sicurezza del sistema, condizionandoli ai relativi debiti informativi ed all'impiego delle relative innovazioni tecnologiche necessarie a garantirli;
6. potenziare o allestire a livello regionale almeno i seguenti sistemi informativi e metterli al servizio del sistema informativo regionale orientato alla qualità:
    a. Sistema di reporting trimestrale sui reclami (già attivo e funzionante).
    b. Sistema VEQ per i laboratori di analisi (già attivo e funzionante).
    c. Sistema regionale di monitoraggio dei sinistri (richiesto dal Ministero della Salute come priorità nazionale), gestito direttamente dalla Regione.
    d. Sistema di reporting in tempo reale sugli eventi sentinella (richiesto come priorità dal Ministero della salute ed oggetto di un accordo nella conferenza stato-regioni) per la sicurezza e relativo servizio Regionale di Deep Root Analysis in caso di evento avverso.
    e. Sistema regionale di reporting sui near-misses o sugli eventi avversi.
    f. Sistemi di reporting sulle reti cliniche (IMA, stroke, frattura di femore, uremia cronica – già progettato e testato per l'IMA, in corso di progettazione per le altre reti.
    g. Sistema di reporting regionale su autorizzazione ed accreditamento istituzionale (attivo e funzionante).

h. Sistema di benchmarking per l'autovalutazione delle performance ospedaliere mediante il sistema PATH dell'OMS.
i. Sistema di benchmarking per l'autovalutazione delle prestazioni di Medicina Generale con il sistema Picenum (attivo e operante su base volontaria nel sud della Regione).
j. Sistema di valutazione dei bisogni dei pazienti degenti dei presidi di riabilitazione e lungodegenza mediante il sistema RUG (già testato e pronto per l'attivazione).
k. Sistemi regionali per il controllo ed il monitoraggio degli eventi avversi da farmaci, emocomponenti ed emoderivati e per il controllo e la prevenzione delle infezioni ospedaliere, lesioni da decubito, cadute e suicidi in ospedale.
l. Sistemi di monitoraggio dell'attuazione delle raccomandazioni del Ministero della Salute per la sicurezza dei cittadini nel sistema sanitario.

7. Riattivare azioni regionali generalizzate di formazione permanente sui temi della qualità e della sicurezza.
8. Collegare le azioni precedenti al sistema di autorizzazione ed accreditamento istituzionale già in atto e da rilanciare come priorità.
9. Potenziare il sistema documentale regionale con l'attivazione del progetto di "biblioteca virtuale", attivato sperimentalmente dall'Area Vasta di Pesaro-Fano e il mantenimento ed il potenziamento del Centro Documentazione Qualità Avedis Donabedian.
10. Sperimentare un sistema di valutazione delle performances del sistema sanitario basato su indicatori che misurano l'efficacia dell'azione di prevenzione e di promozione della salute.

Da parte delle Aziende:

1. Garantire che ogni Azienda Ospedaliera o Zona ponga la qualità e la sicurezza come azioni organizzative prioritarie fissando con un Piano Aziendale Qualità e Sicurezza gli obiettivi di qualità e sicurezza pertinenti con i rispettivi problemi di performance identificati a livello locale e definisca a livello locale, anche integrando in area vasta ed in area regionale, i relativi progetti di cambiamento necessari a garantire il superamento dei problemi rilevati. Ogni progetto ritenuto prioritario dovrà generare reti e sistemi informativi ad hoc in grado di monitorare i risultati nel corso del tempo e di modificare i progetti, se necessario, in corso d'opera, con la partecipazione degli attori professionali coinvolti e dei cittadini. Tali reti dovranno relazionarsi con il livello regionale centrale ed il suo coordinamento.
2. Garantire la partecipazione alla progettazione ed attivazione dei progetti di cambiamento per la qualità e la sicurezza di tutti gli operatori coinvolti ed adeguare di conseguenza sia i propri obiettivi di budget sia i propri sistemi premianti che quelli formativi.
3. Porre come priorità la prevenzione degli eventi avversi già segnalati nel PSR 2003-2006 e portare le relative azioni e processi a sistema regionale promuovendo progetti collaborativi interaziendali ed interzonali su priorità per la sicurezza, utilizzando e valorizzando le buone pratiche per la sicurezza di efficacia dimostrata che sono già in atto, anche con adeguate attività di benchmarking di processi e di risultati.

4. Portare a sistema le migliori pratiche per la prevenzione degli eventi avversi già esistenti diffondendole sul territorio e allestire sistemi di segnalazione ed analisi degli eventi sentinella, degli eventi avversi e dei near misses.
5. Le direzioni generali delle aziende e delle zone (anche per area vasta) dovranno garantire il potenziamento degli staff qualità, sicurezza, formazione e relazioni con il pubblico necessari per fornire supporto agli operatori del territorio e degli ospedali coinvolti nei progetti di cambiamento organizzativo e professionale e le reti interne dei referenti dipartimentali almeno per qualità, sicurezza e formazione.
6. Ai fini della garanzia della sicurezza dei cittadini dovranno essere sottoposte a revisione e se necessario integrate, specie per gli ospedali per acuti, le necessarie dotazioni organiche a garanzia della copertura dello staffing sulla base dei mandati regionali.
7. Le Direzioni Generali delle aziende e delle zone anche per area vasta dovranno partecipare attivamente alle reti informative richieste dalla Regione collaborando con il loro staff alla loro piena condivisione ed attivazione.
8. Le Direzioni Generali dovranno favorire la pratica dell'audit clinico sia a livello ospedaliero che territoriale, collegarla ai crediti formativi dei dipendenti e allestire idonee attività di audit organizzativo coerenti con le precedenti.
9. Le Direzioni Generali dovranno sviluppare i sistemi per la partecipazione dei cittadini proposti a norma dell'art. 24 della L.R. 13/03 e successive azioni preparatorie e ogni ulteriore azione necessaria a garantire la centralità del cittadino e della comunità nella programmazione delle attività sanitarie e di integrazione socio-sanitarie.
10. Le direzioni generali dovranno garantire che gli standards di autorizzazione ed accreditamento istituzionale previsti dalla L.R. 20/00 e successive modificazioni siano presenti nelle rispettive organizzazioni sanitarie, ed essere pronte alle visite di verifica degli stessi.

V.4 Pianificazione delle azioni

Priorità del livello regionale

A breve termine

La Regione Marche dovrà:

1. Definire gli obiettivi di qualità del sistema sanitario regionale.
2. Definire i mandati delle aziende per l'offerta delle attività assistenziali.
3. Attivare il sistema regionale per la partecipazione dei cittadini in base all'Art. 24 Legge 13/03.
4. Rendere coerente ed adeguare il sistema di budgeting agli obiettivi di qualità e sicurezza del sistema.
5. Allestire sistemi di segnalazione ed analisi degli eventi sentinella, dei sinistri, degli eventi avversi e dei near misses.
6. Potenziare e dare impulso al vigente sistema regionale di autorizzazione ed accreditamento.
7. Attivare sistemi di valutazione delle performance degli ospedali.

Medio termine

La Regione Marche dovrà:

1. Rendere coerente ed adeguare il sistema di contrattazione decentrata per la dirigenza, per il comparto e per i medici a convenzione agli obiettivi di qualità e sicurezza del sistema verso una clinical governance effettiva.
2. Riattivare azioni regionali generalizzate di formazione permanente sui temi della qualità e della sicurezza.
3. Collegare le azioni precedenti al sistema di autorizzazione ed accreditamento istituzionale.
4. Potenziare il sistema documentale regionale a supporto delle azioni di governance.
5. Sperimentare un sistema di valutazione degli indici di promozione della salute e di prevenzione.

Lungo termine

La Regione Marche dovrà:

1. Potenziare o allestire a livello regionale i sistemi informativi necessari per il monitoraggio delle azioni di governance esclusi i sistemi facenti parte del crash program.

Priorità a livello aziendale

A breve termine

Ogni Azienda dovrà:

1. formulare un Piano aziendale Qualità e Sicurezza con l'ampia partecipazione degli operatori, ponendo come priorità la prevenzione degli eventi avversi, documentando e portando a sistema le migliori pratiche per la prevenzione degli eventi avversi già esistenti e diffondendole sul territorio.
2. allestire in accordo con la Regione sistemi di segnalazione ed analisi degli eventi sentinella, dei sinistri, degli eventi avversi e dei near misses.
3. adeguare le proprie strutture e processi agli standards vigenti di autorizzazione ed accreditamento regionale e partecipare alla formulazione dei loro aggiornamenti.
4. Sviluppare i sistemi per la partecipazione dei cittadini ai sensi dell'art 24 della L.R. 13/03 e ogni ulteriore azione necessaria a garantire la centralità del cittadino e della comunità nella programmazione delle attività sanitarie e di integrazione socio-sanitaria.

Medio termine

Ogni Azienda dovrà:

1. Garantire il potenziamento degli staff qualità, sicurezza, formazione e relazioni con il pubblico.

Lungo termine

Ogni Azienda dovrà:

1. Alla luce del mandato regionale sottoporre a revisione e integrare se necessario le dotazioni organiche a garanzia della copertura dello staffing.
2. Partecipare attivamente alle reti informative richieste dalla regione collaborando con il loro staff alla loro piena condivisione ed attivazione, specie per la valutazione della sicurezza e delle performances degli ospedali.
3. Favorire la pratica dell'audit clinico sia a livello ospedaliero che territoriale, collegarla ai crediti formativi dei dipendenti e allestire idonee attività di audit organizzativo coerenti con le precedenti e con le altre azioni di governance.

PARTE II – PROCESSI SANITARI

VI RETE DELLA PREVENZIONE E DELLA ASSISTENZA COLLETTIVA

VI.1 Analisi della realtà regionale

Come si evidenzia dai dati riportati nel quadro epidemiologico generale, la Regione Marche si caratterizza per l'indice di vecchiaia maggiore in Italia e ciò comporta la necessità di una particolare attenzione alla prevenzione delle patologie cronico-degenerative tipiche dell'anziano, cosi come una attenzione particolare alla prevenzione in età neonatale e della primissima infanzia, con particolare riferimento all'arrivo di popolazioni migranti che compensano gli indici di natalità negativi della popolazione autoctona.

Il tessuto produttivo regionale è tipicamente caratterizzato dalla microimpresa diffusa in tutti i comparti produttivi, con rare eccezioni in alcuni territori; altra caratteristica è la presenza di bacini territoriali caratterizzati da attività produttive omogenee, dal legno nel pesarese e maceratese, al polo calzaturiero nel civitanovese e nel fermano, al polo del freddo nel sambenedettese, per finire con il metalmeccanico del fabrianese e dello jesino. Questa caratteristica è sicuramente una delle concause di diversità anche marcate degli indici infortunistici che si registrano nei territori delle Zone Territoriali dell'ASUR.

In senso generale la presenza diffusa di microimpresa è verosimile concausa di indici infortunistici superiori alle medie nazionali.

Nel territorio Regionale insistono anche un elevato numero di attività lavorative collegate con la filiera agro – alimentare che necessitano del controllo sulla sicurezza alimentare, anche esse distribuite in modo spesso aggregato per tipologie produttive e filiere.

Rispetto agli incidenti stradali, la diminuzione dell'indice regionale che risulta da confronto dei dati 1995 – 2004, è in verità determinato dalla situazione in netto miglioramento nelle province di Ancona e Macerata, ed altrettanto deciso incremento nelle restanti province.

Storicamente i bisogni dell'area della prevenzione collettiva sono stati individuati prevalentemente come derivanti da normative alle quali il cittadino da un lato ed i servizi sanitari dall'altro, dovevano adeguarsi. Il DPCM 29 novembre 2001 (Definizione dei livelli esenziali di assistenza), risente di tale impostazione ed individua paragrafi che più che bisogni, segnano contenitori organizzativi della attività da svolgere da parte del servizio sanitario regionale.

L'accordo Stato Regioni del 2003 che dà il via al "Progetto Mattoni", ha avuto l'obiettivo, tra gli altri di impostare un sistema di indicatori per la assistenza collettiva tendenti a privilegiare l'ottica di valutazione dell'efficacia degli interventi di prevenzione (per quanto possibile), finalizzando la definizione dei contenuti informativi alla costruzione di indicatori di "copertura" in quanto, in questa area di intervento, si ritiene una accettabile approssimazione di misura dell'outcome, la misura della "copertura" di popolazione a seguito di uno specifico programma di azione.

Sulla base del documento tecnico del "Mattone 15" è, al momento attuale, in discussione la revisione nazionale dei LEA che tende ad orientare maggiormente i livelli essenziali di assistenza, nel campo della prevenzione collettiva e promozione della salute, verso l'organizzazione e lo svolgimento di programmi di intervento monitorati piuttosto che verso la sommatoria di azioni

puntuali, seppur indicate dalla normativa specifica. Questa impostazione è coerente, anzi supportata da paragrafo 3.4 specifico del P.S.N. 2006-2008 che richiama sia la metodologia che tutte le esperienze più significative nei vari campi della prevenzione in corso a partire dal 2002.

La Regione Marche è da diversi anni impegnata per il riorientamento della mission e del metodo di lavoro della rete per la prevenzione collettiva, come dalla DGR 54/04 e DGR 866/04 nonché dal lavoro svolto a livello nazionale in sinergia con il sistema delle Regioni.

VI.2 Assessment organizzativo, tecnologico e strutturale.

Partendo dalla constatazione che nella Regione Marche la Macroarea della prevenzione primaria collettiva aveva notevoli criticità di sistema, nel periodo che va dal 2003 al 2006 è stato effettuato un intervento continuato e coerente per strutturare una rete per la prevenzione che trova riferimenti normativi e programmatori nella LR 13/03, nel PSR 2003-2006, nella DGR 54/04 (linee guida per i Dipartimenti di Prevenzione), ed infine nella DGR 866/94 (Istituzione della Rete Epidemiologica); I punti fondamentali del percorso sono:

- risposta diffusa nel territorio con Dipartimenti di Prevenzione in ogni Zona Territoriale che garantiscono i LEA e la vicinanza ai cittadini;
- forte coordinamento centrale per garantire lo sviluppo della rete compatibilmente con le risorse economiche e per garantire una maggior omogeneità di risposta;
- governo regionale inteso anche come “sostegno e facilitazione” alla azione del territorio attraverso una programmazione condivisa;
- sviluppo di un sistema informativo e di comunicazione del rischio unitario, già operante per l’area Veterinaria-Alimenti ed in fase di appalto per Igiene e Sanità Pubblica, Prevenzione Sicurezza negli Ambienti di Lavoro, Medicina dello Sport, screening oncologici;
- programmazione dello sviluppo di qualità dell’offerta, tramite funzioni di eccellenza operanti in area vasta (intendendo con tale parola un territorio sovrazonale di dimensioni variabili, basate sull’analisi dei bisogni, che garantisca l’equilibrio tra qualità del servizio e risorse impegnate);
- trasformazione progressiva di una parte della operatività dei Dipartimenti di Prevenzione verso una progettualità fondata su priorità scaturite dalla valutazione epidemiologica dei bisogni e programmi di intervento basati sulla efficacia (sviluppo della EBP);
- messa in atto di progettualità di carattere regionale e nazionale, per rafforzare la rete e superare progressivamente la autoreferenzialità del sistema;
- avvio della creazione di una “rete delle reti” tra le varie macroaree del SSR e tra questo e le altri istituzioni, partner obbligatori per lo sviluppo di programmi di prevenzione e promozione della salute.

Questo percorso è stato sostenuto attraverso i processi di budget che dal 2003 al 2006 hanno previsto una quota di 5 milioni di euro/anno finalizzati al potenziamento delle attività di prevenzione

con specifico monitoraggio della destinazione da parte del Servizio Salute della Regione Marche. (cosiddetti progetti D1)

Alcuni dati, relativi al personale, ci indicano come l'azione:

- ha portato ad una implementazione del personale di ruolo dei Dipartimenti di Prevenzione, ma più contenuta percentualmente rispetto agli incrementi complessivi di personale del SSR della Regione Marche nel medesimo periodo;
- ha portato ad una implementazione di personale che opera con contratti a tempo determinato pari al 10,8% del totale della macroarea;.
- ha determinato, all'interno delle diverse funzioni dipartimentali, modifiche significativa delle percentuali di composizione tra le stesse con:
  - un consolidamento di due delle aree precedentemente più fragili: l'area della prevenzione nei luoghi di lavoro e l'area dell'igiene degli allevamenti zootecnici (anche se quest'ultima area si è rafforzata acquisendo risorse umane dai servizi di SA e SIAOA);
  - la identificazione di operatori per le Unità Operative di epidemiologia, determinando una prima strutturazione della rete epidemiologica, seppur ancora molto fragile;
  - una maggior strutturazione delle funzioni delle direzioni dipartimentali;
  - una difficoltà dei Servizi di Igiene degli alimenti e nutrizione nel mantenimento dei precedenti organici, collegato verosimilmente anche ad un periodo di riorientamento della mission degli stessi;
  - una immutata situazione organizzativa e di risorse impegnate per la promozione della salute, che non ha trovato in questi anni una più precisa definizione organizzativa negli atti programmatori regionali;
- ha permesso, il passaggio delle funzioni medico legali dal Dipartimento di Prevenzione a quello del territorio, pur in ritardo rispetto a quanto previsto fin dalla legge regionale 26/96 (attualmente solo nelle ZZ.TT di Pesaro e Camerino la Medicina Legale è ancora inserita all'interno del Dipartimento di Prevenzione).

VI.3 Elementi di criticità e punti di forza

Punti di forza:

- miglioramento nell'ultimo quadriennio dell'omogeneità di copertura del territorio regionale;
- strutturazione di una rete regionale per prevenzione collettiva facente capo ad una macrostruttura unica (il Dipartimento di Prevenzione) che eroga servizi per filiere, utilizzando un sistema integrato di responsabilità della dirigenza, tecniche, amministrative;
- sistema informativo e portale per la comunicazione del rischio per l'area veterinaria – alimenti (SIVA) con adeguamento hardware e collegamenti internet in tutto il territorio;

- percorso in atto di revisione della mission con attenzione alla EBP, ed al lavoro per progetti, favorito anche dai percorsi formativi ed operativi previsti da piano nazionale della prevenzione;
- miglioramento della professionalità di più Unità Operativa, base per la individuazione concreta delle eccellenze di sistema in area vasta;
- valida cooperazione con Istituto Zooprofilattico Sperimentale Marche Umbria e con l'Arpam nel campo della sanità veterinaria e dell'Igiene degli alimenti;
- efficace sinergia con la Direzione regionale INAIL per la prevenzione della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro;
- prima strutturazione della Rete Epidemiologica, attraverso la DGR 866/04 e successiva importante attività di formazione che, con il coordinamento dell'ARS, ha permesso di formare operatori di tutte le Zone Territoriali sulle tematiche più rilevanti in sia dal punto di vista teorico che pratico. Inoltre la Rete Epidemiologica Marchigiana (REM) ha già mostrato esperienza di lavoro a rete su diverse tematiche, sviluppate a seguito degli obiettivi assegnati dal Servizio Salute della Regione Marche;
- valide sperimentazioni integrate per l'emergenza in sanità publica con il Dipartimento della sicurezza integrata e della Protezione Civile regionale a seguito della Decreto del Presidente della Giunta n° 49 del 17 febbraio 2004 con cui è stato costituito il Gruppo Operativo Regionale Emergenza Sanitaria (G.O.R.E.S) per le problematiche connesse all'organizzazione della risposta nelle maxiemergenze, relativamente a rischi di natura diversa.

Criticità:

- Ritardo del sistema informativo unico per le attività di prevenzione non comprese nel SIVA, quali quelle relative alla Sanità Pubblica, prevenzione nei luoghi di lavoro, medicina dello sport, rapporto salute ed ambiente;
- incompleta stabilizzazione personale precario;
- mancata istituzione delle eccellenze di area vasta per implementazione risposta qualitativa della rete, già previste nella DGR 54/04;
- permanenza di alcune aree del territorio con copertura ancora insufficiente nell'offerta delle attività di base;
- fragilità della recente rete epidemiologica per mancata istituzione in molte delle Zone Territoriali dell'ASUR delle Unità Operative semplici di epidemiologia e mancata assegnazione delle risorse minime previste negli atti di indirizzo;
- assenza di una linea per lo sviluppo della funzione di promozione della salute e comunicazione e di comunicazione del rischio verso i cittadini con Unità Operative specifiche presenti solo in pochissimi dipartimenti di Prevenzione delle Zone Territoriali dell'ASUR;
- mancato avvio delle funzioni della direzione tecnica per la prevenzione collettiva dell'ASUR;

- insufficiente efficacia della programmazione e sinergia con ARPAM rispetto alle tematiche trasversali “ambiente e salute”;
- necessità di una nuova definizione delle attività di vigilanza alla luce delle nuove direttive e regolamenti europei.

VI.4 Definizione della strategia e delle linee di intervento

Lo sviluppo della prevenzione collettiva avvenuto negli ultimi quattro anni va coerentemente implementato attraverso le seguenti linee di intervento:

- completare il percorso di stabilizzazione del personale a contratto, già iniziato nel 2004 con atto di programmazione regionale, dando anche attuazione all’Accordo Nazionale Collettivo del 23/03/05 per la disciplina dei rapporti convenzionali con i medici veterinari;
- sviluppare un sistema di gestione delle conoscenze (knowledge management) delle culture professionali e di social informatics per creare opportune piattaforme di comunicazione, condivisione delle conoscenze, lavoro collaborativo anche su Area Vasta prevedendo laddove è possibile specifiche funzioni dipartimentali; mettere a regime il sistema informativo unico per la prevenzione con implementazione di quanto già presente per l’area della sicurezza alimentare e veterinaria, realizzare quello per la sanità pubblica, la prevenzione nei luoghi di lavoro, gli screening oncologici, la medicina dello sport; tali sistemi informativi di nuova implementazione dovranno essere di preferenza “software free” e “open source”. Le applicazioni web regionali preesistenti devono essere rese compatibili con i software ed i formati dei files “free” e “open source”;
- definire il ruolo del “nodo regionale” nell’ambito del sistema a rete nazionale, in particolare per l’area della sicurezza alimentare – veterinaria dando attuazione all’intesa approvata dal Governo, dalle Regioni e dalle Province autonome il 14 giugno 2007 “Piano Nazionale Integrato dei controlli 2007-2010 sulla sicurezza alimentare” (MANCP), ma più in generale per tutte le attività di prevenzione primaria collettiva;
- realizzare un sistema informatizzato dell’anagrafe canina regionale, che semplifichi e completi il lavoro svolto dai servizi veterinari e veterinari liberi professionisti nel territorio della regione Marche;
- ridefinire la organizzazione della rete dei dipartimenti di prevenzione, alla luce delle indicazioni regionali relative allo sviluppo delle aree vaste, ed in riferimento all’art. 7 quater del D.Lgs 502/92 modificato dal D. Lgs 229/99;
- definire un sistema stabile per la finalizzazione di parte delle risorse del Fondo Sanitario destinate alla prevenzione per progetti di valenza regionale e nazionale, sul modello dei progetti D1 e del piano nazionale della prevenzione, che permettono il monitoraggio dei risultati e sono “di traino” rispetto alla complessiva organizzazione e finalizzazione del lavoro della rete;
- intensificare l’azione integrata tra Dipartimenti di Prevenzione dell’ASUR ed il Dipartimento per la Sicurezza integrata dei cittadini e protezione civile, nel campo delle emergenze di Sanità pubblica e di Sanità pubblica veterinaria;

- emanare entro il 2007 di un atto di indirizzo per la integrazione delle attività dei Dipartimenti di Prevenzione e dell'ARPAM, con particolare riferimento al controllo delle Aziende a Rischio di incidente rilevante e delle analisi epidemiologiche per la valutazione del rischio sanitario connesso con il rischio ambientale anche in piccole aree;
- implementare la raccolta dei dati in base al sesso con particolare riferimento alle cause di morte e alle patologie a rischio più rilevante;
- avviare concretamente e successivamente mettere a regime il sistema delle eccellenze operanti in aree vaste nel sistema a rete regionale individuandole con atti di indirizzo regionali sulla base dei seguenti criteri:
  - collocazione strategica rispetto ai bisogni del territorio;
  - evidenza di attività già organizzate e professionalmente adeguate;
  - necessità di figure professionali, complessità organizzativa, attrezzature e strumentazioni che necessitano per ottenere efficacia ed efficienza adeguate di un bacino di utenza di area vasta.

  Le eccellenze di sistema operanti in area vasta e funzionali ai bisogni possono essere, rispetto all'attuale assetto organizzativo della rete, tre tipologie:
  - Tipo 1: composte da riferimenti professionali di tipo tecnico scientifico (in alcuni casi già esistenti nei fatti, in altri da identificare);
  - Tipo 2: strutture già organizzate che possono svolgere attività specialistiche per aree sovrazonali, già esistenti nei fatti;
  - Tipo 3: U.O. specifiche per funzioni specialistiche da realizzare, che necessitano di integrazione di risorse umane (3-A) oppure di essere costituite ex novo per bisogni emergenti (3-B);
- ridefinire per l'area della prevenzione, le funzioni del livello Regionale, quelle della Direzione dell'ASUR e quelle dell' ARS al fine di attuare nel modo più efficace le sinergie di sistema, sulla base dei seguenti criteri:
  1. in base all'allegato A della DGR 179 del 13 marzo 2007 il Servizio Salute svolge le seguenti funzioni nel campo della Prevenzione Primaria Collettiva attraverso la posizione di funzione Sanità Pubblica e la posizione di funzione Veterinaria e sicurezza Alimentare:
     - effettua il raccordo tecnico-sanitario con il sistema a rete nazionale ed europeo della prevenzione primaria (Sanità Pubblica, Sanità Pubblica Veterinaria ed Igiene alimenti, Prevenzione nei luoghi di lavoro) e pertanto garantisce, in via generale, i rapporti con le strutture tecnico-sanitarie dei Ministeri (Dipartimenti), dell'Europa e delle altre Regioni, la partecipazione ai tavoli tecnici della Conferenza Stato-Regioni;
     - predispone gli atti di programmazione, indirizzo e coordinamento per i servizi dei Dipartimenti di Prevenzione delle Zone Territoriali dell'ASUR;

- predispone i programmi di sorveglianza sanitaria, di sviluppo del sistema informativo regionale, di comunicazione del rischio e gestione operativa del centro di assistenza del SIVA;
- implementa e sviluppa, in collaborazione con l'ARS, le funzioni della Rete Epidemiologica delle Marche e la predisposizione dei piani annuali di formazione,
- sviluppa i sistemi di auditing ed il coordinamento e l'integrazione delle attività con l'Istituto Zooprofilattico sperimentale, con l'ARPAM e l'INAIL al fine di aumentare l'efficacia del sistema a rete regionale interistituzionale. A tale scopo, nelle materie di comune interesse, provvede a stimolare:
    - l'allestimento di archivi e banche dati comuni;
    - l'elaborazione e la realizzazione di programmi di vigilanza e controllo coordinati;
    - l'attuazione di procedure omogenee su tutto il territorio regionale;
    - la collaborazione con la Protezione Civile per la organizzazione di procedure per l' emergenza sanitaria in riferimento al ruolo dei Dipartimenti di Prevenzione.

2. L'Agenzia regionale sanitaria, anche attraverso l'osservatorio epidemiologico regionale istituito con DGR 866/04, svolge funzioni di supporto alla valutazione dell'impatto sanitario delle politiche regionali tramite studi e report monografici, sia in fase istruttoria che in fase di monitoraggio dei risultati delle politiche medesime.
3. La Direzione Generale dell'ASUR individua per la "Direzione tecnica per la prevenzione primaria collettiva" i seguenti ambiti di operatività, a garanzia della continua efficienza dell'intero sistema:
    - collabora in modo sistematico con il livello regionale del Servizio Salute per l'individuazione delle azioni necessarie al mantenimento ed allo sviluppo della rete;
    - verifica l'attuazione da parte delle Zone Territoriali delle linee di indirizzo regionali sulla organizzazione dei Dipartimenti di Prevenzione nei territori;
    - collabora allo sviluppo ed al consolidamento delle eccellenze del sistema a rete per la prevenzione collettiva secondo le indicazioni regionali del Servizio Salute;
    - collabora con il Servizio Salute per l'organizzazione delle attività di audit di secondo livello nell'ambito delle normative che prevedono l'utilizzo di tale strumento;
    - predispone, sulla base dei bisogni espressi dalle strutture operative territoriali, i piani di assunzione del personale, della formazione di area vasta a favore degli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione, coordinandosi con il Servizio Salute;
    - consolida la funzione epidemiologica, attraverso il consolidamento della Rete Epidemiologica Marchigiana istituita con DGR 866/04, per l'analisi dei bisogni ed il monitoraggio dei risultati di salute degli interventi. In particolare, per alcune funzioni strategiche di sistema con valenza di service rispetto a tutti gli erogatori di servizi

agli utenti, la strutturazione adeguata sarà ottenuta con eccellenze operanti in area vasta, in alcuni casi anche di valenza regionale.

Prioritario risulta il consolidamento per le seguenti funzioni:

- Sistema di sorveglianza continuo, per monitorare gli stili di vita e le abitudini comportamentali della popolazione e per valutare l'efficacia di interventi preventivi effettuati per promuovere la salute (istituzionalizzazione del progetto nazionale PASSI);
- Aggiornamento annuale dei Profili di Salute per area;
- Istituzione del Registro Nominativo delle Cause di Morte (breve termine);
- Istituzione di un Registro Tumori regionale (medio-lungo termine);
- Creazione di un polo a valenza regionale per l'Epidemiologia Veterinaria (CERV) ed uno per la Epidemiologia Occupazionale, entrambi già previsti negli atti programmatori approvati negli anni precedenti;

- approvare entro il 2007 un atto di indirizzo per dare avvio al modello organizzativo e di intervento per le funzioni di promozione della salute della collettività, avendo determinato, l'assenza di tale specifico riferimento, un ritardo nello sviluppo di questa attività, indispensabile come service metodologico per tutte le aree del servizio sanitario.

VI.5 Aree tematiche di intervento.

VI.5.1 La sanità pubblica ed i rapporti salute e ambiente

Analisi della realtà regionale, criticità e punti di forza:

A differenza dell'assistenza sanitaria distrettuale e di quella ospedaliera gli interventi dell'assistenza sanitaria collettiva, siano essi offerti in virtù di una previsione normativa o sulla base della rilevazione di un bisogno di salute, sono abitualmente organizzati in programmi interdisciplinari ed interistituzionali. L'implementazione di un programma implica, l'uso dell'epidemiologia come strumento per analizzare il contesto e selezionare i problemi/bisogni di salute prioritari, individuare gli interventi di provata efficacia, definire gli obiettivi, le corrispondenti azioni e i metodi più idonei al monitoraggio e alla valutazione dei risultati.

Il Piano nazionale della Prevenzione 2005 – 2007 e, più recentemente, la strategia Guadagnare salute, sulla base dei nuovi bisogni identificati, chiamano la sanità pubblica ad un impegno rinnovato in alcune rilevanti aree di intervento, in particolare la prevenzione delle malattie croniche, degli incidenti e dei rischi comportamentali.

Un aiuto in questa trasformazione della attività di sanità pubblica giunge dall'attuazione degli accordi più recenti formalizzati tra lo Stato e le Regioni, in particolare il già citato Piano Nazionale

della Prevenzione, che è ormai avviato ed ha superato la prima seconda operativa semestrale del 30/06/07.

Molto in ritardo è invece la rivisitazione dell'approccio alle tematiche integrate "salute ed ambiente", se si esclude l'argomento specifico del rischio amianto. Tra le cause di tale ritardo, va individuato l'ancora non del tutto chiarito rapporto tra funzioni e mission delle strutture del SSR e quelle dell'Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale che, nella nostra regione, è operativa da circa sette anni. In questo lasso di tempo l'ARPAM ha necessariamente impegnato le proprie risorse umane e "di attenzione" sulla propria strutturazione, sulla creazione di una rete nazionale con l'APAT e le altre ARPA regionali, sui compiti primari derivanti da normative prettamente ambientali vecchie e nuove.

Dall'altro lato le strutture di sanità pubblica del SSR, hanno abbandonato l'approfondimento delle tematiche collegate con i rischi ambientali, anche a seguito della cessazione di attività una serie di strutture specifiche e di funzioni dei Servizi di Sanità Pubblica, che, erano state attivate dalla metà degli anni '80, sia per previsione normativa nazionale, sia per previsione normativa regionale. Alla dismissione di tali strutture, è conseguita la cessazione di attività o ricollocazione delle risorse umane dedicate.

Tale contesto ha portato nel tempo ad uno "iato" di risposta a bisogni effettivi che oggi risulta evidente, e che va a collocarsi in particolare nella valutazione dei rischi per la salute collegati con i rischi ambientali.

Due normative recenti, il cosiddetto "testo unico ambientale" (D.Lgs 152/2006) ed il regolamento europeo conosciuto come REACH (registrazione, valutazione, autorizzazione sulle sostanze chimiche ed i prodotti) fanno emergere con forza ed urgenza la necessità di adeguamento delle strutture del SSR su questo tema e di implementazione delle attività coordinate con ARPA per un più efficace sistema. In attesa dell'approvazione dei Piani Nazionali d'Azione Ambiente e Salute, previsti dalle disposizioni della Comunità Europea in materia ed in linea con il Piano Sanitario Nazionale ed il Piano Nazionale per la Prevenzione, è indispensabile avviare un processo di conoscenza sull'epidemiologia delle malattie che più frequentemente, in letteratura scientifica, sono associate al degrado delle matrici ambientali nella nostra regione.

Tale conoscenza, orientata anche a valutare la percezione dei rischi ambientali da parte della popolazione, permetterà meglio di proporre a livello territoriale azioni di comunicazione del rischio in campo ambientale e sanitario.

Sempre più spesso dal territorio giungono richieste di conoscenza ed allarmi per problemi ambientali esistenti (discariche, istallazioni emittenti campi elettromagnetici) o per progetti industriali ad alto impatto ambientale (inceneritori, impianti per la produzione di energia). In molti casi viene invocata l'applicazione del principio di precauzione anche quando non ne esistono i presupposti scientifici e giuridici. Al momento attuale, in molte di queste occasioni solo una risposta parziale viene data dall'ARPAM ed è venuta meno, nel frattempo, la competenza specifica delle strutture sanitarie locali dopo la scissione referendaria delle competenze ambientali.

La quantificazione delle pressioni e dello stato ambientale deve essere accompagnata dalla stima degli effetti degli stessi fattori di pressione sulla salute che oltre a dare un quadro di conoscenza

potrà indicare la necessità e permettere la sorveglianza ambientale e sanitaria della popolazione specie nelle aree ad elevato rischio ambientale (quali i siti contaminati).

Questo percorso porta ad una rivisitazione della politica del controllo ambientale orientandola alla stima dei rischi per la salute (risk assessment) sia con finalità di gestione del rischio presente (rimozione, accettazione, monitoraggio) che ai fini preventivi nei processi di valutazione dell'impatto sanitario (VIA, VAS, AIA, ecc.) di opere in grado di influire sull'ambiente fisico.

Nella regione, a tutt'oggi si registra l'assenza di un sistema informativo sanitario-ambientale sufficientemente sviluppato in grado di permettere studi epidemiologici approfonditi ed efficaci e in tale assenza è impossibile pensare alla costruzione di un soddisfacente sistema di monitoraggio e sorveglianza della salute umana.

Definizione della strategia e delle linee guida di intervento:

- Il tema delle **vaccinazioni,** ha avuto una precisa definizione strategica e linee di intervento nella DGR 899/05 che ha recepito le specifiche parti del Piano Nazionale della prevenzione; ai cronoprogrammi successivi approvati dal Ministero della Salute si rimanda per il più preciso dettaglio. Relativamente alle vaccinazioni, **nel breve periodo**, dovrà avvenire la implementazione del piano già approvato mediante il recepimento degli accordi nazionali in corso, sia per quanto riguarda la offerta attiva di vaccino contro i papilloma virus, concausa di una parte delle neoplasie della cervice uterina, sia per l'introduzione del vaccino contro la varicella.
- Per quanto riguarda le strategie collegate alla **prevenzione degli incidenti domestici e degli incidenti stradali**, il ruolo delle strutture del SSR, è definito nella delibera attuativa del Piano Nazionale della Prevenzione, DGR 77/06 e nei cronoprogrammi approvati dal Ministero della Salute ai quali si rimanda per un più preciso dettaglio. Rispetto a tali tematiche, risulta ancor più evidente come l'azione, sia di sorveglianza, sia di prevenzione, definiscano necessità di interventi coordinati sia tra strutture diverse del SSR (SISP, U.O. di Epidemiologia e U.O. di promozione della salute dei Dipartimenti di Prevenzione, Dipartimenti delle dipendenze patologiche, Pronto soccorso) che tra queste ed una serie molteplice di altri soggetti istituzionali e di portatori di interessi della società civile.
- La programmazione degli interventi di prevenzione delle **patologie croniche collegate con gli stili di vita**, giungerà nel corso del primo anno di applicazione di questo PSR, a seguito del recepimento del documento "guadagnare in salute" recentemente approvato in sede di conferenza Stato – Regioni che rappresenta una linea guida molto autorevole per indirizzare le politiche, non solo sanitarie, su questi temi.
- Nell'ambito degli stili di vita sani, di particolare rilievo è la **tutela della attività sportiva e la promozione della attività motoria** in ottica di:
    - prevenzione e tutela della attività sportiva e più in generale ella attività motoria, con particolare riferimento alle fasce di età giovanili ed agli anziani,
    - di controllo sulla qualità dei servizi erogati dalle numerose strutture private operanti in questo campo di attività.

Il ritardo accumulato dalla nostra regione nella ristrutturazione della rete in questo campo è notevole, non avendo mai dato seguito ad una valutazione di efficacia della specifica normativa vigente in materia. Anche in campo nazionale tuttavia si sta procedendo con lentezza perché molto differenziate sono le direttrici che identificano la mission della rete di un SSR e quelle che identificano il ruolo della medicina sportiva a supporto della pratica agonistica professionista. Quest'ultima con un suo specifico riferimento, anche normativo, nel CONI. Un ruolo rilevante in questo passaggio necessario è rivestito dalla società medico scientifica di riferimento (la Federazione Medico Sportiva Italiana) che, nell'ambito della nostra regione collabora stabilmente con il livello regionale. **Nel breve termine** si indica come di particolare urgenza la emanazione di linee per la ristrutturazione delle Unità Operative di Medicina dello Sport presenti nel territorio con varie collocazioni, avendo come obiettivo la creazione di una rete, colloquiante anche con i centri privati che assolvono a più del 50% dei servizi richiesti dai cittadini.

L'indispensabile supporto scientifico ad una sperimentazione territoriale per un programma di promozione della attività motoria, in sinergia con gli altri programmi di prevenzione regionali e nazionali, giungerà dalla collaborazione, mediante convenzione, con la Facoltà di scienze motorie dell'Università degli Studi di Urbino, che ha già avviato proposte di sperimentazione in tale settore.

- Per le tematiche collegate al rapporto "**ambiente e salute", nel breve termine** deve essere emanato un atto di indirizzo che rimetta al centro dell'attenzione sia del SSR che dell'ARPAM la valutazione sanitaria dei rischi ambientali e avvii la strutturazione di un sistema informativo epidemiologico che vada a regime progressivamente nel triennio di validità del presente piano. Questo obiettivo non impegna solo i Dipartimenti di Prevenzione dell'ASUR e l'ARPAM, ma anche altri Servizi della Regione Marche quali i Servizi Salute, Ambiente, Statistica, Informatica e gli enti locali. **Come priorità assoluta nel breve termine**, si individua la costituzione di una "Eccellenza" in area vasta regionale, secondo le indicazioni già fornite al paragrafo IV, con operatori sia dell'ARPA che del SSR, dedicati alle seguenti funzioni:
    a. Gestione di Datawarehouse epidemiologico e ambientale;
    b. Sorveglianza ambientale-sanitaria della popolazione;
    c. Controllo di qualità dei dati ambientali e sanitari e valutazioni di risk assessment sull'inquinamento atmosferico;
    d. Analisi del rischio (siti contaminati), tossicologia ambientale e valutazione della sorveglianza effettuata dai Dipartimenti di Prevenzione a seguito di entrata in vigore del Regolamento europeo denominato REACH;
    e. Studi di epidemiologia ambientale su piccole aree.

VI.5.2 La prevenzione nei luoghi di lavoro

Analisi della realtà regionale, criticità e punti di forza

Nell'ultimo quadriennio nella Regione Marche è certamente migliorata la disponibilità di dati relativi alla quantità e qualità dei danni causati dal lavoro, così come quelli concernenti il livello di applicazione della normativa prevenzionistica specifica; tali dati hanno cominciato ad affiancare, in modo sistematico e con discreta frequenza in modo integrato, i dati relativi alla situazione produttiva del territorio e alle dinamiche sociali, elaborati periodicamente da molto più tempo a cura delle strutture del sistema delle imprese e del lavoro.

A fronte di un quadro che in sintesi vede la Regione Marche in recupero rispetto alle politiche per la sicurezza del lavoro, ma non ancora allineata ai livelli nazionali, in termini di risultati di salute, a partire dal 2003 è stata sviluppata una politica attiva per la prevenzione della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, concordata con le parti sociali, che ha trovato la formalizzazione nei seguenti principali atti specifici, che si affiancano a quelli generali per tutta la prevenzione:

- Stipula del 2° protocollo d'intesa INAIL – Regione Marche per lo sviluppo di progetti integrati.
- Delibera Consiliare 164/05, contenente il Progetto Obiettivo per la tutela della salute nei luoghi di lavoro previsto nel PSR 2003 – 2006 che definisce il metodo di lavoro integrato tra istituzioni e parti sociali.
- DGR 495 del 21/5/07 con il quale è stato recentemente ricostituito il coordinamento regionale interistituzionale previsto dall'art. 27 del D.Lgs 626/94, al fine di rendere tale strumento strategico del governo regionale dotato di maggior forza ed effettività.

Dal 2003 il percorso è stato sufficientemente coerente rispetto ai bisogni individuati ed anche in linea con il progredire delle specifiche linee di lavoro nazionale. Questo secondo aspetto è stato possibile integrando la programmazione regionale di medio termine (Delibera Consiliare 164/05) con le indicazioni specifiche del piano nazionale della prevenzione. Anche in questo caso si rimanda a quanto contenuto nella DGR 77/06, applicativa del Piano Nazionale della Prevenzione per questa area di intervento ed ai cronoprogrammi successivi approvati dal Ministero della Salute.

Su due punti, nell'attuale assetto organizzativo della rete, risultano criticità specifiche non risolte:

- circa il 33% dei nuovi posti sono ancora oggi ricoperti con personale a contratto non stabilizzato e ciò crea notevoli difficoltà allo sviluppo del percorso di messa a regime della rete territoriale, anche in funzione della impossibilità di tali operatori di poter svolgere appieno il ruolo di vigilanza;
- è in ritardo la attivazione di almeno tre tipologie di "eccellenze" di sistema, già previste nella DGR 54/04 ed oggi di particolare urgenza:
    a. unità operative in area vasta per la programmazione, esecuzione e valutazione della attività di informazione assistenza e vigilanza sulla esecuzione delle grandi opere infrastrutturali in parte già in esecuzione ed in parte in avvio nella nostra regione;

b. unità operative in area vasta per la messa a regime della rete per le indagini di igiene industriale e tossicologia a supporto delle attività di controllo delle valutazioni dei rischi chimici e fisici;

c. unità operativa in area vasta a supporto delle attività dei SPSAL di tutte le 13 ZT per controllo e vigilanza per la tutela della salute e sicurezza dei lavoratori, nell'ambito di aziende a rischio di incidente rilevante.

Definizione della strategia e delle linee guida di intervento:

- per l'implementazione della rete dei servizi di Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro dovrà essere approvato entro il 2007 un piano per il superamento delle due criticità sopra evidenziate al paragrafo, relative al personale ed alla istituzione di eccellenze in area vasta;
- a conclusione dello studio per il supporto alla figura dei Rappresentanti dei Lavoratori per la sicurezza (RR.LL.SS.), finanziata dalla Regione Marche e dall'INAIL, in corso con la collaborazione tra rete dei SPSAL, la Facoltà di Economia della Università Politecnica delle Marche, le OO.SS. e le Organizzazioni di categoria, sulla base delle indicazioni emerse, prioritari saranno interventi di sostegno al concreto svolgimento da parte dei lavoratori di tale ruolo strategico nell'ambito delle figure previste dalla 626/94;
- entro il 2007 dovrà essere intrapresa una sperimentazione della rete dei SPSAL per avvicinare il singolo lavoratore e le figure specifiche della 626/94, al sistema degli "sportelli informativi" già esistenti, ma ancora troppo poco conosciuti nel territorio, anche attraverso la realizzazione di un numero verde del sistema regionale, come già presente in altre realtà regionali;
- proseguendo con il metodo di lavoro sinergico tra istituzioni e di condivisione con le parti sociali, ormai consolidato:
    - entro il 2007 dovrà essere approvato il terzo protocollo d'intesa INAIL-Regione Marche;
    - entro il giugno 2008 dovrà essere approvato l'aggiornamento dei contenuti tecnici della Delibera del Consiglio Regionale 164/05 attraverso una Delibera della Giunta, utilizzando come metodo di condivisione tra le istituzioni e con le parti sociali, gli strumenti messi a disposizione dal comitato di coordinamento regionale ex art. 27 D.Lgs 626/94;
- tutti gli atti programmatori futuri dovranno essere coerenti con le indicazioni già derivanti dal Piano Nazionale della Prevenzione, attivo dal 2005 e del "Patto per la tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro" approvato dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province Autonome del 27 giugno 2007 ed attualmente all'esame del Governo per la successiva approvazione in Conferenza Stato-Regioni.

  Poiché il "Patto per la tutela della salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro" prevede il potenziamento e la qualificazione dell'attività dei SPSAL, la Giunta regionale entro centoventi giorni dall'approvazione della presente deliberazione, emanerà uno specifico atto attuativo di valenza triennale. Approvato il Piano sanitario regionale 2007/2009, si

avvierà un confronto con le Organizzazioni sindacali dei lavoratori maggiormente rappresentative per definire il contenuto dell'atto che indicherà:

- le risorse aggiuntive da destinare nel corso dell'intero triennio alla rete dei SPSAL delle Zone territoriali ASUR;
- i risultati specifici – in termini di quantità / qualità del personale e di attività – per raggiungere nelle Marche gli obiettivi del "Patto per la tutela della salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro";
- indicazioni per i piani mirati di prevenzione ai diversi livelli, da attuare anche attraverso i protocolli operativi locali;
- la ricognizione del livello di copertura attuale e la definizione di indicatori per il monitoraggio e la valutazione della conseguente implementazione delle attività.

VI.5.3 La sicurezza alimentare e la tutela della salute del consumatore

Analisi della realtà regionale, criticità e punti di forza

La sicurezza alimentare rappresenta una questione strategica per le molteplici implicazioni sociali, economiche e politiche ad essa connesse.

L'individuazione , la valutazione e la gestione di strategie e di azioni necessarie per garantire prodotti alimentari sicuri è pertanto requisito preliminare per la tutela della salute pubblica, per gli interessi dei consumatori e degli addetti al settore .

Nel PSR 2003/2006 ha avuto inizio la riqualificazione operativa e culturale dei Servizi di Sanità Pubblica Veterinaria e d'Igiene degli alimenti e della nutrizione.

Oggi è attiva una rete sanitaria di sanità veterinaria e d'igiene degli alimenti, costituita dal nodo regionale posto a livello del Servizio Salute e dai servizi delle Zone territoriali dell'ASUR che inizia a garantire uniformità di comportamenti, tempestività di interventi e verifica di efficacia nel controllo sanitario delle diverse filiere alimentari.

L'Istituto zooprofilattico sperimentale dell'Umbria e delle Marche garantisce al sistema della Sanità Pubblica Veterinaria regionale le prestazioni e la collaborazione tecnico scientifica necessarie all'espletamento delle funzioni attraverso la rete dei laboratori presenti nelle sezioni diagnostiche di Ancona (di recente individuato dal Ministero della salute Centro nazionale di referenza per il controllo microbiologico e chimico dei molluschi bivalvi), Fermo, Macerata (Centro regionale di riferimento per gli enterobatteri patogeni) e Pesaro .

L'ARPAM garantisce ai Servizi di igiene degli alimenti e della nutrizione l'effettuazione di ricerche di laboratorio su alimenti, bevande non di origine animale e sulle acque potabili prelevate da operatori sanitari dei Servizi di Igiene degli alimenti e della nutrizione.

Definizione della strategia e delle linee guida di intervento

I passaggi fondamentali da effettuare per mantenere operativa e sviluppare la rete di igiene e sicurezza alimentare oggi non possono non tenere conto delle indicazioni degli obiettivi della legislazione europea.

A tal riguardo i regolamenti CE che trattano della sicurezza alimentare danno agli stati membri specifiche e puntuali indicazioni sull'organizzazione del sistema.

L'obiettivo finale è quello di rendere unitario, riconoscibile ed efficiente il sistema a rete della Veterinaria e della Sicurezza alimentare, al fine di dare garanzia di uniformità di comportamenti, tempestività di interventi, diffusa e rapida informazione e comunicazione.

I Servizi di Sanità animale, d'igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche, d'Igiene degli alimenti di origine animale, e d'Igiene degli alimenti e della nutrizione dei Dipartimenti di Prevenzione dell'ASUR rappresentano il motore centrale del sistema, pertanto per il corretto funzionamento della rete occorre che **nel breve periodo** siano attuate le seguenti azioni:

- ulteriore sviluppo del sistema informativo e di comunicazione del rischio (SIVA):
- sviluppo del coordinamento per la corretta ed uniforme applicazione dei Regolamenti Comunitari. A tal riguardo entro il 2007 sarà emanata una specifica DGR per la pianificazione e programmazione delle modalità di controllo ufficiale a livello regionale ai sensi del Regolamento CE. 882/04;
- sviluppo dell'audit quale metodo di costante verifica dei diversi livelli;
- sviluppo della rete epidemiologica veterinaria con potenziamento dell'integrazione tra l'ASUR e l'Istituto Zooprofilattico. Per fare ciò è necessaria la progettazione e lo sviluppo di un Centro regionale per l'Epidemiologia Veterinaria (CEV) nell'ambito della REM.;
- sviluppo dei Piani di profilassi ed eradicazione di tbc, br, e leucosi su bovini ed ovini nel territorio regionale al fine di acquisire le qualifiche di ufficialmente indenne in tutte le province;
- istituzionalizzazione ed ampliamento a tutte le emergenze del settore della collaborazione interistituzionale con la Protezione civile all'interno del Gruppo Operativo Regionale Emergenze Sanitarie;
- sviluppo, attraverso idonei percorsi formativi per il personale dirigente e tecnico, dell'applicazione di omogenee ed innovative modalità di vigilanza sanitaria ispirate all'impatto sulla salute dei vari possibili interventi.

Nel medio-lungo periodo tutte le azioni dovranno tendere ai seguenti obiettivi:

- Messa a regime del sistema informativo ed epidemiologico di sanità pubblica veterinaria e tutela alimenti e possibilità di dialogo tra il sistema informativo di veterinaria e sicurezza alimentare regionale e quello dell'IZS e dell'ARPAM.
- Messa a regime della collaborazione tra il personale dei Servizi di Sanità Pubblica Veterinaria ed i Servizi di igiene degli alimenti e della nutrizione attraverso protocolli condivisi di attività congiunta sui settori di reciproco interesse (fasi finali della filiera alimentare).

- Sviluppo del confronto e del coordinamento con altri enti e servizi impegnati nel settore dell'agroalimentare al fine di chiarire i ruoli ed evitare duplicazioni dei controlli.
- Messa a regime di procedure di controllo omogenee dei veterinari ufficiali negli stabilimenti di alimenti di origine animale riconosciuti CE alla luce delle diverse normative comunitarie.
- Messa a regime di programmi di controllo e di verifica relativamente a prodotti e coadiuvanti fitosanitari, piani di monitoraggio per l'eventuale utilizzo di sostanze vietate e controllo presenza nei prodotti alimentari di origine animale di residui di farmaci e contaminanti ambientali ed individuazione eccellenze di sistema in area vasta.
- Messa a regime del sistema d'allarme rapido che copra tutte le emergenze in materia di alimenti e mangimi con procedure che garantiscano una efficace e rapida azione capillarmente su tutto il territorio regionale in caso di allerta degli alimenti e dei mangimi
- Codificazione della collaborazione con gli altri enti impegnati nel settore delle emergenze (GORES all'interno della Protezione civile, 118); definizione delle modalità di intervento nelle emergenze di Sanità Pubblica Veterinaria e di sicurezza alimentare con piani e procedure di intervento per le diverse possibili emergenze.
- Attuazione di un nuovo sistema di monitoraggio e di notifica delle malattie trasmissibili dagli animali all'uomo al fine di ridurre la prevalenza di zoonosi specifiche.
- Organizzazione di nuovi piani di monitoraggio delle malattie infettive degli animali da reddito a maggiore rilevanza epidemiologica con la collaborazione dell'IZS sulla situazione epidemiologica e definizione delle azioni necessarie per migliorarne l'eradicazione.
- Messa a regime della gestione delle anagrafi animali da reddito a garanzia della salute delle popolazioni animali e dell'igiene degli alimenti e dei sistemi di controllo del benessere animale.
- Attuazione di specifici programmi di educazione sanitaria sull'igiene degli alimenti e sulla nutrizione mirati a correggere le necessità emerse dall'analisi epidemiologica.

VI.5.4 La salute animale e la tutela della salute del cittadino

Analisi della realtà regionale

La salute, definita nella Costituzione dell' OMS, come "stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia", viene considerata un diritto e come tale si pone alla base di tutti gli altri diritti fondamentali che spettano alle persone. Questo principio assegna agli Stati e alle loro articolazioni compiti che vanno ben al di là della semplice gestione di un sistema sanitario. Essi dovrebbero farsi carico di individuare e cercare, tramite opportune alleanze, di modificare quei fattori che influiscono negativamente su quel bene diffuso rappresentato dalla salute collettiva, promuovendo al contempo quelli favorevoli.

La Sanità Pubblica Veterinaria ha da sempre operato per favorire il corretto equilibrio animale-uomo-ambiente, occupandosi anche dell'aspetto prettamente sanitario, curando e prevenendo le malattie trasmissibili tra gli animali e, tra questi e l'uomo, come nel campo della sicurezza

alimentare; ora, considerati i forti cambiamenti sociali e culturali, è chiamata ad operare sempre di più anche in quello emergente della tutela della "salute" dei cittadini nel più ampio significato del termine come sopra riportato.

Oggi è enormemente cresciuta l'attenzione verso gli animali da compagnia e per questo motivo i Servizi Veterinari del Dipartimento di prevenzione dell'ASUR si trovano a dover dare fronteggiare crescenti richieste di associazioni e cittadini per interventi di pronto soccorso e di assistenza clinica e farmaceutica per gli animali d'affezione non di proprietà vaganti sul territorio, in analogia dell'assistenza offerta dal SSN all'uomo.

I Livelli Essenziali di Assistenza, di cui al DPCM del 29 novembre 2001, non includono l'assistenza zooiatrica e farmaceutica veterinaria ed il pronto soccorso tra quelle che il SSN deve obbligatoriamente organizzare e garantire con le risorse del SSN.

La Legge Regionale 10/97 ha invece affidato ai Servizi Veterinari del Dipartimento di prevenzione dell'ASUR alcune attività veterinarie aggiuntive ai livelli essenziali di assistenza e va pertanto trovata una possibile soluzione.

Altra attività di sanità pubblica veterinaria, inserita in un generale contesto di prevenzione collettiva è il controllo delle popolazioni degli animali selvatici ai fini della salute umana e dell'equilibrio tra animale - uomo – ambiente. E' infatti universalmente riconosciuto che uno dei più importanti indicatori della salute di un ecosistema è rappresentato dallo stato sanitario degli animali che ne fanno parte.

I Servizi Veterinari della ASUR e l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche, in collaborazione con altri enti pubblici competenti (quali, Provincia, Corpo Forestale dello Stato, Enti Parco), hanno già iniziato in modo random un'attività di controllo sanitario su un campione di animali selvatici, rinvenuti vivi nel territorio.

Tali controlli si pongono l'obiettivo di monitorare alcune problematiche igienico-sanitarie di rilevante interesse. Nel campo delle malattie infettive e parassitarie, ad esempio, oltre ad alcune indagini sullo stato di salute delle popolazioni monitorate, si lavora per conoscere il ruolo degli animali selvatici nel trasmettere, mantenere o magari solo rivelare, alcune patologie che possono interessare anche l'uomo e/o gli animali domestici (sia quelli impiegati a scopo zootecnico che quelli cosiddetti "da compagnia").

Il settore degli animali esotici, che fino a pochi anni fa poteva ritenersi poco importante, acquista col tempo un maggiore e diverso interesse, sia dal punto di vista sanitario che ambientale. Infatti gli animali esotici che entrano in Italia per vie legali o illegali sono centinaia di migliaia. Nella Regione Marche si è voluto regolamentare attentamente il settore con una specifica normativa, al fine di trovare le giuste convergenze e le adeguate sinergie per garantire la lotta all'illegalità e la salute dei cittadini.

La prevenzione infine passa in prima istanza attraverso la formazione e la corretta informazione del cittadino ed è necessario operare in questo senso per raggiungere la popolazione in diversi settori e con diversi canali. Di qui l'importanza di poter "*comunicare*" con il cittadino, partendo fin dall'età scolare. Ad esempio il problema "cani pericolosi" è essenzialmente un problema di relazione "uomo-animale" ed un intervento che voglia risolverlo non può quindi limitarsi

all'emanazione di semplici regole restrittive, ma deve riconoscere l'importanza per l'essere umano di questo rapporto e favorirne in tutti i modi un corretto sviluppo. Come per tutte le cose importanti è bene allora che l'intervento sia precoce, favorendo già nella prima infanzia un corretto contatto con gli animali, di cui il bambino può imparare, con facilità, ad interpretare il linguaggio, evitando con un comportamento involontariamente minaccioso di suscitare reazioni. In questo percorso educativo il ruolo degli insegnanti è di primaria importanza, ma deve avvalersi dell'opera di Medici Veterinari con un'adeguata preparazione nell'ambito del comportamento animale, che possano arricchire il progetto zooantropologico con il contributo della propria esperienza professionale, scongiurando il pericolo, purtroppo ricorrente, dell'antropomorfizzazione dell'animale. È perciò importante riconoscere l'attività dei Medici Veterinari esperti nel comportamento animale che possono esercitare un'indispensabile azione di indirizzo del rapporto con il cane, prevedendo interventi educativi che permettano ai futuri proprietari di possedere gli strumenti necessari per instaurare una corretta relazione con il proprio animale.

Definizione della strategia e delle linee di intervento

Pianificazione nel breve periodo

- organizzazione di sistemi per l'osservazione sanitaria e la raccolta di dati epidemiologicamente rilevanti delle patologie degli animali d'affezione;
- attenzione al fenomeno dei cani aggressivi con l'organizzazione di specifica formazione degli operatori sanitari nel campo della medicina veterinaria comportamentale e realizzazione di interventi mirati di informazione ed educazione alla gestione delle problematiche legate al rapporto uomo-animale, rivolti ai cittadini;
- monitoraggio del progetto per la prevenzione al randagismo, per il controllo delle colonie feline e per lo sviluppo della pet-therapy di cui alla DGR. 340/06;
- attenta valutazione dei nuovi bisogni sanitari emergenti nel settore degli animali d'affezione, e riorganizzazione dell'offerta alla luce delle attività previste nei LEA e di quelle aggiuntive previste dalla L.R. 10/97. Ciò può essere attuato anche mediante la riorganizzazione delle strutture già esistenti in poli a valenza comprensoriale multizonale, sicuramente rispondenti ad un miglior contenimento della spesa, nelle more di una risposta efficace ed efficiente ai bisogni espressi. Al riguardo si ricorda che ai sensi della L.R. 10/97 è possibile la stipula di convenzioni o protocolli d'intesa tra l'ASUR e la facoltà di Medicina Veterinaria di Camerino per garantire una più completa assistenza;
- sviluppo di nuovi metodi di prevenzione e lotta al randagismo animale mediante azioni up to down , rivolte ai cittadini e tra questi le nuove generazioni. E' opportuno, infatti,creare una nuova coscienza e cultura nella popolazione rivolta al rispetto degli animali come esseri senzienti;
- elaborazione ed avvio concreto di protocolli operativi di sorveglianza igienico sanitaria sugli animali selvatici (animali vivi, carcasse, organi) tra ASUR, IZS ed altri enti al fine di monitorare lo stato di salute delle popolazioni animali e degli ecosistemi di cui fanno parte (malattie degli animali, zoonosi, inquinamento ambientale).

Nel medio-lungo periodo tutte le azioni dovranno tendere ai seguenti obiettivi:

- Riorganizzazione di alcune attività di igiene urbana veterinaria in area vasta con la formalizzazione di specifici protocolli di attività.
- Controllo delle patologie emergenti delle popolazioni di animali selvatici con particolare riferimento alle zoonosi ai fini della tutela della salute umana.
- Determinazione della soglia di rischio per l'insorgenza di patologie riguardo a particolari condizioni favorenti (quali condivisione aree di pascolo, eccessivo sviluppo demografico di una popolazione, aree di forte antropizzazione, randagismo).
- Attivazione di collaborazioni e sinergie multi disciplinari, che coinvolgano tutti gli operatori che a vario titolo si interessano di fauna selvatica e della sua gestione (quali Servizio Sanitario Nazionale, Pubbliche Amministrazioni, Corpo Forestale dello Stato, Associazioni Ambientaliste e Naturalistiche, Associazioni del mondo venatorio, Parchi e Riserve, Istituto Nazionale della Fauna Selvatica, privati cittadini).
- Programmazione di specifiche attività di educazione sanitaria e promozione alla salute sui temi inerenti gli animali selvatici e gli alimenti da essi derivati.
- Individuazione di eccellenze di sistema in area vasta (quali fauna selvatica o animali d'affezione).

VI.5.5 La sorveglianza e la prevenzione nutrizionale

Analisi della realtà regionale

La sorveglianza e la prevenzione nutrizionale ha progressivamente assunto un valore strategico sempre maggiore in funzione della prevenzione dei fattori di rischio che possono esitare nelle patologie cronico degenerative nella cui etiopatogenesi sono implicate le errate abitudini alimentari. Ciò attraverso l'indagine epidemiologica finalizzata alla conoscenza della prevalenza del problema e la impostazione di adeguati programmi correttivi di intervento seguiti dalla loro verifica , impostati in ottica di Promozione della salute.

Storicamente la attività di "prevenzione nutrizionale" è stata per lo più rivolta al singolo cittadino. Solo molto recentemente, in Italia, si è presa coscienza della necessità di una strategia per la sorveglianza nutrizionale e la promozione delle corrette abitudini alimentari nella popolazione generale.

Anche in questo caso un forte impulso programmatorio, condiviso tra Stato e Regioni giunge dal Piano Nazionale della Prevenzione che contiene uno specifico sub progetto.

Il progetto attuativo regionale definito nella DGR 899/05 ed i successivi cronoprogrammi di attuazione, approvati dal Ministero della Salute, ai quali si rimanda per il dettaglio identificano un primo percorso di programmazione regionale in tal senso, che è auspicabile coinvolga in misura sempre maggiore i Sian che già vi stanno operando con i Medici di medicina generale ed i Pediatri di libera scelta.

Definizione della strategia e delle linee di intervento

Si individuano le strategie di intervento descritte nella scheda seguente.

Programmi / Attività	Componenti del Programma
Sorveglianza Nutrizionale	• Rilievi sullo stato nutrizionale della popolazione • Raccolta dati su stili di vita della popolazione • Comunicazione
Interventi di prevenzione nutrizionale per favorire stili di vita sani	• Sviluppo di linee di intervento o campagne informative dirette alla popolazione generale per favorire stili di vita sani, anche utilizzando tecniche di marketing sociale; • Promozione dell'allattamento al seno e di una corretta alimentazione complementare (formazione del personale sanitario, educazione alimentare alle donne in gravidanza); • Attività educative su nutrizione, educazione al gusto ed educazione motoria in età scolare (Interventi per il miglioramento della qualità nutrizionale nella ristorazione scolastica, di educazione al gusto, educazione motoria e di orientamento ai consumi per favorire la scelta di alimenti salutari);
Educazione/counseling nutrizionale su gruppi a rischio	• Counseling nutrizionale diretto alle famiglie per la prevenzione dell'obesità infantile • Consulenza dietetica, gruppi di autoaiuto nell'ambito degli spazi dedicati ai giovani • Counseling nutrizionale per prevenire l'obesità nei soggetti in disuassefazione da fumo di tabacco • Interventi di promozione di stili di vita salutari diretti a gruppi target (donne in menopausa, soggetti a rischio elevato) in collaborazione con MMG e PLS
Interventi sui capitolati d'appalto per migliorare la qualità nutrizionale	• Istituzione tavoli di confronto permanente con i settori Scuola e Aziende di Ristorazione • Predisposizione di linee di indirizzo condivise a salvaguardia di qualità nutrizionale nei capitolati
Interventi sui servizi di refezione scolastica e di mensa nei posti di lavoro, per favorire scelte alimentari corrette	• Formazione degli operatori della ristorazione collettiva su aspetti di sicurezza nutrizionale nell'alimentazione • Condivisione di linee di indirizzo per favorire il consumo di alimenti salutari presso le mense scolastiche ed aziendali

Pianificazione ed esecuzione di indagini sulla qualità nutrizionale dei menù di strutture sanitarie e socio-assistenziali	• Valutazione della adeguatezza nutrizionale dei menù offerti anche in relazione ad esigenze dietetiche correlate a specifiche patologie • Proposte di miglioramento in adesione ai fabbisogni effettivamente rilevati
Valutazione e monitoraggio della qualità nutrizionale nella ristorazione collettiva con particolare riferimento alle mense scolastiche	• Valutazione su adeguatezza nutrizionale dei menu proposti dalle mense scolastiche ed aziendali • Valutazione sulla scelta delle materie prime utilizzate
Incentivazione della qualità nutrizionale negli esercizi di somministrazione di alimenti	• Sperimentazione di certificazione di qualità per pubblici esercizi sulla base di criteri, condivisi con Comune, Associazioni di categoria ed Associazioni Consumatori, inerenti la qualità nutrizionale degli alimenti somministrati

Il recepimento formale di tali strategie nell'ambito di uno strutturato programma, sarà collegato con il piano operativo di "guadagnare in salute".

Pianificazione delle azioni

Azioni a breve.

Entro il primo anno di applicazione del presente piano dovrà essere definita la strategia di azione regionale sul versante della nutrizione clinica fino ad oggi assente nella Regione Marche. Con specifico atto della Giunta saranno emanate linee guida con l'obiettivo di:

- definire le modalità di collaborazione operativa tra le strutture delle Aziende ospedaliere, dell'INRCA e dell'ASUR di Nutrizione Clinica e quelle territoriali dei Dipartimenti di Prevenzione deputate alle attività di sorveglianza nutrizionale nella collettività;
- definire le linee organizzative e di qualità dei servizi per le strutture ospedaliere e di nutrizione clinica, a partire dalle attività di nutrizione artificiale domiciliare, il cui bisogno è in forte crescita su tutto il territorio regionale a causa dell'aumento di patologie croniche che limitano la capacità di alimentazione autonoma dei cittadini specie nella fascia di popolazione anziana.

VII RETE SOCIO-SANITARIA

VII.1 Analisi della realtà regionale

VII.1.1 Un percorso avviato e da consolidare

Con l'approvazione del Piano sanitario regionale 2003-2006 e della legge 13/03 di riordino del servizio sanitario sono stati introdotti nel sistema regionale alcuni elementi di grande importanza per l'integrazione socio-sanitaria. Se ne elencano, di seguito, i più significativi:

- coincidenza tra ambiti territoriali e distretti sanitari indicata come obbligatoria e che ha portato a ridurre il numero dei Distretti da 36 a 24;
- individuazione dell'ambito/distretto quale luogo preposto alla realizzazione dei processi di integrazione socio-sanitaria attraverso gli strumenti a loro disposizione e cioè il Piano di ambito sociale e il Programma delle Attività Distrettuali (PAD);
- la stesura delle linee guida per i PAD e per i Piani di Ambito sociale realizzata in maniera congiunta tra il Servizio regionale alle politiche sociali, il Servizio salute e l'ASUR con indicazioni coordinate relativamente ai percorsi da seguire e ai contenuti da garantire;
- la valutazione dei rispettivi Piani fatta in maniera coordinata tra Servizio politiche sociali, ASUR e Servizio salute da cui sono emersi nodi critici e punti di forza importanti da riprendere nei Piani sociale e sanitario regionali;
- l'approvazione e l'implementazione di progetti di settore come il Piano Anziani, il Piano Infanzia, il Progetto Obiettivo per la Tutela della Salute Mentale, l'Atto di Riordino delle Dipendenze Patologiche che hanno favorito almeno teoricamente una maggiore integrazione tra i Servizi territoriali;
- il coordinamento tra sistemi di osservazione e monitoraggio integrati tra componente sociale e sanitaria grazie anche alla collaborazione tecnica dell'Agenzia Regionale Sanitaria;
- l'approvazione dell'atto di riordino del sistema regionale delle dipendenze patologiche, che in particolare, ha inserito nel sistema la nuova fattispecie del Dipartimento integrato socio-sanitario e pubblico-privato per tutte le attività di prevenzione e presa in carico;
- l'armonizzazione dei processi di riqualificazione delle residenze sociali e socio-sanitarie attraverso l'applicazione della L.R. 20/00 e della L.R. 20/02;
- la realizzazione di importanti progetti integrati sia a livello regionale che nella ricaduta territoriale come i "Servizi di Sollievo" per sostenere le famiglie con familiari di soggetti con patologie psichiatriche;
- il progetto Autismo Marche che è intervenuto su una patologia seria e ha avviato importanti esperienze di contrasto alla malattia e di sostegno ai familiari.

VII.1.2 La partecipazione come presupposto al percorso di costruzione dei due Piani

I principi di fondo della programmazione dell'integrazione sociale e sanitaria nella Regione Marche sono:

- la condivisione della strategia con i livelli tecnici e decisionali sociali e sanitari più significativi sia a livello regionale che territoriale in tutte le articolazioni presenti;
- la concertazione con le parti sociali, le organizzazioni del terzo settore e le realtà produttive regionali più importanti;
- la centralità del territorio quale luogo privilegiato di programmazione integrata della rete dei servizi sociali e sanitari a livello di ambito/distretto affidando competenze forti di programmazione al livello politico locale in base al concetto di sussidiarietà verticale e orizzontale;
- la promozione complessiva dello sviluppo locale favorendo integrazioni più ampie tra i vari settori del welfare con particolare riferimento alle politiche attive del lavoro, alla formazione e all'istruzione, ma allargando il confronto anche con i settori produttivi come l'industria e le politiche di sviluppo rurale;
- il ruolo centrale del cittadino, sia singolo che nelle diverse forme associative, e il valore della partecipazione;
- la centralità del livello informativo, di conoscenza ed elaborazione dei dati quale supporto indispensabile ai percorsi di cambiamento;
- la necessità di una condivisione tra politici, tecnici ed amministratori dei dati e delle informazioni circa l'attuale assetto organizzativo dei due sistemi e la distribuzione delle risorse sul territorio anche a livello di spesa sociale e sanitaria.

VII.2 Assessment organizzativo, tecnologico e strutturale

VII.2.1 La stabilizzazione dell'assetto istituzionale dell'integrazione tra sociale e sanitario

Principi generali di riferimento

La L.R. 13/03 di riordino del servizio sanitario delle Marche ha sottolineato l'importanza di un approccio integrato socio sanitario alle problematiche di salute, di benessere e di protezione sociale.

I principi fondamentali del modello marchigiano di integrazione socio sanitaria saranno tenuti fermi nel nuovo progetto di assetto, coniugando l'opzione della Regione di mantenere:

- la programmazione e la gestione dei servizi sociali a livello di Ambito Territoriale Sociale e il raccordo dei servizi sanitari territoriali a livello di Distretto Sanitario;

- la programmazione dell'integrazione socio sanitaria a livello regionale, con un ruolo centrale dell'Agenzia Regionale Sanitaria, raccordata a livello locale con i "network socio-sanitari" previsti nell'intervento organizzativo del presente Piano Sanitario.

Ciò consentirà di rendere effettiva la centralità del territorio nella programmazione di una rete di servizi integrati sociali e sanitari: l'area vasta è infatti il luogo ove potranno utilmente confluire le impostazioni generali e le compatibilità di sistema da una parte e le scelte programmatorie e gestionali, come pure le indicazioni pratiche sull'integrazione che verranno dagli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) e dai Distretti Sanitari.

Assetto istituzionale

Al fine di favorire un governo integrato socio sanitario la Giunta Regionale ha di recente dotato il sistema di una "cabina di regia" regionale per l'integrazione socio-sanitaria (DGR n.720/07) composta da dirigenti e integrata nelle varie attività e a seconda delle necessità, dai funzionari dei servizi regionali competenti, nei settori di intervento seguenti:

Materno-infantile

Adolescenti e giovani

Disabilità fisico psichico sensoriali

Salute mentale

Dipendenze patologiche e comportamenti d'abuso

Adulti fragili (Reclusi in carcere, Malati terminali, Sieropositivi HIV, Immigrati e Stranieri temporaneamente residenti)

Anziani

Autorizzazione/Accreditamento

Sistema della Residenzialità

Sistema tariffario

In particolare alla cabina di regia sono state attribuite le seguenti competenze:

- predisposizione del documento di programmazione sociale e sanitaria da integrare nel Piano Sanitario e nel Piano Sociale Regionali;
- organizzazione del sistema informativo relativo al settore dell'integrazione sociale e sanitaria;
- analisi congiunta dei dati e delle informazioni dei molteplici aspetti dell'integrazione socio-sanitaria provenienti dal territorio;
- predisposizione e stesura degli atti necessari ad implementare la programmazione regionale socio-sanitaria e l'armonizzazione delle normative in materia;
- individuazione dei punti critici e determinazione delle azioni correttive nell'applicazione della normativa nazionale e regionale sull'integrazione socio-sanitaria;
- promozione/divulgazione dei punti di eccellenza dell'integrazione socio-sanitaria;
- supporto ai territori nella applicazione delle normative e delle strategie per il conseguimento degli obiettivi condivisi;
- raccordo e coordinamento di comunità.

La citata delibera inoltre conferisce alla “cabina di regia” i seguenti compiti:

- garantire la circolarità delle informazioni sulle attività di integrazione socio-sanitaria tra i servizi competenti raccordando i flussi informativi che riguardano questa area;
- segnalare le questioni socio-sanitarie di rispettiva competenza “da” e “ai”: singoli uffici regionali, aziende sanitarie, servizi comunali; le questioni riguarderanno aspetti quali normative ed atti, funzionamento e attività dei servizi territoriali, informazione dai e dei territori, formazione e aggiornamento degli operatori dei territori;
- implementare le decisioni del livello di programmazione e governo;
- raccordare i livelli amministrativo degli altri soggetti istituzionali e non attivi a livello regionale sulle tematiche dell’integrazione socio-sanitaria;
- verificare periodicamente le attività.

La “cabina di regia” svolge un ruolo di coordinamento e raccordo, definendo un piano di lavoro che determini priorità e tempi di individuazione delle soluzioni per tutte le tematiche relative all’integrazione socio-sanitaria.

Spetta alla cabina di regia proporre agli organi regionali competenti, ai sensi della normativa vigente (Giunta, Consiglio) gli atti formali di programmazione conseguenti. In seguito sarà responsabile del monitoraggio dell’applicazione dei suddetti atti.

La metodologia di lavoro della “cabina di regia” regionale per l’integrazione socio-sanitaria si qualifica per essere “collegiale” e “partecipata”. In particolare si è previsto che la complessiva modalità di lavoro della “cabina di regia” si svilupperà nel modo seguente:

- organizzazione e accompagnamento degli incontri allargati ai funzionari regionali su tematiche di settore o specifiche;
- coinvolgimento di funzionari regionali e professionisti nella fase istruttoria delle azioni di propria competenza;
- coinvolgimento del maggior numero di soggetti nella raccolta di dati e informazioni di interesse socio-sanitario;
- favorire la circolarità dei dati e delle informazioni raccolte e la restituzione delle elaborazioni effettuate a quanti hanno collaborato e alla cittadinanza;
- favorire la circolarità dei dati e delle informazioni in tema di integrazione socio-sanitaria agli operatori, agli amministratori e ai cittadini, con particolare attenzione a quelli più in difficoltà.

In considerazione del particolare ruolo assegnato all’ARS rispetto all’integrazione socio-sanitaria va prevista una progressiva organizzazione e articolazione del settore dell’integrazione socio-sanitaria nell’ARS in coerenza con le attività che svolgerà e con le implicazioni determinate dalla programmazione regionale di settore.

VII.2.2 Rapporto Distretto Sanitario - Ambito Territoriale Sociale

La normativa attribuisce funzioni forti di coordinamento territoriale delle politiche della salute al Distretto anche in riferimento alle specifiche funzioni svolte dai Dipartimenti.

La normativa nazionale e l'implementazione che è stata fatta a livello regionale favorisce il ruolo degli Ambiti Territoriali Sociali come luogo della programmazione e della gestione integrata dei servizi e degli interventi sociali sul territorio.

L'asse tra ATS e Distretto sanitario va rafforzato nel senso che le altre articolazioni del sistema sanitario si interfacciano con il livello sociale attraverso la concertazione con il Distretto.

In questa prospettiva linee operative da implementare sono le seguenti:

- i Dipartimenti per le attività ad integrazione socio sanitaria si avvalgono dei Gruppi tecnici integrati istituiti dagli ATS/Distretti a cui partecipano attivamente, garantendo così un significativo modello di progettazione integrata;
- i progetti socio-sanitari (quali prevenzione, inserimenti socio-lavorativi, lavoro di strada, servizi di sollievo, strutture socio-sanitarie) vanno progettati e gestiti con riferimento ai Direttori di Distretto e ai Coordinatori degli ATS del territorio e ai Direttori dei Dipartimenti competenti;
- la programmazione dell'offerta dei servizi residenziali socio-sanitari va concertata tra Distretti/ATS e Dipartimenti competenti.
- l'avvio del Dipartimento integrato per le Dipendenze Patologiche (DDP) ha permesso di rendere operante la sperimentazione di percorsi privilegiati di integrazione; tali indicazioni vanno allargate agli altri settori e messe a sistema con atti specifici.

VII.2.3 Le figure professionali di riferimento: il Coordinatore ATS e il Direttore di Distretto

Il Coordinatore ATS e il Direttore di Distretto sono le due figure professionali che promuovono e garantiscono il percorso di integrazione.

Hanno il compito di costruire percorsi condivisi tra Ambito sociale e Distretto sulle aree ad integrazione socio-sanitaria, costruendo un linguaggio "comune" e una modalità di intervento omogenea.

In prospettiva va prevista la costituzione di uno "staff" unico (Ufficio di Piano e Ufficio Coordinamento Attività Distrettuali - UCAD) per i temi congiunti di integrazione socio sanitaria.

VII.2.4 Sistema informativo assistenza territoriale

Una delle principali criticità del sistema marchigiano, anche nella sua articolazione di integrazione tra servizi sanitari e sociali sul territorio, è la carenza di strumenti di informazione affidabili : una oggettiva "impopolarità" della cultura del dato tra gli operatori, la mancanza di adeguata enfasi sull'importanza di essa da parte dei programmatori regionali, la mancata correlazione tra

attribuzione di risorse e lettura qualificata dei bisogni, della domanda espressa e dell'offerta, l'insufficiente investimento economico sono alcune delle ragioni di questo dato di fatto. È del tutto evidente che si dovrà operare per correggere questa situazione. È opportuno comunque che si sottolineino le iniziative in atto, che forniscono un certo numero di informazioni: in particolare va sottolineata la mole di informazioni raccolte dall'Osservatorio Politiche Sociali, operante presso l'ARS e in stretta collaborazione con l'Assessorato ai Servizi Sociali, riguardanti l'anagrafe delle strutture residenziali sociali, delle cooperative, delle associazioni del terzo settore. Naturalmente ogni azione in merito dovrà essere armonizzata con le iniziative di sistema che si dovessero intraprendere da parte della Regione, ma vanno comunque sottolineate alcune necessità del tutto prioritarie:

- progettazione e implementazione di flussi informativi che consentano il monitoraggio dell'attività delle strutture residenziali a ciclo continuativo e diurno, sociali, sociosanitarie e sanitarie, sia attraverso la conoscenza dei dati strutturali che dell'utilizzazione dei posti disponibili, costituendo una fonte informativa che deve avere la medesima stabilità e attendibilità delle Schede di Dimissione Ospedaliera;
- progettazione e implementazione di database che raccolgano informazioni sull'utenza e sulle prestazioni erogate, in maniera capillare e con caratteristiche che consentano di ricavare informazioni non solo di tipo quantitativo;
- progettazione e implementazione di un database specifico per la raccolta di dati riguardanti la Assistenza Domiciliare Integrata;
- prendendo atto dei risultati della sperimentazione degli anni scorsi lo strumento RUG (Resource Utilization Groups) andrà ricondotto al fine di determinare le classi di consumo omogeneo di risorse all'interno delle strutture di accoglienza con lo scopo di attivare una funzione di benchmarking.

VII.2.5 Programmazione integrata sociale e sanitaria

La programmazione integrata

La realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria e il suo concretizzarsi in una rete dell'offerta di prestazioni che hanno tale valenza, richiede come indispensabile strumento logico e operativo che si arrivi gradualmente ad una programmazione integrata regionale e sul territorio. In effetti molteplici sono i soggetti istituzionali coinvolti e di conseguenza alto è il rischio di un mancato coordinamento, sia a livello di condivisione dei principi, sia a livello programmatorio, sia livello organizzativo ed infine a livello operativo. La costruzione di livelli sempre maggiori di integrazione tra gli attori della "produzione" e della gestione in questa area è quindi un obiettivo del tutto prioritario. Gli strumenti di programmazione dovranno quindi essere concepiti come un'occasione non solo per integrare prestazioni e creare reti dell'offerta nel proprio ambito di competenza, ma anche per rendere operante al massimo livello possibile la collaborazione di sistema.

Strumenti di supporto alla programmazione sociale e sanitaria

- I Piani Comunitari per la Salute (PCS) sono piani pluriennali di intervento, elaborati da una pluralità di soggetti, promossi e coordinati dal governo locale, che impegnano risorse allo scopo di migliorare la salute della comunità. Già menzionati nel precedente Piano Sanitario e proposti alle istituzioni e alla comunità marchigiana nel 2004, dovrebbero coinvolgere a livello di aree vasta gli Enti Locali, le Zone Territoriali, i sindacati, il terzo settore, il volontariato, le organizzazioni di categoria, le associazioni e le formazioni sociali nella individuazione di bisogni di salute emergenti in un determinato territorio, specialmente se specifici di esso. Oltre che uno strumento di programmazione potenzialmente assai forte può costituire un'occasione sia di allocazione mirata di risorse che di rinvenimento/attivazione di quelle, sia partecipative che finanziarie, presenti sul territorio.

  In questa prospettiva, coerentemente con l'impostazione generale del Piano Sanitario, i PCS possono rappresentare un livello di programmazione in area vasta, così da raccordare sia le analisi della condizione di salute dei cittadini nei territori e da armonizzare gli strumenti programmatori "locali", di seguito descritti, riportandoli alla dimensione dell'area vasta, integrandoli con gli atti programmatori e le prassi operative che, sul medesimo territorio, governano la progettazione, la strutturazione e il miglioramento dell'efficacia delle reti cliniche. Così il PCS in area vasta può garantire la strutturazione ottimale della rete dell'integrazione socio-sanitaria e, allo stesso tempo, la raccorda alle altre reti dell'offerta.

  Per questi motivi le linee guida per la formulazione integrata dei PAD e dei PdA dovranno contenere l'indicazione a Direttori di Distretto e Coordinatori di Ambito di proporre temi per i PCS relativi al territorio di competenza e successivamente di curarne il processo di adozione da parte dei soggetti istituzionali, oltre che adoperarsi per il più largo coinvolgimento di altri soggetti portatori di interessi e di competenze.
- Il Piano delle Attività Zonali (PAZ) , è lo strumento per definire l'attività della Zona Territoriale; al suo interno vengono esplicitati i criteri per l'allocazione delle risorse, la definizione e l'attribuzione degli obiettivi e la relativa articolazione delle responsabilità. E' elaborato in coerenza con gli indirizzi del Piano Sanitario Regionale e deve presentare elementi di correlazione con i Piani Comunitari per la Salute e con il Piano Sociale di Zona.
- Il Piano d'Ambito Territoriale (PdA) è lo strumento tramite il quale viene definita la rete dei servizi sociali presenti nel territorio, a garanzia dei livelli essenziali di assistenza sociale. Oltre a ciò definisce i livelli e le modalità pratiche dell'integrazione tra servizi sociali e sanitari, correlandosi al Piano delle Attività Zonali e al Piano delle Attività Distrettuali.
- Piano delle Attività Distrettuali (PAD) è lo strumento della programmazione distrettuale, che definisce obiettivi di attività e di integrazione con altre strutture operanti nella Zona Territoriale, nell'ambito delle scelte strategiche aziendali e zonali; è altresì lo strumento dell'integrazione con l'analoga attività programmatoria dell'Ambito Territoriale (PdA), integrazione per la quale saranno approntate apposite linee guida regionali. Il PAD è proposto dal Direttore del Distretto, che si avvale della Collaborazione dell'UCAD e integra nella sua stesura le linee di indirizzo espresse dalla Conferenza dei Sindaci. L'affinarsi dell'esperienza di integrazione e di attività programmatoria comune tra Distretto e Ambito Territoriale potrà portare nel tempo alla redazione di un unico documento che unifichi gli attuali PdA e PAD. Nella elaborazione di PdA

e PAD, Coordinatore d'Ambito e Direttore di Distretto dovranno ampiamente coinvolgere, oltre che i soggetti istituzionali interessati, anche le associazioni, le forze politiche e sindacali, gli organi consultivi, le associazioni professionali.

VII.3 Elementi di criticità e punti di forza

Nodi critici

La principale criticità, da affrontare sia in termini di sistema che in ordine alle singole prassi attuative, riguarda lo scollegamento esistente tra le varie programmazione regionali che insistono sullo sviluppo locale con particolare riferimento alle varie forme di sostegno alla fragilità sociale.

La necessità di individuare processi concreti su cui intervenire per dare gambe all'integrazione tra queste due componenti del sistema regionale ha portato ad individuare alcuni nodi sui quali intervenire con indicazioni tecnico-operative.

Assetto istituzionale

La criticità nell'assetto istituzionale riguarda la necessità di risolvere positivamente:

- l'equilibrio tra i livelli di programmazione e gestione, quello "amministrativo-istituzionale" e quello "tecnico-operativo" che devono trovare corrispondenze e coerenze per il territorio regionale e per i territori locali;
- il rapporto tra Ambito Territoriale Sociale (ATS) e Distretto Sanitario e, più in generale con i Servizi territoriali della Sanità; a questa problematica, come pure alla necessità di tener conto del livello organizzativo-istituzionale rappresentato in ambito sanitario dall'Area Vasta si sono date alcune risposte nella sezione che tratta degli strumenti di programmazione dell'integrazione socio-sanitaria;
- il rapporto tra Pubblica Amministrazione e soggetti no profit nel sistema locale integrato dei servizi e degli interventi sociali e sanitari.

Strumenti istituzionali di programmazione

La criticità nella programmazione riguarda la necessità di risolvere positivamente:

- la corretta integrazione degli strumenti di programmazione sociali e sanitari ai diversi livelli territoriali: regione, area vasta, distretto/ATS;
- il rapporto tra LEA e LIVEAS (LEP), verificando le modalità per la interpretazione di livelli essenziali regionali in assenza di indicazioni nazionali;
- l'armonizzazione delle programmazioni dei settori di intervento con la complessiva programmazione dell'integrazione socio sanitaria, sviluppata coerentemente ai Piani regionali sociale e sanitario.

Assetto operativo

La criticità nell'assetto operativo riguarda la necessità di risolvere positivamente:

- la chiarificazione e la normazione di implementazione delle funzioni integrate di accesso, valutazione e presa in carico assistenziale;
- il ruolo del servizio sociale professionale con la definizione di ruoli e funzioni degli operatori sociali dei servizi sociali dei comuni e dei servizi sanitari;
- progressivo riordino delle figure professionali sociali in accordo con le figure sanitarie.

Sistema delle tariffe e della partecipazione alla spesa

Risolvere questa criticità implica la definizione e l'implementazione di un sistema tariffario delle prestazioni socio-sanitarie e delle modalità di compartecipazione alla spesa dei cittadini.

La definizione delle percentuali di attribuzione della spesa in quota sanitaria e quota socio-assistenziale per ogni tipologia di prestazione e di servizio deve essere il risultato di un processo di: individuazione dei parametri per la composizione, la pesatura e il costo dei fattori produttivi delle prestazioni e dei servizi; analisi dell'incidenza dei fattori di costo per tipologia di prestazione e di servizio; determinazione di profili tariffari per tipologia di prestazione e di servizio/struttura, differenziati sulla base dell' assorbimento di risorse professionali, della complessità assistenziale, del livello di accreditamento.

Elementi caratteristici e prospettive del "modello marchigiano" di integrazione socio-sanitaria

Il "modello marchigiano" di integrazione socio-sanitaria si caratterizza per specifici elementi che possono costituire, al tempo stesso, punti di forza e di debolezza. I primi rappresentano le "opportunità" da perseguire, i secondi i "rischi" da evitare. Le disposizioni delle Linee Guida per l'Integrazione socio-sanitaria e gli atti ad esse collegate permetteranno di sviluppare correttamente e positivamente il modello, a partire dalla valorizzazione dell'esistente.

Elementi	**Punti di forza** ***> Opportunità***	**Punti di debolezza** ***> Rischi***
Quadro normativo regionale "soft"	Impianto normativo leggero e non invasivo *> maggiori opportunità territoriali*	Poche certezze *> eterogeneità delle risposte (modi e contenuti)*
Approccio integrato socio-sanitario alle problematiche di salute	Opzione "di sistema" *> consolidamento dei percorsi di integrazione*	Squilibrio tra sanitario e sociale *> ulteriore divaricazione tra i sistemi di servizi*
Processo di assestamento dell'assetto istituzionale	Sistema istituzionale agile *> interventi possibili e anche "attesi"*	Sistema istituzionale non sufficientemente definito *> confusione, contrasti, sovrapposizioni*

Approccio per settori di intervento dentro a cornici unitarie	Attenzione alle specificità *> calibrare meglio le risposte ai bisogni*	Scarsa comunicabilità tra i settori *> sistema eterogeneo e integrazione "a spicchi"*
Ampia diversificazione dei servizi sanitari e dei servizi sociali (territorio, organizzazione, connessioni...)	Rispetto di specificità e situazioni locali *> contestualizzazione adeguata degli interventi*	Esito di spinte e modelli "localistici" *> accentuazione delle frequenti disarmonie*
Relazioni su più livelli tra gli "attori" e i portatori di interesse dell'integrazione socio-sanitaria	Modello di relazione snello e flessibile *> compensazione tra i livelli istituzionale, gestionale, professionale*	Incertezza su competenze e responsabilità *> aumento di conflitti di autorità e di equivoci tra livelli formali e informali*

VII.4 Definizione della strategia e delle linee di intervento

La ridefinizione e la riorganizzazione dei servizi per una gestione integrata sociale e sanitaria è finalizzata all'interpretazione e al governo della domanda e al riorientamento dell'offerta.

Le principali direttrici di cambiamento riguardano:

- *le dimensioni strategiche, istituzionali, organizzative, finanziarie del processo di integrazione sociale e sanitaria:*
  - consolidamento dell'assetto istituzionale a livello regionale e locale;
  - armonizzazione degli strumenti di programmazione territoriale sociale e sanitaria;
  - definizione e implementazione dell'assetto organizzativo operativo (Funzioni integrate di accesso, valutazione e presa in carico assistenziale);
  - finanziamento dell'integrazione sociale e sanitaria (budget socio-sanitario, politica delle tariffe);
  - determinazione delle strategie di sviluppo della rete dei servizi marchigiani nella logica dell'integrazione sociale e sanitaria;

- *gli interventi di settore e trasversali:*
  - recepimento del D.P.C.M. 14/02/01 sui Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) delle prestazioni socio-sanitarie;
  - armonizzazione della normativa regionale di settore nella prospettiva dell'integrazione sociale e sanitaria per i vari settori di intervento;
  - potenziamento del sistema delle cure domiciliari e degli strumenti di supporto alla famiglia;
  - riorganizzazione e potenziamento dei servizi e dei percorsi per i soggetti fragili;
  - sviluppo ed innovazione nell'area della prevenzione;
  - regolazione del sistema tariffario delle prestazioni socio-sanitarie e delle modalità di compartecipazione alla spesa dei cittadini.

In coerenza con l'impostazione complessiva del Piano Sanitario Regionale anche per l'integrazione socio-sanitaria, dove peraltro si dovrà mantenere il rispetto del prioritario principio di sussidiarietà e, quindi, della centralità del livello operativo di intervento del Distretto/Ambito Territoriale Sociale, sarà necessario trovare forme coerenti con la scelta di soluzioni unitarie e la condivisione di processi gestionali tra strutture d'offerta facenti capo ad uno stesso bacino di utenza per quei bisogni che non possono trovare adeguata soddisfazione a livello di Distretto/Ambito. L'esigenza del livello sovrazonale per l'area socio-sanitaria si pone per il necessario raccordo con le attività clinico-sanitarie (che a quel livello troveranno progressivamente il riferimento territoriale omogeneo), ma soprattutto per realizzare il network socio-sanitario che integra le realtà presenti sul territorio, una modalità di raccordo su obiettivi di salute generali e di progettualità trasversali sia della "linea politica" che di quella "tecnico-operativa".

La Regione Marche, per i protocolli clinici di riferimento e gli strumenti dell'integrazione socio-sanitaria, si avvarrà anche del contributo dell'esperienza dell'INRCA.

VII.5 Pianificazione delle azioni

Azioni a breve – medio termine

L'integrazione sociale e sanitaria dell'organizzazione territoriale dei servizi

In coerenza con le indicazioni di Piano si approveranno atti che daranno specifiche indicazioni (e garanzia) dei livelli essenziali socio-sanitari per tutto il territorio regionale.

Le responsabilità nel sistema integrato dei servizi sociali e sanitari devono trovare, soprattutto a livello territoriale, una definizione puntuale. Negli atti della Giunta Regionale vanno definiti a chi fanno capo i sistemi dell'accesso e dell'accoglienza, della valutazione, della presa in carico per l'integrazione socio-sanitaria e, coerentemente con il modello esposto, saranno progressivamente assegnate responsabilità precise ed una organizzazione più forte all'asse Ambito Territoriale Sociale - Distretto Sanitario (corresponsabilità).

La progressiva implementazione del sistema integrato dei servizi sociali e sanitari delle Marche comporterà la definizione di disposizioni sull'integrazione nelle fasi di intervento: l'informazione, la prevenzione, l'intervento e il reinserimento anche attraverso la definizione di protocolli territoriali, su basi comuni regionali che definiscono la soglia minima dell'integrazione.

La progressiva implementazione del sistema integrato dei servizi sociali e sanitari delle Marche comporterà la indicazione certa e definita del finanziamento dell'area socio-sanitaria. Vanno previsti e attivati: finanziamenti dedicati all'ATS, budget di Distretto (definizione, rapporti con il livello politico, con la Zona Territoriale e con l'Area Vasta). Una puntuale e trasparente definizione delle risorse consentirà di attivare una programmazione coerente con i bisogni e correlare bilancio d'ATS al bilancio di Distretto. La "tappa" dei bilanci integrati è propedeutica al bilancio "unico" per le prestazioni socio-sanitarie.

Accesso e accoglienza territoriale integrati tra sociale e sanitario (SdS - UPS)

Atti specifici della Giunta, predisposti con la partecipazione ed il coinvolgimento dei soggetti interessati, sentita la Commissione Consiliare competente, daranno indicazioni per la costituzione a livello territoriale di un Punto Unico di Accesso (PUA), sulla base dei seguenti criteri:

- garantire unitarietà di accesso per le prestazioni sanitarie, sociali, socio-sanitarie;
- garantire ascolto del cittadino per una opportuna e accurata decodifica della domanda;
- garantire attivazione del percorso a seconda delle necessità (bisogni semplici o complessi).
- attribuire al PUA i seguenti compiti:
    - decodifica della domanda;
    - analisi del bisogno;
    - definizione della complessità del bisogno;
    - definizione dei percorsi di accompagnamento;
    - avvio della prima istruttoria;
    - invio del cittadino ai servizi di competenza;
- definire la composizione, la metodologia di lavoro, l'organizzazione strutturale e la dipendenza funzionale del PUA.

Area logica della valutazione integrata sociale e sanitaria

Va ricondotta al Direttore di Distretto e al Coordinatore di Ambito la responsabilità:

a) dell'"unica" Unità Valutativa Integrata (UVI) nelle sue molteplici articolazioni;
b) di tutte le funzioni di valutazione collegate alle prestazioni complesse erogate sul territorio;
c) di tutte le attività valutative seppur diversamente articolate per aree d'intervento (fasce d'età, patologie, discipline mediche).

Atti specifici della Giunta, predisposti con la partecipazione ed il coinvolgimento dei soggetti interessati, sentita la Commissione Consiliare competente, daranno indicazioni per una strutturazione unitaria della valutazione sociale e sanitaria da parte dell'UVI sulla base dei seguenti criteri:

- attribuzione all'UVI dei compiti di:
    - 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;
- nomina del responsabile dell'UVI con atto di intesa tra il Direttore di Distretto ed il Coordinatore d'Ambito;

- costituzione nell'Unità Valutativa di un nucleo fisso (formato da operatori sanitari, provenienti dal Distretto e dai Dipartimenti Clinici, e da operatori sociali, provenienti dall'Ambito territoriale e dai Comuni);
- integrazione dell'UVI con componenti attivati in funzione delle specifiche competenze.
- assicurare che l'UVI si attivi:
    - nel caso di bisogni assistenziali complessi che richiedano l'intervento delle strutture di riferimento distrettuale, l'erogazione di cure domiciliari o di servizi residenziali. (Il bisogno assistenziale complesso, non è riferito tanto alla gravità della patologia, ma alla multidisciplinarietà dell'intervento);
    - quando si evidenzi il caso di un utente che necessiti di una presa in carico congiunta o coordinata da parte di diversi servizi interni ed esterni alla Zona Territoriale;
    - nel caso di bisogni socio-sanitari complessi che necessitino l'intervento degli enti locali o di strutture del terzo settore;
    - quando non è chiaro il servizio competente di una presa in carico;
    - quando è necessario attivare risorse straordinarie rispetto a quanto pianificato nel budget (ad esempio la somministrazione di nuovi farmaci e presidi protesici non in tariffario).

Area logica della presa in carico e della continuità dell'assistenza integrata sociale e sanitaria

Atti specifici della Giunta, predisposti sentita la Commissione Consiliare competente, e con la partecipazione ed il coinvolgimento dei soggetti interessati, compreso l'INRCA per nuovi protocolli clinici di riferimento, daranno indicazioni sulla progressiva definizione di standard di intervento e di prodotto sotto il profilo della adeguatezza delle strutture di offerta per le prestazioni socio-sanitarie gestite, in maniera integrata, dai servizi sociali e dai servizi sanitari sulla base dei seguenti criteri:

- rafforzare la prospettiva della gestione multidisciplinare e multidimensionale del paziente;
- migliorare l'esperienza complessiva del paziente, in termini di qualità percepita;
- ridurre le maggiori inefficienze di processo, in termini di tempo e duplicazione o non necessarietà delle fasi/attività componenti ciascun processo;
- aumentare la produttività, in termini di numero di casi trattati con successo;
- potenziare e razionalizzare l'integrazione lungo la sequenza di processo;
- migliorare la qualità di processo che deve diventare metodica comune regolarmente attuata;
- favorire il coordinamento degli interventi lungo il processo di cura, rispetto al quale devono essere valutati anche gli aspetti della qualità e del costo complessivo (case management);
- verificare continuamente il sistema di comunicazione reciproca (sistema informativo);
- garantire l'utilizzo dei seguenti strumenti:

- accordi tra Distretti, Dipartimenti, Ambiti territoriali, Enti locali;
- linee guida concordate su patologie traccianti;
- percorsi di dimissione protetta e integrazione ospedale territorio;
- individuazione del case manager: è opportuno che i prossimi accordi sindacali sanciscano il possibile coinvolgimento in questo ruolo del Medico di Medicina Generale;
- individuazione degli strumenti di comunicazione che mantengono collegata la rete e gli attori del sistema.

VII.6 Integrazione Sociale e Sanitaria: Interventi di Settore

VII.6.1 Indirizzi e Orientamenti Operativi di Settore

Il rafforzamento della logica di sistema unitario e coerente si persegue anche collocando organicamente al suo interno le necessarie specificità di settore di intervento e di contesto territoriale. Vanno recuperate per ognuno dei settori di intervento le indicazioni normative di settore e predisposti gli atti normativi di armonizzazione che diano unitarietà al sistema.

Il processo di riordino del sistema istituzionale e operativo, nelle modalità illustrate nella parte precedente, ha una ricaduta conseguente sulle politiche di settore che vanno quindi ricollocate nella cornice unitaria di riferimento.

Si tratta infatti di rafforzare la logica di sistema unitario e coerente collocando organicamente al suo interno le necessarie specificità di settore e di contesto territoriale.

Sulla base della normativa nazionale sull'integrazione socio-sanitaria si individuano i seguenti settori ad alta integrazione socio-sanitaria:

1. area materno-infantile, adolescenti e giovani;
2. area disabilità;
3. area salute mentale;
4. area dipendenze patologiche;
5. area anziani, con particolare riferimento alla non autosufficienza.

Altri settori specifici di intervento riguardanti l'integrazione socio-sanitaria saranno progressivamente implementati all'interno dell'assetto programmatico, organizzativo e gestionale che viene definito dal presente Piano. In questa prospettiva va prevista un'ulteriore area di intervento relativa alle fragilità non direttamente riconducibili ai settori specifici sopra individuati.

Ognuna delle cinque aree di intervento identificate ha una specifica normativa regionale di settore, più o meno articolata e applicata. Il presente Piano Sanitario ribadisce la necessità di un raccordo e di un coordinamento delle politiche e dei servizi di settore, richiama la necessità di garantire le coerenze di sistema e indica la cornice di riferimento comune ai diversi settori afferenti l'integrazione socio-sanitaria.

Di seguito verranno riportate, per ogni area di intervento, indicazioni riguardanti le caratteristiche del fenomeno, l'offerta dei servizi a disposizione, indicazioni riguardanti le criticità rilevate in questi anni, gli obiettivi specifici che si intendono raggiungere e le azioni che saranno intraprese.

I soggetti competenti in materia di integrazione socio-sanitaria predisporranno, coinvolgendo i professionisti della sanità e del sociale, le istituzioni e le formazioni sociali interessate, gli atti di indirizzo, organizzazione specifica, operatività volti ad attuare le azioni previste per ognuna delle aree di intervento in una prospettiva unitaria, coerente e di sistema.

VII.6.2 Area materno-infantile, adolescenti e giovani

Situazione

Al 31 dicembre 2005 nelle Marche risiedevano 238.647 minorenni, il 15,7% della popolazione totale; di questi oltre 52.000 nella fascia 0-3 anni, più di 78.000 in quella 4-9, 67.538 dai 10 ai 14 anni e oltre 40.000 compresi nella fascia d'età 15-17.

I servizi non residenziali attivi sul territorio regionale al 31 dicembre 2006 risultano complessivamente 678 di cui 163 Nidi d'infanzia e 98 Centri per l'infanzia, 201 Centri di aggregazione e 30 spazi per bambini e famiglie oltre a servizi di sostegno alle funzioni educative (116) e genitoriali (42) e ai servizi itineranti (28).

Il totale dei posti autorizzati inerenti i servizi Nido d'infanzia e Centro infanzia con pasto e sonno pubblici e privati, soddisfa il 14,9% della popolazione di riferimento (fascia d'età 0-3 anni)

Alcune differenze emergono se il dato viene elaborato per territorio provinciale:

- Provincia di Pesaro e Urbino: 15,2%
- Provincia di Ancona: 18,3%
- Provincia di Macerata: 13,4%
- Provincia di Ascoli Piceno: 10,7%.

Occorre considerare che la media nazionale è di circa il 10% e rammentare che l'obiettivo Europeo, stabilito dall'Agenda di Lisbona, è del 33% di posti nido rispetto alla popolazione in fascia d'età 0-3 anni entro il 2010.

Per quanto riguarda le situazioni di disagio negli ultimi quattro anni, dall'analisi effettuata dall'Osservatorio regionale politiche sociali e dal Centro regionale di documentazione e analisi per l'infanzia, l'adolescenza e i giovani, emerge un incremento di minori fuoriusciti dal proprio nucleo familiare ed affidati a famiglie o a comunità residenziali di cui non si può non tenere conto. Si è passati dai 714 interventi di affidamento a famiglie o comunità del 2003 ai 938 del 2006 con un incremento di 224 casi.

Un quadro importante su cui intervenire secondo modalità integrate tra componente sociale del sistema (in particolare gli enti locali) e la componente sanitaria per quanto riguarda i servizi territoriali gestiti dall'ASUR.

Linee di intervento

Le indicazioni relative alle strategie da seguire devono tenere conto, nel caso delle politiche per l'infanzia, di alcuni importanti atti di programmazione o norme regionali già approvati e che necessitano di essere portati avanti e completati nei loro obiettivi. Si tratta in particolare di:

- Piano "Sviluppo programmatico e organizzativo" per le politiche dell'infanzia, adolescenza e genitorialità. Il Piano suddetto rappresenta un primo passo verso una rivisitazione delle politiche adottate dalla Regione Marche, assumendo come focus la qualità della vita dei bambini, dei ragazzi e delle loro famiglie. Esso va verso la costruzione di politiche integrate, che dovranno ulteriormente estendersi e qualificarsi, sia attraverso un processo di pianificazione integrata tra sociale e sanitario, sia attraverso l'allargamento della pratica della concertazione ad altre aree della programmazione regionale;
- Legge Regionale del 13 maggio 2003, n. 9 (Disciplina per la realizzazione e gestione dei servizi per l'infanzia, per l'adolescenza e per il sostegno alle funzioni genitoriali e alle famiglie). Tale legge promuove la realizzazione di una rete di servizi integrati (sociale, sanità, istruzione) per l'infanzia e la adolescenza a sostegno dei diritti dei minori e delle responsabilità familiari per tutelare la crescita armonica delle nuove generazioni.
- Legge regionale 15 ottobre 2002 n. 18 (Istituzione del Garante regionale per l'infanzia e l'adolescenza"). Il Garante ha un ruolo di controllo, indipendente e imparziale, dell'effettivo rispetto delle normative vigenti, deve promuovere i diritti sia individuali che collettivi dei minori ed è un significativo interlocutore del mondo dei giovanissimi con quello degli enti locali e della rete dei servizi.
- La DGR 1896/02 e la DGR 869/03. Tali deliberazioni riorganizzano la equipe per le adozioni nazionali e internazionali, per l'affidamento familiare e per l'accoglienza residenziale. Le delibere suddette inoltre individuano un percorso metodologico fra le equipe stesse e gli attori territoriali.

Assistenza alla gravidanza e alla nascita

Criticità

Eccessiva medicalizzazione del percorso nascita (eccesso di esami, taglio cesareo in crescita: 34,5% al 31.12 2005); abbandono dell'allattamento al seno; scarso sostegno a domicilio durante la gravidanza e dopo la nascita; carenza di informazione e sensibilizzazione; particolare svantaggio per le donne immigrate; assistenza non omogenea per le gravidanze a rischio.

Obiettivo

Miglioramento dell'assistenza nel periodo di gravidanza e al parto. Contenimento del ricorso al taglio cesareo per il raggiungimento nell'arco del triennio dello standard OMS. Riduzione della disomogeneità dell'offerta territoriale dell'IVG.

Azione

- Presa in carico della gravidanza fisiologica nei Consultori (garantendo in tempi dovuti i controlli e le visite in gravidanza) e nel rispetto dei LEA (gratuità corsi nascita per tutte le donne).
- Adesione ai programmi nazionali, europei e OMS/UNICEF; formazione agli operatori OMS/UNICEF.
- riconoscimento di Ospedale Amico del Bambino da parte dell'UNICEF (già ottenuta dal presidio di Osimo) per almeno 5 strutture.
- Applicazione delle raccomandazioni scientifiche per l'umanizzazione del parto (comprese le pratiche non farmacologiche di controllo del dolore nel travaglio); garanzia della continuità assistenziale ostetrica attraverso visite domiciliari nel puerperio.
- Collegamento funzionale tra Unità Operative di Ostetricia-Ginecologia, Unità Operative di Pediatria e Pediatri di libera scelta per condivisione protocolli allattamento al seno al fine di un suo forte potenziamento.
- verificare lo stato di attuazione della LR 22/1998 (Diritti della partoriente, del nuovo nato e del bambino ospedalizzato) con particolare riferimento al servizio di assistenza al parto a domicilio al fine di implementarlo.
- Garantire accesso e assistenza gratuita in gravidanza a tutte le donne immigrate (formazione interculturale degli operatori; interventi di promozione della salute culturalmente pertinenti; impiego di servizi di mediazione interculturale; offerta mirata di corsi di preparazione alla nascita).
- Adeguamento e appropriatezza del trasporto materno assistito.
- Garantire l'assistenza di III livello per le gravidanze a rischio.

Consultori Familiari

Criticità

Inadeguatezza o scomparsa dell'offerta territoriale delle principali prestazioni consultoriali (prevenzione, promozione della salute - sessuale e psichica - della donna, dei bambini e degli adolescenti; sostegno nel puerperio e nella menopausa; sostegno al disagio degli adolescenti e della famiglia).

Obiettivo

Riqualificazione della rete dei Consultori familiari (conferma e consolidamento dell'identità di struttura, distribuzione territoriale "adeguata" e ricostituzione delle équipe consultoriali) anche nella prospettiva di luogo privilegiato per la sperimentazione dell'integrazione socio-sanitaria.

Azione

Realizzazione di una rete di consultori organizzati come struttura socio-sanitaria territoriale con compiti di prevenzione, educazione e promozione del benessere psico-fisico relazionale della donna, delle coppie e delle famiglie attraverso:

a) la costituzione di almeno una struttura consultoriale per distretto con la presenza di una equipe completa, ai sensi della Delibera Consiliare 202/1998 per la corretta presa in carico delle persone;

b) potenziamento dei seguenti servizi consultoriali da attivarsi anche in sede decentrata:

- percorso nascita che dovrà essere caratterizzato da continuità assistenziali e interventi non direttivi; accompagnamento alla nascita e alla genitorialità; attivazione di corsi di preparazione al parto; promozione del parto naturale;
- promozione della maternità e della paternità responsabile; informazione sulla contraccezione in particolare rivolta alle donne immigrate e alle giovani generazioni;
- informazione sulle malattie sessualmente trasmissibili;
- interventi di educazione sessuale (anche nelle scuole) e prevenzione delle IVG, con particolare riguardo alle immigrate presenti sul territorio regionale;
- assistenza in materia di interruzione volontaria della gravidanza con particolare riferimento alle immigrate presenti sul territorio regionale;
- integrazione con i Dipartimenti di Prevenzione per la realizzazione complessiva degli screening per la diagnosi precoce dei tumori femminili e la sperimentazione del vaccino per la prevenzione del cancro al collo utero;
- informazione e assistenza in materia di procreazione medicalmente assistita;
- informazioni sulle tematiche della menopausa e attivazione di percorsi di accompagnamento alla menopausa e di riabilitazione uroginecologica;
- promozione della salute della donna con particolare riferimento alla educazione alla salute psicofisica, alla prevenzione e all'informazione;

c) coinvolgimento delle associazioni femminili nell'attività consultoriale sia nella fase di ascolto dei bisogni per la definizione delle modalità di erogazione dei servizi , sia nella fase del controllo dell'efficacia dei servizi effettuati.

Bambini e adolescenti

Criticità

Aumento del disagio diffuso e difficoltà di corretta interpretazione dei bisogni di bambini e adolescenti. Criticità nei processi di valutazione e presa in carico con particolare riferimento ai minori a rischio di allontanamento dalla famiglia. Difficoltà di accesso ai servizi sociali e sanitari da parte di minorenni. Carenza di integrazione operativa tra gli interventi sociali e sanitari destinati a minori e giovani. Scarsa applicazione dei protocolli, ove presenti, di collaborazione tra i servizi sanitari e i servizi sociali in materia di infanzia e adolescenza.

Obiettivo

Sperimentare modalità integrate di lettura del bisogno, programmazione e gestione degli interventi per l'infanzia e l'adolescenza tra i servizi sanitari e i servizi sociali per le attività socio-sanitarie.

Azione

Definire percorsi e atti specifici per:

- rendere specificamente competenti per l'infanzia e l'adolescenza gli operatori degli sportelli di accesso ai servizi sociali e sanitari del territorio prevedendo percorsi facilitati e protetti per l'accesso dei bambini e delle bambine ai servizi sociali e sanitari del territorio;
- coordinare l'azione delle attività del Distretto/Ambito Territoriale Sociale con i Dipartimenti delle dipendenze patologiche, i Dipartimenti di salute mentale, coinvolgendo anche la scuola, nella definizione dei programma di intervento sulla popolazione giovanile, con particolare attenzione alle problematiche relative al disagio, alle dipendenze, ai disturbi del comportamento alimentare (anoressia e bulimia), alla prevenzione degli incidenti stradali. Sulle tematiche della prevenzione attivare costanti collaborazioni anche con il Dipartimento di Prevenzione;
- potenziare e riqualificare l'area della presa in carico: coordinare e potenziare le equipes integrate d'ambito costituite ai sensi della DGR 1896/02 e 869/03 per adozioni internazionali, nazionali, affidi e istituti anche attraverso l'individuazione di un percorso metodologico omogeneo;
- individuare e condividere soluzioni alternative all'allontanamento del minore dal proprio nucleo familiare con azioni di sostegno delle competenze genitoriali;
- orientare la programmazione territoriale degli interventi alla deistituzionalizzazione dei minori;
- rafforzare qualitativamente l'offerta delle famiglie affidatarie e delle strutture residenziali;
- potenziare e sviluppare la rete delle famiglie affidatarie attraverso l'informazione e la promozione dell'affido, la formazione dei nuclei familiari, il sostegno ai nuclei familiari affidatari;
- qualificare, in attinenza a quanto previsto dalla L.R. 20/02, la rete delle strutture residenziali;
- potenziare la formazione degli operatori per qualificare l'offerta dei servizi;
- definire un percorso di gestione al ricovero urgente psichiatrico del minore che favorisca un corretto assetto istituzionale e un coordinamento operativo fra strutture ospedaliere e strutture territoriali e la individuazione di strutture intermedie per la fascia di età adolescenziale;
- monitorare e valutare costantemente la situazione dei servizi territoriali sociali e sanitari rivolti all'infanzia e all'adolescenza.

Dipartimenti materno infantili

Criticità

Frammentazione e inappropriatezza assistenziale nell'area materno-infantile.

Obiettivo

Formalizzazione di Dipartimenti funzionali Ospedale-Territorio (cura e diagnosi in ospedale; sul territorio: consultorio, prevenzione e promozione, cure primarie, riabilitazione). Interventi integrati con i Servizi Sociali di Ambito e Comuni.

Azione

Procedere ad una revisione dei Dipartimenti materno infantili in modo da garantire lo sviluppo pieno delle funzioni territoriali (rete dei Consultori e delle Unità Multidisciplinari dell'Età Evolutiva) e l'integrazione con i servizi sociali. Dovranno in particolare essere realizzate le seguenti azioni:

- diffusione e qualificazione dell'offerta delle visite domiciliari post-parto nelle zone (collegamento ospedale-consultorio);
- interventi di promozione della salute (sessuale e psichica della donna e delle/gli adolescenti) e prevenzione IVG;
- valutazione del grado di soddisfazione degli utenti e della scuola rispetto ai servizi offerti;
- qualificazione delle relazioni con le Unità Multidisciplinari Età Evolutiva, costituite da professionalità dell'area sociale e sanitaria, sempre più impegnate ad operare come "servizio integrato territoriale";
- integrazione dei pediatri di libera scelta.

Dovrà inoltre essere assicurata una particolare attenzione a tematiche quali i disturbi del comportamento alimentare (anoressia, bulimia, obesità, eccetera), forme di dipendenza (in raccordo con il Dipartimento delle dipendenze e Dipartimento della salute mentale) nonché alle problematiche relative allo sviluppo della sessualità.

VII.6.3 Area disabilità

La complessità del fenomeno e la necessità di adeguare il sistema posto in essere in particolare grazie alla L.R. 18/96 (Promozione e coordinamento delle politiche di intervento in favore delle persone disabili), alle indicazioni del Piano regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali 200-2002 e della legge 328/00 ha portato a rilevare le seguenti criticità:

a) le funzioni valutative e di presa in carico svolte dalle UMEE/UMEA;
b) a strutturazione e dimensionamento dei servizi.

Ad una indicazione più dettagliata delle criticità sopra riportate seguiranno alcune indicazioni strategiche da realizzare nel periodo di vigenza del presente Piano sanitario e da integrare con il Piano sociale regionale.

Funzione di valutazione e presa in carico

Da un'indagine conoscitiva, realizzata nel 2005 dall'ASUR, sulle modalità organizzative e di funzionamento delle UMEE e UMEA nelle diverse Zone Territoriali si evidenziano, accanto a punti di forza e singole buone pratiche, le seguenti criticità e disomogeneità sul versante organizzativo, metodologico, formativo:

a) organico sottodimensionato rispetto alla popolazione potenziale;
b) carenza, precarietà o inadeguatezza del personale, soprattutto delle figure professionali quali neuropsichiatra infantile e psicologo;
c) inadeguatezza della collocazione strutturale e logistica;
d) insufficiente investimento sulla formazione e sulle metodologie di lavoro multi-interprofessionale; e) scarsa integrazione istituzionale con gli altri soggetti e servizi territoriali.

L'utenza "seguita" nell'anno 2004, pur in assenza di criteri univoci per definire la "presa in carico", è pari a n. 10.971 soggetti, suddivisi come segue: UMEE: n. 6.127 con un'incidenza di 1.816 nuovi utenti nell'anno 2004; UMEA: n. 4.844 con un'incidenza di 479 nuovi utenti nell'anno 2004. Comparando i dati complessivi (10.971) dei soggetti "seguiti" dalle Unità Multidisciplinari con il numero dei beneficiari degli interventi di cui alla LR 18/96 nell'anno 2004 (6.971), appare evidente uno scarto difficilmente giustificabile se non per carenze nel processo di valutazione, presa in carico e progettualità.

Strutturazione e dimensionamento dei servizi.

È ancora molto fragile la connessione tra la programmazione territoriale prevista nei Piani di ambito sociale e nei Programmi delle Attività Distrettuali e gli interventi specifici nell'area della disabilità. Si seguono percorsi diversi che spesso non tengono conto delle esperienze realizzate e dei risultati raggiunti. Ciò porta alla disomogeneità degli interventi, dei servizi e dei percorsi assistenziali sia all'interno degli ambiti/distretti che tra ambiti/distretti vicini. In particolare si notano squilibri nella distribuzione territoriale dei "Centri diurni e delle comunità residenziali per il "dopo di noi".

Linee di intervento

Le indicazioni relative alle strategie da seguire devono tenere conto, nel caso delle politiche sulla disabilità, delle normative in vigore (in particolare la L.R. 18/96) e degli atti conseguenti che fino ad oggi hanno costituito il fulcro del settore che ha usufruito di disponibilità finanziarie significative sul fronte delle politiche sociali.

Le azioni da attivare sono:

a) consolidamento dell'assetto istituzionale e operativo del livello territoriale (integrazione ambito/distretto) per esprimere le più alte potenzialità nella programmazione e gestione unitaria del sistema dei servizi;

b) superamento degli squilibri territoriali e della frantumazione degli interventi che determinano condizioni di disuguaglianza nell'accessibilità e fruibilità dei servizi tra cittadini di ambiti diversi e all'interno dello stesso ambito;

c) integrazione socio-sanitaria e sviluppo del sistema a rete per garantire la presa in carico territoriale e livelli uniformi di assistenza secondo modelli organizzativi adeguati ed efficaci;

d) promozione della qualità e dell'appropriatezza dei percorsi assistenziali, dei servizi, delle prestazioni e degli interventi che incidono in modo determinante sul profilo e sulla qualità del progetto di vita;

e) formazione e professionalizzazione degli operatori dei servizi territoriali socio-sanitari.

Un’attenzione particolare va posta al problema dell’autismo.

Il “Progetto Autismo”, che ha il riferimento per l'età evolutiva presso l’Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile della Zona Territoriale 3, è esteso a tutto il territorio regionale e rappresenta un positivo e implementabile esempio di integrazione nella gestione di una problematica che comporta gravi disturbi per l’utente e un peso assistenziale a carico della famiglia. In questa prospettiva va previsto lo sviluppo di un analogo percorso per l'autismo in età adulta.

Processi di accesso, valutazione, presa in carico

Criticità

Difformità sul territorio regionale rispetto ai processi di accesso, valutazione, presa in carico e continuità dell’assistenza per le persone disabili

Obiettivo

Individuare le strategie specifiche per la disabilità nell’ambito della riorganizzazione dei processi di accesso, valutazione, presa in carico

Azione

- Analisi delle modalità di accesso al sistema dei servizi sociali e sanitari da parte delle persone disabili e dello stato di funzionamento dell’Ufficio di Promozione Sociale (UPS) e Sportello della Salute in questo settore, con la sperimentazione forme di coordinamento specifico;
- Potenziamento delle funzioni integrate di accesso, valutazione e presa in carico in una prospettiva di continuità dell’assistenza: accesso integrato UPS/SdS; utilizzo di strumenti omogenei di valutazione; presa in carico come responsabilità del sistema dei servizi; progettazione e valutazione partecipata del percorsi assistenziale; monitoraggio del percorso.

Sistema integrato dei servizi sociali e sanitari per i disabili

Criticità

Allocazione dei servizi per i disabili spesso non rispondenti ai bisogni dei diversi territori. Disarmonie nelle relazioni e nelle continuità tra le diverse tipologie di servizi. Rischi di inappropriatezza dovuti anche alla mancanza di servizi corrispondenti ai bisogni.

Obiettivo

Potenziare il sistema dei servizi per la disabilità con particolare attenzione per quelli domiciliari e territoriali diurni, soprattutto nelle Zone Territoriali meno attrezzate.

Azione

- Individuazione del fabbisogno nel territorio regionale dei servizi di aiuto alla persona, servizi di riabilitazione, centri socio-educativi riabilitativi (CSER), servizi per l’integrazione scolastica,

servizi per l'integrazione sociale, servizi di mediazione culturale, servizi per l'integrazione lavorativa, servizi di sollievo. Elaborazione di ipotesi operative di riequilibrio nella distribuzione dei servizi.

- Individuazione del fabbisogno nel territorio regionale di comunità alloggio, comunità socio-educativo-riabilitative, comunità protette. Elaborazione di ipotesi operative di riequilibrio nella distribuzione dei servizi.
- Potenziamento e dimensionamento della rete dei servizi sulla base dei bisogni del territorio (ambito/distretto e, per i bacini maggiori: zona territoriale e area vasta).
- Accreditamento delle unità d'offerta a valenza socio-sanitaria con la elaborazione del regolamento previsto dalla L.R. 20/02 orientato allo sviluppo della qualità come processo dinamico che investe tutti gli attori che interagiscono nel sistema dei servizi.
- Adeguamento delle Unità Multidisciplinari per l'Età Evolutiva e per l'Età Adulta (UMEE/UMEA) costituite da professionalità dell'area sociale e dell'area sanitaria affinché operino sempre di più come "servizio integrato territoriale". In tale prospettiva e necessario che le suddette unità:
  a) siano collocate a livello di ambito/distretto sotto la responsabilità congiunta del Coordinatore di ATS e del Direttore di distretto;
  b) siano dotate di personale dedicato comprendente tutte le figure professionali necessarie a realizzare l'integrazione e la multi-interdisciplinarietà della presa in carico;
  c) siano adeguatamente dimensionate in rapporto alla popolazione ed al territorio secondo parametri uniformi sul territorio regionale;
  d) siano formate all'uso degli strumenti di valutazione, sulle metodologie di presa in carico ed al lavoro di gruppo;
  e) garantiscano tempi certi per la valutazione e per tutti i passaggi conseguenti alla presa in carico;
  f) abbiano potere decisionale (proprio o delegato) sul percorso assistenziale;
  g) rispondano collegialmente della progettazione e verifica degli interventi programmati.

Percorso assistenziale

Criticità

Difformità, carenze, inadeguatezza nella definizione del percorso assistenziale del soggetto disabile tra i diversi territori della regione

Obiettivo

Ridefinizione condivisa su base regionale del percorso assistenziale del soggetto disabile, garantendo la necessaria contestualizzazione individuale e territoriale.

Azione

Elaborazione di Linee guida condivise che definiscano livelli uniformi ed essenziali del percorso assistenziale, misure, processi e procedure di: sostegno alle persone e alla famiglia, promozione

della salute e sviluppo autonomie personali, integrazione scolastica, formazione professionale e inserimento lavorativo, integrazione e inclusione sociale, accoglienza semiresidenziale e residenziale;

Accesso ai servizi e compartecipazione alla spesa

Criticità

Mancanza di riferimenti regionali nell'accesso ai servizi e nella compartecipazione alla spesa con conseguenti disparità di opportunità per i cittadini disabili

Obiettivo

Armonizzazione delle modalità di accesso alla rete dei servizi in termini di compartecipazione alla spesa

Azione

- Sostenere l'utilizzo dello strumento ISEE per il calcolo del reddito.
- Riorganizzare e armonizzare il sistema tariffario delle Residenze Protette e dei Centri Diurni per disabili regolamentati dalla LR 20/02.
- Calcolare il costo dei servizi offerti, individuare i costi dei livelli di assistenza sanitaria e dei livelli di assistenza alberghiera minimi da garantire ai sensi della LR 20/02 citata.
- Definire le tariffe delle prestazioni/servizi con attribuzione percentuale della spesa in quota sanitaria e sociale rapportandola alla natura ed entità del bisogno, all'appropriatezza dell'intervento, all'intensità e complessità delle prestazioni/servizi.

Personale

Criticità

Scarso collegamento interdisciplinare e interprofessionale degli operatori sanitari e sociali nel settore della disabilità. Mancanza di comunicazione tra il personale dei diversi territori impegnato in questo settore.

Obiettivo

Favorire una formazione e un aggiornamento integrati e unitari per il personale sociale e sanitario impegnato nel settore della disabilità.

Azione

Costruzione di opportunità ed eventi formativi e di aggiornamento del personale coerenti sul territorio regionale, con l'individuazione di profili e percorsi formativi degli operatori dell'area socio-sanitaria.

VII.6.4 Area salute mentale

Il settore della Salute Mentale è stato oggetto abbastanza recentemente di un atto programmatorio formale da parte della Regione, la Deliberazione consiliare n. 132/04 “Progetto Obiettivo per la Salute Mentale” (P.O.S.M.). Il P.O.S.M. prevede in coerenza con quanto previsto nella sezione 2.2.1 (Sanità mentale) del Macroobiettivo 2 del PSR 2003-2006, di stabilizzare il modello organizzativo dipartimentale; standardizzare la tipologia delle strutture afferenti al Dipartimento di Salute Mentale, in particolare di quelle residenziali a ciclo continuativo o diurno; standardizzare i parametri di popolazione in base ai quali determinare la presenza di tali strutture nelle Zone Territoriali; standardizzare i parametri di popolazione in base ai quali determinare la presenza di personale nei Dipartimenti; indicare ai Dipartimenti obiettivi di attività e di qualità dell’intervento coerenti con le indicazioni nazionali. Riserva inoltre alla Regione una più approfondita azione di indirizzo e programmazione, che si concretizza nella definizione di percorsi specifici per patologia, in una più adeguata ricerca epidemiologica, in una diffusione della cultura della valutazione di efficacia degli interventi e del controllo di gestione.

Inoltre indica alcune specifiche modalità di coinvolgimento nel presidio della Salute Mentale di competenza, degli Enti Locali e, ulteriore significativa novità, elenca una serie di strutture fruibili ai fini della tutela della Salute mentale, riferibili per quanto riguarda la proprietà e la gestione, a soggetti pubblici e privati non direttamente afferenti al Servizio Sanitario Regionale.

Il monitoraggio del P.O.S.M. e la rilevazione del grado di efficacia di tale atto programmatorio nel conseguimento degli obiettivi da esso assunti è quindi l’azione prioritaria che va garantita nel breve periodo; accanto ad essa devono essere presi in considerazione gli elementi di criticità emersi:

a) dal confronto con gli operatori all’interno dell’ASUR nella Conferenza professionale di supporto direzionale (istituiti dalla Determina del Direttore Generale ASUR n. 89/06);
b) dalle rilevazioni operate dal Servizio Salute e dall’ARS rispetto alla domanda espressa in ambito di Salute Mentale non evasa all’interno della Regione;
c) dalle rilevazioni sui dati di attività e sulle dotazioni organiche effettuate dai medesimi Servizi.

La Regione, avvalendosi prioritariamente del coordinamento garantito dalla “cabina di regia”, sarà impegnata nelle seguenti direttrici di azione.

Attuazione del Progetto Obiettivo Salute Mentale

Criticità

A tre anni dall’approvazione del POSM molte azioni previste non sono state realizzate.

Obiettivo

Monitoraggio dello stato di applicazione del POSM e implementazione delle azioni non realizzate.

Azione

- Monitoraggio dello stato di applicazione del POSM per quel che riguarda:
  1) Individuazione di forme di prevenzione primaria;
  2) Garanzia di accesso dei pazienti psichiatrici ai servizi sociali;

3) Fruizione del diritto alla casa dei pazienti psichiatrici;
4) Fruizione dei pazienti psichiatrici di Sportelli della Salute e di Uffici di Promozione Sociale;
5) Modalità di partecipazione degli Enti Locali, degli Ambiti Territoriali, delle formazioni sociali.

- Attivazione delle parti non realizzate del POSM mantenendo la prospettiva della necessaria, armonizzazione normativa complessa in termini di integrazione socio-sanitaria.

Disagio mentale giovanile

Criticità

Le manifestazioni del disagio mentale di adolescenti e giovani sono sempre più frequenti. C'è diversità di assetto istituzionale fra strutture ospedaliere e strutture territoriali che intervengono in questo settore. Mancano strutture intermedie per il disagio mentale nella fascia di età adolescenziale.

Obiettivo

Organizzazione ed implementazione di un processo condiviso, centrato sul territorio, di accesso, valutazione, presa in carico e continuità dell'assistenza del disagio mentale di adolescenti e giovani. Definizione di un percorso di gestione dei ricoveri urgenti dei minori con problemi psichiatrici.

Azione

- Organizzazione ed implementazione di un processo condiviso, centrato sul territorio, di accesso, valutazione, presa in carico e continuità dell'assistenza del disagio mentale di adolescenti e giovani. Il Distretto/Ambito Territoriale Sociale dovrà governare il percorso di elaborazione del processo coinvolgendo il Consultorio, le strutture della Neuro Psichiatria Infantile, il Dipartimento di Salute Mentale.
- Organizzazione di prestazioni assistenziali e terapeutiche dedicate all'acuzie del disagio mentale minorile favorendo risposte immediate e non differibili alle situazioni critiche, una coordinazione specifica per le diverse condizioni cliniche, un monitoraggio costante della sicurezza del paziente per la propria e per la altrui incolumità, una stretta sorveglianza del decorso clinico.
- Elaborazione e implementazione di un protocollo regionale di integrazione ospedale-territorio sul tema del disagio mentale giovanile che coinvolga il Salesi e i presidi ospedalieri delle Zone oltre che i servizi territoriali distrettuali e dei Dipartimenti di Salute Mentale.
- Individuazione di strutture semiresidenziali intermedie e della struttura residenziale post acuzie (prevista dal P.O.) per la fascia di età adolescenziale.

Risorse per la Salute Mentale

Criticità

Presenza non adeguata ai bisogni dell'offerta di strutture semiresidenziali e residenziali nel settore della Salute Mentale.

Obiettivo

Favorire un corretta ed equilibrata allocazione delle risorse professionali e delle strutture semiresidenziali e residenziali nel settore della Salute Mentale sul territorio regionale.

Azione

- Monitoraggio sulla consistenza e sulla adeguatezza del sistema assistenziale marchigiano per la Salute Mentale, quale definito dal P.O.S.M., per dotazione strutturale, di risorse umane, di modelli organizzativi, a far fronte in maniera efficace ai bisogni e alla domanda espressa.
- Rilevazione della situazione esistente in materia di strutture residenziali a ciclo continuativo diurno sia con caratteristiche sanitarie, di integrazione socio-sanitaria e prevalentemente sociali. Ricognizione del fabbisogno e avvio del riequilibrio territoriale.

Sistema informativo della Salute Mentale

Criticità

Carenza di informazioni sull'attività e sull'utenza estese a tutti i territori e aggiornate con costanza.

Obiettivo

Aggiornamento e implementazione del sistema informativo psichiatrico in tutti i DSM.

Azione

Attivazione in tutto il territorio regionale e quindi presso tutti i Dipartimenti, del Sistema Informativo Psichiatrico. Valutazione e eventuale aggiornamento del modello complessivo di rilevazione e adeguamento a sistemi di rilevazione nazionali. Integrazione dell'investimento per favorire l'estensione dell'utilizzo del sistema. Superamento delle difficoltà legate all'organizzazione interna dei Dipartimenti.

Allocazione delle risorse per la Salute Mentale

Criticità

Mancanza di criteri univoci e uniformi per la destinazione e l'allocazione delle risorse nella Salute Mentale.

Obiettivo

Individuazione dei criteri per l'allocazione delle risorse nella Salute Mentale e loro applicazione.

Azione

- Elaborazione di progetti per tutti i DSM con assegnazione di risorse differenziate in ragione di quanto necessario per svolgere i diversi progetti.
- Avvio, nella logica della partecipazione e della collegialità con i diversi operatori del settore, di una fase progettuale unitaria per l'intero territorio regionale consistente nella:
  a) verifica dell'assessment dei DSM rispetto al perseguimento degli obiettivi e corrispettiva attribuzione delle risorse in ragione delle necessità differenziate;
  b) allocazione delle risorse in forma utile per il raggiungimento omogeneo di obiettivi organizzativi e di qualità.

Percorsi assistenziali

Criticità

Disparità negli interventi e nelle modalità operative di presa in carico e azione terapeutica tra i diversi territori non adeguatamente giustificate dalle pur necessarie contestualizzazioni individuali e territoriali.

Obiettivo

Definizione e sperimentazione di percorsi di cura unitari e condivisi sul territorio regionale.

Azioni

Definizione di percorsi e profili di cura per patologie emergenti comuni ai vari DSM attraverso contributi multidisciplinari e multiterritoriali.

Individuazione di percorsi e profili di cura che riguardino le patologie emergenti, sia nella percezione degli operatori, sia nelle indicazioni della letteratura, in particolare le concomitanze di patologie psichiatriche e di dipendenze patologiche.

VII.6.5 Area dipendenze patologiche

Caratteristiche del fenomeno delle dipendenze patologiche e dei comportamenti d'abuso

Negli ultimi anni l'uso di sostanze stupefacenti e psicotrope ha assunto proporzioni sempre più vaste, interessando ampi strati di fasce di popolazione, in particolare quella giovanile, in considerazione della forte diffusione sul mercato illecito di nuove e vecchie sostanze (quali eroina, cocaina, sostanze sintetiche).

Le ricerche e gli studi epidemiologici effettuati nel settore evidenziano altresì, oltre al notevole abbassamento dell'età del consumo, rituali e abitudini assuntive "nuove" rispetto a quelle tradizionali, facendo emergere il fenomeno della "poliassunzione", cioè l'uso contemporaneo o alternato di più sostanze associato in moltissimi casi ad alcool e farmaci, dell'uso o abuso senza dipendenza, dell'insorgenza di altre forme di dipendenza patologica non correlata all'uso di sostanze quali il gioco d'azzardo, la dipendenza da internet o videogiochi.

In sintesi le caratteristiche assunte dal fenomeno delle dipendenze patologiche e dei comportamenti d'abuso negli ultimi anni si possono così descrivere :

- uso/consumo/abuso di sostanze psicotrope sia illegali che legali;
- passaggio da prevalente consumo di eroina a policonsumo;
- diminuzione dell'età media dei soggetti consumatori;
- notevole prevalenza di patologie psichiatriche tra i consumatori, soprattutto tra gli utenti dei Servizi (quali c.d. dual diagnosis);
- rapido e costante aumento di consumatori di cocaina e psicostimolanti;
- aumento dell'abuso di alcolici anche accompagnati dal consumo di altre sostanze;
- scarsa consapevolezza della pericolosità dell'uso di sostanze psicotrope, specie tra i più giovani;
- aumento della differenza tra numero di consumatori di sostanze e numero di utenti dei Servizi;
- consumo percepito come normale accesso ad un mercato e non come comportamento patologico o illegale.

Queste diverse modalità e abitudini di consumo determinano la necessità di individuare strategie che partano dalla consapevolezza dell'ampiezza e della complessità del fenomeno ed affrontino le problematiche ad esso collegate in modo rapido ed efficace in termini di prevenzione, cura e riabilitazione delle persone con problemi di uso, abuso e dipendenza da sostanze stupefacenti e psicotrope, legali e illegali, e da "dipendenza senza droga".

La strategia della Regione Marche

La DGR 747/2004 prevede, valendosi del modello Dipartimentale, di mettere in rete in un territorio tutti i soggetti, pubblici e privati, che operano nel settore della Tossicodipendenza, tentando di passare da un modello che si proponeva di realizzare trattamenti tra loro integrati ad uno che si propone l'integrazione di soggetti produttori di servizi, le loro specifiche offerte all'interno appunto del Dipartimento.

L'articolazione del sistema definisce le seguenti aree di intervento, per le quali è prevista anche la possibile configurazione in Unità Operative:

- Prevenzione;
- Cura e Riabilitazione;
- Inclusione sociale;
- Interventi in contesti specifici (Area penale, amministrativa e giudiziaria - Area alcoologia e tabagismo - Area comorbilità psichiatrica - Area genitorialità).

Questo sistema è di fatto stato avviato all'inizio del 2006, con la costituzione di 5 Dipartimenti Zonali e di 4 Dipartimenti Sovrazonali, ed è tuttora in piena fase di implementazione/sperimentazione.

Attuazione DGR 747/04

Criticità

Mancata attuazione di obiettivi previsti dal DGR 747/04 nel primo periodo di attuazione.

Obiettivo

Applicazione e verifica della DGR 747/04 per le parti non attuate, in modo tale da consentire al governo regionale di disporre di elementi di valutazione adeguati alla fine del periodo di sperimentazione previsto.

Azione

Monitoraggio attività dei DDP, degli effetti dell'atto di riordino, verifica dell'efficacia, verifica delle criticità e individuazione delle possibili soluzioni con particolare riferimento a:

- integrazione socio-sanitaria: il modello organizzativo delineato colloca a pari dignità i servizi pubblici e del terzo settore, la sanità e il sociale;
- rete integrata dei servizi: la costruzione di percorsi di prevenzione, di terapia, di riabilitazione e di reinserimento possono valersi del reale pieno coinvolgimento di ogni soggetto di un territorio, coniugando le diversità culturali e operative;
- complessità del sistema curante: varietà di offerta, rigore scientifico e programmi personalizzati caratterizzano il sistema complesso delle dipendenze patologiche che soltanto all'interno di un sistema integrato e coordinato possono trasformarsi in trattamenti efficaci.

Omogeneità nei percorsi di cura e nei trattamenti

Criticità

Disparità di approcci, presa in carico e trattamenti tra i diversi Dipartimenti delle Dipendenze Patologiche non adeguatamente giustificati da corrette e condivise motivazioni di carattere terapeutico.

Obiettivo

Nell'ambito delle Dipendenza Patologiche garantire la continuità dell'assistenza sul territorio regionale attraverso l'omogeneità nei percorsi di cura e nei trattamenti.

Azione

Applicare l'indicazione della DGR 747/04 rispetto alla definizione di procedure comuni e alla individuazione percorsi assistenziali standard, protocolli diagnostici, certificativi e terapeutici unitari per tutto il territorio regionale.

Rete dei servizi

Criticità

Permanente autoreferenzialità dei servizi, pubblici e del privato sociale, anche dopo l'approvazione della DGR 747/04.

Obiettivo

Garantire flessibilità e integrazione della rete dei servizi per le Dipendenze Patologiche nella logica del Dipartimento pubblico integrato e del “bacino” regionale di riferimento.

Azione

- Individuazione dei requisiti minimi standard per la riqualificazione e rideterminazione dell'offerta residenziale e semiresidenziale e dei servizi innovativi (quali unità di strada, inserimenti lavorativi)
- Programmazione formazione comune integrata di operatori di servizi pubblici e privati.

Flussi informativi standard

Criticità

Conoscenza non adeguata e incompleta del fenomeno complessivo delle Dipendenze Patologiche, nonché degli effettivi costi, delle attività e dei risultati dei servizi erogati.

Obiettivo

Implementazione di un sistema regionale omogeneo e standardizzato dei flussi informativi relativi alle Dipendenze Patologiche.

Azione

- Adeguare flussi informativi omogenei secondo indicazioni ministeriali e secondo standard nazionali ed europei approvati (cfr. DGR 1588/05 è stato approvato il protocollo standard SESIT (Standard Europei Sistemi Informativi Tossicodipendenze) a fini epidemiologici, programmatori, gestionali.
- Formazione degli operatori sugli standard citati e incentivazioni ai Servizi per il sostegno alla raccolta dei dati.
- Analisi dei dati, ai fini di una lettura esauriente del fenomeno, di una puntuale individuazione dei bisogni emergenti, di una verifica dei risultati e dei costi, di un eventuale riorientamento della programmazione.

Epidemiologia dei comportamenti d’abuso

Criticità

Carenza delle conoscenze sull’epidemiologia dei comportamenti d’abuso.

Obiettivo

Migliorare le conoscenze sull’epidemiologia dei comportamenti d’abuso e sistematizzare procedure e azioni.

Azione

Qualificazione delle informazioni prodotte dai Dipartimenti riguardanti: a) dati sull’utenza e Servizi per le tossicodipendenze; b) dati sull’utenza e Servizi per l’alcooldipendenza; c) dati sulle Strutture terapeutiche residenziali e loro attività.

VII.6.6 Area anziani, con particolare riferimento alla non autosufficienza

Quadro demografico di riferimento

Secondo i dati dei registri anagrafici comunali, all'1.1.2005 la popolazione residente nella regione Marche ammontava a 1.518.780 persone. L'analisi dei dati per età evidenzia come la popolazione della regione Marche sia caratterizzata da una quota rilevante di persone anziane: la popolazione ultra sessantaquattrenne costituisce infatti il 22,4% della popolazione totale. Si tratta del quinto valore regionale più elevato, che seppur distante dal 26,5% della Liguria, risulta vicino ai valori di Emilia Romagna, Toscana e Umbria, superando di 1,4 punti percentuali il dato relativo all'Italia centrale e di ben 2,9 punti percentuali il dato nazionale.

All'1.1.2005 il numero di persone di sessantacinque anni e più ammonta a 339.832 unità, 23.899 in più rispetto al 2001 (per un tasso di incremento del 7,6%). Il peso della popolazione di 85 anni e più è considerevole, dal momento che essa costituisce attualmente l'11,2% della popolazione con più di 64 anni. Secondo le stime ISTAT il numero di ultra sessantaquattrenni crescerà a 354.102 unità nel 2011, superando quota 450.000 nel 2031. La crescita della popolazione anziana dovrebbe toccare il picco delle 531.381 unità nel 2045 per poi calare negli anni successivi.

Dunque il dato demografico regionale mostra come sia di primaria importanza per le politiche sociali la "questione anziani" collocando le Marche già oggi, ma ancor più in prospettiva futura, fra le regioni più interessate dal processo di invecchiamento della popolazione e quindi del fenomeno della non autosufficienza degli anziani.

Gli Anziani non autosufficienti

Non è disponibile una quantificazione puntuale del numero degli anziani non autosufficienti residenti nelle Marche. Prendendo in esame i dati statistici più recenti disponibili è possibile dare un macro-quantificazione del fenomeno stimando la consistenza degli anziani non autosufficienti:

- da un minimo di 35.203 individui (pari al 10,4% della popolazione residente in età superiore a 64 anni), corrispondenti ai beneficiari di indennità di accompagnamento per invalidità civile in età superiore a 64 anni e residenti nelle Marche[2] al 31/12/2004;
- ad un massimo di 38.865 individui (pari all'11,4% della popolazione residente in età superiore a 64 anni) corrispondenti alla somma degli individui in età superiore a 64 anni che al 31\12\2005 dichiaravano di vivere "confinati in casa[3]" o erano rilevati come ospiti presso le strutture residenziali della regione[4] al 31/12/2005.

È opportuno sottolineare che le dinamiche demografiche sopra descritte, caratterizzate da un progressivo invecchiamento della popolazione con una incidenza crescente degli over 80, concorreranno a determinare una crescita quantitativa del fenomeno della non autosufficienza.

[2] Fonte ISTAT – Beneficiari delle prestazioni pensionistiche – Anno 2004

[3] Stima basata sull'incidenza di anziani con almeno una difficoltà confinati in casa sul totale della popolazione con più di 64 anni (valore Marche 10,1%). Fonte ISTAT - Indagine Statistica Multiscopo sulle Famiglie – Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 2004-2005

[4] Anziani non autosufficienti presenti nelle strutture residenziali. Proiezione al 31\12\2005 dei dati rilevati dall'indagine riferita al 31\12\2003 - Fonte Osservatorio Regionale Politiche Sociali

L'assistenza e la cura degli anziani non autosufficienti

A fronte di questa dimensione del fenomeno si stima che al 31/12/2005 l'assistenza e la cura degli anziani non autosufficienti abbia assunto il seguente assetto organizzativo:

- 4.542 anziani non autosufficienti sono assistiti presso le strutture residenziali[5];
- 6.664 anziani non autosufficienti sono assistiti a domicilio dai servizi ADI delle ASUR[6];
- 12.227 anziani non autosufficienti sono assistiti a domicilio dalle cosiddette "badanti"[7].

Oltre questi interventi occorre infine considerare che i servizi domiciliari (SAD) dei Comuni e degli Ambiti territoriali offrono agli anziani una serie di servizi di assistenza alla persona (quali preparazione pasti; cura e igiene della persona; cura e riordino dell'abitazione; lavatura stiratura e rammendatura della biancheria). Sebbene si tratti di servizi non mirati all'utenza non autosufficiente, non è da escludere che una parte dell'utenza dei Servizi SAD sia costituita da anziani non autosufficienti. Si stima che nel 2005 i servizi SAD attivi negli Ambiti territoriali abbiano assistito un complesso di circa 4.464 utenti.

In tale quadro assume particolare importanza il ruolo, le funzioni ed il contributo dell'INRCA, quale unico istituto nazionale di ricerca scientifica dedicato all'invecchiamento, che sarà coinvolto, a pieno titolo, sul piano tecnico, nella determinazione delle politiche per l'anziano fragile.

Il sistema dei servizi

Di recente è stato avviato un processo di adeguamento dell'offerta di servizi residenziali e semiresidenziali, finalizzato a dare risposte più appropriate al tema della non autosufficienza. Si tratta in particolare di due interventi: la regolamentazione delle autorizzazione delle strutture socio assistenziali (LR20\2002) e l'atto di fabbisogno che prevede l'innalzamento e l'omogeneizzazione dell'assistenza sanitaria agli anziani non autosufficienti ospiti delle strutture residenziali.

Prima di questi interventi il comparto residenziale era caratterizzato:

- dalla presenza di case di riposo, solo in piccola parte specializzate in relazione all'utenza non autosufficiente;
- da una localizzazione territoriale dell'offerta molto disomogenea;
- da condizioni tariffarie molto disomogenee;
- dalla presenza di livelli assistenziali sanitari molto diversificati, sia in termini di prestazioni offerte, sia in termini di sostegno pubblico della spesa.

[5] Anziani non autosufficienti presenti nelle strutture residenziali. Proiezione (basata sulla consistenza dei posti letto) al 31\12\2005 dei dati rilevati dall'indagine riferita al 31\12\2003 - Fonte Osservatorio Regionale Politiche Sociali

[6] Proiezione (basata sulla consistenza della popolazione con più di 64 anni) al 2005 di dati riferiti riferito al 2003 e desunti dall'indagine sull'assistenza domiciliare nelle Marche condotta dall'Agenzia Regionale Sanitaria in collaborazione con il CRISS dell'Università Politecnica delle Marche. L'indagine in particolare rileva: 8.099 utenti ADI, di cui 7.128 in età maggiore di 64 anni, dei quali 6.415 assistiti presso il domicilio dell'utente e 713 presso strutture residenziali.

[7] La stima degli anziani assistiti a domicilio dalle cosiddette "badanti" è desunta dai risultati dell'indagine promossa dall'ARMAL della Regione Marche e condotta da Emanuele Pavolini. "Il mercato privato dell'assistenza nelle Marche: caratteristiche e ruolo regolativo dell'attore pubblico". La stima è riferita all'anno 2005.

Nel comparto residenziale, si registra oggi la seguente situazione:

- i titolari delle strutture residenziali per anziani hanno richiesto autorizzazioni per Residenze Protette per un totale complessivo regionale di 3.923 posti letto al 31/12/06;
- l'ASUR sta completando il convenzionamento di 2.500 posti letto in Residenze Protette (come previsto dall'Atto di Fabbisogno), con un livello di assistenza minimo di 50' (OSS + Infermiere) a fronte dei 100' previsti dal regolamento regionale 1/2004;
- la quota di ospiti non autosufficienti presenti nelle strutture ma non coperta dalle convenzioni di cui sopra, viene assistita con prestazioni "minimali" attraverso il servizio ADI;
- i posti letto in RSA, che al 31/12/2003 assommavano a 909 unità e per i quali era previsto (precedente Piano Sanitario) un potenziamento fino a 1.320 PL con uno obiettivo intermedio (Atto di fabbisogno) di 1.000 PL, per effetto delle nuove attivazioni e della trasformazioni di una quota di posti letto RSA in posti letto RP, assommano al 31/12/2006 a 891 posti letto.

Il comparto dei servizi semi residenziali è attualmente costituito da 26 centri diurni (21 centri diurni per anziani e 5 centri diurni Alzheimer), con una dotazione complessiva di 418 posti (334 nei centri diurni per anziani e 84 nei centri diurni Alzheimer); l'indice di dotazione complessivo (centri diurni per anziani + centri diurni Alzheimer) si attesta su valori molto contenuti: 1,2 posti per 1000 anziani residenti.

Linee di intervento

Nel caso delle politiche per anziani, alcuni atti di programmazione già approvati necessitano di essere portati avanti e completati nei loro obiettivi. Si tratta in particolare di:

- Piano regionale "Sistema dei servizi per gli anziani della Regione Marche: sviluppo programmatico e organizzativo – prevenire, contrastare, ridurre e accompagnare la non autosufficienza" (DGR 1566 del 14.12.2004) che necessita di essere realizzato in tutti i suoi contenuti (accesso unico, struttura dei percorsi assistenziali, rafforzamento e riqualificazione del sistema dei servizi);
- DGR 323/05: "Accordo con le organizzazioni sindacali sulle residenze sociali e adozione degli atti relativi alla riqualificazione delle residenze socio-sanitarie per anziani non autosufficienti" che deve proseguire il suo processo di applicazione delle indicazioni riportate nell'accordo sindacale e di implementazione della spesa necessarie per la riqualificazione dell'assistenza agli anziani non autosufficienti accolti nelle residenze protette;
- Linee di intervento che mirino ad incentivare i rientri temporanei a domicilio implementando un modello di assistenza agli anziani non autosufficienti che consenta l'alternanza di periodi di cura all'interno delle strutture sanitarie e sociali e periodi di cura a domicilio.

Nel periodo di vigenza del presente Piano, si prevede di migliorare lo standard assistenziale per gli anziani non autosufficienti ospiti di strutture residenziali, secondo quanto previsto dalla normativa regionale vigente per le residenze protette.

Accessi ai servizi per gli anziani non autosufficienti

Criticità

Percorsi non omogenei e chiari per l'accesso ai servizi di integrazione sociale e sanitaria per gli anziani non autosufficienti.

Obiettivo

Qualificazione e unicità dell'accesso ai servizi integrati sociali e sanitari per gli anziani non autosufficienti.

Azione

Analisi dello stato di attuazione e funzionamento UPS e Sportello della salute per gli anziani non autosufficienti e sperimentazione di forme di coordinamento specificamente mirate a questa tipologia di bisogno.

Valutazione e presa in carico degli anziani non autosufficienti

Criticità

Criticità nei processi di valutazione, presa in carico, dimissione dell'anziano non autosufficiente .

Obiettivo

Garantire un percorso specifico per gli anziani non autosufficienti nella prospettiva unitaria della valutazione integrata.

Azione

Nella riorganizzare del sistema delle Unità Valutative Integrate, individuate quali snodi per l'obiettivo dell'appropriatezza delle prestazioni, prevedere un'azione specifica per gli anziani non autosufficienti con la predisposizione linee guida.

Accoglienza e assistenza residenziale di anziani non autosufficienti

Criticità

Carenze nella disponibilità di posti e nel livello di assistenza per l'assistenza residenziali agli anziani non autosufficienti.

Obiettivo

Potenziamento del numero di PL in RSA e in Residenze Protette e adeguamento del livello di assistenza socio-sanitaria nelle residenze protette per anziani e coordinamento per l'appropriatezza e la corretta continuità dell'assistenza nel sistema di accoglienza residenziale per gli anziani non autosufficienti.

Azione

- Verifica del livello convenzionale tra ASUR e enti gestori delle residenze protette per garantire l'effettività dei livelli assistenziali, della qualità dell'assistenza, dei servizi sanitari erogati in relazione alla spesa, della partecipazione alla spesa delle persone accolte.
- Verifica dell'appropriatezza del ricovero e potenziamento delle cure domiciliari per il contenimento dei livelli attuali del flusso di "istituzionalizzazione" dell'anziano non autosufficiente.
- Ridefinizione della dotazione di posti letto convenzionati in Residenza Protetta, tenendo conto delle risultanze del programma di riqualificazione dell'assistenza sugli attuali 2.500 posti letto convenzionati ai quali è stata garantita un'assistenza sanitaria (OSS + Infermiere) minima di 50'
- incremento del livello di assistenza sanitaria (OSS + Infermiere) fino a raggiungere la disponibilità di operatori necessari per sostenere la soglia dei 100' di assistenza prevista dall'attuale regolamento di autorizzazione e concordata con le parti sociali (Atto di Fabbisogno) per il complesso dei posti letto convenzionati.

Sistema delle cure domiciliari e anziani non autosufficienti

Criticità

Disparità, disomogeneità e sperequazione nell'attivazione delle cure domiciliari; confusione rispetto a contenuti e modalità operative delle cure domiciliari, con particolare riferimento agli anziani non autosufficienti.

Obiettivo

Riordino complessivo del sistema delle cure domiciliari con riferimento particolare all'ADI e relativo potenziamento.

Azione

- Riorganizzazione del sistema delle cure domiciliari con riferimento particolare all'ADI attraverso la predisposizione di Linee guida al fine di poter conseguire caratteri di omogeneità nel processo di valutazione, presa in carico, trattamento e dimissione del paziente.
- Potenziamento dell'assistenza domiciliare agli anziani non autosufficienti fino a una capacità di servizio di circa 10.000 utenti anno per prevenire nuova domanda di istituzionalizzazione.

Formazione operatori

Criticità

Il personale dei servizi per gli anziani non autosufficienti non è sempre adeguatamente formato, con particolare riferimento alle strutture residenziali.

Obiettivo

Riqualificazione e aggiornamento specifico per il personale dei servizi per gli anziani non autosufficienti.

Azione

- Aggiornamento degli operatori socio-sanitari già operanti nei servizi residenziali e semiresidenziali destinati ad anziani non autosufficienti, adeguando la formazione alla normativa regionale vigente.
- Predisposizione e approvazione di atti specifici dedicati alle attività formative relative al conseguimento della qualifica di operatore socio-sanitario.
- Individuazione di percorsi di aggiornamento e formazione programmata per OSS e Infermieri sul tema della non autosufficienza.

Sistema privato di cure domiciliari e anziani non autosufficienti

Criticità

Il fenomeno delle collaboratrici familiari destinate all'assistenza dei non autosufficienti è in crescita e non adeguatamente governato.

Obiettivo

Monitoraggio e governo del sistema di assistenza domiciliare privata.

Azione

- Individuazione modalità di intervento a sostegno del sistema privato di cure domiciliari (badanti).
- Valutazione del progetto "assegno servizi" e individuazione percorsi possibili.
- Rilancio del progetto "qualificazione del sistema di assistenza domiciliare privata" (badanti).

Accesso alla rete dei servizi in termini di compartecipazione alla spesa

Criticità

Disparità di accesso e sperequazione nei criteri di compartecipazione alla spesa per gli utenti dei servizi destinati ai non autosufficienti.

Obiettivo

Armonizzazione delle modalità di accesso alla rete dei servizi in termini di compartecipazione alla spesa.

Azione

- Sostenere l'utilizzo dello strumento ISEE per il calcolo del reddito.
- Definizione di criteri equi ed omogenei di accesso all'offerta dei servizi tramite l'approvazione di linee guida per l'utilizzo dello strumento dell'ISEE.

- Riorganizzazione e armonizzazione del sistema tariffario delle Residenze Protette e dei Centri Diurni per anziani.
- Calcolo del costo effettivo dei servizi offerti; individuazione dei costi dei livelli di assistenza sanitaria e dei livelli di assistenza alberghiera minimi da garantire ai sensi della LR 20/02.

Monitoraggio dei servizi per gli anziani non autosufficienti

Criticità

La conoscenza dei servizi e degli interventi sanitari e sociali destinati agli anziani non autosufficienti non è sistematica e non permette la programmazione delle azioni e la corretta allocazione delle risorse.

Obiettivo

Qualificare, nella logica di sistema integrato e per il miglioramento dell'allocazione delle risorse, il sistema di monitoraggio dei servizi e degli interventi sanitari e sociali destinati agli anziani non autosufficienti.

Azione

- Disponibilità on line dell'anagrafe dei servizi e degli interventi sanitari e sociali destinati agli anziani non autosufficienti
- Predisposizione di procedure informatizzate per accompagnare il percorso assistenziale degli anziani non autosufficienti (prospettiva della cartella socio-sanitaria informatizzata - registrazione della presa in carico e della dimissione dell'utente).

VII.6.7 Area altre fragilità

Lotta alle diseguaglianze

Criticità

Permangono disparità di accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari determinate dalle disuguaglianze che devono essere conosciute in maniera sempre più adeguata e precisa.

Obiettivo

Rafforzamento dell'Osservatorio sulle Disuguaglianze.

Azione

Lo sviluppo di una analisi di dettaglio sulle fragilità, richiede un rafforzamento dell'Osservatorio sulle Disuguaglianze con un rafforzamento del mandato per:

- coordinamento e promozione delle attività indirizzate alla salute delle donne;
- osservazione e monitoraggio della ricerca e delle pratiche sanitarie;

- coordinamento e promozione di esperienze utili all'ampliamento di conoscenze sulla differenza di genere nei campi della cura e del trattamento, della ricerca dei fattori di rischio e della prevenzione a livello della vita quotidiana.

Accompagnamento delle fragilità

Criticità

Le fragilità (e soprattutto quelle non "codificate") rappresentano spesso un ulteriore ostacolo all'accesso ai servizi sociali e sanitari.

Obiettivo

Individuare e sperimentare prassi specifiche di accompagnamento dei soggetti fragili nei servizi sanitari dalla presa in carico alla continuità dell'assistenza.

Azione

- Progettazione e sperimentazione della funzione di "case management", incardinata nel Distretto Sanitario come supporto all'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali (UCAD) e dialogante con i sistemi valutativi ed assistenziali (quali UVD, MMG, Medicina Legale, Presidi Ospedalieri), utilizzando personale già esistente in particolare delle professioni sociali e sanitarie.
- Promozione della funzione di "tutor" o di "guida" o di "facilitatore" svolta da operatori che siano disponibili a svolgere un ruolo supplementare come "riferimento diretto e più accessibile" per dipanare intoppi, superare incongruenze, tenere conto delle situazioni anche molto concrete per valutare la fattibilità dei percorsi, cercare di rendere coerenti le risposte del sistema, facilitare l'accesso alle informazioni ed alle soluzioni per le persone fragili.
- Promozione di una riflessione sugli strumenti di valutazione utilizzati nel sistema marchigiano per integrarli con accorgimenti particolari destinati alle fragilità.

Contrasto alla violenza sulle donne e al maltrattamento e abuso sessuale dei bambini

Criticità

I fenomeni di violenza sulle donne e di maltrattamento e abuso sessuale dei bambini pur presenti nella nostra regione, non sono stati oggetto di intervento sistematico.

Obiettivo

Affrontare i temi della violenza sulle donne e del maltrattamento e abuso sessuale dei bambini in una prospettiva di sistema integrato dei servizi sanitari e sociali, con lo sviluppo di competenze specifiche e di organizzazione di interventi dedicati.

Azione

- Sperimentazione volta ad individuare percorsi integrati di emersione e contrasto della violenza sulle donne all'interno delle mura domestiche nonché di cura delle specifiche patologie da essa determinate (quali sindrome post traumatica da stress, disturbi

psicosomatici) che, centrati sul Distretto/Ambito Territoriale Sociale, coinvolgano il consultorio, i medici di base, i pronto soccorso, i servizi sociali e le associazioni di volontariato presenti sul territorio.

- Individuazione e sperimentazione di un modello di organizzazione e di intervento sul maltrattamento e abuso sessuale dei bambini che tenga conto delle esperienze in atto e degli approfondimenti realizzati dall'ASUR.

Salute degli immigrati

Criticità

Per i gruppi vulnerabili della popolazione, cioè quelli con precario accesso alle risorse, e tra questi gli immigrati, il rischio di perdita della salute è maggiore rispetto al resto della popolazione.

La migrazione in se stessa rappresenta un fattore di fragilizzazione. A ciò si aggiunga che gli immigrati sono spesso in condizioni di deprivazione economica, sociale, relazionale e culturale. I dati epidemiologici evidenziano crescenti disuguaglianze nella salute per gli immigrati; essi per di più hanno maggiori difficoltà ad accedere ai servizi socio-sanitari.

1) Aree più critiche per la salute: infortuni sul lavoro; materno-infantile; TBC, AIDS, dipendenze patologiche (alcool), disagio psichico, odontoiatria.
2) Difficile accesso ai servizi sanitari.
3) Carenza di interventi specifici per le comunità zingare, i detenuti, le persone vittime della tratta.
4) Scarsa competenza culturale delle organizzazioni dei servizi e degli operatori.
5) Disomogenea applicazione della normativa relativa all'assistenza sanitaria agli immigrati.

Obiettivo

Garantire risposte specifiche ai bisogni / domanda di salute degli immigrati.

Azioni

1) Adozione ed implementazione di modelli organizzativi sanitari regionali adeguati a garantire pari opportunità nell'accesso, nell'ambito dei servizi territoriali, alla medicina di base e alle cure primarie (salute donna e bambino, salute mentale, dipendenze patologiche, malattie infettive, odontoiatria).
2) Attuazione di iniziative volte a garantire l'accesso informato e facilitato ai servizi sanitari, particolarmente per i migranti irregolari.
3) Piena attuazione della DGR 1516 del 28 dicembre 2006. In tale ottica gli ambulatori STP devono costituire nodi di una rete socio-assistenziale integrata.
4) Adozione di strategie di provata efficacia e di *offerta attiva* per migliorare l'accesso ai servizi e la fruizione delle cure con particolare riguardo alla salute materno-infantile e alla salute mentale quali:
   - formazione interculturale degli operatori socio-sanitari;

- impiego della mediazione interculturale nei servizi;
- attività di mediazione sociale anche in collaborazione con gruppi di immigrati competenti;
- strategie “culturalmente competenti” di informazione e di educazione sanitaria all’utenza basate sulla pratica dell’*empowerment* del singolo e della comunità. In questa ottica va proseguito il progetto regionale “Promozione della salute materno-infantile della popolazione immigrata nella regione Marche” iniziato nel 2006, vanno avviate campagne interculturali di prevenzione dell’alcoolismo e di prevenzione nei luoghi di lavoro.

5) Realizzazione di interventi specifici: a tutela della salute dei Rom, delle persone che si prostituiscono e che sono vittime della tratta, dei detenuti.
6) Consolidamento dei gruppi di lavoro regionali sulle tematiche della salute degli immigrati e dei Rom e sensibilizzazione degli operatori sui temi del diritto alla salute degli immigrati (audit e formazione, risultati essere strumenti efficaci per migliorare l’accesso ai servizi).
7) Svolgimento da parte del SSR di un ruolo di advocacy nella tutela della salute degli immigrati e dei gruppi vulnerabili, con l’impegno ad implementare modelli assistenziali in grado di garantire una reale integrazione politica, organizzativa e professionale, a stimolare la realizzazione di Centri di prima e seconda accoglienza, politiche della casa che facilitino le soluzioni abitative, politiche del lavoro salutari, piena integrazione scolastica e sociale.

VIII RETE TERRITORIALE

VIII.1 Analisi della realtà regionale

VIII.1.1 I Compiti del distretto

Il distretto assicura nel proprio territorio:

1) le cure primarie ed intermedie;
2) l'integrazione delle attività sanitarie con quelle sociali;
3) il coordinamento delle proprie attività sanitarie e socio-sanitarie con quelle degli altri dipartimenti aziendali inclusi i presidi ospedalieri inserendole organicamente nel Programma delle Attività Distrettuali (PAD) in una visione di servizi in rete finalizzati al superamento di ogni forma di settorializzazione;
4) l'orientamento del proprio sistema di servizi verso le esigenze di salute globale della popolazione;
5) il governo della domanda sanitaria attraverso la valutazione sistematica dei problemi multidimensionali;
6) la risposta ai casi acuti o riacutizzati gestibili in ambito extraospedaliero e alle multiproblematicità sanitarie e socio-assistenziali legate alle patologie croniche attraverso l'attività di gruppi multiprofessionali , anche con l'obiettivo di ridurre i ricoveri ospedalieri;
7) la valutazione dell'efficacia dei servizi attraverso la verifica delle proprie attività e dei risultati raggiunti;
8) il ruolo di interlocutore con gli enti locali e la funzione di struttura di riferimento per la cittadinanza per quanto attiene il proprio territorio;
9) l'elaborazione periodica, nell'ambito della programmazione di norma annuale, del PAD che è proposto, previo parere del Comitato dei sindaci, dal Direttore del Distretto ed è approvato dal Direttore di zona.

Le cure primarie sono l'insieme delle attività orientate a promuovere la salute, a prevenire le malattie, produrre percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali nei luoghi più vicini a quelli in cui i cittadini vivono, in una visione d'integrazione delle risorse e coordinamento dei processi. Le cure primarie comprendono l'assistenza erogata dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta, dai medici della continuità assistenziale, dai medici della specialistica ambulatoriale territoriale.

Rappresentano inoltre l'assistenza sanitaria e sociosanitaria domiciliare, ambulatoriale e residenziale per specifiche categorie di persone (aree materno infantile e salute mentale, anziani, disabili, malati cronici, tossicodipendenti) nella quale sono coinvolti numerosi professionisti medici e di altre professionalità sanitarie e sociali. La continuità delle cure, l'integrazione professionale e la partecipazione di paziente, famiglia e comunità alla tutela della salute sono i principi su cui si fondano le cure primarie.

Le cure intermedie rappresentano l'area delle cure sub-intensive, fra l'intensività assistenziale delle cure ospedaliere e l'estensività assistenziale per la cronicità garantita a domicilio o nelle strutture residenziali. Fanno parte delle cure intermedie tutti i servizi integrati, sanitari e sociali, domiciliari, residenziali e semiresidenziali finalizzati a:

a) garantire la continuità assistenziale dopo la dimissione ospedaliera;
b) favorire il recupero funzionale e la massima autonomia dei pazienti;
c) soddisfare i bisogni dei cittadini che presentano una patologia che richiede un elevato grado di protezione, ma non necessariamente un ricovero ospedaliero.

Quest'area favorisce infine la prevenzione dei ricoveri non necessari e/o impropri.

VIII.2 Assessment organizzativo, tecnologico e strutturale

Il terzo piano sanitario regionale, relativo al triennio 2003-2006, procede nel dar attuazione e strumenti ai principi ispiratori del piano precedente, individuando il Distretto come il luogo dove interpretare la domanda di salute e tradurla in risposte complessive ai bisogni attraverso la funzione di programmazione, produzione, integrazione e cooperazione. L'obiettivo principale del Distretto è la tutela della salute dei cittadini garantendo la continuità delle cure, l'accessibilità dei servizi, l'integrazione dei percorsi. Obiettivi ambiziosi che richiedono un impegno costante nella ricerca dell'equità verso i cittadini, in particolare di quelli più fragili, e dell'appropriatezza dei servizi.

In questo quadro risulta fondamentale il cambiamento di prospettiva previsto dal PSR 2003-2006, che pone come obiettivo prioritario la costituzione di una sanità che non abbia più al centro l'ospedale ma piuttosto il territorio, chiedendo allo stesso di avviare i percorsi di salute che partano dalla conoscenza e dalla valutazione delle necessità dei cittadini-utenti. Coerentemente, il Piano stabilisce le modalità per la razionalizzazione dell'offerta ospedaliera, per avviare un nuovo equilibrio delle attività e delle risorse tra ospedale e territorio, come presupposti per imprimere una spinta decisiva alla creazione di un distretto centrato sul cittadino.

Con la riforma regionale attuata dalla L.R. 13/2003 e la costituzione della Azienda Unica Regionale e delle 13 Zone, l'assetto distrettuale si è ulteriormente modificato attraverso una riduzione del numero dei Distretti da 36 a 24.

Resta tuttavia una grande disomogeneità per quanto attiene popolazione residente e superficie: esistono distretti con scarsa popolazione, ma che hanno una superficie grandissima, e un gran numero di distretti sotto i 60.000 abitanti, previsti dalla Legge 229/99. I Distretti delle Marche coprono una popolazione che va da 14.000 a 125.000 unità. 11 Distretti sono compresi nella fascia che va dai 15.000 ai 50.000 abitanti, 12 Distretti in quella da 60.000 ad oltre 100.000. La Regione Marche è una delle 7 Regioni italiane in cui il Distretto sanitario coincide con l'Ambito territoriale sociale.

Il ruolo del Distretto nelle Marche vede oggi come centrale la sovrapposizione con l'ambito sociale, che comporta una programmazione integrata tra componente sociale e sanitaria.

Le diverse strutturazioni dei distretti per territorio e popolazione hanno condotto quale inevitabile conseguenza allo sviluppo di diverse modalità organizzative che differenziano i distretti stessi.

VIII.3 Elementi di criticità e punti di forza

In un progetto reingegnerizzazione del Distretto tre considerazioni costituiscono la base essenziale per ogni tipo di strategia:

- il sistema territoriale deve “girare” attorno al paziente e non attorno alla organizzazione;
- l’organizzazione è flessibile e adattabile a seconda delle esigenze della popolazione di riferimento;
- la configurazione dell’intervento in un ottica di rete costituisce l’obiettivo precipuo di sviluppo del sistema territoriale.

Lo svilupparsi di queste tre tematiche costituisce il cardine per giungere alla definizione di un sistema della accoglienza territoriale che trasformi il vincolo della dispersione dei presidi e della frammentazione della erogazione in una rete capace di guidare il cittadino attraverso i servizi medesimi determinando le modalità di accoglienza sulla base di funzioni “diffuse” prima ancora che di “strutture dedicate”.

Per raggiungere tali obiettivi è necessario soffermarsi su alcuni prerequisiti fondamentali:

1. **l’accesso al sistema**: la porta di accesso al sistema, contrariamente a quanto attualmente in essere deve essere unica; il Distretto deve configurarsi come il contenitore logico della funzione di controllo dell’accesso. Oggi l’accesso è possibile per varie vie, la valutazione è spesso ripetuta, i benefici sono condizionati da accessi plurimi ed ancora da plurime valutazioni che frammentano l’individuo sottoponendolo spesso a peregrinazioni tra i servizi e a prestazioni ripetute;
2. **la valutazione**: l’Unità Valutativa Integrata (UVI), oggi UVD è una categoria logica che può declinarsi come l’orientatore dei percorsi sanitari e socio sanitari complessi. L’UVI non configura soltanto un momento clinico, ma interpreta anche la responsabilità di allocare le risorse; è l’UVI che stabilisce l’ambito di cura in cui va posizionato il caso complesso, non garantendo solo l’accesso, ma anche e soprattutto la appropriatezza tra i vari ambiti di cura, garantendo anche la continuità dell’assistenza. Rappresenta inoltre l’unica via di accesso, per i casi complessi, alla residenzialità, all’ Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), alla semiresidenzialità;
3. **l’offerta in Rete**: il potere di connessione del Distretto configura una rete di offerta unica; l’insieme integrato Distretto – Ospedale – Ambito sociale diventa una struttura articolata, ma unica, di offerta.

VIII.3.1 La valutazione – L'Unità Valutativa Integrata (UVI)

Gli aspetti organizzativi e gestionali che l'intervento di valutazione affronta sono:

- riconduzione ad un'unica funzione valutativa (UVI) dei bisogni complessi;
- garanzia della omogeneità delle attività valutative seppur diversamente articolate per aree d'intervento (fasce d'età, patologie discipline mediche);
- 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 definizione delle eventuali variazioni del progetto di cura.

VIII.3.2 Attivazione - Motivi e modalità

Nella attuale organizzazione del Distretto l' Unità Valutativa Integrata (UVI) è un organismo pluridisciplinare che all'interno della rete curante territoriale esercita la funzione di definire, secondo i criteri di appropriatezza ed equità, il piano assistenziale per tutti coloro che necessitano di un intervento socio sanitario al di fuori delle strutture ospedaliere.

L'U.V.I. opera con la metodologia del lavoro di gruppo, non prevede al suo interno rapporti gerarchici consolidati basando la esplicitazione del suo mandato sul confronto tra pari.

Grazie alla VMD (valutazione multidimensionale) si individuano i bisogni dell'utente, in modo da stilare il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI).

Lo scopo è quello di superare una logica del lavoro prestazionale coinvolgendo tutti gli attori in progetti sulla persona. Il PAI è uno strumento che deve consentire, da una parte di delineare delle linee guida che si indirizzano verso un'assistenza individualizzata e ben organizzata, e dall'altra di rappresentare un ottimo strumento di comunicazione organizzativa tra tutti coloro che, a vario titolo, si occupano del soggetto "fragile".

La VMD si riferisce a 4 aree:

- SANITARIA
- FUNZIONALE
- MENTALE O COGNITIVA
- SOCIALE

Per ognuna di queste aree, sono utilizzati specifici test, che consentono di identificare il profilo dell'utente.

In relazione alla componente sanitaria, il Distretto è ordinariamente rappresentato nell'U.V.I. da:

- Direttore di Distretto o suo delegato;

- Medico di Medicina Generale dell'assistito o Medico di Medicina Generale facente parte delle forme associative di Medicina Generale o dell'Equipe Territoriale;
- Responsabile Infermieristico del Distretto o suo delegato.

VIII.3.3 La presa in carico e la continuità dell'assistenza

La presa in carico rappresenta una opzione strategica attraverso cui il distretto "competente" esercita la funzione di governo della domanda riducendo le "vie di fuga".

La continuità assistenziale è la funzione di indirizzare, aiutare ed assistere il paziente/utente nel percorso all'interno della rete curante che insiste sul suo territorio e nell'intero sistema sanitario.

Nella definizione e nell'articolazione dei percorsi e dei processi di presa in carico e continuità dell'assistenza la dimensione dell'integrazione socio-sanitaria è essenziale.

Per perseguire una corretta integrazione nella presa in carico e continuità dell'assistenza è necessario superare da un lato gli ostacoli interni alla organizzazione spesso in balia di variabili di contesto che ne strumentalizzano e deviano le potenzialità, dall'altro da una consolidata autoreferenzialità dei gruppi professionali che tendono a riconoscersi nella loro identità professionale più che nel sistema integrato dei servizi sanitari e sociali.

È necessario quindi ritornare a modalità compartecipate di programmazione strategica ove la funzione di direzione definisca linee entro cui la pianificazione venga portata a termine con la piena collaborazione e condivisione degli operatori che devono condividere e conoscere le strategie e gli obiettivi a questi sottesi, attraverso una lettura non solo economicistica ma anche prestazionale del setting assistenziale.

La valorizzazione economica dei percorsi consolidati, la loro comparazione e la loro reingegnerizzazione promuoverà l'adozione delle migliori pratiche e determinerà un trend verso cui assestare la produzione in una proiezione che coniughi qualità ed efficienza.

VIII.3.4 Riorganizzazione dell'offerta

Nella strutturazione dell'offerta appare indispensabile sottolineare come, anche nell'ambito di servizi territoriali, sia importante considerare le interconnessioni tra bacini di utenza necessari a garantire congiuntamente servizi di qualità e adeguate economie di scala. Occorre considerare quali servizi attivare a livello di Distretto, quali nella Zona e costruire in Area vasta un processo che deve impegnare il sistema dei servizi sanitari con una forte regia partecipata.

La progettualità sulla residenzialità utilizzerà l'esperienza della prima implementazione sulla qualificazione della assistenza residenziale agli anziani non autosufficienti, facente parte della DGR 1566/04. Gli elementi conoscitivi che sono emersi rispetto ai contenuti delle convenzioni e alle modalità di erogazione delle prestazioni, con riferimento al personale e agli altri centri di costo in seguito all'applicazione della DGR 704/06, permetteranno di costruire un quadro completo della

situazione e, quindi, offrire le indicazioni per riorientare il sistema sia dal punto di vista della allocazione delle risorse che delle necessarie evoluzioni.

E' importante attivare anche nel settore delle Cure Domiciliari l'analisi/monitoraggio e la riorganizzazione delle procedure di intervento in una prospettiva unitaria e coerente a livello aziendale, secondo il seguente schema di lavoro:

1. definizione dell'intervento;
2. criteri di ammissione;
3. criteri di dimissione;
4. attivazione dei percorsi residenziali;
5. organizzazione assistenziale.

Potranno in particolare essere presi in considerazione temi già oggetto di valutazione in ambito regionale quali:

- Minimum Data Set, sistema degli indicatori e sistema informativo per le Cure Domiciliari;
- sistema di classificazione dei pazienti e tipologie Cure Domiciliari;
- meccanismi di organizzazione e funzionamento delle segreterie organizzative e dell'UVD per le Cure Domiciliari;
- sistema di contabilità analitica;
- rapporti tra il sistema delle Cure Domiciliari e Dipartimento delle Professioni (Art. 8, L.R.13/03);
- meccanismi di Continuità Ospedale-Territorio e Percorsi Assistenziali nelle Cure Domiciliari;
- qualità percepita.

Una rivisitazione globale del sistema delle cure domiciliari ed un adeguamento della normativa vigente appaiono improcrastinabili anche al fine di determinare quali siano i livelli regionali minimi su cui programmare la erogazione di prestazioni.

VIII.3.5 Linee guida per patologie traccianti

Il consolidamento dei processi di formulazione, implementazione, e monitoraggio di Linee Guida/Percorsi Assistenziali per patologie traccianti è una delle conseguenze della scelta di attivare una "gestione orientata per processi" e della volontà di centrare anche l'azione sanitaria del territorio sul "percorso del paziente".

Tale obiettivo può essere raggiunto attraverso:

- La raccolta di informazioni in termini di profilo diagnostico, terapeutico e riabilitativo in relazione all'esito a distanza;
- la successiva valutazione critica e comparativa dei differenti livelli e della continuità e coordinazione di cure.

Per la formulazione e l'attivazione di Linee Guida per patologie traccianti è necessario attivare tavoli congiunti MMG/PLS - specialisti territoriali e ospedalieri.

Questo processo sarà successivamente sostenuto da un sistema di sorveglianza per l'applicazione delle linee guida così da favorire il progressivo consolidamento e aggiornamento.

Anche sul territorio il controllo sull'uso delle risorse destinate alla cura mediante la formulazione di protocolli clinici ottimali cui fare riferimento permetterà, da un lato di minimizzare la variabilità di trattamento e dall'altro di migliorare l'utilizzo delle risorse aumentando la qualità degli interventi.

VIII.4 Definizione della strategia e delle linee di intervento

- **Garantire al distretto la stessa visibilità e la stessa rappresentatività che è data ai dipartimenti aziendali.**

  Obiettivo:garantire la partecipazione del direttore di distretto ai tavoli direzionali,quali il collegio di direzione. Equiparare il distretto alle strutture dipartimentali aziendali, coinvolgere il distretto alla elaborazione ed alla negoziazione del budget zonale.

- **Garantire un servizio amministrativo in staff alla direzione distrettuale.**

  Obiettivo: individuare un servizio amministrativo in staff alla direzione distrettuale e da questa funzionalmente dipendente con allocazione logistica nel distretto.

- **Garantire una dipendenza del dipartimento delle professioni che curi la gestione del personale del territorio.**

  Obiettivo: individuare una figura che all'interno del dipartimento delle professioni segua le tematiche del personale non dirigente operante nel territorio in tema di reclutamento, formazione, istruzione al lavoro e programmazione delle attività.

- **Attivare un controllo di gestione del territorio.**

  Obiettivo:individuare un referente, che segua e faciliti la reingegnerizzazione in area vasta del controllo di gestione territoriale ponendo le basi per la corretta definizione del budget di distretto.

- **Rivisitare il sistema delle cure domiciliari.**

  Obiettivo:costituire un gruppo di lavoro pluridisciplinare che elabori una rivisitazione del sistema delle cure domiciliari in un'ottica reticolare che parta dal punto unico di accesso e, attraverso la unità valutativa distrettuale moduli l'accesso ai servizi.

- **Sperimentare il budget di distretto.**

  Obiettivo: giungere alla definizione di uno schema di budget applicabile ai singoli distretti.

VIII.5 Pianificazione delle azioni

Azioni a breve termine

- **Garantire al distretto la stessa visibilità e la stessa rappresentatività che e' data ai dipartimenti aziendali.**

  La piena declinazione della centralità del territorio deve condurre alla pratica attuazione di una piena omologazione funzionale dei compiti del Direttore del Distretto con quelli del Direttore di Dipartimento ivi compresa la partecipazione al Collegio di Direzione Zonale.

  Tale funzione potrà essere comprensiva di forme di coordinamento qualora nella stessa Zona insistano più distretti.

  Dovrà essere messo a punto inoltre un organigramma distrettuale uniforme sul piano regionale.

- **Garantire una dipendenza del dipartimento delle professioni che curi la gestione del personale del territorio.**

  La specificità e la complessità della azione sanitaria e socio sanitaria sul territorio presuppone l'acquisizione di competenze specifiche che debbono essere ricondotte ad una articolazione del Dipartimento delle Professioni che attui e governi percorsi esclusivi di reclutamento/formazione /gestione del personale.

- **Attivare un controllo di gestione del territorio.**

  E' fondamentale giungere, avendo come unità di lettura l'area vasta ad una schematizzazione di un controllo direzionale e partendo dalla corretta implementazione dei dati, ad una lettura della produzione territoriale comparabile e sovrapponibile sui distretti in base all'enunciato principio per cui la mappatura del territorio, più che sulla organizzazione va effettuata sulla uniformità delle prestazioni erogate. Parimenti si attiveranno azioni di supporto alle attività regionali che coinvolgeranno i professionisti.

Azioni a medio termine.

- **Rivisitare il sistema delle cure domiciliari**

  Allineare il sistema della presa in carico territoriale e i principi della continuità dell'assistenza allo sviluppo di esigenze ed aspettative dei portatori di interesse, associando la programmazione alla pianificazione coerente che integri le risorse sistematiche dei profili sociale e sanitario e ponga le basi per la rivisitazione nella direzione di una maggiore appropriatezza della allocazione del paziente nella rete curante del Distretto.

- **Garantire un servizio amministrativo in staff alla direzione distrettuale**

  La funzione amministrativa rappresenta, in ambito territoriale, un supporto essenziale per la gestione del Distretto.

Le attività del settore amministrativo sono fortemente correlate alle sanitarie e ne compendiano finalità e scopi.

La Direzione di Distretto governa processi che devono inevitabilmente essere ricondotti alla definizione di determinazioni in cui la conoscenza del diritto amministrativo e la legittimità delle stesse determinazioni è fondamentale. Ciò comporta la necessità che la Direzione Amm.va del Distretto (del territorio) sia funzionalmente posta in staff alla Direzione distrettuale e, se possibile, ne condivida la sede fisica.

- **Sperimentazione della Casa della salute**

  Nel corso del triennio si attuerà la sperimentazione di alcune Case della salute, costituendone almeno una per ogni area vasta.

Azioni a lungo termine

- **sperimentazione budget di distretto**

  Nel periodo di vigenza del piano, alla luce della realizzazione dei punti di cui sopra appare ipotizzabile la sperimentazione di un budget di distretto che responsabilizzi le direzioni sull'utilizzo dei fattori produttivi e sulla qualità della produzione, tenendo conto della necessità di coinvolgere sia le Istituzioni sia le parti del sistema che interagiscono con i Distretti (quali Dipendenze patologiche, DSM, Comuni per l'integrazione socio sanitaria, Servizi di riabilitazione).

  A tal proposito dovranno essere poste allo studio tutte le metodiche che possano condurre ad una adeguata attività di committenza verso il pubblico ed il privato.

VIII.6 Area delle cure primarie

VIII.6.1 Processi

I processi nei quali è coinvolta nel suo complesso l'area delle cure primarie sono la presa in carico, la valutazione, case/desease mangement. Il coinvolgimento in tali processi rappresenta di fatto una opportunità di migliorare il rapporto con l'utenza ed il governo della salute mediante la collaborazione dei medici di scelta del cittadino.

VIII.6.2 Assessment organizzativo, tecnologico e strutturale

Ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale gli studi dei MMG e PLS rappresentano presidi del SSR e pertanto, nelle modalità di organizzare e svolgere il lavoro, influenzano il rapporto con l'utenza ed il governo del sistema. Lo studio medico può essere, tenendo conto anche dei relativi incentivi economici:

- semplice, in cui il titolare svolge l'attività da solo e non in associazione con altri medici;
- associato, in cui viene strutturata l'attività di più medici;
- con presenza di collaboratori di studio e infermiere.

VIII.6.3 Criticità e punti di forza

Punti di forza

La "complessità dell'ambulatorio"

L'applicazione del precedente accordo integrativo ha portato al potenziamento delle strutture associative dei MMG, compreso l'uso, seppur limitato, di collaboratori di studio (Infermieri e personale di segreteria). L'incrementata complessità organizzativa ha consentito di sviluppare sia l'informatizzazione degli studi che le attività programmate e di migliorare l'accessibilità per l'utenza. Su tale base è possibile impostare un ulteriore percorso volto verso l'Equipe Territoriale e la individuazione di un rapporto strutturato con l'ambito complessivo delle cure primarie e del distretto.

Le esperienze pilota

A partire dal precedente accordo integrativo regionale e tenendo conto delle "domande del territorio" sono nate alcune esperienze " Pilota" che costituiscono un modello di riferimento per il futuro, fornendo indicazione di buone pratiche professionali ed organizzative. Ci si riferisce in particolare alle seguenti esperienze: Picenum study, Integra, Rete informatizzata, Ospedale di Comunità di Arcevia, Castelfidardo.

La costruzione di reti informatiche di condivisione dei pazienti, in primo luogo quelli fragili, dovrà essere uno strumento che sulla scorta delle esperienze sopraccitate, diventi metodo ordinario di lavoro per consentire adeguata conoscenza del soggetto in trattamento a prescindere da chi sia l'operatore che in quel momento interviene.

Gli Ospedali di Comunità, definiti come" struttura residenziale intermedia", devono dare risposta ai bisogni di salute per quella fascia di pazienti che non necessita dell'Ospedale per acuti ma che, parimenti, non riveste caratteristiche tali da poter essere trattato in un livello assistenziale domiciliare (ADI).

La tipologia elettiva di paziente trattato nell'Ospedale di comunità può così essere riassunta:

- gestione a breve / medio termine di pazienti anziani, disabili, con patologia cronico - degenerativa instabile o riacutizzata che richieda un intervento efficace di medicalizzazione;
- gestione a breve / medio termine di pazienti anziani disabili, in fase di convalescenza post - acuta o post - chirurgica o, in ogni caso, con la necessità di eseguire terapie programmate in un ambiente con assistenza infermieristica;
- riabilitazione in fase post - acuta;
- gestione a medio / lungo termine di pazienti non autosufficienti o in condizioni di fragilità sociale.

Pur nell'ottica di una presa in carico estensiva e non intensiva è opportuno che l'ospedale di comunità mantenga idonee funzioni di scambiatore con la rete configurando degenze medie nell'ordine dei 15 giorni.

All'interno dell'Ospedale di comunità permangono funzioni sistemiche di continuità assistenziale e copertura dell'emergenza (118) e la possibilità di eseguire autonomamente indagini strumentali o di laboratorio.

La Casa della Salute

Visto lo sviluppo delle esperienze pilota di cui al punto precedente e dell'ampia presenza di forme associative in medicina generale, è evidente come sarà facile sviluppare la sperimentazione della Casa della salute sulla base delle indicazioni che vengono dal Ministero della Salute e da esperienze di altre regioni.

La Casa della Salute, che si struttura su un bacino di utenza di norma intorno ai 20.000 abitanti, riunisce in un unico luogo diverse funzioni, favorendo interdipendeze 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;
- servizi territoriali quali consultorio, SERT, servizi psichiatrici;
- ambualtori e strutture dedicate alle cure primarie;

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

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

Lo sviluppo di tale sperimentazione dovrà tenere presente:

1. lo stato di avanzamento nell'applicazione dell'istituto dell'Equipe territoriale come previsto dall'ACN della medicna generale e dal relativo Accordo Intergrativo 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.

Elementi di criticità:

- Le modalità di gestione delle convenzioni da parte del sistema sanitario

La presenza dell'alto livello associativo non ha ancora generato un modello gestionale che faccia riferimento non al singolo convenzionato ma al bacino di utenza gestito dalla forma associativa e,

in futuro, dall'equipe Territoriale. Va comunque ribadito come la scelta del medico sia individuale e non di associazione e tale discrepanza è base di discussione anche sul livello nazionale.).

- Il coordinamento tra la dirigenza medica del distretto e la relativa struttura amministrativa.

- I sistemi informativi ed i sistemi di monitoraggio.

- L'integrazione nella struttura territoriale/distrettuale del medico di medicina generale e la sua partecipazione al sistema.

VIII.6.4 Definizione della strategia e delle linee di intervento

L'Accordo Integrativo Regionale di cui alla DGR 751/07 individua il modello strategico di sviluppo marchigiano della medicina generale, a cui si rinvia per la definizione delle azioni.

VIII.7 Il governo delle liste di attesa

VIII.7.1 Analisi della realtà regionale

Aspetti di carattere generale

Dall'analisi dei risultati del monitoraggio regionale dei tempi di attesa si evidenzia che per alcuni settori della specialistica ambulatoriale sono rispettati tempi e le performance indicate dall'accordo Stato-Regioni del 11-07-2002. Si nota una attesa di poche settimane per alcune prestazioni ambulatoriali (quali visita oncologica, TAC, gastroscopia) e per alcune tipologie di ricoveri ospedalieri (quali interventi per patologia neoplastica e cardiovascolare). Nella Regione vi è la garanzia diffusa di accesso alle prestazioni urgenti attraverso una rete capillare di punti di primo intervento e Servizi di Pronto Soccorso.

È presente tuttavia una parte consistente di attese che si protraggono oltre i tempi massimi e frequentemente le performance negative sono amplificate da alcuni limiti organizzativi che ancora caratterizzano il sistema (carenza nei processi di informazione e comunicazione).

Consumi

Dall'analisi del sistema informativo della specialistica ambulatoriale (File-C) si evidenzia un trend in aumento dei volumi di produzione delle prestazioni dal 2003 ad oggi. Nel 2005 sono state consumate 23.731.906 (il dato è comprensivo anche della mobilità passiva), pari a 15,63 prestazioni specialistiche/abitante pesato/anno. Il confronto con le altre Regioni del nord Italia evidenzia, come specificato nella tabella, consumi maggiori nella nostra Regione. Il problema prioritario è oggi quello dell'appropriatezza delle prestazioni ovvero dell'utilità dell'esame.

Indice di consumo di prestazioni ambulatoriali su popolazione pesata			
Anno	**2.002**	**2.003**	**2.004**
Regione Marche	**11,27**	**12,52**	**14,57**
Nord Italia	**9,98**	**11,67**	**13,29**
Fonte: Ministero della Salute - Flusso EHR in fase di sperimentazione- (ultimi dati disponibili sul confronto nazionale)			

Rapporti con i privati

I contratti di fornitura con le strutture private sono orientati esclusivamente su volumi economici e non sono finalizzati a promuovere forme di integrazione con la produzione delle strutture pubbliche.

Il sistema informativo della specialistica ambulatoriale ed il CUP

Il problema dei flussi informativi della specialistica ambulatoriale è particolarmente importante: dalla lettura dei dati di attività risulta che il caricamento è disomogeneo e deficitario. La quantificazione corretta e completa delle prestazioni è indispensabile alla programmazione ed organizzazione sia ai fini dell'assegnazione di obiettivi prestazionali che di risorse, sia ai fini della comparazione dell'attività effettivamente erogata con l'attività potenzialmente erogabile per impostare una riprogrammazione dell'organizzazione indirizzata al contenimento dei tempi di attesa. Elemento di grande criticità è l'assenza del CUP regionale.

Rapporti con i professionisti ed i sistemi di garanzia per i cittadini

La sempre maggiore specializzazione e frammentazione degli interventi sanitari richiede una razionalizzazione dei percorsi di cura condivisa tra molteplici attori e una ricostruzione dell'unitarietà d'azione sul singolo paziente. Attualmente i medici dell'Assistenza Primaria, gli Specialisti Ospedalieri, Territoriali e delle strutture accreditate funzionano in maniera indipendente e non hanno ancora strutturato un sistema di "*regole comuni*" per il governo dei percorsi diagnostico-terapeutici.

Da ciò deriva una mancata percezione del percorso nella sua interezza da parte dell'utente per cui quest'ultimo è molto spesso portato ad avvalersi delle prestazioni in attività libero professionale nel tentativo di diminuire i tempi di attesa. Tale percorso ovviamente genera una disuguaglianza nell'accesso.

Distribuzione degli specialisti dipendenti

Dall'analisi della distribuzione degli specialisti per aree vaste e della produzione per abitanti pesati relativa alle prestazioni oggetto di monitoraggio regionale (Visita Oculistica, Visita Fisiatrica, Visita Neurologica, Visita Ortopedica, Visita Oncologica, Visita Cardiologia, Elettromiografia, Eco(color)doppler, Esofagogastroduodenoscopia, Ecografia addominale, TC Cerebrale, TC Addominale, RM Colonna, RM Cerebrale,RM Addominale), pur considerando la incompletezza dell'attuale sistema informativo, risulta una omogeneità distributiva, sia per quanto concerne le risorse umane che i valori di produzione, nell'area vasta Pesaro – Macerata – Ascoli con elementi di differenziazione, per motivazioni opposte, su Ancona e Fermo. E' evidente che il fattore determinanate dello scostamento verso l'alto dell'area vasta di Ancona è l'inclusione all'interno della stessa dell'Azienda Ospedale Universitaria "Ospedali Riuniti". Una parte consistente di questa produzione specialistica è fruita da cittadini dell'ambito regionale, ma non è pensabile escluderla dall'analisi in quanto comunque ha un alto valore di produzione per l'area di insistenza.

Scambi interni al sistema: accessibilità / indici di attrazione

Dal sistema informativo che sottende il report regionale della rilevazione dei tempi di attesa, per le prestazioni oggetto di monitoraggio, si evidenzia:

- l' esaustività dell'area vasta nella risposta alla domanda specialistica, che ha percentuali di soddisfacimento al suo interno con valori che vanno da un minimo del 75% a valori superiori al 90% nelle aree vaste che includono le Aziende Ospedaliere;
- la dinamica di fuga della Zona territoriale 11 – Fermo: le risorse consumate rimangono comunque all'interno del sistema in quanto dai residenti della ZT 11 l'accesso alle strutture extra-regionali appare il più basso (0,70%).

Pur considerando i consumi in area vasta esauriti per più del 75% al suo interno si rileva una mobilità da Zona a Zona e verso le Aziende Ospedaliere di riferimento.

Fuga extraregionale

Le prestazioni che vengono effettuate dai cittadini marchigiani presso le altre regioni hanno inciso nel 2005 per un valore economico pari a € 8.982.1888, dall'esame dei flussi di mobilità si evidenzia che su tale fenomeno incidono prioritariamente le prestazioni di diagnostica per immagini, la diagnostica di laboratorio, le prestazioni di medicina nucleare, le prestazioni radioterapiche e le prestazioni della branca specialistica di urologia. Le regioni verso le quali si orientano maggiormente i cittadini sono in ordine decrescente di volumi economici Emilia-Romagna, Toscana, Lombardia, Lazio e Umbria. Per quanto riguarda le prestazioni in mobilità extraregionale si può pensare di intervenire per la diagnostica per immagini e per le prestazioni di laboratorio con logiche di appropriatezza e di governo clinico mentre per le prestazioni ad alta complessità come la radioterapia, la medicina nucleare, la cardiochirurgia bisogna intervenire sulla rimodulazione dell'offerta così che tale riequilibrio interessi maggiormente le aree di confine. Gli accordi di confine, devono diventare degli strumenti con i quali le regioni concordano il livello qualitativo e quantitativo delle prestazioni da erogare.

Rapporto offerta – risultati: aree di carenza

Dall'analisi dell'offerta si evidenzia che le aree carenti sono prevalentemente quelle dell'alta specializzazione (quali radioterapia, medicina nucleare) ed i fattori che influenzano l'offerta sono dovuti principalmente a:

- squilibrio tra dinamiche di allocazione delle risorse;
- utilizzo improprio della rete ospedaliera;
- inappropriatezza prescrittiva;
- estrema polverizzazione delle strutture di offerta;
- prolungata carenza di investimenti strutturali e tecnologici anche in settori critici;
- frammentazione operativa e organizzativa.

Gli obiettivi che bisogna perseguire per ri-orientare l'offerta devono essere volti al governo della domanda ed alla riqualificazione dell'offerta, altri interventi da attuare sono:

- percorso di budget costruito su obiettivi di qualità e quantità dell'assistenza;
- valorizzazione del personale;

- valorizzazione delle professioni sanitarie;
- percorsi facilitati di accesso ai servizi per i residenti delle aree di confine.

Gli interventi da attuare prioritariamente sono gli investimenti in termini di personale e tecnologie per specifiche aree di bisogno a partire dal settore oncologico.

Vincoli nazionali

Il contenimento delle liste di attesa rappresenta una delle priorità in materia di salute della Regione Marche. In particolare, la Giunta Regionale ha recepito i contenuti del Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa per gli anni 2006-08 ed ha dato prime indicazioni sui relativi adempimenti.

VIII.7.2 Assessment organizzativo, tecnologico e strutturale

Valutazione organizzativa

L'assetto a rete è lo strumento per il contenimento dei tempi di attesa finalizzato ad assicurare l'accessibilità, l'ottimizzazione degli investimenti, la qualificazione delle risorse, la valorizzazione delle competenze e per assicurarne la processualità. Costruire le reti cliniche sia nell'ambito delle strutture dipartimentali, ma soprattutto nell'ambito aziendale ed interaziendale è il principale strumento organizzativo per garantire ai professionisti che operano nei "nodi" della rete, di avvalersi di tutti i supporti necessari per assicurare al cittadino un servizio non frammentato. Le reti cliniche che richiedono una realizzazione prioritaria da parte delle aziende rispetto al Piano Nazionale sono:

- la rete oncologica;
- la rete cardiologica;
- progetto delle demenze senili, all'interno della rete di protezione dei soggetti fragili;
- il percorso nascita.

La declinazione della programmazione regionale è attuata dall' ASUR attraverso una programmazione per area vasta e gli accordi di fornitura sia con il privato che con le Aziende Ospedaliere.

Valutazione tecnologico – strutturale

L'ultimo Piano Sanitario Nazionale ha individuato come priorità per le Aziende Sanitarie l'ammodernamento strutturale e tecnologico e l'Health Technology Assessment (HTA).

Dai dati delle pur frammentarie rilevazioni sul patrimonio tecnologico del SSR, risulta che molte delle apparecchiature censite sono mal distribuite, e a volte sottoutilizzate rispetto alle loro potenzialità intrinseche e presentano un'obsolescenza a rischio. Va rilevato che in questo settore ad alta tecnologia l'impegno di spesa si traduce sistematicamente in un risparmio notevole sui

costi complessivi del settore sanitario, dal momento che diagnosi accurate e precoci consentono quasi sempre di ridurre in maniera rilevante i costi sanitari e sociali della maggior parte delle patologie.

In tema di ammodernamento tecnologico, un discorso a parte merita lo sviluppo dei sistemi informativi. E' opportuno sottolineare che i sistemi informativi delle aziende sanitarie assolvono a una duplice funzione:

1. supportare i processi (amministrativi e sanitari) aumentandone il più possibile efficienza e qualità;
2. registrare i dati fondamentali relativi ai processi stessi.

L'inserimento dei sistemi informativi deve essere accompagnato da una parallela riflessione sulle modalità di funzionamento dei processi, integrando l'informatizzazione con la reingegnerizzazione dei processi stessi, tenendo in considerazione il ruolo della telemedicina.

VIII.7.3 Elementi di criticità e punti di forza

Criticità

Assenza di un governo specifico della specialistica ambulatoriale

Mancanza di un livello di governo della specialistica ambulatoriale che resta frammentata tra offerta distrettuale e ospedaliera. A questo segue una mancanza di coerenza nell'investimento delle risorse disponibili tra specialistica convenzionata e personale dipendente.

Inappropriatezza delle prestazioni

Rischio di inappropriata prescrizione di prestazioni specialistiche legato al meccanismo di valorizzazione delle stesse, cioè budget economici per le strutture private e valutazione sui volumi prodotti nel budget dei dipendenti. Insufficiente l'attenzione al percorso avviato con la DGR 1212/04 e con l'istituzione dei Comitati verifica prestazioni sanitarie (CVPS).

Carenza nella funzione di committenza dell'ASUR verso privati

La produzione delle strutture private ha trovato un momento di riferimento forte nei budget regionali annuali che definivano delle macro linee di sviluppo della produzione. Sono mancati, invece, gli accordi di fornitura locali: avrebbero dovuto dettagliare la produzione per specifiche tipologie di ricovero / attività ambulatoriale sulla base delle dinamiche locali. Sebbene la definizione di tali accordi sia stata inserita negli obiettivi delle Direzioni Zonali, non si è raggiunto un adeguato livello di governo della produzione.

Ruolo delle Aziende Ospedaliere e dell'INRCA

È mancato il raccordo tra le Aziende ospedaliere, l'INRCA e l'ASUR per il governo della produzione. Ciò ha determinato un insufficiente differenziazione delle produzione delle Aziende ospedaliere rispetto al resto del sistema.

Punti di forza

La programmazione in area vasta consente bacini d'utenza accettabili e l'esaustività di risposta. Tale livello organizzativo consente anche la possibilità della organizzazione degli scambi all'interno della Holding regionale superando criteri di competizione e concorrenzialità.

VIII.7.4 Definizione della strategia e delle linee di intervento

Piano di risanamento – investimento

Governo della produzione:

1. definizione negoziata di "protocolli d'intesa per fornitura di servizi e prestazioni" tra le diverse componenti con la specificazione del mix quali-quantitativo delle prestazioni e degli standard di qualità dei servizi;
2. monitoraggio regionale sulle risorse dedicate alle prestazioni per prevenire spostamenti delle assegnazioni e comunque garantire alle sedi maggiormente attive il necessario finanziamento;
3. immissione controllata dei professionisti nel sistema in forma singola o "associata";
4. definizione delle priorità sulla base dei vincoli nazionali e relativi riflessi applicativi regionali puntando a garantire prioritariamente tempi di attesa non solo compatibili con gli obiettivi nazionali e regionali ma anche con tendenza complessiva alla riduzione nelle seguenti aree:
    a. prestazioni diagnosi e cura per pazienti affetti da patologia neoplastica;
    b. prestazioni diagnosi e cura per la patologia cardio-vascolare;
    c. prestazioni diagnosi e cura per l'area materno-infantile;
    d. prestazioni diagnosi e cura per l'area geriatria;
    e. prestazioni specialistiche a maggior impatto;
    f. garanzia diffusa delle prestazioni urgenti ed urgenti differibili.
5. utilizzo coerente nel sistema delle risorse già disponibili tramite obiettivi di budget, progetti strategici, prestazioni aggiuntive, specialistica nelle strutture private.

Le priorità riportate al punto 4 sono recepite nel programma di attuazione regionale del Piano Nazionale di Controllo dei Tempi di Attesa (PNCTA) e dovranno essere attuate nel breve periodo;

Governo della domanda

Nell'area dei tempi di attesa la domanda viene normalmente governata dal medico di medicina generale.

Rimandando al sistema dell'appropriatezza presentato nel presente piano nella sezione delle cure primarie si ribadisce come un'accurata selezione del bisogno e una sua estrinsecazione in selezione dell'offerta appropriata per tipologia prestazionale, livello erogativo e tempistica

costituisca di per sé un elemento non solo di riduzione dei tempi di attesa ma di incremento complessivo della qualità percepita del sistema.

Lo specialista quando gestisce un percorso diagnostico-terapeutico supera la prescrizione del Medico di famiglia e determina i tempi delle prestazioni. Il livello e la tipologia dei percorsi deve essere concordato con i medici di famiglia in quanto deve essere predefinito il livello di complessità e le specifiche competenze nella gestione delle patologie. L'obiettivo di sistema è quello di far partire percorsi dagli ambulatori dei medici di famiglia, sulla base dei reali bisogni espressi dagli utenti, strutturando un sistema di presa in carico del paziente ed un relativo sistema di relazioni formalizzate tra i vari livelli di cura/assistenza.

Sulla base di tale premessa risulta prioritaria una circolarità dell'informazione diffusa il più possibile al fine di consentire all' "induttore di percorso" la scelta ottimale e a tal scopo la struttura del centro unico di prenotazione (CUP) ha un ruolo preponderante e sostanziale.

Governo del sistema dei tempi di attesa

Sia la produzione che la domanda non possono essere gestiti in maniera separata in quanto l'incremento dell'offerta, che sembrerebbe essere la soluzione più semplice al problema dei tempi di attesa, genererebbe un mero tamponamento della situazione nel brevissimo periodo con incremento successivo della domanda, generando un insostenibile incremento dei costi senza l'incremento dell'efficacia complessiva del sistema. Pertanto, l'organizzazione delle reti cliniche e il governo dei bisogni devono costituire la base da cui determinare, con precisi vincoli di committenza, l'incremento produttivo.

D'altro verso la scelta dell'area vasta, corretta per un fattore di accessibilità individuale da parte del paziente, costituisce un bacino di utenza sufficiente a garantire gli investimenti tecnologici e la coerente "manualità" del professionista.

Tale impostazione di governo congiunto della domanda e dell'offerta si dovrà estrinsecare in una sperimentazione gestionale quale il consorzio, che, focalizzata all'obiettivo dell'ottimizzazione del trattamento al paziente, abbia un vincolo in obiettivi assegnati sia sulla domanda che sull'offerta.

L'utilizzo in forma consortile di tutte le risorse disponibili garantisce una uniformità di distribuzione delle medesime sul territorio, assicurando al contempo un'offerta più equilibrata, una ottimizzazione dell'utilizzo degli impianti fissi, una qualità professionale omogenea.

Nel sistema dell' area specialistica ambulatoriale esiste una sostanziale copertura della domanda all'interno della Zona di residenza, mentre nell'area del ricovero ospedaliero esiste una mobilità intra ed extra regionale. A questi fenomeni vanno date soluzioni su piani diversi, richiedendo l'area di ricovero interventi strutturali e tecnologici, oltre ovviamente alla qualità del professionista, mentre nell'area delle prestazioni diagnostiche, fatte salve quelle ad "impianti fissi" (quali le radiologie) la necessità è sostanzialmente nella mobilità del professionista o nell'integrazione di personale al fine di garantire il tempo ritenuto ottimale nella programmazione.

Tale impostazione è perseguibile tramite una gestione consortile della risorsa umana e "tecnologica" distribuita omogeneamente all'interno delle reti e tra le reti, puntando ad una azione forte sulla domanda sia tramite i medici di medicina generale che gli specialisti, ad una circolarità

dell'informazione sulla sede di erogazione della prestazione per facilitarne l'accesso, ad una offerta migliore in quantità e qualità e comunque connessa con la domanda.

Mobilità interregionale

Vanno sottoscritti accordi con le altre Regioni. Con quelle di confine sono state già percorse alcune prime esperienze rappresentate dalla stipula di accordi per contrastare ogni tipo di competizione. Rientrano in tali accordi le misure orientate a:

- limitare fenomeni opportunistici legati ai meccanismi di compensazione interregionale delle prestazioni;
- introdurre valutazioni comuni in materia di appropriatezza;
- definire preordinati volumi prestazionali per gli ambiti territoriali serviti in misura rilevante o addirittura preponderante da strutture extraregionali (attraverso accordi di confine).

Rapporto con privati

- ottenere il massimo di integrazione concordando linee prioritarie di attività nei diversi specifici settori;
- definizione di accordi di fornitura dettagliati per prestazioni ambulatoriali.

Modello di sviluppo sistemico

Fermo restando il vincolo del Piano Nazionale di Contenimento Tempi di Attesa (PNCTA), la produzione delle prestazioni specialistiche dovrà essere inserita nel modello di sviluppo sia dell'area ospedaliera con le relative reti cliniche che delle strutture presenti in area extraospedaliera con un preciso vincolo di programmazione congiunta e sistematica fra i due livelli. In particolare si dovrà assicurare:

- l'inserimento del sistema delle liste di attesa nella logica del sistema a reti dell'assistenza;
- una rete delle strutture articolate in strumenti organizzativi flessibili (quali poliambulatori, strutture private accreditate, pacchetti ambulatoriali complessi);
- la logica dell'"ospedale esteso", allargato cioè allo studio medico, ai centri diagnostici specializzati territoriali fino al domicilio del paziente, attraverso l'utilizzo delle più avanzate tecnologie innovative ed una forte integrazione sul piano organizzativo con servizi di cura e assistenza domiciliare e di gestione a distanza del paziente.

Ridisegno dei processi

Reti cliniche

L'avvio alla creazione delle reti cliniche prevede il collegamento tra le sedi per lo svolgimento di attività della stessa disciplina che in base alla loro complessità vengono distribuite tra le varie sedi con una unitarietà dei modelli tecnico-professionali, l'utilizzo di equipe integrate e chiari percorsi

assistenziali. Tale modello consente una forte flessibilità organizzativa, una distribuzione dell'attività basata sulla domanda (poiché l'offerta si diffonde nella rete delle strutture sulla base della domanda e quindi va verso il paziente) e una conseguente crescita della professionalità e dell'efficienza nell'utilizzo delle professionalità.

Le modalità operative per dare attuazione al modello si basano su:

- una rilettura dei dipartimenti (necessariamente centrati verso problematiche di salute e di autentica integrazione su base di area vasta);
- l'utilizzo della sperimentazione gestionale quale strumento per offrire adeguati spazi di collaborazione fra soggetti del sistema; la sperimentazione costituisce uno strumento per superare gradualmente, attraverso processi monitorati, la rigidità del sistema e introdurre in esso, attraverso forme di collaborazione con altri soggetti, strumenti e modelli gestionali efficaci ed efficienti.

La specialistica ambulatoriale costituisce la porta di ingresso ai percorsi assistenziali e pertanto è essenziale una partecipazione degli specialisti ambulatoriali alla costruzione delle reti cliniche.

Accordi integrativi regionali

Le politiche regionali dovranno essere orientate alla costruzione di regole condivise per l'accesso alle prestazioni, volte a promuovere la cultura dell'appropriatezza clinica. A tal fine dovranno essere utilizzati gli strumenti degli Accordi Integrativi Regionali, la contrattazione regionale e locale con gli specialisti ospedalieri, il processo di budget ed i contratti di fornitura con le strutture accreditate e la collaborazione istituzionalizzata con le organizzazioni dei cittadini.

Qualificazione della funzione di committenza

È necessario procedere nel breve periodo all'attivazione di uffici/responsabili/funzione dedicati alla gestione della committenza in area vasta.

VIII.7.5 Pianificazione delle azioni

Azioni a breve

Implementazione del piano regionale per il contenimento dei tempi di attesa

- Implementazione del PRCTA con individuazione dei tempi massimi d'attesa per le prestazioni di cui al punto 3) dell'Intesa Stato Regioni del 26-03-2006.
- Implementazione dei piani attuattivi aziendali per il rientro nei tempi massimi di attesa di cui al punto precedente inerenti anche le attività di ricovero

In questo percorso si inserisce l'informatizzazione del sistema a "supporto della produzione" delle Aziende che è ritenuta fondamentale per dare attuazione ai processi di riorganizzazione delle Aziende Sanitarie regionali. Seguendo quanto enunciato nei precedenti atti, il sistema informativo a supporto delle attività sanitarie deve avere come obiettivo:

- il miglioramento dell'efficienza del sistema complessivo pur nei vincoli economici;
- il miglioramento dell'efficacia;
- il miglioramento dell'accuratezza nell'ambito della appropriatezza nei percorsi di diagnosi e cura.

Quanto descritto deve indirizzare la progettazione del nuovo sistema CUP e superare la frammentazione e la disomogeneità delle soluzioni informatiche attualmente presenti nella Regione ed è implicito che da tale nuovo sistema informativo devono essere desunti i dati relativi a tempi di attesa.

Verifica delle entrate da compartecipazione alla spesa

Al fine di evitare l'evasione nelle prestazioni ambulatoriali, in particolare ospedaliere, va effettuata la verifica dell'applicazione della compartecipazione alla spesa. Tale verifica verrà espletata tramite l'analisi sui flussi informativi delle prestazioni erogate ed il relativo incrocio con la contabilità di cassa. La previsione di entrata verrà inserita negli obiettivi di budget.

Governo degli scambi interni:

Il governo degli scambi dovrà essere realizzato attraverso accordi di fornitura di servizi e prestazioni interni al sistema:

- per area vasta;
- con le strutture private;
- con le Aziende ospedaliere.

Partecipazione degli specialisti ambulatoriali allo sviluppo delle reti cliniche

La ricollocazione funzionale delle prestazioni specialistiche non può prescindere dalla partecipazione dei relativi professionisti sia alla costruzione delle reti cliniche che dei profili-percorsi per garantire sia una omogeneità di percorso che di indicazione clinico-terapeutica.

Gestione attiva del paziente cronico e pacchetti ambulatoriali complessi

La focalizzazione del percorso sulle liste di attesa verso le prime prestazioni rischia di far sottovalutare la problematica relativa alla gestione dei percorsi ambulatoriali dei pazienti cronici.

Occorre avviare modelli di presa in carico in particolare per i pazienti cronici (quali diabetici, oncologici, scompensati) con ruolo attivo sia della strutture sanitarie che dei medici dell'assistenza primaria, nella programmazione dei controlli sanitari sulla base di percorsi, profili concordati e predefiniti (tale funzione è attivabile in area vasta e dovrebbe essere realizzata mettendo in rete altre funzioni: segreterie screening, sistema di chiamata per le vaccinazioni, funzioni del medico competente interno all'azienda, rilevazione della volontà alla donazione organi, rilevazione delle liberatorie della privacy).

Si deve procedere nel breve/medio periodo allo sviluppo della ambulatorialità integrata secondo il modello del day-service/PAC (pacchetti ambulatoriali complessi). In tale modello, su richiesta del curante e su profili di cura concordati con gli stessi, un centro ambulatoriale gestisce i percorsi dei pazienti con problemi complessi garantendo risposte tempestive senza ricorrere al ricovero. L'attivazione dei PAC rappresenta un elemento di riqualificazione dell'offerta ambulatoriale aprendo allo specialista ambulatoriale la possibilità di gestione di casistica complessa e rappresenta la forma attraverso cui si realizza quella integrazione delle diverse componenti specialistiche all'interno del sistema.

Tetto sulla mobilità extraregionale

- Definizione programmatoria di un tetto per la mobilità extra (attività a bassa complessità e rischio di inappropriatezza) con comunicazione alle strutture extraregionali sul tetto di produzione
- Evoluzione degli accordi di fornitura con le altre Regioni al fine di rendere coerente la produzione extraregionale ai bisogni d salute della popolazione.

Azioni a medio e lungo termine

Fermo restando la valutazione dei risultati e dei mutamenti introdotti con le azioni a breve termine la programmazione nel medio-lungo termine tenderà:

- alla razionalizzazione delle risorse della rete delle radiologie, con lo sviluppo di attività di teleconsulto;
- alla approvazione del progetto "alta specialità" per alcuni settori come la biologia molecolare, la genetica medica, la radiologia interventistica, la radioterapia, la medicina nucleare;
- all'ulteriore sviluppo del sistema informativo delle prestazioni ambulatoriali.

Si dovrà altresì provvedere all' implementazione della Web Community dei professionisti medici impegnati, a vario titolo, nella rete dei servizi sanitari finalizzandolo all'uso dell'appropriatezza della pratica clinica con l'obiettivo di:

- promuovere l'utilizzo delle migliori evidenze disponibili e il trasferimento dei risultati della ricerca scientifica nella pratica dei professionisti e dei servizi sanitari regionali;
- promuovere, nella comunità professionale dei medici la creazione di una web-community, per l'utilizzo integrato delle risorse on-line e la diffusione degli strumenti e delle informazioni per il Governo Clinico;
- studiare e sperimentare sul campo, attraverso l'attivazione sperimentale di "Laboratori d'innovazione" di un sistema che permetta ai medici ospedalieri, specialisti ambulatoriali e di Medicina Generale di condividere:
    - servizi formativi e di documentazione,
    - informazioni relative alle prestazioni erogate ai loro pazienti;
- sperimentare un modello per l'integrazione delle risorse di documentazione fra il livello regionale e quello locale, a supporto delle politiche regionali e locali di governo clinico.

VIII.8 I livelli aggiuntivi di assistenza

VIII.8.1 Introduzione

La normativa di riferimento

I Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria (LEA) definiscono le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è tenuto a garantire a tutti i cittadini. Detti livelli sono in parte rideterminati dal nuovo DPCM 23-02-07 . E' importante sottolineare che le prestazioni e i servizi inclusi nei LEA rappresentano il livello "*essenziale*" che viene garantito a tutti i cittadini ma le Regioni possono compatibilmente con le risorse assegnate e dopo aver garantito le priorità di sistema, definire alcuni livelli aggiuntivi di assistenza.

Nella regione Marche sono state fornite, in attuazione al DPCM del 29-nov-2001, con DGR 1323/2002, DGR 1407/2002 e DGR 787/2003, linee di indirizzo applicativo per quanto attiene i LEA. In questa sede si vuole definire una linea di indirizzo per l'erogazione di alcune delle prestazioni non incluse o parzialmente incluse nei LEA.

Le medicine non convenzionali

La Cochrane Collaboration nel definire le Medicine non convenzionali parla di «un *vasto campo di risorse terapeutiche che coinvolge tutti i sistemi sanitari, le modalità e le pratiche sanitarie, e le teorie e le convinzioni che li sostengono sono diversi rispetto a quelli propri dei sistemi sanitari dominanti in una società o cultura in un determinato momento storico*».

Nel Rapporto di una Commissione governativa degli Stati Uniti si fa riferimento alle medicine complementari (trattamenti utilizzati come integrazione di altri) e alle medicine alternative (trattamenti medici e chirurgici in grado di sostituirne un altro) definendole, quindi per esclusione rispetto alla medicina convenzionale.

Il Parlamento europeo (Risoluzione del 29 maggio 1997) e il Consiglio d'Europa (Risoluzione 1206/19995) fanno riferimento alle terapie non convenzionali considerandole come l'insieme dei sistemi medici e delle discipline terapeutiche aventi in comune il fatto che la loro validità non è riconosciuta, o lo è solo parzialmente e per le quali chiedono un approccio coordinato nei vari Stati.

Situazione italiana

In Italia manca una politica nazionale che regolamenti questo settore. Il Decreto legislativo 229/1999 all'art. 9, che riguarda i fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale, non le include tra i livelli essenziali di assistenza (LEA), ma le cita tra le prestazioni aggiuntive.

Le indicazioni sui fondi integrativi non hanno ancora ricevuto una specificazione adeguata e finalizzata a definire da un lato i servizi e le prestazioni a carico del SSN che devono essere messi

a disposizione di tutti i cittadini e dall'altro quelli che possono entrare a far parte del campo di operatività dei Fondi integrativi del SSN.

In Parlamento sono stati depositati molti progetti di legge con l'intento di giungere a un riconoscimento giuridico. A livello nazionale, inoltre, è stata istituita una commissione coordinata dalla Regione Toscana, della quale fanno parte tutte le regioni, che ha il compito di prendere in esame le normative varate dalle Regioni al fine di definire coerenze per un futuro atto di indirizzo nazionale.

La Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (FNOMCeO), dopo la presa di posizione nel convegno di Terni del 2000 in cui riconosceva le medicine e le pratiche non convenzionali, oggi chiede l'istituzione di un' Agenzia nazionale sulle medicine non convenzionali con compiti di ricerca, formazione e informazione e una normativa specifica che ne regolamenti l'esercizio, considerando le prestazioni delle diverse medicine non convenzionali come atti medici.

Pertanto, queste discipline, secondo la FNOMCeO, devono essere:

- esercitate esclusivamente da medici (agopuntura, fitoterapia, medicina omeopatica, medicina Ayurvedica, medicina antroposofica, osteopatia, chiroterapia, medicina tradizionale cinese, omotossicologia);
- offerte ai pazienti che possano effettivamente trarne vantaggio, dopo un'adeguata informazione e dopo avere acquisito un consenso consapevole;
- oggetto di iniziative didattiche da includere nei programmi di Educazione continua in medicina.

L'indagine multiscopo dell'ISTAT del 2001 considerava la percentuale di utenti che avevano fatto ricorso ad almeno una delle medicine non convenzionali nel periodo 1997/99 e per l'Italia Centrale dava i seguenti dati:

	Italia Centrale	*Italia*
Omeopatia	8.3	8.2
Trattamenti manuali	7.4	7.0
Fitoterapia	4.4	4.8
Agopuntura	2.9	2.9
Altro	1.5	1.3
Tutte	16.3	15.6

Non sono disponibili dati ufficiali per la regione Marche, ma si può ritenere che i dati regionali siano in linea con quelli dell'Italia centrale.

VIII.8.2 Definizione della strategia e delle linee di intervento

La Regione Marche intende implementare una integrazione tra la medicina convenzionale e quelle non convenzionali nell'intento di ampliare l'offerta quali/quantitativa terapeutica per i propri cittadini all'interno di un contesto di garanzia e sicurezza.

Per raggiungere tale scopo la regione Marche attiverà un percorso attraverso i seguenti step:

1. creazione di un osservatorio delle prestazione erogate in medicina non convenzionale e degli effetti avversi delle stesse;
2. promozione di tutti i percorsi per la valutazione di efficacia delle medicine non convenzionali;
3. creazione di un gruppo di lavoro regionale da attivarsi entro 90 giorni dalla approvazione del presente atto composto da professionisti delle medicine convenzionali e non convenzionali (Ordine dei Medici e Società Scientifiche) al fine di identificare i requisisti professionali (riferimento all'atto FNOMCeO del 2000 - delibera di Terni -);
4. costruzione di un percorso per l'autorizzazione/accreditamento delle medicine e delle pratiche non convenzionali, avvalendosi del gruppo di cui al punto precedente;
5. creazione di un percorso formativo a carico degli esercenti le medicine non convenzionali al fine di garantire la qualità della prestazione;
6. individuazione nell'ambito dei progetti speciali regionali di ambiti di sperimentazione per le medicine non convenzionali con relativa informazione all'utenza.

Altri livelli aggiuntivi di assistenza

Il D.lgs. n. 502/1992 definisce i LEA, all'art. 1, come l'insieme delle prestazioni che vengono garantite dal SSN perché presentano, per specifiche condizioni cliniche, evidenze scientifiche un significativo beneficio in termini di salute, individuale o collettiva, a fronte delle risorse impiegate. Pertanto, sono escluse dai Lea le prestazioni/servizi/attività che non rispondono a necessità assistenziali, di efficacia non dimostrabile o utilizzate in modo inappropriato rispetto alle condizioni cliniche dei pazienti e quelle che, a parità di beneficio per i pazienti, comportano un impiego di risorse superiore ad altre.

Alcune delle prestazioni escluse dai LEA, come ad esempio la chirurgia estetica, la circoncisione o la chirurgia rifrattiva, di fatto potrebbero, se effettuate nelle strutture pubbliche, ampliare l'accessibilità alle medesime per le fasce più fragili, garantendo livelli qualitativi, limitando alcuni fenomeni opportunistici.

Ponendole a carico direttamente all'utente o a terzi pagatori, quali i fondi integrativi o assicurativi, possono costituire un importante fattore di crescita delle entrate.

È necessario costituire una gruppo di lavoro regionale che valuti sulla base dei principi di appropriatezza clinica le prestazioni che possono essere effettuate in regime extra LEA presso le strutture pubbliche regionali.

Inoltre tale gruppo dovrà definire:

1. la valutazione per l'inclusione in regime extra LEA delle prestazioni sanitarie con particolare attenzione alle nuove tecniche e strumenti terapeutici e diagnostici;
2. definizione di percorsi diagnostico-terapeutici con la finalità di ottimizzare le risorse dedicate;
3. analisi di efficacia/efficienza delle risorse impiegate;
4. definire il sistema tariffario

Il gruppo di lavoro da ultimo dovrà definire la copertura economica, e individuare le modalità erogative delle prestazioni aggiuntive.

Prestazioni parzialmente escluse dai LEA

Per le prestazioni parzialmente escluse dai LEA di cui all' allegato 2B del DPCM 29/11/01, in quanto erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche, è necessario relativamente all'assistenza odontoiatrica procedere ad una riorganizzazione complessiva del settore e strutturare un percorso sostenibile.

Tale percorso dovrà comunque tutelare le fragilità sotto i profili sanitari e sociali, con particolare riguardo alla popolazione anziana istituzionalizzata o inserita in programmi di assistenza domiciliare, e alla popolazione in età evolutiva per la quale il Ministero della Salute ha avviato un programma di "salute orale nella popolazione pediatrica" da sviluppare in sinergia tra territorio e aziende ospedaliere per i livelli di competenza e secondo la complessità del bisogno.

IX RETI CLINICHE E RETE OSPEDALIERA

IX.1 Introduzione

La costruzione ed implementazioni delle Reti Cliniche risponde all'esigenza del Sistema Sanitario Regionale di garantire il raggiungimento dei suoi obiettivi primari:

- garantire risultati di salute;
- garantire qualità;
- garantire equità e accessibilità;
- garantire un utilizzo razionale delle risorse (efficienza) e la compatibilità economica.

Ogni Rete Clinica è costituita da **due elementi portanti**:

- **le strutture** (quali presidi ospedalieri, reparti di degenza con conseguente dotazione di posti letto, piastre tecnologiche, strutture ambulatoriali);
- **i percorsi clinico-terapeutici-assistenziali (PCTA) integrati/profili di assistenza**. I PCTA integrati e i profili di assistenza definiscono per uno specifico problema di salute la migliore sequenza temporale e spaziale possibile delle attività diagnostiche, terapeutiche ed assistenziali che devono essere garantite al fine di raggiungere gli obiettivi di salute con un'efficienza e un'efficacia ottimali. Vengono in questo modo superate le tradizionali impostazioni verticali di erogazione di prestazioni monodiciplinari o monoprofessionali per assumere l'impostazione dei processi trasversali disegnati in base alle prove di efficacia e perseguendo veramente la centralità del paziente. La logica dei PTCA integrati è inoltre l'unica che permette di garantire la continuità assistenziale tra Network dell'Emergenza, Network Ospedaliero, Network Territoriale, Network Socio-Sanitario.

Si ritiene opportuno utilizzare come driver principale nella costruzione delle reti il seguente approccio: definire prioritariamente i PCTA finalizzati al raggiungimento di precisi standard di qualità, efficacia, efficienza, equità e accessibilità che devono essere garantiti a tutti i cittadini della Regione Marche. Ne consegue che **sulla base dei PCTA vengono definite e rimodulate dinamicamente le Strutture della Rete** sulle quali devono svilupparsi i PCTA stessi.

L'approccio descritto si concretizza all'interno del PSR nella definizione per ciascuna Rete Clinica della sequenza:

Questo percorso richiede il coinvolgimento e la condivisione dei mondi professionali impegnati nelle rispettive Reti sia per la definizione dei percorsi e degli standard di qualità basati sulle evidenze che nel monitoraggio e nell'individuazione degli interventi di adeguamento strutturale.

Per facilitare questo coinvolgimento e la realizzazione di questo percorso è opportuno istituire per ciascuna Rete clinica un Comitato di coordinamento e di monitoraggio della Rete composto dai Direttori di Struttura delle discipline afferenti alla Rete, da rappresentanti del management delle Aziende del SSR, da rappresentanti del Servizio Salute e dell'ARS e dei cittadini.

Nella tabella successiva sono schematizzate le azioni, i prodotti intermedi , gli attori e i tempi previsti per il percorso generale di implementazione di ciascuna Rete Clinica secondo la metodologia descritta.

AZIONI	PRODOTTI	ATTORI	TEMPI
Costituzione Comitato di Coordinamento e di monitoraggio	Formalizzazione del Comitato	Servizio Salute, ARS, Aziende Ospedaliere, ASUR, INRCA, privati, cittadini	Trenta giorni dall'avvio del percorso
Individuazione dei principali PCTA integrati e degli standard da garantire per ciascun PTCA	Set di indicatori e di standard per ogni PTCA	Comitato di Coordinamento e di monitoraggio	Sessanta giorni dalla costituzione del Comitato di Coordinamento e di monitoraggio
Costruzione dei PTCA integrari e del sistema di monitoraggio	Esistenza dei PTCA	- Comitato di monitoraggio - operatori delle Aziende Ospedaliere, ASUR, INRCA, privati	Centottanta giorni dalla individuazione degli standard

Applicazione dei PTCA	Monitoraggio PTCA	operatori delle Aziende Ospedaliere, ASUR, INRCA, privati	A partire da trenta giorni dalla costruzione dei PTCA
Monitoraggio del raggiungimento degli standard	Report semestrale di monitoraggio	Comitato di Coordinamento e di Monitoraggio	Primo Report a Centottanta giorni dall'avvio dell'applicazione dei PTCA
Audit clinico-organizzativo	Individuazione delle azioni di adeguamento organizzativo e strutturale	Comitato di Coordinamento e di Monitoraggio	Entro trenta giorni dalla produzione del Report

IX.2 La rete cardiologica

IX.2.1 Analisi della realtà regionale

Situazione strutturale

Nella Regione Marche sono attualmente presenti le seguenti strutture:

- 14 unità di terapia intensiva coronarica + 1 area intensiva in reparto di medicina generale;
- 14 cardiologie;
- 3 laboratori di Emodinamica (Ancona, Pesaro, Ascoli);
- 1 Cardiochirurgia (Ancona);
- 1 Degenza di Riabilitazione Cardiologica (Villa Serena Jesi);
- 2 strutture semplici di Cardiologia Riabilitativa (1 al Lancisi e 1 a San Benedetto).

La loro distribuzione per Area Vasta è la seguente:

- Area vasta 1 (Pesaro): 3 unità di terapia intensiva coronarica, 3 Cardiologie, 1 laboratorio di Emodinamica;
- Area vasta 2 (Ancona): 5 unità di terapia intensiva coronarica, 1 area intensiva cardiologica, 5 Cardiologie, 1 laboratorio di Emodinamica, 1 struttura semplice di Cardiologia Riabilitativa (Lancisi) e 1 degenza di Riabilitazione cardiologia (Villa Serena, Jesi);
- Area vasta 3 (Macerata): 3 unità di terapia intensiva coronarica, 3 Cardiologie;
- Area vasta 4 e 5 (Fermo e Ascoli): 3 unità di terapia intensiva coronarica, 3 Cardiologie, 1 laboratorio di Emodinamica.

Percorsi Assistenziali

I principali percorsi riconducibili alla Rete Cardiologica possono essere così schematizzati:

- Patologia coronarica
- Scompenso Cardiaco

Patologia coronarica

1. Profili di assistenza per l'Infarto Miocardio Acuto

La costruzione dei profili di assistenza per Infarto Miocardico ST-sovraslivellato (STEMI) in tutta la regione condotta nel 2005 ha tenuto conto dei seguenti ***Indicatori di qualità da assicurare a tutti i cittadini della Regione Marche***:

- esecuzione della trombolisi entro 30 minuti dalla diagnosi;
- esecuzione dell'angioplastica, se indicata, entro 90 minuti dalla diagnosi;
- effettuazione di counselling per la prevenzione secondaria;
- effettuazione di programmi di cardiologia riabilitativa ambulatoriale.

Sono pertanto stati introdotti i seguenti cambiamenti nei preesistenti percorsi:

- Individuazione del 118 come l'attore incaricato di porre la diagnosi di IMA e di selezionare, in accordo con l'UTIC territoriale più vicina, il tipo di intervento di rivascolarizzazione (fibrinolisi o angioplastica) e di conseguenza l'Ospedale idoneo in cui trasportare il paziente.
  Di fatto per il trattamento dello STEMI si è definito un modello di tipo hub e spoke in cui gli hub sono rappresentati dai laboratori di Emodinamica con i rispettivi bacini di utenza:
  - Laboratorio di Emodinamica di Pesaro (attivo h24) per l'Area Vasta di Pesaro;
  - Laboratorio di Emodinamica dell'A.O. Ospedali Riuniti (attivo h24) per le Aree Vaste di Ancona, Macerata, Fermo e per la Zona territoriale di San Benedetto del Tronto;
  - Laboratorio di Emodinamica di Ascoli (attivo h12) per la Zona Territoriale di Ascoli.

I punti critici nella effettiva realizzazione di quanto sopra sono stati rappresentati da:

- mancato ricorso al 118 da parte di una notevole percentuale di pazienti con STEMI come riportato nella tabella successiva

- **Area Vasta Pesaro**	**55%**
- **Area Vasta Ancona**	**45%**
- **Area Vasta Macerata**	**38%**
- **Area Vasta Ascoli Piceno**	**44%**

Tabella 1: Percentuale di pazienti giunti in Ospedale mediante 118

- impossibilità di supportare il momento decisionale con la trasmissione dell'ECG dall'ambulanza del 118 all'UTIC di riferimento (al momento attuale è stata realizzata unicamente nell'Area Vasta di Pesaro ed andrebbe implementata nelle restanti Aree Vaste);

- difficoltà, legata ai tempi di percorrenza, di raggiungere gli attuali laboratori di Emodinamica nei tempi ottimali per il paziente (< 90 minuti dalla diagnosi) in particolare per i residenti nelle Zone territoriali di Fermo, Macerata, Civitanova, Camerino, Fabriano (Fig. 1);
- congestione del laboratorio di Emodinamica dell'A.O. Ospedali Riuniti di Ancona che di fatto ha attualmente un bacino di utenza di ca. 1.000.000 di abitanti;
- attività solo in h12 del Laboratorio di Emodinamica di Ascoli e mancata messa in rete dello stesso con la cardiologia della Zona Territoriale di San Benedetto del Tronto.

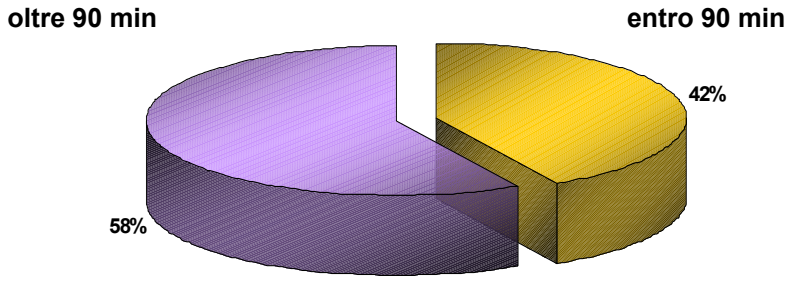


Fig. 1 Percentuale di pazienti con STEMI che eseguono l'angioplastica primaria entro 90 minuti dalla diagnosi (primo semestre 2005)

Per quanto riguarda la fase post-acuta dei pazienti. con STEMI i dati ricavati dal Registro Marchigiano Sindromi Coronariche Acute riportati nella tabella seguente e riferiti ai primi sei mesi del 2005 evidenziano come ***punto critico dei percorsi*** la carenza di programmi di riabilitazione cardiologica ambulatoriale in tutte le Aree Vaste della regione Marche (tab. 2).

Area Vasta Pesaro	**3%**
Area Vasta Ancona	**31%**
Area Vasta Macerata	**15%**
Area Vasta Ascoli Piceno	**7%**

Tabella 2: Percentuale di pazienti con STEMI che hanno ricevuto riabilitazione cardiologia dopo la dimissione

Questa carenza determina inoltre una elevata mobilità passiva extraregionale , in particolare verso l'Emilia-Romagna e l'Umbria, per prestazioni di Cardiologia riabilitativa.

2. Consumo di procedure diagnostiche e terapeutiche (coronarografia, angioplastica e by-pass)

- L'analisi mediante le SDO dei dati di consumo di procedure interventistiche e di rivascolarizzazione chirurgica evidenzia ***i seguenti punti critici principali***:

- variabilità nelle diverse Zone territoriali della Regione nel consumo di procedure come evidenziato dai tassi di consumo standardizzati per popolazione;
- trend di incremento complessivo per le Coronarografie e le Angioplastiche sia in termini di produzione intraregionale che di mobilità passiva extraregionale.

- Imaging cardiologico integrato non invasivo (utilità nella rete cardiologica territoriale mediante ottimizzazione delle risorse economiche su unità mobili dedicate): riconoscimento di approcci diagnostici selezionati alternativi, non invasivi e costo/efficienti in popolazioni selezionate di pazienti ad alto rischio (es. diabetici, ecc.) oggi non stratificati o che vengono sottoposti direttamente ad angiografia contrastografica coronaria invasiva (coronarografia).

Scompenso cardiaco

Vengono di seguito riportati i principali risultati di un'analisi condotta dall'ARS utilizzando un linkage tra diversi database amministrativi:

- I pazienti con scompenso cardiaco registrano un ***intenso ricorso all'assistenza ospedaliera***. Il numero dei ricoveri (con scompenso cardiaco come diagnosi principale) evidenzia una crescita con un incremento del 11% dai 6.097 del 2001 ai 6.751 del 2003 dovuto unicamente ai ricoveri in regime ordinario. Il numero di ricoveri in regime di day-hospital è risultato infatti in calo (da 238 a 205 casi) ed è interessante notare come questi costituiscano soltanto il 3% dei ricoveri complessivi per scompenso evidenziando che nelle realtà ospedaliere marchigiane questa modalità assistenziale trova scarsa applicazione.
- ***Il tasso di ospedalizzazione*** per tutti i regimi di ricovero (sia ordinario che day-hospital) mostra pertanto un *incremento nei tre anni* passando dal 4,1 per mille abitanti nel 2001 al 4,5 nel 2002-2003. E' interessante notare come quest'andamento in crescita sia in netta controtendenza rispetto a quello del tasso di ospedalizzazione complessivo dei cittadini marchigiani che si è considerevolmente ridotto dal 219 per mille abitanti del 2001 al 199 per mille del 2003.
- Questo fenomeno trova in gran parte spiegazione nell'***incremento dei ricoveri ripetuti*** in regime ordinario per scompenso cardiaco. Tale incremento è stato dal 2001 al 2003 di 325 ricoveri così che la *percentuale di ricoveri ripetuti per scompenso sul totale è passata dal 27,8% al 29,9%.* La quota di ricoveri ripetuti è originata da una percentuale ristretta di pazienti che varia dal 14,4% al 15,3% sul totale. In media si sono registrati 1,2 ricoveri ordinari per paziente nel periodo 2001-2003. *Viene quindi evidenziata la difficoltà di attivare risposte assistenziali differenti dal ricovero ospedaliero* in regime ordinario per la gestione del paziente con scompenso cardiaco in particolare per la prevenzione ed il trattamento degli episodi di riacutizzazione nei soggetti a rischio.

- In misura più che proporzionale all'incremento del numero dei ricoveri si è verificato nel triennio in esame anche un incremento del 13% del **numero di giornate di degenza**, anche in questo caso a carico esclusivamente del regime di ricovero ordinario, con un aumento della degenza media da 9,9 a 10,1 giorni. In conseguenza dell'evoluzione di questi due parametri (numero di ricoveri e degenza media) ne deriva che in media nelle strutture ospedaliere nel 2003 sono stati presenti ogni giorno 187 pazienti marchigiani ricoverati per scompenso cardiaco.
- ***Complessivamente il costo dell'assistenza ospedaliera per pazienti con scompenso cardiaco,*** *21,2 milioni €*, rappresenta il 2,5% della spesa sanitaria ospedaliera della regione Marche.
- Nel corso del 2003 sono stati consumati dai residenti con scompenso farmaci cardiovascolari pari a 12,8 milioni di DDD per un importo lordo di 5,7 milioni €. Tale valore rappresenta l'1,9% della spesa farmaceutica della Regione e il 5,4 % della spesa per farmaci cardiovascolari.
- Dei 17.870 residenti con scompenso, il 42% cioè 7.468 soggetti hanno fatto ricorso a prestazioni di specialistica ambulatoriale di cardiologia. Complessivamente sono state erogate quasi 24.500 prestazioni, per un valore tariffario di 598mila €. Le più frequenti prestazioni strumentali sono elettrocardiogramma (10.223 prestazioni), ecocardiogramma-colordoppler (1.440), elettrocardiogramma dinamico (1.282) e controllo-programmazione pace-maker (1.847).
- L'attività erogata ai pazienti con scompenso cardiaco rappresenta lo 0,1% in quantità e lo 0,3% in valore del totale dell'attività specialistica ambulatoriale delle Marche in tutte le branche. Mentre rappresenta il 6,1% e il 5,5% (in quantità e valore rispettivamente) della branca di cardiologia.

Per quanto riguarda lo scompenso cardiaco *la situazione strutturale garantisce una copertura ottimale del territorio* grazie alle 14 strutture di Cardiologia/UTIC ed alle 24 strutture ospedaliere di Medicina Interna. Appare *evidente che non sono attivi percorsi/profili di assistenza integrati tra Ospedale e Territorio* per la presa in carico in particolare dei pazienti a rischio di riacutizzazione.

IX.2.2 Definizione della strategia e delle linee di intervento e di sviluppo della Rete Cardiologica a breve-medio termine

- implementazione dei profili di assistenza per l'Infarto Miocardico Acuto;
- completamento della rete dei laboratori di Emodinamica fino all'apertura di cinque Laboratori;
- implementazione e diffusione dell'attività di cardiologia riabilitativa ambulatoriale;
- messa in rete informatica delle strutture di Cardiologia, Emodinamica e Cardiochirurgia;

- implementazione della funzione di committenza della Rete Cardiologica verso l'Azienda Ospedaliero Universitaria" Ospedali Riuniti "di Ancona e verso l'Azienda ospedaliera San Salvatore di Pesaro;
- formalizzazione delle Indicazioni all' utilizzo di coronarografia, angioplastica, scintigrafia miocardica con esclusione dai LEA delle procedure indicate come inappropriate;
- formalizzazione del documento di consenso sulla TAC multislice nella diagnostica coronaria;
- definizione delle indicazioni all' utilizzo di procedure di elettrofisiologia complessa (ablazioni, pace-maker, defibrillatori);
- ripresa del monitoraggio dei percorsi mediante il Registro Marchigiano Sindromi Coronariche Acute inserito all'interno degli obiettivi di qualità della Rete Cardiologia;
- creazione di un registro regionale delle procedure cardiochirurgiche, cardiologiche interventistiche ed elettrofisiologiche;
- costruzione di profili di assistenza integrati tra Ospedale e territorio per lo scompenso cardiaco;
- organizzazione di una rete di cardiologia riabilitativa regionale tale da soddisfare il fabbisogno di intervento intraregionale e da ridurre la mobilità passiva extraregionale;
- implementazione di programmi di cardiologia riabilitativa per pazienti con scompenso cardiaco cronico in fase di stabilità emodinamica, al fine di ridurre il numero di ricoveri ospedalieri e migliorare la qualità dell'assistenza.

IX.3 La rete Stroke Care della Regione Marche

IX.3.1 Introduzione

La rete relativa alla gestione clinica dello Stroke è oggetto di trattazione a causa della alta morbilità, disabilità residua, mortalità, e costi economici che la caratterizzano.

Questa malattia è infatti la terza causa di morte,dopo cardiopatia ischemica e tumori, essendo responsabile del 12% di tutte le morti in Italia e nei paesi anglosassoni; rappresenta inoltre la prima causa in assoluto di invalidità permanente, con costi complessivi di assistenza per il paziente, in relazione all'estensione della lesione, compresi tra circa 40000 $ a 104000 $.

Nelle Marche sono attualmente presenti 29 Strutture Ospedaliere per acuti che ricoverano i pazienti con Ictus assistendoli secondo modalità organizzative differenti: Stroke Unit, Stroke Team e in reparti di area medica generale.

Esistono ormai dati consolidati che dimostrano che il paziente con Ictus quando viene gestito all'interno di strutture ospedaliere dedicate alla gestione di questa tipologia di pazienti (eg. Stroke Unit) riceve un trattamento qualitativamente migliore, in grado di determinare significativamente outcome di salute e di processo.

Sulla base di queste premesse nel 2006 l'ARS Marche ha condotto un audit organizzativo su tutti questi presidi ospedalieri ed ha inoltre sperimentato un registro regionale dei pazienti con ictus che ha consentito di monitorare importanti indicatori di processo.

L'audit organizzativo è stato condotto attraverso l'esecuzione di una intervista diretta agli operatori sanitari di ognuno degli Ospedali: Direttore del presidio ospedaliero, Direttore medico dei reparti in cui si ricoverano pazienti con Ictus, Dirigente infermieristico del reparto.

L'intervista è stata finalizzata all'esplorazione degli aspetti organizzativi della gestione del paziente con ictus definiti in precedenza a livello Nazionale. I dati relativi alle ospedalizzazioni dei pazienti con ictus sono stati ricavati invece dal registro regionale schede di dimissione ospedaliera.

L'audit organizzativo è stato condotto dal Giugno al Dicembre 2006.

La sperimentazione del registro regionale ictus è avvenuta invece in 8 ospedali che spontaneamente hanno deciso di aderire all'iniziativa. Le informazioni indagate dal registro sono state quelle necessarie a misurare i principali indicatori di qualità del processo assistenziale individuati dalla letteratura internazionale.

IX.3.2 Analisi della realtà regionale

Situazione strutturale

Nel corso dell'anno 2005 sul totale di 29 Ospedali della Regione Marche in grado di accogliere malati acuti 24 (82,7%) strutture hanno avuto almeno 40 pazienti con DRG 14.

In 4 di queste strutture (16,6%) era presente una stroke unit, in 3 (12,5%) uno stroke team e nelle restanti 17 (70,8 %) i pazienti con ictus sono stati seguiti in reparti comuni di area medica; in 13 (54,1%) di queste ultime strutture però lo stroke team è stato formalizzato, definendone il numero e le specializzazioni dei componenti, ma per motivi organizzativi non è ancora attivo (Grafico 1).

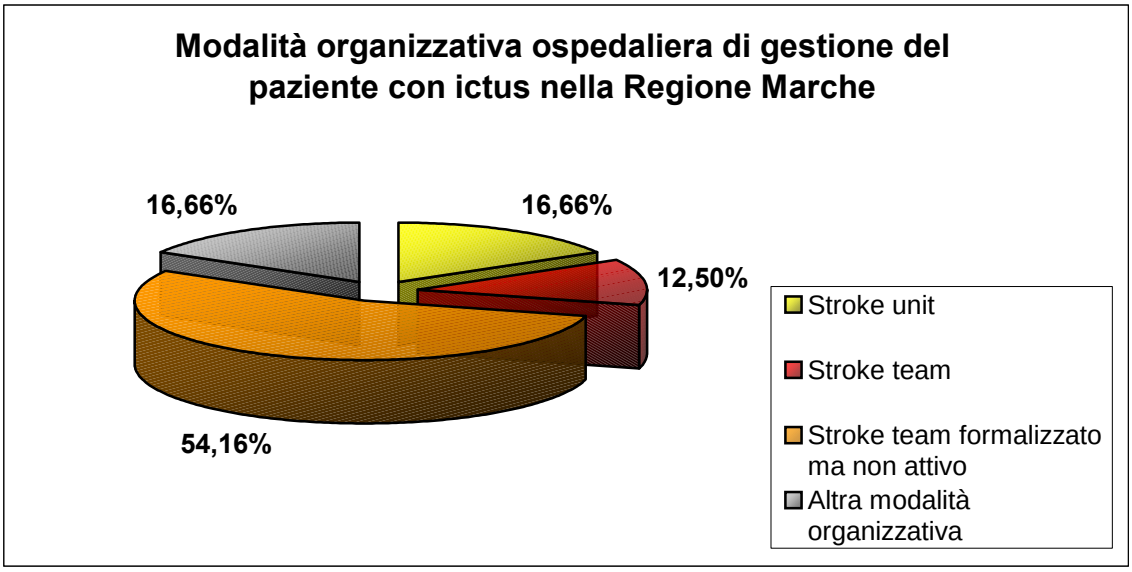


Grafico 1.

Nel corso dell'anno 2005 la maggior parte (72,6%) dei pazienti con ictus della Regione Marche è stata seguita in reparti di area medica non adottando alcuna modalità organizzativa particolare.

In media solo il 52,2% (range 40%-70%) dei pazienti con ictus che afferisce alle strutture ospedaliere dotate di una Stroke unit vengono gestiti all'interno della stessa. Questo basso indice di copertura è spiegabile dal basso numero di posti letto presenti all'interno delle quattro stroke unit; va inoltre evidenziato che in queste strutture non vengono adottati criteri di selezione specifici per l'ammissione in Stroke unit dei pazienti con ictus.

La proporzione di pazienti con ictus seguiti dallo stroke team negli ospedali che adottano questa modalità organizzativa è invece molto elevata raggiungendo oltre il 99% (grafico 2).

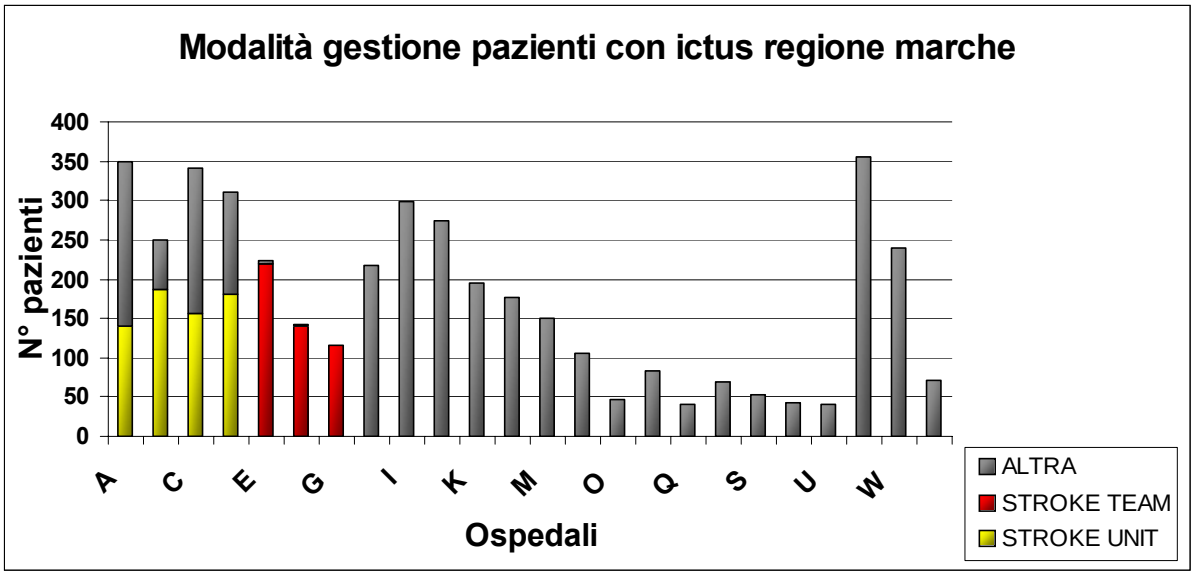


Grafico 2.Caratteristiche organizzative ospedali con Stroke Unit

Caratteristiche organizzative ospedali con Stroke Unit

Esiste attualmente una certa variabilità nella dotazione di personale, sia in termini numerici che di specialità professionali, che operano nelle quattro Stroke unit della Regione Marche oggetto dell'audit 2006 e collocate nelle Zone Territoriali di Jesi, San Benedetto del Tronto, Fermo e nella A.O.U. "Ospedali Riuniti" di Ancona. Nel dicembre 2006 è stata attivata una ulteriore StroKe Unit presso la Zona Territoriale di Fano.

In una struttura è prevista una unica riunione mensile del team multidisciplinare, mentre nelle altre tre stroke unit le riunioni hanno una cadenza settimanale.

Tutte adottano protocolli di riabilitazione precoce, di prevenzione delle complicanze e utilizzano misure standardizzate per la valutazione della disabilità del paziente; va segnalato però che la valutazione dell'indice di motricità, la Ranking scale e la NIH-SS sono utilizzate solo dal 75% delle strutture.

Le disponibilità diagnostica strumentale e di laboratorio è simile fra le diverse strutture ospedaliere: è disponibile la TAC, il laboratorio analisi e il doppler carotideo 24 ore al giorno; in una unica stroke unit non è disponibile la Risonanza magnetica nucleare (RMN) nei giorni festivi.

Gli interventi di endoarterectomia vengono eseguiti in solo due ospedali che posseggono anche la stroke unit ed in uno di questi il numero di interventi/anno è limitato a poco più di 30.

Va inoltre evidenziato che in nessuna Stroke Unit della Regione Marche sono state eseguite trombolisi sui pazienti con Ictus.

Caratteristiche organizzative degli ospedali con Stroke team attivato

Le quattro figure professionali presenti in tutti gli stroke team attivi nella Regione Marche sono lo Specialista in Medicina Interna, Specialista in Fisiatria, l'Infermiere e il Fisioterapista della riabilitazione; lo specialista neurologo, il logopedista, il dietista, lo psicologo e il terapista occupazionale invece entrano in percentuale variabile nei diversi gruppi.

In una struttura sono previste due riunione settimanali dello stroke team, mentre nelle altre due strutture le riunioni hanno cadenza settimanale.

Sono diffusamente adottati protocolli di prevenzione delle complicanze e utilizzate misure standardizzate per la valutazione della disabilità del paziente; solo in un'unica struttura non è previsto l'utilizzo di test per le abilità cognitive.

In tutte è tre le strutture vi è la disponibilità 24 ore al giorno della Tac, del laboratorio analisi e del doppler carotideo; in un unico ospedale non è disponibile la RMN.

Gli interventi di endoarterectomia vengono eseguiti solo in due ospedali con stroke team attivato. Esiste anche in questa occasione una notevole differenze nel numero di interventi/anno eseguiti in queste due strutture ed in una il numero è di poco superiore ai dieci.

Caratteristiche degli ospedali che non adottano modalità organizzative specifiche per pazienti con ictus

Le 17 strutture ospedaliere che gestiscono i pazienti con ictus secondo una modalità assistenziale diversa dalla Stroke Unit e dallo stroke team utilizzano scale di valutazione della disabilità in maniera molto eterogenea.

Sono diffusamente in vigore protocolli di prevenzione delle complicanze del paziente; esistono infatti solo tre ospedali che non adottano protocolli per la gestione del paziente con difficoltà alla deglutizione e un unico ospedale in cui non viene utilizzato alcun tipo protocollo di prevenzione.

La disponibilità della TAC 24 ore al giorno è garantita solo in 11 strutture, in 1 ospedale è disponibile solo nelle ore diurne mentre nelle restanti non è mai disponibile. In queste ultime strutture nel sospetto di ictus il paziente vine trasportato in strutture limitrofe per l'esecuzione della TAC e poi riportato nella struttura di provenienza per la degenza.

In tre strutture il laboratorio analisi è disponibile solo nelle ore diurne.

Il doppler arterioso è sempre disponibile solo in otto strutture, in 5 solo nei giorni feriali e nelle restanti è attivo solo su programmazione specifica.

E' possibile eseguire interventi di endoarterectomia carotidea solo in quattro di questi ospedali e soltanto in uno di questi si eseguono più di 50 interventi/anno.

Percorso assistenziale

Nel 2004 è stata avviata la costruzione dei profili di assistenza in tutte le Aziende Sanitarie e Ospedaliere dlla Regione Marche. Gli indicatori riportati nella tabella 1 sono stati selezionati per

valutare lo stato di applicazione dei profili, e quindi la qualità dell'assistenza, nelle strutture che trattano pazienti con Ictus in fase acuta, e sono raggruppati in sette aree tematiche: Gestione paziente in acuto, Valutazione e recupero funzionale, Approccio multidisciplinare, Esami diagnostici e consulenze, Terapia farmacologia, Prevenzione delle complicanze, Esiti.

Sei ospedali hanno deciso di partecipare alla fase sperimentale del registro regionale ictus. Al termine della sperimentazione sono stati inseriti nel registro i dati di 113 pazienti.

I dati relativi alla performance degli indicatori misurati dimostrano una grande eterogeneità fra questi sei ospedali.nella capacità di garantire gli standard di qualità nella gestione del paziente con ictus.

E' inoltre in procinto di essere sperimentato il monitoraggio della fase post-acuta dei profili si assistenza per l'Ictus. Questa fase è altrettanto importante di quella acuta nel determinare l'esito complessivo di questi pazienti, in particolare in termini di disabilità residua. Nella costruzione dei profili di assistenza si sono evidenziate in numerose Zone territoriali difficoltà significative, sia per quanto riguarda la continuità assistenziale, che per la possibilità del paziente dimesso dal ricovero in fase acuta di accedere in tempi brevi al ricovero ospedaliero per effettuare una riabilitazione intensiva.

IX.3.3 Definizione della strategia e delle linee di intervento a breve-medio termine

Implementazione ed omogeneizzazione delle Stroke Unit

La survey strutturale ed organizzativa riportata sopra evidenzia in particolare due problemi:

- la disomogeneità delle Stroke unit attualmente esistenti in termini di dotazione di risorse umane, in particolare infermieristiche, e di organizzazione;
- il basso grado di copertura dei pazienti con ictus in fase acuta da parte delle stroke unit attualmente esistenti.

Per quanto riguarda il primo punto è in fase di avanzata condivisione con il gruppo di esperti regionale dell'Ictus un documento di consenso relativamente agli Standard per le Stroke Unit di primo livello nella Regione Marche.

Questo documento definirà i seguenti standard da garantire in tutte le Stroke Unit della Regione Marche sia esistenti che da attivare:

- Standard Strutturali e tecnologici;
- Standard dotazione di Personale e di accreditamento professionale;
- Standard organizzativi.

Per quanto riguarda l'indice di copertura delle Stroke Unit è ipotizzabile l'attivazione di Stroke unit in tutti gli Ospedali di Rete attraverso l'individuazione di posti letto dedicati e di team multidisciplinari in quelle strutture in cui questi non siano ancora operanti. Lo stroke team dovrebbe

prendere in carico, dal punto di vista del percorso, anche i pazienti affetti da Ictus che non trovano posti letto disponibili in Stroke unit e che vengono ricoverati in altri reparti di Area medica.

E' inoltre necessario definire un progetto regionale per l'implementazione della trombolisi nei pazienti affetti da Ictus che possono giovarsi di questo tipo di intervento.

Implementazione dei profili di assistenza per l'Ictus

Al fine di documentare l'applicazione degli standard di qualità che dovrebbero essere garantiti in tutta la Regione Marche dall'applicazione dei profili di assistenza è prevista l'implementazione di un "Sistema regionale di Audit permanente clinico ed organizzativo sull'Ictus cerebrale". Tale sistema, coordinato a livello centrale dall'ARS Marche, utilizzerà i dati raccolti dal Registro marchigiano ictus per produrre report trimestrali sulle performance di tutte le Aziende/Zone della Regione ed implementare localmente audit clinici ed organizzativi sugli stessi finalizzati al miglioramento continuo della qualità.

Sulla base dei risultati del sistema di Audit saranno individuati progetti di miglioramento specifici locali o regionali; ad esempio è previsto un progetto di miglioramento regionale di tipo assistenziale per quanto riguarda la standardizzazione della modalità di screening della disfagia e la valutazione e gestione della stessa.

Implementazione della continuità assistenziale

E' stato di recente condiviso con il gruppo di esperti regionale dell'Ictus un documento di consenso relativamente ai criteri di selezione del setting riabilitativo alla dimissione dalla fase acuta. Tale documento ha come obiettivo l'appropriatezza dell'invio ai vari livelli di riabilitazione post-acuta (riabilitazione intensiva, riabilitazione estensiva in regime residenziale, domiciliare e ambulatoriale) e la tempestività della risposta, che dovrà essere garantita dal fisiatra in collaborazione con il distretto.

E' prevista la costruzione di un algoritmo informatizzato a supporto del fisiatra che opera nelle strutture in fase acuta; tale sistema informatizzato di invio alla fase post-acuta consentirà anche il monitoraggio dei percorsi e dell'appropriatezza.

IX.4 Rete oncologica

IX.4.1 Analisi della realtà regionale

- Si stima che su una popolazione regionale di 1.518.780 abitanti si attendono circa 8049 nuovi casi di tumore/anno (5,3/1000). Nel corso degli anni 2004 e 2005 nella nostra Regione stime fornite dall'Agenzia Sanitaria Regionale mostrano che l'indice di consumo (calcolato sulla popolazione pesata x 1000 ab.) per quanto attiene l'area oncologica (intesa come prestazioni specialistiche) è passato da 22,3 a 25,1.
- L'erogazione delle prestazioni di chemioterapia mostrano laddove analizzate per area vasta di riferimento come alcune realtà regionali riescano a garantire la risposta in termini percentualmente soddisfacenti e tuttavia l'analisi della lettura relativa alla mobilità passiva evidenzia per le aree vaste 1 e 5 persistenza di mobilità passiva del 15 e 18%. Nella specificità della spesa per farmaci oncologici si sottolinea che stime fornite dall'Agenzia Sanitaria Regionale mostrano il passaggio della spesa da Euro 16.654.698 effettuata nel 2005 ad Euro 18.564.969 nel 2006 (dati stimati) con un evidente incremento solo nell'ultimo anno dell'11% della spesa medesima.

Percentuale di erogazione dei trattamenti di chemioterapia (DRG 410 / 492) per strutture di erogazione e area vasta di residenza.
Fonte: SDO 2006 (dati regionali) – SDO 2005 (fuga extraregionale)

Struttura di erogazione	Area vasta residenza				
	AV 1	AV 2	AV 3	AV 4	AV 5
AV 1	45%	2%	0%	0%	1%
AO SS	33%	1%	0%	0%	0%
AV 2	1%	38%	3%		0%
AO OR	5%	44%	12%	10%	13%
INRCA		2%	0%		
AV 3	0%	7%	75%	21%	4%
AV 4			1%	59%	4%
AV 5			0%	1%	60%
Fuori regione	**15%**	**5%**	**9%**	**8%**	**18%**

- Tale settore che ha un elevato impatto sulla spesa sanitaria nazionale ed ovviamente regionale tende a consumare risorse in maniera notevole anche per la continua immissione in commercio dei nuovi farmaci (cosiddette nuove molecole) e per il miglioramento delle tecnologie diagnostiche e terapeutiche.
- Il fabbisogno annuale stimato di trattamenti radioterapici nella Regione Marche oscilla tra un minimo di 4000 ed un massimo di 4800 per anno; a questi si devono aggiungere un 10%

annuo di ritrattamenti. A fronte di tale bisogno la produzione regionale copre non più del 50% del totale.

- Il lavoro iniziato nel 2006 sugli screening oncologici ha permesso l'attivazione di gruppi tecnico scientifici che stanno elaborando (carcinoma colon-retto, carcinoma mammella e cervice uterina) modelli di intervento che si muovono sulla logica del profilo assistenziale e di fatto creano sinergie e modelli di intervento che superano la logica settoriale e si muovono nel senso dell'integrazione delle diverse professionalità.
- Nel corso del 2006 sono stati attivati tavoli di lavoro su appropriatezza in particolare nelle aree markers tumorali, follow-up III e IV linee di chemioterapici e sull'uso delle Target Therapy.
- Sono stati attivati tavoli di confronto con le Anatomie Patologiche consentendo l'introduzione dei concetti di controllo di qualità e realizzando un primo protocollo di indirizzo per la caratterizzazione biologica del Carcinoma della mammella.
- Per quanto attiene le Radioterapie tavoli di confronto hanno iniziato una analisi del problema della mobilità passiva.

IX.4.2 Assessment organizzativo, tecnologico e strutturale

- L'attuale sistema organizzativo del settore oncologico prevede la presenza di 14 U. O. di Oncologia Medica di cui 11 sul territorio e 3 inseriti nelle 2 Aziende Ospedaliere (2 in A.O.U "Ospedali Riuniti" di Ancona e 1 inserita nell'Azienda Ospedaliera San Salvatore di Pesaro). Le U.O. di Oncologia Medica non sempre hanno a disposizione posti letto autonomi talvolta i pazienti vengono ricoverati presso le locali Medicine e lì assistiti dagli oncologi che svolgono contestuale attività di tipo specialistico;
- le Radioterapie presenti sul territorio sono attive in numero di 4, una per provincia. La produzione appare sottodimensionata rispetto al bisogno con un effettivo sottoutilizzo delle apparecchiature per carenza di personale;
- le Anatomie Patologiche in numero di 4 sul territorio (Ancona, Pesaro, Ascoli e Macerata) svolgono attività di consulenza nei principali ospedali ove si svolgono attività di prelievo citologico, bioptico o chirurgico;
- è presente sul territorio un Centro di riferimento regionale di Genetica Oncologica inserito nella A.O.U "Ospedali Riuniti" di Ancona, sebbene le realtà sopra elencate si interfaccino costantemente non sono collegate con un sistema di rete;
- mancanza di un coordinamento regionale per la analisi e programmazione attraverso la coniugazione della domanda offerta che possa sviluppare la programmazione in materia mediante uno strumento quale quello del Piano Sanitario Regionale Oncologico (PSRO);
- assenza di un sistema di cure integrato per quanto attiene le cure palliative e l'Hospice.

IX.4.3 Elementi di criticità e punti di forza

Frammentazione degli interventi e carenza di comunicazione

- È nella assenza di coordinamento e di rete formale ed informale che si crea la frammentazione del sistema di cure oncologiche e si allungano i tempi per il trattamento dei pazienti affetti da patologia neoplastica. Il tema è oggetto di una delle linee prioritarie per la gestione delle liste d attesa (si veda l'area tematica Liste d attesa).
- La presenza nel territorio regionale di un Centro di Riferimento per la genetica oncologica, risorsa importante del territorio tuttavia, sempre per la mancanza di reti formali, non sempre si coordina appieno con la restante area di intervento (MMG e tutte le altre figure professionali) e impedisce la piena attuazione di programmi per la valutazione di specifiche popolazioni neoplastiche a rischio genetico.
- L'assetto comunicativo interistituzionale ed in particolare al cittadino è frammentato e manca di un coordinamento regionale che consentirebbe, oltre alla riduzione di comunicazioni spesso imprecise e talvolta erronee, una rassicurazione per il cittadino ed un migliore integrazione tra i professionisti. Non esistono forme di gestione attiva del paziente per il quale il percorso assistenziale è costituito dalla giustapposizione di prestazioni.

Carenza dell'offerta di radioterapia

- La carenza di figure professionali per la piena attuazione dei piani radioterapici convenzionali determina una bassa efficienza della tecnologia installata, che invece è di elevata qualità. Tale situazione costringe il cittadino marchigiano ad emigrare in realtà limitrofe con qualità di vita scadente e maggiorazione della spesa sanitaria per mobilità passiva senza alcun vantaggio sul piano tecnologico e professionale.

Governo delle risorse

- Le risorse che il settore utilizza sono notevoli e negli ultimi anni con l'impiego dei nuovi farmaci "target therapy" (le nuove molecole, in grado di colpire selettivamente particolari processi della cellula tumorale, chiamate terapie molecolari mirate) ed il loro repentino e non sempre programmato e programmabile inserimento nel settore farmaceutico spostano con il loro alto costo le risorse su questo fronte.
- Negli ultimi anni inoltre sono divenute disponibili terapie di radioterapia metabolica che utilizzano sostanze a costo elevato che non coprono i consueti DRG (radioterapia V 58.0) sia per quanto riguarda la radioimmunoterapia che per la terapia radiorecettoriale. Inoltre la legislazione italiana obbliga il ricovero in ambiente protetto per tali trattamenti, prevedendo sanzioni penali in caso di inottemperanza.

La riorganizzazione dell'attività di screening

- Il percorso avviato con gli screening oncologici ha rappresentato il momento di avvio di un confronto tra professionisti e dell'applicazione del principio di centralità del percorso assistenziale nella riorganizzazione dell'offerta.

IX.4.4 Definizione della strategia e delle linee di intervento

Piano di risanamento – investimento

- La sfida del settore oncologico in tema di risorse è di coniugare l'impiego delle nuove tecnologie nella lotta ai tumori con un corretto utilizzo delle risorse, in contesti di welfare decrescente.
- Le possibilità di recupero di risorse si basano sul recupero della fuga extraregionale e richiedono interventi volti al completamento dell'offerta nell'ambito della radioterapie ma soprattutto la capacità di riorganizzare l'assistenza secondo percorsi assistenziali.
- Il percorso del paziente oncologico, dal primo contatto con le strutture sanitarie in fase di prevenzione e in tutte le fasi del ciclo diagnostico terapeutico (screening, diagnosi, terapia, follow-up e cure palliative), assorbono notevoli risorse e solo attraverso l'utilizzo delle best practice, potranno svilupparsi i punti di forza e miglioramento per ciascuna fase dell'intero ciclo assistenziale.
- Il completamento delle rete assistenziale degli hospice ed il governo della assistenza domiciliare integrata oncologica contribuiranno, alla riqualificazione dell'offerta e al processo di deospedalizzazione con conseguente recupero di risorse in tale ambito.

Modello di sviluppo sistemico

- Sviluppo della logica del sistema reticolare dell'assistenza oncologica con conseguente riorganizzazione dell'offerta sulla base del percorso del paziente (reti cliniche);
- sviluppo dell'alta specialità (anche in possibile raccordo con altre regioni) secondo il modello delle reti cliniche con una valorizzazione delle esperienze già consolidate come quella del Polo di Macerata e un ruolo concordato e pro-attivo delle Aziende ospedaliere e dell'INRCA;
- logica dell' "ospedale esteso", allargato cioè allo studio medico, ai centri diagnostici specializzati territoriali fino al domicilio del paziente, attraverso l'utilizzo delle più avanzate tecnologie innovative ed una forte integrazione sul piano organizzativo con servizi di cura e assistenza domiciliare e di gestione a distanza del paziente.

Ridisegno dei processi: le reti cliniche

L'area oncologica si estende dalla diagnostica (dallo screening alla biologia molecolare) agli interventi terapeutici ad alto impatto tecnologico (quali RT conformazionali e tecniche speciali,

Terapia radiometabolica, ipertermia), inclusi gli interventi domiciliari per le fasi riabilitative e terminali e l'assistenza in Hospice.

Ne consegue che il governo clinico di questi settori deve necessariamente integrare fra loro, coinvolgendole come attori coprotagonisti, le differenti figure professionali che di volta in volta sono coinvolte nei processi curativi (dal MMG /Pediatra di Libera scelta da un lato al palliativista dall'altro con tutti gli attori del profilo assistenziale intermedi).

IX.4.5 Pianificazione delle azioni

Azioni a breve termine

A breve vanno realizzate le seguenti azioni che consentono poi l'elaborazione di piani attuativi attraverso gruppi di lavoro opportunamente creati che garantiscano il pieno recupero delle professionalità presenti sul territorio del pubblico e del privato autorizzato e si integrino con le organizzazioni dell'associazionismo e del volontariato attraverso la:

- creazione di un coordinamento regionale per analisi, programmazione e priorità degli interventi;
- sviluppo di un Piano Sanitario Regionale Oncologico (PSRO) per garantire un sistema integrato di rete territoriale sia per quanto attiene l'assetto organizzativo, tecnologico che di supporto informatico dando priorità all'area della appropriatezza e del miglior impiego delle risorse economiche nel pieno rispetto della EBM;
- creare una commissione oncologica regionale quale luogo per la programmazione e lo sviluppo del PSRO , dove creare un rapporto costante con l'intero mondo professionale e della ricerca sia del pubblico che del privato e con il volontariato organizzato del settore, per favorire l'empowerment del nostro tessuto sociale;
- percorsi di razionalizzazione in oncologia attraverso aree di intervento prioritario: markers tumorali; follow-up mammella e colon retto; fattori di crescita eritreo-leucocitari; III° e IV linea nei principali tumori (carcinoma mammella e colon retto);
- lavoro di rete e controllo di qualità del laboratorio di anatomia patologia con razionalizzazione della diagnostica e centralizzazione di alcuni test di laboratorio.

Azioni a medio e lungo termine

Sulla base delle risultanze delle azioni a breve termine si riorienteranno gli interventi del medio e lungo periodo. Le azioni che andranno implementate nel medio e lungo termine sono le seguenti:

- creazione di un **modello organizzato a rete**, sia dell'area oncologica tradizionalmente intesa che dell'area radioterapia e Anatomo-patologica, che consentirebbe un più omogeneo sviluppo culturale del settore clinico e contestualmente garantirebbe uno standard diagnostico e trattamentale omogeneo sull'intero territorio regionale;
- realizzazione di una **rete regionale di radioterapia e fisica sanitaria** interaziendale attraverso la creazione di uno strumento telematico grazie ad apparati di

videocomunicazione che permettano di analizzare esami radiologici e medico-nucleari, quali RM, TC, PET, SPECT ma anche piani di cura fisico-dosimetrici, per ottimizzare le risorse creando un'unica radioterapia virtuale collegando tra loro unità di radioterapia consentendo:

1. rapida ottimizzazione delle liste d'attesa;
2. studio contestuale dei casi a più elevata complessità attraverso consulenze radioterapiche;
3. garanzia del miglior trattamento possibile nei tempi più rapidi possibili e omogeneo sull'intero territorio regionale;

- **implementazione delle figure professionali** per il pieno utilizzo delle attrezzature presenti: per la radioterapia conformazionale, che realizza non meno del 70% della radioterapia bisognerebbe prevedere non meno di 6 TSRM , 3 medici radioterapisti, 2 fisici medici e 1 TSRM dedicato al controllo di qualità, per ogni LINAC che lavori in doppio turno (12 ore/die). Valutazione delle risorse umane (in particolare medici e fisici) da dedicare al potenziamento o attivazione di tecniche speciali di radioterapia (RT stereotassica encefalo (già attivata Ancona) e body (da attivare Ancona); brachiterapia (da attivare Ancona); radioterapia intraoperatoria (IORT, da attivare a Macerata) il cui hardware è già presente nei Centri di Radioterapia;
- **costituzione dell'Istituto tumori marchigiano**, organizzazione presente nella maggior parte delle realtà regionali nel panorama nazionale, allo scopo di garantire lo sviluppo della ricerca scientifica che fa fatica a decollare pur vedendo molte delle professionalità del settore impegnati, per dedizione ed interesse scientifico, a partecipare a progetti di ricerca di carattere nazionale ed internazionale di riconosciuto valore scientifico[8]; e la realizzazione di un registro tumori, in stretta sinergia con la rete epidemiologica marchigiana (REM);
- **realizzazione del Sistema informativo al cittadino**, di supporto alla rete clinica (centri informativi disseminati nel territorio secondo il modello di Area vasta, call-center regionale) per i pazienti e familiari, che li accompagni nell'intero percorso terapeutico. La necessità di offrire livelli assistenziali a complessità differenziata, adeguati ai bisogni del malato e della famiglia, mutevoli anche in modo rapido e non sempre programmabili, rende necessario realizzare un sistema che offra la maggior possibilità di sinergie tra differenti modelli e livelli di intervento e tra i numerosi soggetti professionali coinvolti;
- garanzia del rispetto dei tempi di **erogazione del trattamento radiante** in accordo con il documento programmatorio liste di attesa attraverso la attuazione di forme programmatorie

[8] Obiettivi prioritari dell'istituto tumori:

- potenziare ed elevare il livello qualitativo della ricerca e delle attività cliniche in campo oncologico;
- trasferire il più rapidamente possibile i risultati della ricerca all'applicazione clinica, soprattutto nei settori diagnostico e terapeutico, ed il know-how all'industria;
- incentivare il ricorso al regime ambulatoriale ed il ricovero diurno per le attività di diagnosi, cura e follow-up;
- razionalizzare i percorsi diagnostico-terapeutici attraverso la creazione di gruppi di cooperazione interdipartimentali di patologia (Disease Management Teams) con il compito di seguire il paziente durante tutte le fasi della sua malattia;
- svolgere, per operatori sanitari a tutti i livelli, attività di formazione, aggiornamento e perfezionamento nei settori della ricerca e dell'assistenza;
- supportare l'attività di prevenzione primaria e secondaria oncologica a livello regionale;
- uniformare e sostenere il coordinamento regionale, sempre in una ottica di rete, nel pieno rispetto delle realtà locali, per le attività cliniche oncologiche multidisciplinari e polispecialistiche a livello regionale.

per l'integrazione delle carenze professionali, evitando la notevole mobilità passiva in regioni limitrofe;

- strutturare la **rete per le cure palliative** e l'organizzazione dell'Assistenza Domiciliare Oncologica attualmente disomogenea e non sempre strutturata nelle differenti realtà regionali;
- partecipare all'attivazione degli strumenti per la realizzazione **dell'ospedale senza dolore** integrandosi con il percorso Qualità. A tale scopo l'unità operativa complessa "Medicina del dolore e palliativa" dell'A.O.U. "Ospedali Riuniti" costituirà il riferimento per l'indirizzo medico-clinico per tutte le strutture territoriali;
- implementare l'evoluzione tecnologica al servizio della potenzialità della chirurgia oncologica, in particolare quella poco invasiva.

Inoltre si dovranno creare le condizioni per la realizzazione di un:

- percorso **formativo** programmato su base pluriennale a valenza regionale che integrandosi con le competenze della struttura Universitaria sia capace di garantire uno sviluppo adeguato di tutti gli operatori coinvolti nel settore oncologico. Si segnala la carenza di un percorso formativo organizzato in particolare nel settore hospice-cure palliative-cure domiciliari;
- sviluppo di un **sistema di indicatori di qualità** dei percorsi organizzativi e profili assistenziali attivati.

IX.5 Gli screening oncologici

IX.5.1 Analisi della realtà regionale

Nelle Marche sono stati attivati i seguenti programmi:

- screening citologico attivato su tutte le 13 Zone territoriali (ZT)
- screening mammografico attivato su tutte le 13 Zone territoriali
- screening colorettale avviato in via sperimentale sulla ZT 3 - Fano

Caratteristiche dei programmi mammografico e citologico

- Test di screening:
    - *mammografico*: mammografia in 2 proiezioni eseguita da un tecnico sanitario di radiologia medica;
    - *citologico:* pap-test eseguito da personale ostetrico.

- Esame di approfondimento diagnostico per le donne positive al test di screening:
    - *mammografico*: esami non invasivi (altra mammografia, altre proiezioni mammografiche, ecografia, esame clinico); esami invasivi (citologia, core biopsy, mamotome, abbi, microbipopsia);
    - *citologico:* colposcopia.
- Periodicità dell'offerta del test di screening:
    - *mammografico*: biennale (corrispondente alle indicazioni nazionali), ma l'intervallo effettivo tra i due test di screening non è conosciuto;
    - *citologico:* triennale (corrispondente alle indicazioni nazionali) per 3 ZT; per tutte le altre ZT periodicità 1-1-3. Ciò è dovuto al protocollo regionale non conforme alle indicazioni nazionali.
- Popolazione target:
    - *mammografico*: inviti effettuati a donne nella fascia di età 50-69 anni (corrispondente alle linee guida europee ed italiane) da 2 ZT; le altre ZT rivolgono l'invito a donne nella fascia di età 45-69 anni. La disomogeneità è stata causata da documenti nazionali e regionali che hanno dato imput diversi;
    - *citologico*: inviti effettuati a donne nella fascia di età 25-64 anni (corrispondente alle linee guida italiane) da 3 ZT; le altre ZT rivolgono l'invito a donne nella fascia di età 25-65 anni. La disomogeneità è stata causata da documenti nazionali e regionali che hanno dato imput diversi.

Risultati dei programmi mammografico e citologico

I risultati sono riferiti all'anno 2005 (l'ultimo disponibile). Prendono in considerazione la fascia di età 50-69 anni per lo screening mammografico e la fascia di età 25-64 anni per lo screening citologico. La fonte è la survey 2006 dell'Osservatorio Nazionale Screening (ONS).

- Percentuale di popolazione target invitata (estensione effettiva degli inviti): bassa per entrambi gli screening:
    - *mammografico* valore regionale 32,4% vs lo standard del 50%;
    - *citologico* valore regionale non definibile per la peculiare periodicità degli inviti (standard nazionale 33%).

  Ciò comporta problemi di equità di accesso ai programmi sul territorio regionale.
- Adesione all'invito:
    - *mammografico* valore regionale (55,8%) ricompreso nello standard nazionale di "accettabilità" pari a >= 50% e complessivamente buono per 11 ZT su 13;
    - *citologico* valore regionale al di sotto del dato nazionale (33,1% vs 36,8%) e per 6 ZT inferiore al 30%.

- Invio ad approfondimenti diagnostici:
    - *mammografico* valore regionale non disaggregabile tra “primi esami” (= donne entrate nel programma per la prima volta) ed “esami successivi”(= donne già screenate almeno una volta dal programma). Difformità di comportamenti tra le ZT. Per le ZT con valori superiori agli standard il livello nazionale suggerisce l’identificazione dei radiologi con tasso di richiamo più elevato per un loro riaddestramento;
    - *citologico* valore parziale e complessivamente inferiore alla media nazionale (1,9% vs 2,29). Grande variabilità nell’invio alla colposcopia tra le ZT: ciò denota la mancanza di un protocollo regionale.

Adesione agli approfondimenti diagnostici:

- *mammografico* valore non monitorato dal livello nazionale e regionale;
- *citologico* valore di adesione media regionale per diagnosi di Cellule Squamose atipiche di significato indeterminato o più grave (ASCUS+) complessivamente superiore alla media nazionale (90,4% vs 84,7%), ma parziale. Il livello nazionale giudica comunque positivamente tale dato (lo standard di desiderabilità è infatti >= 90%), considerandolo un indicatore di un buon funzionamento dei servizi di secondo livello.

Detection rate (output del programma di screening) basso per entrambi gli screening:

- *mammografico* valore regionale, pari a 2,1 cancri identificati ogni 1.000 donne screenate, non disaggregabile tra “primi esami” ed “esami successivi” e parziale essendo fornito da 9 ZT su 13. Il livello nazionale ritiene che questo quadro sia indice di una scarsa sensibilità del programma. Occorrerebbe però rendere affidabile il dato, prima di esprimere dei giudizi definitivi;
- *citologico* valore regionale, pari a 2,1 lesioni di Neoplasia Cervicale Intraepiteliale con cambiamenti cellulari anormali (CIN2+) identificate ogni 1.000 donne screenate, ma molto parziale essendo fornito da 6 ZT su 13. Il dato risulta ovviamente inferiore alla media nazionale pari a 2,8 per 1.000. Anche per questo screening ci sono problemi di affidabilità del dato.

Tumori in situ e tumori di piccole dimensioni, identificati allo screening (altri output del programma di screening):

- *mammografico* valori regionali, non disaggregabili tra “primi esami” ed “esami successivi” ed estremamente parziali essendo l’informazione relativa alla stadiazione dei tumori fornita da 3 ZT su 13. Impossibile esprimere dei giudizi.
- *citologico* valore non monitorato.

Tipologia di trattamenti:

- *mammografico* dati forniti estremamente parziali, non elaborati dal livello nazionale e regionale;
- *citologico* dati forniti estremamente parziali, non elaborati dal livello nazionale e regionale.

Caratteristiche del programma di screening colorettale

- Test di screening: ricerca del sangue occulto nelle feci con metodo immunochimico;
- Esame di approfondimento diagnostico per i positivi al test di screening: pancolonscopia (in caso di impossibilità rx clisma opaco a doppio mezzo di contrasto);
- Periodicità dell'offerta del test di screening: biennale;
- Popolazione target: uomini e donne nella fascia di età 50-69 anni.

Risultati del programma di screening colorettale

Non disponibili: la sperimentazione è iniziata il 19 febbraio 2007 e terminerà il 30 giugno 2007.

IX.5.2 Assessment organizzativo, tecnologico e strutturale

Screening **MAMMOGRAFICO E CITOLOGICO**

Valutazione organizzativa

Disomogeneità del modello organizzativo zonale dei programmi:

nelle ZT 5 e 8 le segreterie organizzative per lo screening mammografico e per lo screening citologico sono separate. Si ha quindi una duplicazione delle attività relative alla "presa in carico organizzativa" del soggetto invitato (funzione propria della segreteria stessa); nelle altre ZT la segreteria è unica.

Difformità, tra ZT, sulla responsabilità della gestione organizzativa dei programmi:

- in 4 ZT (la 1, 2, 3, 11) è in capo al Dipartimento di Prevenzione,
- in 3 ZT (la 4, 7,13) è in capo al Distretto,
- in 3 ZT la responsabilità è in capo al Ospedale (per la ZT 9 e 10 c/o la direzione sanitaria; per la ZT 6 c/o l'Unità Operativa -U.O.- di Ginecologia e Ostetricia),
- nella ZT 12 è in capo all'U.O. Formazione,
- nelle ZT 5 ed 8 lo screening mammografico è gestito dall'U.O di Radiologia,
- nelle ZT 5 e 8 lo screening mammografico è gestito dal Distretto;

Disomogeneità, tra ZT, nelle età e nella periodicità di offerta del test di screening.

Selezione della popolazione obiettivo critica:

causata da difficoltà di aggiornamento delle informazioni anagrafiche, dei cambi di residenza, dei decessi, per difficoltà o mancata integrazione tra software informativo-gestionale ed anagrafi zonali oppure per criticità di aggiornamento delle anagrafi zonali stesse, ancor quando l'integrazione esista.

Disomogeneità nei criteri di invito tra ZT.

Disomogeneità/deficit di funzionamento dei Comitati tecnico-scientifici provinciali:

attualmente la loro attività è sospesa. Nel progetto originario dovevano monitorare, per provincia, l'aspetto della standardizzazione dei processi clinico-organizzativi essendo costituiti da rappresentanti dei responsabili dei programmi e da almeno un operatore in ciascuna delle seguenti attività: anatomia-patologica, consultori, radiologia, ginecologia, chirurgia, oncologia, radioterapia, riabilitazione, direzione sanitaria, medicina generale.

Debolezza del coordinamento regionale dei programmi zonali:

nella fase di avvio il ruolo regionale è stato forte ed autorevole poi è andato scemando.

Campagna informativa:

essa è stata coordinata dal livello regionale, solo nella fase di avvio dei programmi e non più riproposta con connotati di unitarietà sul territorio della Regione. La conseguenza è stata una difformità, tra le ZT, nella esecuzione di iniziative di rinforzo a livello locale.

Linee-guida regionali (protocolli diagnostico-terapeutici):

formalizzati all'avvio dei programmi con Delibera di Giunta Regionale (DGR) 115/2000 e riproposti con DGR 899/2005, necessitano di un aggiornamento e di un completamento (ad es: la fase trattamentale è assente).

Standard qualitativi (organizzativi, tecnico professionali e strutturali):

definiti nelle linee-guida regionali, necessitano di una revisione al fine di un loro adeguamento alle raccomandazioni ministeriali.

Formazione degli operatori:

svolta in modo organizzato e coordinato dal livello regionale nella fase di avvio dei programmi. Successivamente lasciata alla iniziativa delle singole ZT.

Valutazione strutturale

Dislocazione sedi di erogazione delle prestazioni di I° e II° livello:

conoscenza parziale ed aggiornata al 2003, per entrambi gli screening.

Livelli organizzativi-strutturali delle sedi erogatrici delle prestazioni di I° e II° livello:

mancanza di una adeguata conoscenza dei livelli organizzativi-strutturali con cui operano: le U.O./servizi di Radiologia eroganti prestazioni di I° e II° livello, per lo screening mammografico; gli ambulatori in cui viene effettuato il pap-test, le U.O. di citopatologia ed i servizi di colposcopia per lo screening citologico.

Valutazione tecnologica

Mammografi utilizzati per lo screening mammografico:

insufficiente conoscenza delle loro caratteristiche: numero, tipologia, grado di obsolescenza.
.**Digitalizzazione dello screening mammografico:**

Valutazione costo/beneficio: appena iniziata.

Software informativo-gestionale:

Attualmente è utilizzato da 12 Zone territoriali su 13 un software informativo-gestionale, per lo screening mammografico e citologico, sviluppato ad hoc dal Centro Elaborazione Dati (CED) di Fano in ambiente DBMS Microsoft Access. Esso però non viene utilizzato appieno nelle sue potenzialità dagli operatori delle segreterie per: a) insufficiente conoscenza delle funzionalità dovuta a carenza/difficoltà di svolgimento di una formazione adeguata all'avvio dei programmi; b) una scarsa assistenza tecnica da parte degli operatori CED zonali. Tale software inoltre (e soprattutto) è inadeguato a rispondere ai debiti informativi nazionali.

Screening **COLORETTALE**

Valutazione organizzativa

Modello organizzativo in fase di sperimentazione:

esso è caratterizzato dai seguenti punti:

- segreteria zonale unica, formata da personale sanitario e amministrativo, dedicato per i 3 screening: la segreteria screening che gestisce i programmi di prevenzione oncologica femminile gestisce pure la fase sperimentale di questo screening;
- responsabilità gestionale del programma in capo al Dipartimento di Prevenzione;
- articolazione organizzativa del programma caratterizzata dall' ingresso di "nuovi attori", le farmacie pubbliche e private dislocate sul territorio zonale coinvolte nella diffusione dell'informazione sul programma di screening e nella distribuzione del kit per la ricerca del sangue occulto fecale;
- ingresso del Medico di Medicina Generale nel percorso organizzativo e clinico-assistenziale: la Direzione zonale ha contrattato il ruolo e la partecipazione di questa importante figura con i rappresentati locali delle associazioni sindacali della Medicina Generale;
- selezione della popolazione obiettivo articolata in due fasi: a) prima fase svolta dal livello regionale (Posizione Funzionale Informatica – P.F.-) attraverso record-linkage tra database anagrafe sanitaria unica regionale - database sdo e specialistica ambulatoriale, in base a criteri stabiliti dal livello regionale; b) seconda fase, zonale, caratterizzata dalla verifica della eleggibilità allo screening dei soggetti selezionati, da parte dei MMG, sulla base di criteri stabiliti dal livello centrale;
- modalità di invito della popolazione, effettuata in base a criteri concordati con il livello regionale ed attualmente in fase di sperimentazione;
- articolazione organizzativa della erogazione delle prestazioni di I° e II° livello non esclusivamente zonale: infatti a) il laboratorio analisi della ZT 3 effettua l'accettazione dei campioni fecali, ma la loro processazione viene svolta dal laboratorio analisi dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "Ospedali Riuniti" di Ancona; b) l'esecuzione delle colonscopie di screening viene fatta c/o il centro endoscopico di Fano con il contributo di medici gastroenterologi dell'A.O. "S.Salvatore di Pesaro"; l'erogazione delle prestazioni relative al III° livello, la fase trattamentale, è in capo ad U.O. sia intra-zonali (oncologia, radiologia, chirurgia) sia sovra-zonali (anatomia-patologica, radioterapia);

- forte coordinamento regionale nella fase sperimentale;
- completezza del protocollo diagnostico-terapeutico, steso sulla base di criteri Evidence Based Medicine (EBM) ed in fase di sperimentazione;
- standard qualitativi (organizzativi, strutturali e tecnico-professionali) chiaramente definiti e ricercati sia nella selezione delle strutture e dei professionisti coinvolti nel programma sia nella definizione delle modalità organizzativo-operative della sperimentazione.

Valutazione strutturale e tecnologica

Livelli organizzativi-strutturali delle sedi erogatrici delle prestazioni di I° e II° livello:

prima dell'avvio dello screening è stata effettuata un'indagine conoscitiva sui requisiti qualitativi (strutturali, tecnologici e tecnico-professionali) delle sedi erogatrici, utilizzando dei questionari appositamente predisposti dal livello regionale.

Software informativo-gestionale:

le componenti del programma (segreteria screening e strutture di I° e II° livello sono state dotate di un software web-service sviluppato ad hoc ed attualmente in sperimentazione.

IX.5.3 Elementi di criticità e punti di forza

Per gli screening mammografico e citologico

Elementi di criticità

Responsabilità gestionale dei programma di screening in capo ad U.O. cliniche:

in queste situazioni si osserva una riduzione della efficienza organizzativa del programma: le U.O. cliniche sono gravate da problematiche di altra natura.

Presa in "carico organizzativa" dell'utente per l'intero percorso di screening da parte delle segreterie:

- complessivamente difficoltosa per il II° livello;
- problematica per il III° livello.

Organizzazione del percorso di screening come un profilo assistenziale:

assente.

Risorse umane delle segreterie screening (rappresentate da persone molto motivate ed impegnate, umanamente ricchissime e professionalmente capaci) ma gravate dalle seguenti criticità:

- elevato tourn-over;
- personale non sempre esclusivamente dedicato alle attività di screening (ad es. nelle ZT 5, 6, 8,);
- personale spesso con contratti di lavoro non stabili (la segreteria unica screening della ZT 12 è retta da una unità di personale volontario);

- n° di operatori addetti alle attività di segreteria sicuramente insufficiente (da un'indagine del 2003 risulta un n° mediano di operatori anno-equivalenti pari a 1,5 (range 0,83-2,7). Attualmente le segreterie uniche delle ZT 9,10,12, sono rette da una sola unità di personale.

Risorse umane nelle U.O. cliniche eroganti prestazioni di I° e II° livello:

disponibilità di informazioni non recenti su n° e tipologia di personale, ore-settimanali dedicate alla erogazione di prestazioni di screening di I° e II° livello.

Linee guida (protocolli diagnostico-terapeutici):

difformità di comportamenti, fra le ZT, nel recepire mettere in atto le procedure diagnostico-terapeutiche descritte nei protocolli (emblematica la difformità nella refertazione dei pap-test).

Confusione tra senologia clinica e mammografia di screening:

Controlli di qualità (strutturale, organizzativa e tecnico professionale):

non risultano essere mai stati implementati, almeno in modo organizzato e coordinato dal livello regionale.

Formazione degli operatori:

esigenze formative, per ciascuna figura professionale, al momento non chiaramente individuate; mancanza del concetto di formazione continua che va periodicamente verificata.

Investimento delle Direzioni Zonali/Aziendali nei programmi di screening:

complessivamente minimo, se non gravemente insufficiente in talune realtà. Nonostante gli screening siano dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Punti di forza

- Recepimento regionale degli atti di indirizzo nazionali in materia di screening

- Individuazione della struttura regionale deputata al coordinamento per l' attuazione del Piano scrrening definita con Decreto della P.F. Sanità Pubblica n° 17 del 13 luglio 2006 e costituita da:

- un coordinatore regionale del Piano Screening, dedicato a tempo pieno;
- un gruppo di coordinamento regionale del Piano Screening (Gruppo Coordinamento Screening – GCS-) costituito da operatori provenienti dal Servizio Salute e P.F. Informatica della Regione Marche, dall'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) e dalle Aziende Ospedaliere;
- gruppi tecnico-scientifici screening (Gruppo Tecnico Scientifico Screening – GTSS-): uno per lo screening mammografico, uno per lo screening citologico (naturalmente uno anche per lo screening del tumore colorettale). Sono costituiti da operatori clinici rappresentanti di tutte le figure cliniche che entrano nel percorso dello screening;
- un gruppo tecnico-organizzativo (Gruppo Tecnico Organizzativo -GTO-) formato da rappresentanti dei responsabili dei programmi e degli operatori delle segreterie screening;
- un gruppo operativo della sperimentazione dello screening del tumore colorettale (Gruppo Operativo sperimentazione Screening –GOsS-)

- Avvio dell' attività dei GTSS mammografico e citologico:

il 15 dicembre 2006 è iniziata l'attività dei GTSS. Essi al momento stanno lavorando alla revisione/aggiornamento dei protocolli-diagnostici terapeutici (anche e sopratutto nell'ottica di riorganizzazione il percorso di screening come un profilo assistenziale) ed alla individuazione dei criteri qualitativi per la ri-identificazione delle strutture erogatrici delle prestazioni di I°,II° e III° livello.

- Dedizione dei professionisti dei gruppi regionali od operanti nelle ZT/AO:

l'esigenza di una riorganizzazione che garantisca efficacia ed efficienza dei programmi di screening è fortemente sentita dal mondo professionale.

Per gli screening colorettale

Elementi di criticità

Al momento non rilevabili perché non è stata conclusa la sperimentazione.

Punti di forza

- Presa in "carico organizzativa" dell'utente per l'intero percorso di screening da parte della segreteria.
- Percorso di screening organizzato come un profilo assistenziale.
- Protocollo diagnostico-terapeutico predisposto ed attualmente in fase di sperimentazione.
- Controllo di qualità organizzativa e tecnico-professionale descritto nel protocollo diagnostico-terapeutico.
- Modalità partecipata di stesura del modello organizzativo e del protocollo diagnostico-terapeutico.

IX.5.4 Definizione della strategia e delle linee di intervento

I programmi di screening come priorità del sistema regionale:

- *forte* responsabilizzazione delle Direzioni Zonali ed Aziendali (quindi ASUR e Aziende ospedaliere);
- obiettivi specifici ricompresi nel budget delle Direzioni, con stretto monitoraggio del loro raggiungimento e utilizzo dei risultati raggiunti per la valutazione delle Direzioni stesse (valutazioni non formali);
- rilancio degli screening mammografico e citologico attraverso il superamento delle criticità riscontrate ed il coinvolgimento dell'associazionismo femminile.

Responsabilità gestionale dei programmi affidata al Dipartimento di Prevenzione:

Il Dipartimento di Prevenzione deve essere reso più *forte/autorevole*, in grado di dialogare ed avere potere contrattuale pari alle strutture cliniche:

- culturalmente predisposto;
- occasione per un suo rilancio;
- presenza del referente epidemiologico zonale.

Dimensione operativa dei programmi a geometria variabile in relazione a:

- componenti del programma: le segreterie organizzative, i centri per le attività di primo, secondo e terzo livello;
- funzioni svolte dalle componenti stesse: ad esempio la funzione di presa in carico organizzativa dell'utente svolta dalla segreteria screening si declina in sotto-funzioni di tipo amministrativo (quali programmazione degli inviti, solleciti, reinviti che possono avere una dimensione sovrazonale; e funzioni di diverso tipo (quali accoglienza, counselling ecc…) che invece si sono rivelate tanto più efficaci quando più sono svolte attraverso i contatti interpersonali;
- dimensioni della sub-articolazione del sistema regionale;
- qualità dei servizi/professionisti disponibili.

I programmi di screening come modello di assistenza per processi:

- reti di supporto organizzativo-gestionale e di governo clinico, chiaramente definite;
- forte presidio degli aspetti di "presa in carico organizzativa", continuità dell'assistenza, interdisciplinarietà e interprofessionalità dell'approccio.

I programmi di screening come occasione per rafforzare i criteri di accreditamento dei servizi e spingere verso l'accreditamento dei professionisti e dei processi:

Gli standard a cui tendere e di cui tenere conto sono stati definiti dal livello nazionale.

IX.5.5 Pianificazione delle azioni

Per la pianificazione delle azioni si rinvia ai cronoprogrammi, presentati al Centro per il Controllo delle Malattie (CCM) in data 31 gennaio 2007.

IX.6 Il paziente nefropatico

IX.6.1 Analisi della realtà regionale

Dall'analisi della domanda-offerta relativa alla dialisi ed al trapianto di rene risulta che, per quanto riguarda il trattamento sostitutivo dialitico, la domanda è complessivamente soddisfatta (vi sono 3,1 pazienti per posto tecnico di emodialisi), anche se ci sono alcune differenze tra centri relative soprattutto alla disponibilità del personale (medici, infermieri, assistenti sociali).

Tuttavia l'evidenza epidemiologica mostra di una tardiva presa in carico del paziente con insufficienza renale cronica e la mancanza di una continuità assistenziale. Le conseguenze di ciò sono: una progressione della malattia verso la fase terminale con aumentata richiesta di trattamenti dialitici, un elevata prevalenza di pazienti che iniziano la dialisi in urgenza, un elevato ricorso al ricovero dei pazienti in dialisi e non, una peggiore qualità della vita dei pazienti, una ridotta aspettativa di vita ed un aumento dei costi assistenziali.

A tale scopo già nel giugno 2003, è stato avviata dall'Osservatorio Epidemiologico Diseguaglianze/ARS Marche), la realizzazione del Profilo di assistenza per il paziente uremico cronico, secondo quanto previsto nel PSR 2003-2006.

L' obiettivo del profilo è il miglioramento della qualità della vita del paziente con insufficienza renale cronica (IRC) attraverso la presa in carico precoce da parte del nefrologo e del medico di medicina generale (MMG), la riduzione delle complicanze dell'uremia e del trattamento dialitico, l'implementazione di modelli per l'assistenza continua ed integrata, la riduzione di tutte le pratiche "time consuming" per il paziente e per gli operatori che non danno alcun valore aggiunto alla qualità assistenziale.

Il profilo di assistenza è stato considerato uno strumento per la presa in carico del paziente cronico in tutte le fasi della sue malattia, dalla insufficienza renale cronica lieve alla dialisi, al trapianto e alla riabilitazione psico-sociale.

Gli strumenti individuati per il raggiungimento degli obiettivi sono stati:

1. la costruzione di un linguaggio comune tra gli operatori nefro-dialitici a partire dalle evidenze scientifiche,
2. la costruzione di un rapporto con il territorio (MMG e Distretto).

Nell'arco di tre anni è stato condotto un lavoro di gruppo multiprofessionale con gli operatori del settore nefro-dialitico di tutti i Centri della regione (n. 250 operatori e 51 incontri di lavoro) e con i rappresentanti dei malati (ANED).

La partecipazione dei malati e dei loro rappresentanti è stata di fondamentale importanza per il superamento delle barriere tra tecnici e cittadini che troppo spesso costituiscono un ostacolo alla buona qualità relazionale e, in ultima analisi, alla efficacia delle cure.

Le attività svolte attraverso la creazione di una rete clinica hanno gli obiettivi di:

a) implementare modelli per la presa in carico precoce del paziente uremico cronico;

b) implementare modelli per l'assistenza continua ed integrata:

L'esito del processo avviato ha portato a:

- coinvolgimento di Gruppi di lavoro multidisciplinare - multiprofessionali (250 operatori del settore nefrodialitico, 51 incontri);
- produzione e diffusione di raccomandazioni regionali per l'assistenza al paziente uremico cronico;
- costruzione della rete clinica dei Centri Nefrodialitici della Regione Marche;
- attivazione della rete dei referenti regionali per gli Accessi Vascolari (46 professionisti dei Centri periferici) e riconoscimento del Centro di Riferimento Regionale per gli Accessi Vascolari;
- formazione regionale sulla gestione degli accessi vascolari;
- 1° Corso regionale sugli Accessi Vascolari per Emodialisi (15 giugno/14 dicembre 2005 - 52 operatori);
- Corso regionale di formazione su Registro Marchigiano per gli Accessi Vascolari per Emodialisi (REMAVE) (30 giugno/23 ottobre 2006 – 58 operatori);
- Registro Marchigiano per gli accessi vascolari per emodialisi - RE.M.AV.E 1° registro (on line) regionale e nazionale sugli Accessi vascolari per emodialisi;
- Costruzione ed impiego (software ad hoc) della Scheda Sociale presso tutti i Centri Dialisi per la valutazione dei bisogni socio-assistenziali dei pazienti uremici cronici con raccolta e monitoraggio da parte dell'Osservatorio Disuguaglianze).

IX.6.2 Assessment organizzativo, tecnologico e strutturale

Sono presenti:

- 15 Centri Dialisi Ospedalieri, 6 Centri ad Assistenza Limitata/Decentrata, 2 centri privati (al 31.12.2005);
- 1.114 pazienti risultano in dialisi (di cui il 18,5% in dialisi peritoneale) e 515 pazienti sono portatori di trapianto renale (al 31.12. 2005);
- sono disponibili 199,5 posti tecnici per emodialisi/per milione di abitanti;
- per quanto riguarda le risorse umane è da rilevare una cronica carenza di assistenti sociali e la difficoltà di disporre dell'appropriata consulenza della dietista: entrambe le figure professionali sono di fondamentale importanza l'una per un'assistenza integrata con il territorio, l'altra per rallentare la progressione dell'uremia.

IX.6.3 Elementi di criticità e punti di forza

- **Tardiva presa in carico del paziente con insufficienza renale cronica**

Sebbene l'offerta assistenziale di terapia sostitutiva sia abbastanza buona, tuttavia i Centri Nefrodialitici non effettuano una presa in carico precoce del paziente. Occorre organizzare meglio gli ambulatori della Insufficienza renale e sarebbe opportuno che questi fossero dislocati nel Distretto sanitario, sede di altre figure professionali (assistenti sociali, dietista, psicologo) fondamentali per la presa in carico. Ciò rappresenterebbe un miglioramento nell'accesso alle cure appropriate ed una ottimizzazione delle risorse umane.

- **Mancanza di continuità assistenziale e di assistenza socio-sanitaria integrata**

Non vi sono collegamenti con i MMG, né con gli operattori socio-sanitatri del Distretto, collegamenti particolarmente necessari vista l'età avanzata dei pazienti uremici cronici. Sarebbe opportuno organizzare audit e formazione con i MMG.

IX.6.4 Definizione della strategia e delle linee di intervento

Piano di risanamento – investimento

- consolidamento delle rete assistenziale Nefrodialitica con particolare riguardo all'organizzazione degli ambulatori per Insufficienza renale cronica non in dialisi nel Distretto sanitario e, solo nella fase avanzata della malattia, nei Centri Nefro-dialitici;
- creazione di una rete socio-sanitaria con gli operatori del Distretto anche ai fini dell'assistenza ai pazienti cronici in dialisi, specie quelli anziani a domicilio e/o nelle residenze;
- consolidamento della rete dei referenti per gli Accessi Vascolari per migliorare la gestione clinica degli Accessi Vascolari;
- adeguamento del personale specie non medico (in particolare infermieri, assistenti sociali, dietisti):
- razionalizzazione del sistema di trasporto del paziente cronico in emodialisi (che può avvenire attraverso il potenziamento dei trattamenti domiciliari ed il supporto a domicilio).

Modello di sviluppo sistemico

L'attuazione delle reti cliniche si intreccia strettamente con il percorso di costruzione dei profili di assistenza che si pongono come strumenti di reale focalizzazione dell'attenzione sul paziente e garantiscono al sistema un ritorno informativo essenziale tramite la valutazione dei risultati. I percorsi assistenziali consentono:

- integrazione e continuità del processo assistenziale considerando le fasi del ricovero e del post-ricovero, nell'ottica della presa in carico del paziente;

- incentivazione dell'appropriatezza del livello di intervento, del rapporto con la tipologia di bisogno, dell'ottimizzazione del rapporto costo-efficacia;
- valorizzazione delle potenzialità delle singole organizzazioni;
- miglioramento e omogeneizzazione dei sistemi di rilevazione, di codifica e di valutazione delle attività e dei risultati.

Ridisegno dei processi

Il percorso già avviato ha avuto quale riferimento il modello delle reti cliniche ovvero il collegamento tra le sedi per lo svolgimento di attività della stessa disciplina, che in base alla loro complessità vengono distribuite tra le varie sedi con una unitarietà dei modelli tecnico-professionali, l'utilizzo di equipe integrate e chiari percorsi assistenziali.

IX.6.5 Pianificazione delle azioni

Azioni a breve termine

- **Progetto/modello di presa in carico territoriale della cronicità**

La presa in carico da parte del territorio è una tappa fondamentale per aumentare i trattamenti dialitici domiciliari o nelle residenze, particolarmente atti a soddisfare pazienti uremici anziani e/o non autosufficienti.

Da queste azioni dovrebbe scaturire la creazione di una rete assistenziale nefrologica integrata, in grado cioè di legare l'attività ospedaliera con il Distretto, di "demedicalizzare" l'assistenza al nefropatico cronico, di migliorare la presa in carico complessiva.

Il percorso assistenziale del nefropatico cronico deve iniziare, infatti, dal MMG/PLS, continuare nelle strutture ambulatoriali del Distretto e, nella fase avanzata della malattia, nei Centri nefro-dialitici di riferimento.

- **Miglioramento della gestione degli Accessi Vascolari e Messa a regime del registro per gli Accessi Vascolari (RE.M.AV.E.)**

Creazione di microéquipe di zona/area vasta multidisciplinari per migliorare la gestione clinica degli accessi vascolari

Prosecuzione del Progetto Registro Marchigiano per gli accessi vascolari per emodialisi - RE.M.AV.E già avviato. Per la sua realizzazione sono stati consegnati ai Centri dialisi, che ne erano sforniti, n. 6 PC. Inoltre è a disposizione degli operatori presso l'Osservatorio Diseguaglianze un supporto tecnico-scientifico telefonico e telematico (help-desk) in funzione continuativamente.

- **Incontri/formazione tra nefrologi e MMG**

Avvio della formazione specifica con MMG e proseguimento della formazione e degli audit con i nefrologi.

- **Valutazione degli esiti**
  - Monitoraggio dell'applicazione del Profilo e dei risultati (attraverso schede ad hoc, analisi dei ricoveri ospedalieri per IRC-data base SDO).
  - Raccolta informazioni su bisogni socio assistenziali dell'uremico cronico (mediante l'impiego della scheda sociale nei Centri Dialisi).
- **Inserimento del percorso nelle priorità di sistema**
  - Obiettivi di budget 2007: definizione delle ulteriori azioni da implementare per il raggiungimento degli obiettivi del profilo – Valutazione delle Direzioni.

Azioni a medio e a lungo termine

Gli interventi sul medio e lungo periodo sono legati alla valutazione degli esiti del percorso sinora attuato ma è prevedibile la necessità di interventi volti a consolidare i risultati raggiunti all'interno del sistema.

IX.7 La rete dei trapianti

IX.7.1 Analisi della realtà regionale

Il trapianto di organi e tessuti prelevati da cadavere rappresenta una efficace pratica terapeutica con validità clinica, sociale ed economica.

La sostituzione di un organo ammalato con uno sano costituisce per molti pazienti, come nel caso di trapianti salvavita (quali cuore, fegato, polmone) l'unica possibilità di sopravvivenza, e per altri, come nel trapianto di rene, determina un miglioramento della qualità di vita.

Sicuramente il campo di applicazione del trapianto si colloca, però in un contesto in cui gli aspetti medici, clinici, tecnici ed organizzativi si intrecciano con quelli psicologici, etici e culturali.

L'intero processo, dalla comunicazione della diagnosi di morte, alla proposta di donazione ai familiari in Rianimazione, all'effettuazione del trapianto dei pazienti in lista di attesa rappresenta un percorso in cui alle scelte di opportunità clinica si aggiungono interrogativi a volte di tipo etico; un percorso però in cui gli aspetti organizzativi indispensabili necessitano di regole precise e condivise.

La donazione ed il trapianto di organi e tessuti in Italia

Nel corso dell'anno 2006 i donatori di organi da cadavere segnalati in Italia sono stati 2089, i donatori effettivi sono stati 1231 e di questi ne sono stati utilizzati 1140.

Queste donazioni hanno consentito di effettuare complessivamente 3190 trapianti di organo da donatore cadavere; in particolare i trapianti di rene sono stati 1667, quelli di fegato 1089, di cuore 345, di polmone 93, di pancreas 24.

Alle donazioni di organi vanno aggiunte le donazioni di cellule e tessuti: nel 2006 in Italia sono stati effettuati 4163 trapianti di cellule staminali emopoietiche, 4607 trapianti di cornea, 204 di valvole cardiache, 347 di vasi, 5724 di osso e1300 di cute.

I livelli di attività nel 2006 sono stati differenti nelle tre diverse aggregazioni interregionali (NITp – AIRT - OCST).

Nell'area del Nord Italia Transplant (NITp): Lombardia – Liguria – Friuli - Veneto - Prov. Aut. Di Trento – Marche sono stati raggiunti 27 donatori effettivi p.m.p., nell'AIRT 26,7 p.m.p. e nell'OCST 14,2 p.m.p.

Anche l'opposizione alla donazione ha un andamento geografico: i dati infatti oscillano da 46,7% a 14,3% . Nelle regioni dove è presente un più alto tasso di donazione si assiste a una diminuzione delle opposizioni; opposizioni che invece si presentano con numeri elevati dove la donazione è diminuita.

L’evoluzione della normativa italiana

L’evoluzione della normativa italiana sul prelievo e sul trapianto di organi e tessuti negli ultimi anni dal 2000 si è unificata nel nostro Paese con quella finalizzata alle modalità di accertamento della morte (basti citare la legge n. 528 del 1993 ed il D.M. 582 del 1994). Si è così giunti alla Legge n. 91 del 1999 con il versante etico rivolto al consenso della famiglia per la donazione e con la seconda parte della legge imperniata sugli aspetti organizzativi dal Centro Nazionale Trapianti ai Centri Interregionali, ai Centri Regionali, ai Coordinamenti Locali; organizzazione successivamente codificata dalla Conferenza Stato-Regioni attraverso le Linee guida del marzo 2002.

Si vuol sottolineare che la normativa italiana sui prelievi e trapianti di organi e tessuti nel corso di cinquant’anni ha cambiato il non irrilevante stato di “accettato volontarismo” stabilito dalla legge del 1957, ad un inequivocabile obiettivo invece da perseguire espletato dall’art. 1 della Legge 91/99: le attività di trapianto di organi e tessuti ed il coordinamento delle stesse costituiscono obiettivi del S.S.N..

Le varie tappe del processo Donazione

Qual è il limite della terapia basata sul trapianto di organi? Perché un cittadino gravemente ammalato e che ha nel trapianto l’unica probabilità di sopravvivenza non può essere curato in tempo utile? La risposta a queste due domande non risiede nei limiti della medicina, nel numero dei Centri di Trapianto, e neppure nei limiti delle risorse economiche.

Ma invece la risposta è semplice: “sin donantes non hay trasplantes”, senza donazione di organi non ci può essere trapianto, e quindi si realizza un grande squilibrio fra pazienti in lista di attesa, e che muoiono, ed il numero degli organi disponibili per il trapianto.

La donazione si realizza attraverso una serie di tappe, tanto da essere definito il processo di donazione da parte del Consiglio d’Europa come un processo lungo, complesso, difficile, con una figura professionale, il Coordinatore Locale, responsabile di tutto il processo.

Le varie tappe del processo iniziano con la diagnosi di Morte Encefalica, in soggetto in rianimazione che giunge all’exitus per lesioni cerebrali.

Si prosegue con l’ottenimento del consenso da parte dei familiari alla donazione attraverso una corretta comunicazione da parte dei medici curanti;. è ‘ questo un punto cruciale di tutto il processo donazione-trapianto. E’ importante nel frattempo effettuare un accurato trattamento del donatore, con valutazione dell’idoneità del donatore e dei rispettivi organi così da evitare malattie trasmissibili sul ricevente.

Come pure è necessario avere continui rapporti tra Coordinamenti locali, CIR (Centro interregionale) e CRT (Centro Regionale Trapianti), effettuare indagini bioptiche; la valutazione finale si realizza attraverso una comune condivisione fra tutti gli attori del processo.

La dimensione del problema e la normativa nelle Marche

Il processo donazione-trapianto nella Regione Marche ha preso avvio quasi 20 anni fa con le prime donazioni di organi presso l'ex Ospedale Umberto I di Ancona; già allora la Regione Marche con Deliberazione di Giunta n. 7020 del 19-11-88 aveva inteso comprendere tra le attività istituzionali delle proprie strutture ospedaliere anche quelle inerenti alle operazioni di prelievo di organi a scopo di trapianto.

Conseguentemente aveva dato la sua adesione al Centro Interregionale di Riferimento Nord Italia Transplant che gestisce il programma di sviluppo per trapianti ed aveva stipulato la relativa convenzione con l'Ospedale Maggiore di Milano; convenzione che viene rinnovata annualmente.

La donazione nella Regione è proseguita nel corso degli anni in maniera sporadica fino al 2000, così da collocare la Regione Marche agli ultimi posti in Italia per numero di donazioni.

I segnali incoraggianti nel campo delle donazioni si sono registrati nel 2001 dopo che, con delibera di Giunta n. 172 del 1 febbraio 1999, erano state istituite le figure del Coordinatore Locale del prelievo in tutti gli Ospedali della Regione e del Coordinatore Regionale, stabilendo altresì le rispettive funzioni.

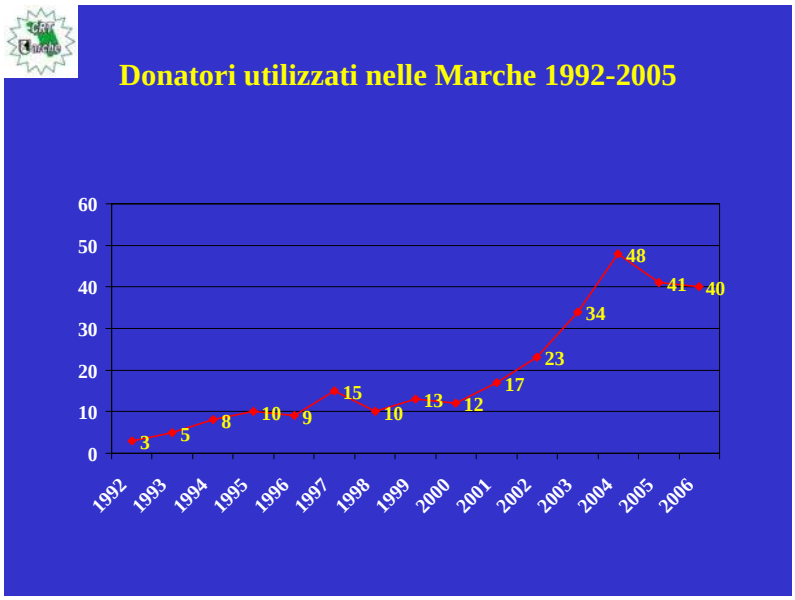
Ma solo dopo la delibera n. 1233 del 09/07/2002 con la quale si dava attuazione della Legge 91/99 e della DGR n. 1580 del 10/07/01 in tema di "Sviluppo e potenziamento dell'attività di prelievo e trapianto di organi e tessuti" il problema donazioni ha avuto il suo sviluppo, tanto da portare nel 2004 la Regione Marche al primo posto assoluto in Italia per tasso di donazioni di organi da cadavere con il 36,2 p.m.p.

Dopo la Delibera Regionale n. 579 del 09/05/05 con la quale si attivava presso l'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti di Ancona il nuovo Centro Trapianti di fegato, rene, pancreas, i pazienti marchigiani finalmente hanno avuto la possibilità di essere trapiantati nella propria Regione dal 2005, determinando quindi per la Sanità marchigiana una diminuzione della mobilità passiva.

Nel frattempo, nell'excursus sulla normativa regionale, la DGR n. 2951 del 11/12/2001 aveva istituito la Banca degli Occhi presso l'Ospedale di Fabriano ed una Delibera Aziendale dell'Ospedale Umberto I di Ancona del 20/11/02, dopo quella regionale, aveva istituito il Centro Regionale per le attività di prelievo e trapianto di organi e tessuti presso lo stesso Ospedale.

Analisi delle donazioni di organi nelle Marche

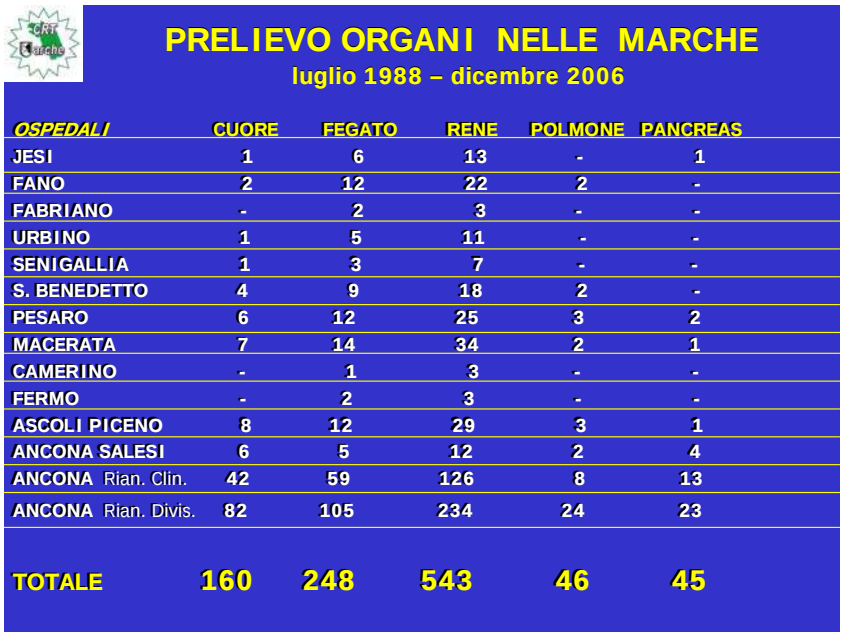
L'andamento delle donazioni di organi negli ultimi anni è stato il seguente:



Gli Ospedali delle Marche che hanno contribuito alla donazione sono i seguenti:

Tutti i Centri di Rianimazione del territorio marchigiano, ad eccezione di Civitanova Marche, hanno prodotto donatori, e ciò sta a dimostrare che i vari medici rianimatori hanno avuto la capacità e la sensibilità di approcciarsi alla problematica della donazione.

In totale gli organi procurati sono stati i seguenti:



PRELIEVO ORGANI NELLE MARCHE

luglio 1988 – dicembre 2006

OSPEDALI	CUORE	FEGATO	RENE	POLMONE	PANCREAS
JESI	1	6	13	-	1
FANO	2	12	22	2	-
FABRIANO	-	2	3	-	-
URBINO	1	5	11	-	-
SENIGALLIA	1	3	7	-	-
S. BENEDETTO	4	9	18	2	-
PESARO	6	12	25	3	2
MACERATA	7	14	34	2	1
CAMERINO	-	1	3	-	-
FERMO	-	2	3	-	-
ASCOLI PICENO	8	12	29	3	1
ANCONA SALESI	6	5	12	2	4
ANCONA Rian. Clin.	42	59	126	8	13
ANCONA Rian. Divis.	82	105	234	24	23
TOTALE	160	248	543	46	45

Nell'ultimo anno però si è evidenziata una sensibile flessione delle donazioni, in concomitanza con un aumento delle opposizioni, opposizione non solo delle famiglie ma già espresse in vita da parte del soggetto che è giunto all'exitus per cause cerebrali.

I donatori segnalati, effettivi, utilizzati negli anni 2004-2005-2006 sono stati i seguenti:

	2004	2005	2006
Donatori segnalati	69	59	59
Donatori effettivi	53	45	43
Donatori utilizzati	48	41	40

Il dato della diminuzione delle donazioni è ancora più evidente nei primi quattro mesi del 2007: i donatori sono stati solo 9 mentre gli accertamenti di morte sono stati 16.

Nel processo donazione il dato più rilevante, come ci è stato insegnato dalla Spagna, nazione con il più alto tasso di donazione, è la valutazione dei decessi per lesioni cerebrali nelle Rianimazioni, poiché da questa analisi si possono evincere le eventuali cause dell'andamento del procurement e conseguentemente adottare i dovuti provvedimenti.

Gli ostacoli alla donazione nelle Marche

Le difficoltà nel procurement possono essere ricercate nelle seguenti cause:

- mancata identificazione del potenziale donatore;
- poca motivazione delle strutture ospedaliere a svolgere attività di procurement; le Direzioni Generali e soprattutto le Direzioni Sanitarie non effettuano controlli, verifiche in questo campo. Eppure il registro dei decessi per lesioni cerebrali ed il numero dei decessi totali in

ospedale dovrebbe essere considerato un elemento importante, decisivo per una opera di valutazione sul procurement di organi e tessuti;

- demotivazione dei Coordinatori locali alla donazione ed al prelievo poiché registrano ovunque una mancanza di considerazione, di attestazione da parte della dirigenza dell'ospedale; quindi la figura del Coordinatore locale rimane solo sulla carta senza aver peso gestionale nell'ospedale. Non ha poteri e mezzi mentre in altre realtà italiane il coordinatore locale discute il budget con la dirigenza dell'Azienda; non esiste un sicuro riconoscimento economico per tale attività che viene svolta fuori orario di lavoro, mentre esistono sedi ospedaliere sul territorio nazionale dove invece il coordinatore locale è a tempo pieno o a tempo parziale per coordinare l'attività di procurement. Come è stabilito dalla normativa nazionale il coordinatore locale è il motore di tutto il processo donativo, collabora alla gestione del donatore, si fa carico degli adempimenti burocratici, dei collegamenti fra equipes, CRT e CIR;
- mancanza di una cultura regionale alla donazione. Se, come si è verificato, esiste una diffusa opposizione in vita, allora è necessario effettuare informazione capillare sul territorio in tema di donazione: è necessaria quindi una educazione del pubblico;
- non sempre sufficiente e corretta opera di informazione da parte dei mass-media.

Risultati dei trapianti

Malgrado la situazione non ottimale della donazione sopra descritta, pure l'attività trapiantologica nelle Marche si sta svolgendo positivamente ed in maniera encomiabile da parte dei vari professionisti che si stanno dedicando al trapianto da quasi 2 anni in maniera volontaristica, oltre l'attività svolta normalmente. Ciò attesta che il trapianto viene considerato nella operatività una procedura extra, oltre l'attività chirurgica normalmente codificata. Il trapianto va considerato come la procedura di eccellenza che deve essere considerato la priorità assoluta su tutte le altre.

Allo status quo i dati dimostrano che sono stati effettuati 115 trapianti, 62 di rene, 52 di fegato ed 1 di pancreas.

Nell'anno 2005 i trapianti sono stati 18 di rene ed 11 di fegato.

Nel 2006 i trapianti sono stati 34 di rene e 31 di fegato.

Nei primi mesi di quest'anno sono stati effettuati 10 trapianti di rene, 10 di fegato ed 1 di pancreas.

La Banca delle Cornee e la donazione di tessuti

La Banca delle cornee, come sopra riferito, è stata istituita nel 2002 presso l'Ospedale di Fabriano; Ha la funzione principale di raccogliere tutte le cornee prelevate nel territorio marchigiano, certificarne l'idoneità e quindi distribuirle alle varie U.O. di oculistica per il trapianto. Nel corso di questi anni la Banca è risultata essere veramente efficiente meritandosi tutti gli apprezzamenti possibili da parte del NIT e del Centro Nazionale Trapianti (CNT). Nella sua funzione è supportata da un Comitato scientifico e da un Comitato di verifica. Negli ultimi due anni con una apposita convenzione effettuata dalla Regione Marche con la Regione Umbria, la Banca degli occhi di

Fabriano raccoglie e distribuisce anche le cornee dell'Umbria. I dati sull'andamento delle donazioni di cornee delle Marche dall'anno 2000 sono i seguenti:

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Cornee	89	258	242	390	428	551	473

Gli Ospedali che hanno effettuato più donazioni nell'anno 2006 sono stati Pesaro, Fano, Macerata ed Ancona.

Nel corso dei primi 4 mesi di quest'anno però si sta verificando una certa diminuzione del procurement; anche questo è un indice, in presenza di un andamento stabile dei decessi negli ospedali, di una poca attenzione da parte del personale sanitario al problema.

Per quanto riguarda invece il multitessuto c'è da registrare l'inizio dell'attività presso l'Ospedale di Ancona con 4 casi nel corso dell'anno 2006 con il supporto della Banca dei Tessuti di Treviso per quanto riguarda l'osso.

I risultati dei trapianti di cornea nelle Marche sono i seguenti:

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Cornee	163	171	142	129	152	144	91

Ruolo del CRT

Il ruolo del centro Regionale per le attività di prelievo e trapianto d'organi e tessuti è un ruolo ormai ben definito dalla legge 91/99 e dalle linee guida approvate dalla Consulta Regionale Trapianti e quindi dalla Conferenza Stato-Regioni 2002.

Le funzioni sono le seguenti:

Il CRT delle Marche ha sede presso gli Ospedali Riuniti di Ancona ed è costituito allo status quo come pianta organica dal Coordinatore Regionale, da un informatico con funzione anche amministrativa, da un operatore sanitario infermieristico che dedica orario extra per attività di donazione presso l'Ospedale di Ancona, con una reperibilità giornaliera per le Marche gestita da 3 sanitari.

Tutto ciò è codificato da delibere regionali ed aziendali del 2002 e 2003.

Esiste un collegamento in rete con le Rianimazioni ed i Coordinatori Locali, con il NIT e con il CNT.

Un anno fa il CRT è stato sottoposto, con giudizio positivo, ad un audit da parte del CNT, che ne ha certificato la qualità e sottolineato la necessità di un ampliamento di organico.

IX.7.2 Elementi di criticità

L'attività di donazione e di trapianto degli organi è di assoluta rilevanza per il Servizio Sanitario nel suo complesso, sia per le ricadute sui pazienti, ai quali vengono offerti trattamenti che migliorano la sopravvivenza e la qualità di vita, sia per il sistema stesso, che può realizzare sensibili economie da un programma organizzato in maniera efficiente, con una ottimizzazione delle risorse.

Al momento attuale tutta l'attività è organizzata per settori nei quali interagiscono varie professionalità che hanno dimostrato, ciascuna nel suo ambito, di poter garantire ottimi risultati sul piano clinico.

A questo punto è indispensabile consolidare l'organizzazione di tutta l'attività che deve essere coordinata in maniera integrata, per consentire la necessaria continuità dell'attività, un razionale utilizzo delle risorse e i risparmi attesi.

In sintesi, i punti critici da risolvere sono i seguenti:

- nelle singole Aziende il Coordinatore Locale per il processo di donazione non ha una posizione aziendale riconosciuta;
- i Coordinamenti Locali non hanno un budget;
- le Direzioni Mediche di Presidio non esercitano controlli e verifiche sui decessi e conseguentemente sull'eventuale procurement di organi e tessuti;
- il procurement di organi e tessuti non è recepito dalle Aziende come un obiettivo della loro attività;
- l'informatizzazione del registro dei decessi per lesioni cerebrali non è ancora operativo;
- carenza di formazione continua per il personale medico ed infermieristico nelle Rianimazioni, in P.S., nelle Medicine, nelle Chirurgie, per il procurement di organi e tessuti e per il trapianto;
- carenza di informazione continua per le popolazione.

IX.7.3 Definizione della strategia e delle linee di intervento

Due sono le linee principali di intervento:

a) accrescere la disponibilità totale di organi da trapiantare;

b) allocare gli organi sulla base di criteri medici, di equità e trasparenza.

In particolare, l'azione regionale dovrà tendere al raggiungimento dei seguenti obiettivi da valutare sulla base degli indicatori definiti dalla comunità scientifica:

1) massimizzare la disponibilità di organi trapiantabili~~;~~
   - favorendo il consenso alla donazione,
   - assicurando efficienza nel reperimento degli organi,
   - minimizzando gli organi scartati,
   - favorendo l'efficienza nella distribuzione ed allocazione degli organi;
2) massimizzare la sopravvivenza del paziente e del trapianto
3) minimizzare i decessi in lista di attesa
4) minimizzare gli effetti correlati alla distanza geografica
5) garantire un equo accesso al trapianto
6) infondere sicurezza e fiducia nella società
7) ottimizzare l'organizzazione. L'attività di donazione e di trapianto, per le sue caratteristiche intrinseche, non è programmabile e viene effettuata costantemente in urgenza, spesso nelle ore notturne e nei giorni festivi. Tra l'altro, a periodi di intensa attività (ad Ancona sono stati effettuati anche 6 trapianti, fra fegato e rene, in 8 giorni) possono seguire periodi più o meno lunghi di assenza di donatori. Per questo motivo è necessario adottare modelli

organizzativi flessibili, che prevedano un aumento contenuto delle piante organiche delle varie equipe coinvolte, inferiore a quello che sarebbe richiesto dai volumi di attività, e il ricorso a sistemi di incentivazione per compensare il maggior lavoro che viene richiesto ai professionisti nei periodi più intensi, attraverso l'istituto della reperibilità, il pagamento delle ore straordinarie effettuate e una adeguata retribuzione di risultato, parametrata sui livelli di attività svolta.

Dopo due anni di trapianto nelle Marche, in cui sono state utilizzate le risorse già presenti, tutto il processo richiede una organizzazione adeguata e funzionale agli obiettivi previsti, che deve basarsi su tutti i momenti del processo donazione-trapianto: informazione alla popolazione – formazione degli operatori sanitari – liste di attesa – donazione di organi e tessuti – il trapianto di organi e tessuti – il follow-up dei pazienti.

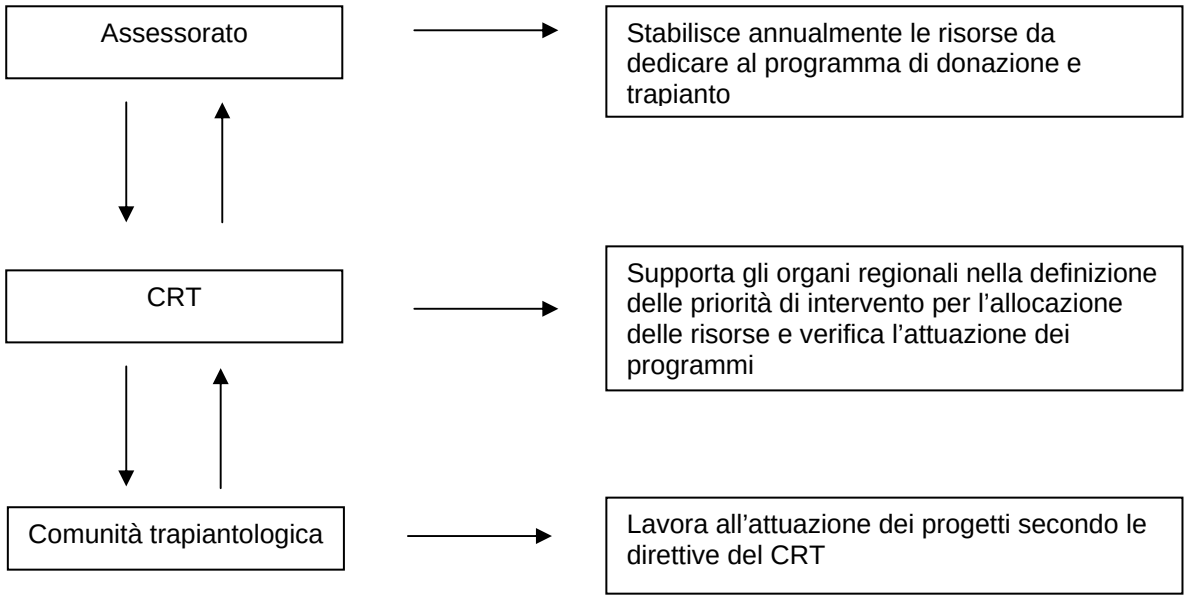
La Regione Marche, pur con i buoni risultati raggiunti, è una delle poche regioni che non ha ancora un proprio identikit organizzativo perché non ha effettuato provvedimenti finanziari sul processo donazione-trapianto; uno sviluppo significativo della donazione e del trapianto, come in altre Regioni con alti tassi di procurement, deve avere alla base misure finanziarie precise da parte della Regione, attribuendo quindi al CRT, come stabilito dalla normativa nazionale, la funzione di garantire la trasparenza e l'equità di tutto il sistema.

IX.7.4 Pianificazione delle azioni

Azioni a breve-medio periodo

- rivisitazione del modello organizzativo del CRT che deve prevedere una riorganizzazione secondo il modello della struttura a matrice, dove tutti gli attori che costituiscono la cosiddetta "Comunità Trapiantologia" (CRT – Coordinamenti Locali – Aziende – Banca delle cornee – Centro Trapianto) sono partecipi nello sforzo di soddisfare i principi di trasparenza ed equità, presenti nel sistema trapianti, nonché di uso razionale delle risorse nell'interesse del cittadino malato;
- attribuzione al Centro Regionale delle seguenti funzioni:
  a) progettare il sistema di donazione e trapianto;
  b) individuare le scelte strategiche;
  c) quantizzare le risorse necessarie al corretto funzionamento del sistema;
  d) stabilire le priorità di intervento;
  e) controllare i risultati e garantire la qualità dei processi.
- assicurare che il Centro Regionale, con cadenza annuale, fornisca una relazione completa sull'attività e rediga un documento programmatico, in accordo con gli orientamenti espressi dagli organi di governo della Regione e sulla base delle risorse economiche di volta in volta messe a disposizione del programma.
- collocare il CRT nel sistema sulla base dello schema seguente:

Collocazione del CRT nel sistema



- Individuazione dell'organizzazione della rete trapianti sulla base dei seguenti principi:
  - **a.** Il ruolo del Coordinatore Locale va configurato come una vera e propria competenza professionale; funzionalmente esso dovrà essere collocato presso la Direzione Sanitaria.
  - **b.** Le professionalità che concorrono all'operato del Coordinatore Locale debbono altresì vedere riconosciuta la loro attività in termini anche di produttività. Nella sede Ospedaliera di Ancona poi, sede dell'attività di trapianto, sarà costituita una piccola struttura di coordinamento nella quale, accanto alla professionalità del medico si affianchi la professionalità infermieristica, tale da garantire un costante monitoraggio dei potenziali donatori nelle T.I., ed una organizzazione quotidiana dell'attività di procurement dei tessuti;
  - **c.** Le principali figure professionali coinvolte nel processo trapianto (chirurgi, anestesisti, nefrologi, rianimatori, gastroenterologi, cardiologi) debbono avere riconoscimenti strutturali, funzionali, economici.
- Assicurare la formazione e l'aggiornamento permanente di tutto il personale sanitario coinvolto nel processo di procurement e trapianto. Gli interventi formativi destinati al personale sanitario, debbono porsi i seguenti obiettivi:
  - Ottemperare nel miglior modo possibile ad un dispositivo legislativo che attribuisce alle strutture di Coordinamento regionali e locali il compito di promuovere e coordinare le attività di aggiornamento, formazione degli operatori sanitari.
  - Fornire agli operatori sanitari una conoscenza adeguata ed esauriente su tutti gli aspetti del processo donazione-trapianto.

- Sostenere la motivazione di coloro che lavorano nell'ambito della donazione e del trapianto degli organi e tessuti, i quali si trovano a lavorare quotidianamente a contatto con la realtà della morte e legati emotivamente a tale esperienza necessitano di momenti di approfondimento e di supervisione.

- Attuazione di iniziative di informazione alla popolazione volte a promuovere la cultura della donazione, in collaborazione con l'associazione di volontariato AIDO.
- Informatizzazione di tutto il processo sul territorio regionale. E' necessario che sia sempre operativa la rete regionale, coordinata dal CRT, che gestisce la lista dei potenziali donatori, la lista di attesa, la lista delle urgenze e il registro dei trapianti.
- Responsabilizzare i manager delle Aziende, per migliorare, attraverso la loro azione di controllo, la funzione dei centri di prelievo, come deciso a livello nazionale.
- Attuazione di iniziative volte a realizzare il trapianto combinato rene-pancreas ed il trapianto da vivente.
- Realizzazione di una Cell-factory Regionale per le cellule staminali.
- Attuazione di iniziative di informazione e sensibilizzazione verso gli operatori dei mass-media, affinché possano svolgere un compito importante di diffusione di notizie corrette su argomenti fondamentali quali la morte encefalica e l'equità all'accesso al trapianto, così che la popolazione abbia messaggi positivi in questo ambito della Sanità molto delicato.

IX.8 La rete ospedaliera

L'aspetto centrale dell'analisi consiste nella definizione della funzione ospedaliera intesa come sistema reticolare dell'assistenza ospedaliera; tale sistema si pone come funzione di supporto all'erogazione delle prestazioni sanitarie da parte delle reti cliniche e si caratterizza per la riqualificazione della funzione assistenziale da parte della componente sanitaria e tecnica. Da ciò deriva la necessità di plasmare l'ospedale intorno a percorsi assistenziali dei pazienti (multispecialistici) e non più sulle discipline mediche, in questo garantendo l'*appropriatezza organizzativa* necessaria a garantire l'efficienza del sistema, mentre il percorso di costruzione delle reti cliniche, tramite la definizione dei profili di assistenza, darà il proprio apporto con l'incremento dell'*appropriatezza clinica*.

Altra componente rilevante del percorso è la valorizzazione delle professionalità presenti nel sistema per garantire la essenziale attenzione all'innovazione, da attuarsi tramite l'accreditamento professionale. Tale aspetto consentirà, grazie ad adeguate strategie di comunicazione, di fornire gli strumenti ai cittadini di scegliere le strutture cui affidare la propria salute sulla base di dati oggettivi di attività e risultato piuttosto che sul "sentito dire" (che porta talvolta anche in sedi extraregionali per prestazioni erogate con più elevati standard rispetto alle strutture più vicine).

L'insieme di questi elementi rappresentano aspetti essenziali per consentire al sistema reticolare dell'assistenza ospedaliera di svolgere la propria funzione nell'ambito del più vasto ambito del sistema socio-sanitario regionale.

In tale ambito reticolare particolare attenzione andrà posta agli attuali poli ospedalieri montani (Amandola, Cingoli, Pergola, Cagli, Fossombrone, Sassocorvaro, Novafeltria e Matelica) per i quali dovranno essere previste funzioni specifiche.

Va previsto un monitoraggio periodico dell'evoluzione complessiva della rete con una specifica Cabina di regia. Obiettivo di questo monitoraggio sarà la verifica del progressivo incremento dell'appropriatezza organizzativa e clinica con conseguente razionalizzazione dell'uso delle risorse e miglioramento della qualità dei processi assistenziali. Uno specifico sistema di indicatori andrà costruito allo scopo.

IX.8.1 Analisi della realtà regionale

Macro indicatori dell'assistenza ospedaliera

La lettura del sistema offerta da macro indicatori quali il tasso di ospedalizzazione e l'indice di consumo di giornate di degenza evidenzia dei differenziali interni al sistema, che confermano la possibilità di procedere verso una riduzione nel consumo di giornate di degenza ordinaria all'interno del sistema (e quindi ulteriore de-ospedalizzazione), sulla base di una simulazione basata sulla proiezione regionale del valore di consumo età specifico relativo alle aree regionali a basso consumo.

Sul versante dell'appropriatezza (domanda indotta) si registrano i seguenti fenomeni:

1. ampia riduzione nell'ultimo triennio della produzione nell'ambito dei ricoveri a rischio di inappropriatezza;
2. permane un differenziale interno al sistema sulla produzione dei DGR a rischio di inappropriatezza;
3. avvio del sistema di controllo sulle cartelle cliniche (DGR 1212/04);

Resta da verificare la produzione da parte delle AAOO e dell'INRCA (eccesso di ospedalizzazione dell'anziano di Ancona).

Zona territoriale		Indice di consumo di giornate di degenza ordinaria						Eccesso di consumo di giornate	PL medi utilizzati (inclusi extraregionali)	PL corretti con occupazione 75%
		Acuti	Lungodegenza	Riabilitazione	Psichiatria	Altro	Totale			
112	San Benedetto Tr	1.014,4	29,9	86,1	63,2	0,5	1.194,1	11.832	3,3	4,4
107	Ancona	933,4	67,4	112,0	76,0	0,2	1.189,0	27.634	3,3	4,3
105	Jesi	925,4	89,8	68,7	86,4	0,3	1.170,5	10.008	3,2	4,3
108	Civitanova M	977,5	46,6	80,9	49,1	0,1	1.154,2	8.657	3,2	4,2
113	Ascoli Piceno	975,8	13,9	56,0	96,4	0,2	1.142,5	8.142	3,1	4,2
111	Fermo	992,8	6,2	95,6	39,0	0,1	1.133,6	9.560	3,1	4,1
104	Senigallia	934,8	77,4	64,9	39,2	0,7	1.116,9	3.316	3,1	4,1
103	Fano	890,7	95,2	86,9	35,1	0,6	1.108,4	4.625	3,0	4,0
101	Pesaro	929,4	42,2	69,5	47,3	0,9	1.089,4	2.024	3,0	4,0
109	Macerata	879,7	75,2	70,4	46,0	0,2	**1.071,5**		2,9	3,9
106	Fabriano	803,2	104,9	125,4	29,1	0,1	1.062,6		2,9	3,9
102	Urbino	827,1	101,4	52,0	30,1	0,7	1.011,2		2,8	3,7
110	Camerino	815,1	83,6	44,8	25,4	0,2	969,0		2,7	3,5
								85.798		

Indice di consumo di giornate di degenza ordinaria per mille abitanti; eccesso di consumo di giornate di degenza; posti letto medi utilizzati per Zona territoriale di residenza.
Fonte: SDO regionali / Anno 2006 + SDO extraregionali / Anno 2005.

Scambi interni al sistema

L'analisi degli scambi interni evidenzia il dato della esaustività dell'area vasta nella risposta alla domanda di ospedalizzazione, pur in presenza di alcuni fenomeni:

- specificità geografica dell'area dell'alto Montefeltro (da affrontare con gli accordi di confine con la Regione Emilia Romagna);
- la dinamica di fuga dalla Zona Territoriale 11 – Fermo si risolve entro il sistema e pertanto le risorse ospedaliere consumate dai residenti della ZT 11 sono già all'interno del sistema;
- differente problematiche dell'area montana rispetto all'area costiera che costituisce un unicum urbano lineare (città adriatica), senza soluzioni di continuità, dalla Romagna al medio Abruzzo, in cui distanze e tempi di percorrenza agevolano la mobilità sanitaria, che assurge ad autentica libera scelta dell'utenza senza determinare particolare disagio.

Struttura dell'offerta

Il quadro complessivo dell'offerta ospedaliera evidenzia una unificazione solo formale della funzione ospedaliera zonale a seguito di quanto previsto dalla Legge Regionale 13/03 che istituiva il Presidio unificato, con una offerta omologata tra le strutture orientate alle attività di medio-bassa complessità con ridondanza (per effetto di una residuale competizione interna).

Si registra anche il dato della insufficenza di integrazione tra le strutture per la condivisione delle professionalità e la carenza di accordi di fornitura stringenti tra ASUR e AAOO e INRCA come pure nei confronti di alcune delle strutture private accreditate.

Significativo è il dato della mancata adozione dei modelli organizzativi efficienti che si rileva da indicatori relativi alla day surgery e alla week surgery. Da rilevare una forte disomogeneità nell'introduzione delle nuove figure professionali all'interno del sistema.

Area dei servizi

Laboratorio analisi

Il quadro complessivo relativo alle prestazioni di laboratorio analisi si caratterizza per forti differenziali nei consumi di prestazioni a rischio di inappropriatezza tra le diverse aree del sistema, un elevato assorbimento di risorse umane in un settore che ha subito una forte automazione ma si caratterizza per una notevole frammentazione dell'offerta. Altro dato rilevante è rappresentato dall'insufficiente governo della produzione dei laboratori privati.

Radiologia

Le tematiche relative alla radiologia sono enucleate nella settore di intervento tecnologie.

Anatomia patologica

La funzione si presenta come centralizzata in quattro sedi. Si registrano criticità nelle risorse assegnate per tempi di refertazione e incremento di attività derivante dagli screening oncologici.

Occorre rilevare la valenza della funzione di anatomia patologica nella riprogettazione dell'assetto delle funzioni chirurgiche (attivazione di forme di supporto a distanza) e il ruolo nell'ambito del percorso relativo al rischio clinico per la necessità di incremento del ricorso al riscontro diagnostico nella pratica assistenziale.

Nutrizione clinica

In ogni area vasta deve essere presente un Servizio di Nutrizione clinica con funzioni sia di tipo ospedaliero che territoriale (ambulatorio e domicilio), con personale con specifiche competenze in nutrizione artificiale o in convenzione con uno dei due Centri regionali di riferimento collocati presso l'Azienda ospedaliera Ospedali Riuniti e presso l'INRCA di Ancona.

Deve essere previsto un riferimento regionale della nutrizione artificiale nelle strutture residenziali per anziani (INRCA) e per i soggetti in età pediatrica (Salesi). Inoltre va valutata l'opportunità di un registro regionale dei soggetti in nutrizione artificiale.

Area materno infantile

La situazione regionale si caratterizza per una frammentazione dei punti nascita, cui corrisponde una moltiplicazione delle aree di degenza pediatrica. A questo si aggiunge il dato della forte variabilità nella ospedalizzazione pediatrica. Solo in poche realtà la degenza pediatrica è aperta al ricovero di tutti i minori, anche quelli con patologia chirurgica (area pediatrica) e sono formalizzati i rapporti con i pronto soccorso per la gestione dell'urgenza pediatrica.

Riguardo all'assistenza neonatologica si registra la mancata individuazione nell'ambito del manuale di autorizzazione della funzione intermedia tra neonatologia e terapia intensiva neonatale (TIN); manca quindi una rete formalizzata in area vasta di semi intensive neonatologiche che consentano di ottimizzare l'utilizzo della TIN regionale che nell'attuale contesto non riesce a garantire la copertura del bisogno regionale. Tale percorso è facilitato dall'avvenuta attivazione del sistema regionale di trasporto neonatale e dal potenziamento di alcuni reparti di pediatria per una funzione di semintensiva neatologica. Va data inoltre soluzione al problema della ospedalizzazione a domicilio dei pazienti in dimissione dalla rianimazione pediatrica degli Ospedali Riuniti di Ancona.

Le prestazioni di alta specialità hanno come riferimento il Presidio di alta specializzazione Salesi, sebbene si registri una fuga significativa verso strutture extraregionali (Gaslini di Genova e Bambino Gesù di Roma).

Aree di intervento caratterizzanti sia in ambito medico che chirurgico sono rappresentate da:

- patologie ereditarie;
- patologie generiche, malformative, dismetaboliche;
- patologie rare e/o orfane;
- patologie peri/neonatali;
- patologie neuropsichiatriche ivi compresi i disturbi del comportamento alimentare;
- patologie oncologiche;
- patologie attinenti alla sfera emergenza/urgenza;
- patologie croniche ed acute da abuso e maltrattamento.

Da segnalare che nel 2006 si sono verificati 45 ricoveri di soggetti di età minore o uguale a 18 anni in Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (strutture non adeguate per l'accoglienza dei minori). I ricoveri hanno interessato 35 soggetti di età compresa tra i 16 e i 18 anni per un totale di 699 giornate di degenza. Un singolo soggetto di 16 anni ha avuto 4 ricoveri con un periodo di permanenza nella struttura complessivo di 169 giorni. E' necessario rendere disponibile una struttura adeguata a tale specifica tipologia di paziente nell'ambito del PAS Salesi.

Per quanto attiene l'attività ginecologia si rileva come l'inserimento delle unità operative di ginecologia e ostetricia nell'ambito del Dipartimento materno infantile comporta un mancato raccordo per l'attività ginecologica con i dipartimenti chirurgici e quindi una insufficiente integrazione nell'ambito dell'organizzazione dell'attività chirurgica. Si rileva inoltre una forte disomogeneità nell'attività di interruzione volontaria di maternità.

Rete dei servizi di neuropsichiatria infantile dell'infanzia e dell'adolescenza

Lo stato di benessere dell'infanzia e dell'adolescenza deve essere uno dei principali obiettivi del Piano sanitario regionale. Le azioni volte a migliorare le condizioni di salute in età evolutiva e la qualità della vita rivestono pertanto una particolare rilevanza nella programmazione sanitaria della Regione e delle singole Zone territoriali sanitarie.

Alcune problematiche proprie della neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza possono trovare risposta nella creazione di una rete omogenea di Unità operative di NPIA in grado di assicurare la prevenzione, la diagnosi, la cura, la riabilitazione e la presa in carico gobale di disturbi neurologici, psichiatrici e disabilità in età infantile e adolescenziale, erogando livelli di assistenza uniformi in tutto il territorio regionale.

Ciò può essere realizzato mediante l'istituzione in ogni Area Vasta di un dipartimento di neurologia, psichiatria, psicologia e riabilitazione dell'infanzia e dell'adolescenza articolato in Unità operative complesse da esso dipendenti (UOC NPIA transmurale, UOC per le attività psicologiche per l'età evolutiva).

Nella fase di costruzione di un percorso organizzativo complesso come quello proposto si ritiene necessario prevedere per ogni Area Vasta almeno una struttura complessa di NPIA (mista territoriale e ospedaliera) da collocare in una organizzazione dipartimentale.

La UOC di NPIA si configura come struttura complessa che garantisce la unitarietà degli interventi, la continuità terapeutica ed il collegamento funzionale tra tutti i servizi coinvolti nella tutela della salute neuropsichica dell'età evolutiva, anche se collocati in diverse strutture operative e in diverse Zone territoriali.

Il dipartimento di NPIA all'interno del quale si situa l'UOC comprende attività ospedaliere e/o territoriali, in relazione al bacino di utenza ed alla configurazione del territorio, secondo le necessità rilevate dalla Direzione generale ASUR.

Vanno mantenute presso l'Unità operativa complessa di NPIA della Zona territoriale n. 3 di Fano le funzioni di alta specializzazione relative allo screening neonatale regionale della fenilchetonuria, ipotiroidismo congenito e fibrosi cistica e di diagnosi, riabilitazione e ricerca relativi all'autismo in età evolutiva per la prevenzione degli handicap psichici gravi.

E' inoltre da mantenere una S.O.D. di NPIA ad alta specializzazione, collocata nell'ambito del Presidio ospedaliero di alta specializzazione "G. Salesi" degli Ospedali Riuniti di Ancona che rappresenta il polo di riferimento unico regionale per patologie neuropsichiatriche complesse, acute, subacute e croniche che richiedano osservazione diagnostico-strumentale di alta specializzazione o terapie effettuabili solo in degenza.

Un problema emergente in età evolutiva e adolescenziale è rappresentato dall'aumento di patologie psichiatriche rispetto alle quali vanno previsti spazi appositi di ricovero ospedaliero e centri diurni diagnostico-terapeutici.

Lungodegenza post acuzie

Il ruolo assegnato alla lungodegenza post acuzie è quello di fornire un regime appropriato per l'assistenza a pazienti post-acuti, con diagnosi definita e stabilizzati da un punto di vista clinico, che per la loro situazione non necessitano dello stesso numero di ore/personale e dello stesso potenziale tecnologico dei pazienti con patologia acuta.

Gli obiettivi principali delle lungodegenze post acuzie sono:

- accelerare il turn-over delle aree di degenza per acuti delle discipline di medicina e chirurgia generali e specialistiche. Per questo motivo devono essere più vicino possibile ai posti letto per acuti che la "alimentano";
- fornire, a costi ridotti, assistenza qualificata ai pazienti post-acuti non dimissibili, prevedendo una stretta integrazione tra le lungodegenze post-acuzie e le unità operative di riabilitazione ospedaliera con la rete dei servizi residenziali e domiciliari del territorio;
- le lungodegenze post-acuzie devono costituire un sistema integrato, coerente e coordinato con i servizi distrettuali (residenziali e domiciliari), verso i quali il paziente deve avere garanzia di accesso attraverso percorsi preferenziali e facilitati.

Lo sviluppo dell'offerta di posti letto di lungodegenza si è basato in questi ultimi anni sulla riconversione dei posti letto per acuti, spesso come posti letto inseriti nelle aree di degenza per acuti e quindi senza grossi impatti in termini di appropriatezza organizzativa (e conseguente efficienza gestionale).

Alta specialità

Si segnala un accentramento delle funzioni dei segmenti medio-alti ed alti nelle strutture ospedaliere di Ancona, che spesso rappresentano l'unico polo regionale e una disomogenea distribuzione sul territorio legata alle richieste avanzate dalla singole realtà e non ad un' azione coordinata per lo sviluppo della rete delle alte specialità.

Inoltre nell'ambito delle alte specialità si registra la necessità di garantire il raccordo tra le due AA.OO (in settori rilevanti quali quello cardiologico, neurochirurgico, della fecondazione assistita, dell'ematologia) e dell'INRCA.

Essenziale è poi il consolidamento del percorso dell'AOU "Ospedali Riuniti" di Ancona sui trapianti.

Relativamente all'INRCA si pone la necessità di una revisione della mission che non può che svilupparsi in ottica oltre che regionale anche nazionale.

Fuga extraregionale

L'elevato valore del saldo complessivo di mobilità per la Regione Marche pari quasi a 45 mln di euro evidenzia l'importanza della tematica sia per la lettura della fuga extraregionale che per le potenziali aree di attrazione del sistema regionale in ambito nazionale.

Si rileva innanzitutto la possibilità che una buona gestione di tale fenomeno comporti benefici economici per il sistema indipendentemente dalla produzione delle strutture marchigiane (in sostanza la gestione “amministrativa” di tale problematica può comportare consistenti recuperi di risorse). Le azioni già poste in essere sono:

1. stipula di accordi di confine con le altre Regioni: sono stati sottoscritti due accordi con le Regioni Umbria ed Emilia-Romagna che incideranno a partire dagli addebiti 2006. I due Accordi prevedono limiti economici nella produzione scambiata sia per l’attività di ricovero che per l’attività ambulatoriale;
2. messa a punto di sistemi di verifica dell’appropriatezza attraverso cui valutare gli addebiti;
3. partecipazione a gruppi di lavoro nazionali per la ridefinizione delle regole che governano la mobilità.

Relativamente al dato della fuga si rileva l’importanza di procedere ad azioni in settori quali l’ortopedia, la chirurgia, la chirurgia vascolare e la cardiologia interventistica, anche tramite soluzioni che vedano lo sviluppo di partnership con strutture extraregionali ad elevato indice di attrazione.

Rapporto offerta – risultati: aree di carenza

L’elemento principale di squilibrio tra bisogno e offerta è relativo alla mancata attivazione delle reti cliniche. Inoltre la rilevazione delle aree di carenza dovrà derivare dall’analisi epidemiologica del bisogno (si veda l’area tematica *Analisi domanda/offerta*). Si rilevano delle tematiche per le quali si ha evidenza di una carenza dell’attuale offerta ospedaliera.

Costituzione della rete ortopedica

L’osservazione che la fuga per le prestazioni ortopediche è relativa a prestazioni erogate presso strutture regionali conferma la necessità di un intervento volto alla promozione dell’offerta regionale, in particolare correggendo il carattere indifferenziato dell’offerta regionale promuovendo la specializzazione delle diverse sedi (quali chirurgia protesica e della spalla; ortopedia pediatrica per malformazioni congenite, disabilità da paralisi cerebrali infantili o malattie ereditarie muscolari). L’esito dell’intervento in tale ambito appare anche condizionato da adeguate strategie di comunicazione volte a promuovere l’orientamento dell’utente verso le strutture della Regione.

Rete della chirurgia vascolare e della radiologia interventistica

Nell’ambito della fuga relativa a ricoveri dimessi da chirurgia generale appare rilevante l’impatto della chirurgia vascolare. Lo sviluppo tecnologico e professionale richiede un approccio che metta in rete le competenze di chirurgia vascolare con la radiologia interventistica (e anche di cardiologia interventistica) e che affronti la problematica relativa ai criteri di indicazione delle diverse metodiche per il loro forte impatto economico.

In ambito regionale i dati relativi alle convenzione tra strutture evidenziano un abbozzo di rete basato sulle competenze presenti nell’AOU Ospedali Riuniti per le due professionalità, che vanno messe in relazione con le professionalità presenti in altri presidi del sistema tra cui l’INRCA e l’AO San Salvatore.

Completamento rete cardiologia interventistica

La tematica è sviluppata in dettaglio nel percorso dei profili di assistenza che vede nel profilo IMA quello maggiormente avanzato (si veda l'area tematica Profili di assistenza) ma si ritiene essenziale evidenziare come i centri non operano in forma adeguatamente integrata e deve essere rinforzato il mandato di coordinamento nel settore del PAS Lancisi.

Rete oncologica: potenziamento dell'offerta di radioterapia e della rete degli hospice

La criticità relativa alla carenza di offerta di radioterapia e al mancato sviluppo della rete degli hospice e delle cure palliative rappresenta il mandato specifico della rete oncologica che deve svilupparsi anche a partire dalla revisione dell'assetto degli screening oncologici promossi dalla Regione. La mancata attivazione di un Istituto tumori anche "virtuale" nella Regione rappresenta un ulteriore tema di analisi anche in relazione allo sviluppo della medicina molecolare.

Rete gastroenterologica

L'avvio del percorso di attivazione dello screening per il tumore del colon retto, che è attualmente in fase sperimentale nell'area vasta nord comporta la necessità di una rilettura dell'assetto dell'offerta gastroenterologica. Anche in tale ambito si rileva una disomogeneità in ambito regionale che negli ultimi anni è stata in parte ridotta con il finanziamento di progetti di sviluppo nel settore.

Rete nefrologica

Dall'analisi della domanda-offerta relativa alla dialisi ed al trapianto di rene risulta che, per quanto riguarda il trattamento sostitutivo dialitico, la domanda è complessivamente soddisfatta, anche se ci sono alcune differenze tra centri relative soprattutto alla disponibilità del personale; tuttavia l'evidenza epidemiologica mostra di una tardiva presa in carico del paziente con insufficienza renale cronica e la mancanza di una continuità assistenziale.

Le conseguenze di ciò dovrebbero essere: una progressione della malattia verso la fase avanzata con aumentata richiesta di trattamenti dialitici, un elevata prevalenza di pazienti che iniziano la dialisi in urgenza, un elevato ricorso al ricovero dei pazienti in dialisi e non, una peggiore qualità della vita dei pazienti, una ridotta aspettativa di vita ed un aumento dei costi assistenziali.

Si veda la scheda relativa al profilo uremico.

Rete urologica

Il forte sviluppo delle linee di attività cliniche della disciplina richiede un adeguamento strutturale dell'attuale rete con la individuazione di sedi in cui collocare la tecnologia più avanzata (Stone Center). Creazione di una rete urologica di area vasta e superiore regionale.

Potenziamento dell'assistenza psichiatrica ospedaliera per minori

Nel 2006 si sono verificati 45 ricoveri di soggetti di età minore o uguale a 18 anni in Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura. I ricoveri hanno interessato 35 soggetti di età compresa tra i 16 e i 18 anni per un totale di 699 giornate di degenza. Un singolo soggetto di 16 anni ha avuto 4 ricoveri con un periodo di permanenza nella struttura complessivo di 169 giorni. E' necessario rendere disponibile una struttura adeguata a tale specifica tipologia di paziente.

Vincoli nazionali

Tra gli obiettivi definiti nell'accordo Stato Regioni del 23 marzo 2005 si segnalano i seguenti punti relativi all'assistenza ospedaliera:

> "adottare, entro il 30 settembre 2005, provvedimenti che prevedano uno standard di posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, non superiore a 4,5 posti letto per mille abitanti, comprensivi della riabilitazione e della lungo degenza post-acuzie, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici. Rispetto a tali standard è compatibile una variazione che, in ogni caso, non può superare il 5% in più in rapporto alle diverse condizioni demografiche delle Regioni. I provvedimenti da adottare per il raggiungi mento di tale obiettivo devono prevedere il raggiungimento dello standard entro l'anno 2007, precisando gli obiettivi intermedi per gli anni 2005 e 2006, oggetto di verifica;

> "adottare, entro il 30 settembre 2005, i provvedimenti per promuovere il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno ed il potenziamento di forme alternative al ricovero ospedaliero, con il conseguimento di una riduzione dell' assistenza ospedaliera erogata, garantendo, entro l'anno 2007, il mantenimento dei tassi di ospedalizzazione per ricoveri ordinari e per ricoveri in regime diurno entro il 180 per mille abitanti residenti, di cui quelli in regime diurno di norma pari al 20%, precisando gli obiettivi intermedi per gli anni 2005 e 2006, oggetto di verifica;"

Con la DGR 572/06 sono state riepilogate le azioni poste in essere dalla Regione per ottemperare a tali vincoli ed è stato individuato, pur esplicitando una serie di perplessità sull'utilizzo del tasso di ospedalizzazione quale indicatore di riferimento, un programma di intervento per un ulteriore contenimento della ospedalizzazione basato sulle seguenti azioni:

- attivazione dell'Osservazione breve intensiva;
- riconversione in chirurgia ambulatoriale di attività erogate in day surgery;
- contenimento delle prestazioni inappropriate indotte dalla mobilità interregionale;
- impatto del potenziamento assistenza territoriale.

IX.8.2 Assessment organizzativo, tecnologico e strutturale

Valutazione organizzativa

Gli atti aziendali

La valutazione dell'assetto organizzativo non può che trarre origine dalla verifica del percorso attuato per l'adozione degli atti aziendale. Si ritiene utile procedere ad una rivalutazione degli atti aziendali, in particolare di quelli dell'ASUR e dell'AOU Ospedali riuniti, anche in considerazione della necessità di garantire la coerenza degli atti aziendali adottati con la normativa relativa all'accreditamento e gli assetti del sistema definiti dal nuovo Piano sanitario regionale.

Mancata concretizzazione del Presidio Unificato nelle Zone territoriali

La Legge regionale 13/03 prevedeva la costituzione dei presidi unificati a livello zonale ma si rileva che il percorso si è fermato alla formale unificazione delle strutture tramite l'adozione di appositi atti senza un sufficiente impatto sull'assetto organizzativo delle strutture.

Debolezza e rigidità dell'articolazione dipartimentale ospedaliera

Relativamente al ruolo dei Dipartimenti all'interno del sistema si rileva che questi non hanno raggiunto lo scopo di integrazione e coordinamento, mentre è essenziale una revisione dell'assetto dipartimentale basata sulla centratura dello stesso verso problematiche di salute e di autentica integrazione (su base di area vasta).

Organizzazione ospedaliera basata sul posto letto per disciplina

L'assetto organizzativo delle strutture appare basato in modo assolutamente prevalente sull'area di degenza monodisciplinare e questo ha comportato il limitato recupero di efficienza a seguito del significativo incremento di appropriatezza ottenuto negli ultimi anni.

Lungodegenza post-acuzie

Si registra una carenza nell'organizzazione dei percorsi assistenziali dei pazienti inseriti in lungodegenza per un insufficiente comunicazione tra ospedale e territorio. Occorre anche sviluppare la capacità di committenza del pubblico nei confronti delle strutture private che hanno riconvertito parte dei posti letto per acuti in posti letto di lungodegenza.

Dipartimento delle professioni

L'introduzione con la Legge regionale 13/03 del Dipartimento delle professioni rappresenta una innovazione significativa e rappresenta il riconoscimento della crescita delle figure professionali con ruoli non dirigenziali. Occorre però registrare come la attivazione dei Dipartimenti sia incompleta e come si renda necessario trovare una sintesi tra la funzione dei Dipartimenti delle professioni e quella delle Direzioni mediche di presidio, basata sulla specificità dei ruoli nel riconoscimento della responsabilità organizzativa complessiva a carico delle Direzione mediche di presidio.

IX.8.3 Elementi di criticità e punti di forza

Frammentazione dell'offerta ospedaliera

La mancata realizzazione delle reti cliniche ha mantenuto il quadro di frammentazione dell'offerta ospedaliera caratterizzata da funzioni ripetute (concorrenza interna al sistema) e di medio-bassa complessità.

Ruolo delle AAOO e INRCA

Il ruolo delle Aziende Ospedaliere e dell'INRCA va inquadrato all'interno della prospettiva di sistema, come punti nodali della rete curante. Esse rappresentano per l'alta specialità, l'alta intensità, l'alta complessità, uno dei contenitori più appropriati; vanno altresì indagate le criticità e le opportunità derivanti dal rappresentare comunque Ospedali di riferimento per le comunità cittadine in cui sono localizzate, nonché quelle relative alle rapportualità di area vasta.

Tali indicazioni applicate alla situazione esistente evidenziano l'attuale insufficienza di coordinamento nelle alte specialità, la necessità di relazioni sistematiche tra le AA.OO. e l'INRCA e l'importanza di una funzione di committenza "sulle" AA.OO. e l'INRCA.

Carenza nella funzione di committenza verso privati

La produzione delle strutture private ha trovato un momento di riferimento forte nella definizione dei budget regionali annuali che determinano delle macro linee di sviluppo della produzione (contenimento della produzione medica e riconversione verso la produzione chirurgica), ma sono mancati in alcuni casi nel sistema gli accordi di fornitura locali che avrebbero dovuto dettagliare la produzione per specifiche tipologie di ricovero / attività ambulatoriale sulla base delle dinamiche locali. Sebbene la definizione di tali accordi sia stata inserita negli obiettivi delle Direzioni non si è ovunque raggiunto un adeguato livello di governo della produzione con effetti anomali (quali l'incremento nella produzione chirurgica di DRG a bassa priorità ed alto rischio di inappropriatezza).

Centratura sul reparto monodisciplinare vs aree di degenza

L'Ospedale per intensità di cura, durata di degenza e modalità di accesso configura l'opzione entro cui ridefinire le logiche di funzionamento.

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

Il modello per "livelli di intensità di cura" rappresenta una evoluzione del sistema tradizionale basato sul reparto monodisciplinare che deriva dalla necessità di centrare l'organizzazione sul bisogno assistenziale del paziente. Le aree di degenza basate su differenti livelli assistenziali soddisfano la necessità del paziente acuto, sempre più spesso caratterizzato da co-morbilità e quindi dalla necessità di una gestione multispecialistica, con la garanzia di una qualità assistenziale adeguata e della necessaria flessibilità nell'utilizzo degli spazi di degenza, in relazione alla dinamica della domanda (e quindi migliorano l'efficienza della struttura, specie nel sistema marchigiano così frammentato). Evidente è il vantaggio rispetto all'aree di degenza attuali

caratterizzate da forti differenziali di utilizzo (e quindi carichi di lavoro) e disomogeneità nella gravità dei pazienti assistiti (e quindi di sicurezza e professionalità).

Altro elemento rilevante è l'impatto sull'integrazione delle attività di tipo dipartimentale negli ambiti specialistici affini, con conseguente maggiore integrazione delle equipe professionali, univoca individuazione del responsabile del caso, maggiore specializzazione dei medici e quindi delle prestazioni erogate.

Nell'ospedale organizzato secondo tale modello si realizza quindi una forte tensione verso la professionalizzazione dell'assistenza infermieristica e la integrazione multispecialistica della componente medica con un ritorno in termini di sicurezza per il paziente.

Naturalmente occorre garantire che il processo di riorganizzazione si sviluppi con gradualità al fine di consentire la definizione dei protocolli operativi condivisi tra i professionisti (in particolare nell'individuazione del medico responsabile del caso), la corretta comunicazione all'utenza del modello che eviti il possibile effetto di *disorientamento* e l'avvio dell'attività di auditing.

La scelta di questo modello, che sulla base della considerazioni esposte appare obbligata, supera la lettura dell'ospedale come insieme di "posti letto", che assumono un valore di tutela della salute anche se inutilizzati, a favore di una lettura in termini di risposta ai bisogni di salute della popolazione nel contesto della rete ospedaliera del sistema ai diversi livelli (Zona, area vasta, Regione).

Rapporto ospedale – territorio (ospedale nel territorio)

La carenza prevalente di modalità strutturate di relazione tra ospedale e territorio costituisce una grave criticità del sistema per la garanzia della continuità assistenziale che richiede un'azione correttiva nel breve termine.

Tali considerazioni assumono particolare valore per la funzione delle aree di post acuzie che richiede la formalizzazione di rapporti stretti con la funzione territoriale per le relazioni con l'assistenza domiciliare e residenziale; in particolare proprio le carenze in tali ambiti si riflettono in un eccesso di consumo di giornate di degenza inappropriate.

Appropriatezza delle prestazioni

Il rilevante lavoro svolto in questi anni per garantire l'appropriatezza dell'utilizzo dell'ospedale (tramite gli obiettivi alle Aziende sanitarie, la regolamentazione dei regimi di erogazione, la politica tariffaria, gli accordi regionali con le strutture private) ha trovato completamento nella regolamentazione della funzione di controllo attuata con la DGR 1212/04 che ha ribadito la responsabilità sull'appropriatezza del produttore di prestazioni sanitarie e istituito i Comitati di verifica prestazioni sanitarie (CVPS).

Ritardo nella gestione del rischio clinico

La rete ospedaliera regionale registra un ritardo nella promozione delle iniziative relative al rischio clinico e quindi alla promozione della sicurezza del paziente; la tematica inserita nel contesto della promozione della qualità deve divenire una priorità di sistema (come previsto anche dal recente accordo Stato-Regioni 27 marzo 2007) e garantire l'avvio / sistematizzazione delle azioni in materia di igiene ospedaliera (con un riferimento regionale nel Servizio di Igiene Ospedaliera

dell'AOU "Ospedali Riuniti" di Ancona con l'apporto della rete delle malattie infettive), ospedale senza dolore, prevenzione delle lesioni da pressione, corretta gestione dei farmaci.

Sviluppo di funzioni qualificanti

Da rilevare l'importanza dello sviluppo di alcune funzioni all'interno della rete ospedaliere a partire ad esempio dalle farmacie ospedaliere, dai servizi di nutrizione clinica e della psicologia che rappresentano elementi qualificanti per i servizi erogati e non risultano adeguatamente sviluppati e valorizzati.

IX.8.4 Definizione della strategia e delle linee di intervento

Piano di risanamento – investimento

Governo della produzione

Il primo livello di intervento riguarda il governo della produzione secondo le seguenti linee:

- ✓ definizione negoziata di "protocolli d'intesa per fornitura di servizi e prestazioni" tra le diverse componenti con la specificazione del mix quali-quantitativo delle prestazioni e degli standard di qualità dei servizi;
- ✓ definizione negoziata di "aree di competenza sanitaria", esclusiva o prevalente, tra le differenti tipologie di Aziende, in sintonia con il criterio, più volte ribadito, "a parità di efficacia sanitaria privilegiare l'intervento a minor costo":

Il monitoraggio regionale sulle risorse dedicate alle prestazioni ad alto costo è essenziale per il controllo dell'immissione del sistema di nuove metodiche / terapie al fine di valutarne l'appropriatezza ed anche per prevenire spostamenti dei costi interni al sistema. Inoltre la possibilità di definire fondi di sistema per determinate categorie di prestazioni (quali la chemioterapie) consente di garantire alle sedi maggiormente attive il necessario finanziamento che potrebbe invece penalizzarle in presenza di un blocco della mobilità infra-gruppo.

Riorganizzazione delle strutture intorno alle aree di degenza

E' essenziale garantire l'efficienza del sistema e l'elemento centrale della funzione ospedaliera è rappresentato dall'area di degenza. Per questa occorre procedere ad una verifica del rispetto degli standard minimi di efficienza e la verifica dell'attivazione dei modelli organizzativi efficienti (quali aree dedicate per day hospitale e day surgery, aree a ciclo breve). Altro elemento significativo è relativo all'inserimento delle nuove figure professionali di supporto nei processi assistenziali.

Valutazione di efficienza dei blocchi operatori

Nell'ambito delle strutture ospedaliere si collocano delle funzioni di alta tecnologia quali ad esempio le aree operatorie che richiedono standard elevati di sicurezza e forte assorbimento di risorse. E' per questo essenziale avviare una ricognizione delle aree operatorie e della funzione di sterilizzazione per garantire la sicurezza e l'efficienza.

Mobilità interregionale

Il superamento di una logica concorrenziale con le altre Regioni si è avviato con la sottoscrizione di accordi che si propongono di:

- ✓ limitare fenomeni opportunistici legati ai meccanismi di compensazione interregionale delle prestazioni;
- ✓ introdurre vicendevoli accordi in materia di appropriatezza, onde ridurre i tassi di ospedalizzazione;
- ✓ definire preordinati volumi prestazionali remunerati per gli ambiti territoriali serviti in misura rilevante o addirittura preponderante da strutture ospedaliere extraregionali, ai fini anche di una gestione delle afferenze della rete per l'emergenza idonea a garantire adeguatezza e tempestività delle cure (accordi di confine).

Rapporto con privati

Il rapporto con le strutture private è impostato sul principio della massima collaborazione basata sull'accordo sulle linee prioritarie di attività nei diversi specifici settori. Occorre garantire che all'accordo quadro regionale segua la definizione di accordi di fornitura locali dettagliati per linea produttiva e processo assistenziale.

Razionalizzazione rete laboratori analisi

Come segnalato dalla Legge finanziaria 2007 si impone una verifica sulla funzione di laboratorio analisi in ragione della forte automazione dei processi; anche in questo settore si registra una forte frammentazione delle sedi ove si effettua attività analitica con notevole assorbimento di personale.

Modello di sviluppo sistemico

Occorre effettuare una riprogettazione del sistema che si basi su:

1. logica del sistema reticolare dell'assistenza ospedaliera: riorganizzazione dell'offerta sulla base del percorso avviato con la progettazione delle reti cliniche - *software*;
2. rete delle strutture articolate in aree di degenza distinte per intensità assistenziale e strumenti organizzativi flessibili (pacchetti ambulatoriali complessi, osservazione breve intensiva, day hospital, day surgery, week surgery) - *hardware*;
3. governo del sistema delle reti cliniche nei dipartimenti e del sistema ospedaliero dalla direzioni mediche di presidio in coordinamento con i dipartimenti delle professioni;
4. sviluppo dell'alta specialità (anche in possibile raccordo con altre Regioni) secondo il modello dell'hub and spoke (mozzo e raggi) con un ruolo concordato e pro-attivo delle Aziende ospedaliere e dell'INRCA. In particolare dovranno essere valorizzate le sedi periferiche dell'INRCA e segnatamente alle attività cliniche previste nell'INRCA di Fermo, non dovranno costituire duplicazione dell'ospedale di rete ma essere riordinate in una logica integratoria;
5. logica dell'"ospedale esteso", allargato cioè allo studio medico, ai centri diagnostici specializzati territoriali fino al domicilio del paziente, attraverso l'utilizzo delle più avanzate tecnologie innovative ed una forte integrazione sul piano organizzativo con servizi di cura e assistenza domiciliare e di gestione a distanza del paziente.

Ridisegno dei processi

Reti cliniche

L' avvio alla creazione delle reti cliniche prevede il collegamento tra le sedi per lo svolgimento di attività della stessa disciplina che in base alla loro complessità vengono distribuite tra le varie sedi con una unitarietà dei modelli tecnico-professionali, l'utilizzo di equipe integrate e chiari percorsi assistenziali. Tale modello consente una forte flessibilità organizzativa, una distribuzione dell'attività basata sulla domanda (poiché l'offerta si diffonde nella rete delle strutture sulla base della domanda e quindi va verso il paziente) e una conseguente crescita della professionalità e contestuale dell'efficienza nell'utilizzo delle professionalità.

Le modalità operative per dare attuazione al modello si basano su:

- una rilettura dei dipartimenti (necessariamente centrati verso problematiche di salute e di autentica integrazione su base area vasta);
- l'utilizzo della sperimentazione gestionale quale strumento per offrire adeguati spazi di collaborazione fra soggetti del sistema; la sperimentazione costituisce uno strumento per superare gradualmente, attraverso processi monitorati, la rigidità del sistema e introdurre in esso, attraverso forme di collaborazione con altri soggetti, strumenti e modelli gestionali efficaci ed efficienti.

Si noti come la realizzazione delle reti cliniche rappresenti un elemento del percorso di costruzione dei Centri servizi poiché consente ai Centri di avere la standardizzazione necessaria delle procedure operative.

Le reti cliniche vengono a operare nella rete delle strutture ospedaliere che si configurano come contenitori per l'erogazione (hardware) delle prestazioni assistenziali che necessariamente, quindi, vengono ripensati puntando l'attenzione sugli aspetti di professionalizzazione dell'assistenza garantita dalle aree di degenza organizzate per intensità di cura.

Dipartimento delle professioni e Direzioni mediche di presidio

Essenziale alla riorganizzazione delle aree di degenza è l'apporto dei Dipartimenti delle professioni e delle Direzioni mediche di presidio che svolgono una funzione cruciale nel governo delle strutture all'interno delle quali operano i professionisti e devono essere garanti della sicurezza e dell'efficienza organizzativa delle stesse.

Committenza

Si è registrato tra le criticità di sistema una carenza della funzione di committenza e pertanto occorre sviluppare uffici / responsabili dedicati alla gestione della committenza in area vasta.

Rapporti ospedale – territorio

La ospedalizzazione non interrompe l'affidamento in cura del paziente al medico di medicina generale / pediatra di libera scelta (lettera pre-ammissione del MMG e lettera di dimissione del medico ospedaliero) e pertanto occorre formalizzare le modalità di relazione ospedale-territorio. Inoltre occorre promuovere una funzione attiva dell'ospedale nella identificazione delle situazioni di

fragilità da segnalare al distretto. Tali azioni richiedono una assunzione di responsabilità delle direzioni di distretto e delle direzioni mediche di presidio sui percorsi dei pazienti per garantire la continuità assistenziale.

IX.8.5 Pianificazione delle azioni

Azioni a breve termine

Governo degli scambi interni

Si ritiene necessario procedere alla definizione di accordi di fornitura di servizi e prestazioni interni al sistema a partire dalle aree vaste, dalle strutture private e verso le Aziende ospedaliere. Occorre anche garantire una azione di monitoraggio regionale su prestazioni ad alto costo per evitare riduzioni di produzione non programmate e riversamento dei costi tra parti del sistema.

Riconversione dei reparti monospecialistici in aree di degenza

La riorganizzazione dell'assetto organizzativo delle aree di degenza basato sul modello per intensità di cura (e il conseguente accorpamento delle aree di degenza sotto – standard senza modificazione dei livelli qualitativi e quantitativi di produzione) rappresenta un'azione urgente. A questo si deve accompagnare la conversione in aree a ciclo breve o unità di day surgery (nel caso di aree di degenza multiple chirurgiche) e la verifica sul percorso di integrazione delle figure professionali di supporto (OSS).

Occorre promuovere fortemente l'adozione di modelli organizzativi efficienti quali:

- medicina d'urgenza e osservazione breve intensiva;
- area pediatrica;
- attivazione di aree semi-intensive in integrazione con le aree intensive dell'emergenza;
- attivazione di aree di lungodegenza (come area di degenza autonoma senza personale medico dedicato).

Rafforzamento della funzione di controllo di appropriatezza (DGR 1212/04)

Il mantenimento della tensione sull'appropriatezza rappresenta una delle linee essenziali di azione e per questo occorre procedere all'attivazione di una funzione centrale collegata all'attività ispettiva regionale e ad un rafforzamento del mandato dei Comitati di verifica delle prestazioni sanitarie già istituiti in area vasta e nelle Aziende ospedaliere e INRCA.

Azione sulla mobilità extraregionale

Sul rapporto con le altre Regioni occorre un rafforzamento dell'azione a livello di rapporto istituzionale per giungere ad una concertazione della programmazione per le aree di confine e al contenimento dei fenomeni di inappropriatezza; occorre anche valutare l'opportunità di una definizione programmatoria di un tetto per la mobilità passiva extra per attività a bassa complessità e alto rischio di inappropriatezza con comunicazione diretta alle strutture extraregionali del tetto di produzione.

Creazione delle reti cliniche

Il percorso delle reti cliniche porterà alla definizione di percorsi assistenziali rispetto alle diverse problematiche sanitarie e quindi ad una profonda riorganizzazione del sistema secondo il principio della risposta al bisogno di salute della popolazione.

Rispetto a tale percorso strettamente concordato col mondo professionale occorre procedere alla revisione dell'assetto di quelle situazioni nelle quali si configuri:

1. una duplicazione di discipline nello stesso Presidio unificato zonale;
2. mancanza di integrazione delle discipline ospedaliere specialistiche in area vasta (ad esempio oculistica, otorinolaringoiatria, urologia, neurologia, pediatria, pneumologia, dermatologia, odontoiatria, geriatria, neuropsichiatria infantile);
3. mancanza di integrazione a livello regionale per discipline quali ematologia, neurochirurgia, cardiologia interventistica, chirurgia pediatrica, reumatologia.

Per tale aspetto (oltre al percorso da sviluppare per le situazioni zonali all'interno della effettiva costituzione dei presidi unificati zonali previsti dalla L.R. 13/2003) si pone con particolare urgenza la necessità di attivare le reti cliniche nelle Aree Vaste.

Rete ortopedica

- E' necessario avviare una rete clinica di ortopedia che consenta un razionale potenziamento dell'offerta collegato ad una maggiore riconoscibilità delle professionalità regionali tramite l'individuazione di aree di specializzazione nei diversi punti del sistema (quali spalla, mano, ginocchio, ortopedia pediatrica per malformazioni congenite, disabilità da paralisi infantili, o malattie ereditarie muscolari).
- Il percorso potrebbe essere rafforzato da un accordo con strutture extraregionali che erogano le prestazioni oggetto di fuga.
- Occorre valutare il collegamento tra la fuga ortopedica e la problematica relativa ai tempi di attesa per le visite specialistiche ortopediche e le prestazioni radiologiche collegate.

Rete dei servizi di supporto: laboratori analisi

Andrà sviluppato un progetto di riorganizzazione della rete dei laboratori pubblici attraverso la:

- definizione dei criteri di ridistribuzione dei laboratori e di ciascun settore di attività degli stessi in modo da garantire per ciascun laboratorio una articolazione interna per settori specifici adeguatamente dotati da un punto di vista tecnologico di personale dedicato e specializzato;
- verifica e riprogettazione della rete dei laboratori pubblici alla luce dei criteri di cui al punto precedente;
- coerenza tra il nuovo modello organizzativo integrato e il nuovo assetto della rete ospedaliera in applicazione del presente Piano.

Per quanto riguarda i laboratori privati va costruito un modello per la selezione di quelli che possono garantire una fornitura a costi di acquisto convenienti e di qualità adeguata.

Altre aree di azione:

- Completamento rete cardiologia interventistica
- Rete oncologica: radioterapie, cure palliative e hospice
- Costruzione della rete gastroenterologica
- Potenziamento dell'assistenza psichiatrica ospedaliera per minori
- Rete della chirurgia vascolare e della radiologia interventistica

Rivalutazione dei progetti di sviluppo autorizzati anni precedenti

Nell'ambito dei budget regionali negli ultimi anni si è proceduto al governo delle nuove attività tramite l'approvazione di specifici progetti di sviluppo. Occorre procedere ad una verifica sui progetti già approvati per una verifica puntuale dei risultati conseguiti e delle eventuali misure correttive.

Valutazione strutturale e indici di utilizzo dei blocchi operatori

Si rende urgente una ricognizione complessiva dello stato dei blocchi operatori per quanto attiene agli aspetti relativi alle risorse umane, tecnologiche e strutturali.

Azioni a medio termine

Gli interventi sul medio periodo sono difficile da esplicitare proprio in quanto la metodologia adottata per la ri-progettazione del sistema si basa su strumenti che vedono un ruolo centrale del mondo professionale. E' pertanto evidente che nel medio periodo si svilupperanno le azioni coerenti con quanto elaborato in sede di analisi delle reti cliniche (analisi che dovrà basarsi sugli strumenti metodologici indicati dal PSR).

L'attuazione delle reti cliniche si intreccia strettamente con il percorso di costruzione dei profili di assistenza che si pongono come strumenti di reale focalizzazione dell'attenzione sui percorsi dei pazienti e garantiscono al sistema un ritorno informativo essenziale tramite la valutazione dei risultati. I percorsi assistenziali consentono:

- integrazione e continuità del processo assistenziale considerando le fasi del ricovero e del post-ricovero, nell'ottica della centralità della medicina generale come previsto;
- incentivazione dell'appropriatezza del livello di intervento, del rapporto con la tipologia di bisogno, dell'ottimalità del rapporto efficacia-costo;
- valorizzazione delle potenzialità delle singole organizzazioni;
- miglioramento e omogeneizzazione dei sistemi di rilevazione, di codifica e di valutazione delle attività e dei risultati.

Nell'ambito delle reti cliniche occorrerà inoltre promuovere lo strumento dell'auditing e dell'accreditamento professionale quali elementi di completamento della funzione delle reti cliniche stesse. Su tali temi occorre are riferimento all'area tematica *Qualità*.

Altro elemento essenziale è poi quello della revisione de percorsi regionali di autorizzazione e accreditamento affinché siano aggiornati e resi coerenti con la visione espressa nel PSR e consentano di definire dei vincoli agli assetti strutturali e organizzativi coerenti con il percorso avviato ed una successiva revisione degli Atti aziendali.

Essenziale sarà poi la valutazione della collocazione del sistema sanitario regionale nell'ambito del più ampio contesto nazionale a partire dal coordinamento con le regioni viciniori ma anche con riferimento al percorso di riconoscimento dei centri di alta specializzazione; per tale ultimo aspetti è essenziale che le reti cliniche regionali si pongano la dimensione della ricerca e dello sviluppo, con il supporto delle Università della Regione e oltre a garantire una produzione scientifica garantiscano il riconoscimento dei settori di sviluppo e innovazione.

Azioni a lungo termine

Le azioni da porre in atto sul lungo termine sono invece centrate sugli aspetti di formazione degli operatori affinché il progetto di *riprogettazione* della rete ospedaliera faccia propri i valori di riferimento del percorso stesso. In particolare, sulla base di quanto esposto nella declinazione dell'Ospedale modello nel PSR, occorre porre in atto adeguati percorsi formativi che propongano i principi guida quali riferimenti su cui "orientare ogni attività, ogni decisione e la filosofia dell'ospedale e dei comportamenti dei suoi operatori, partendo dalla chiara *mission* dell'ospedale e dagli obiettivi che si pone". Tale percorso si propone una riscoperta e rivalutazione dei principi deontologici delle diverse professioni che operano all'interno della struttura.

Tale parte della progettazione si pone naturalmente come l'orizzonte maggiormente complesso poiché tende a creare una cultura condivisa tre operatori del sistema e tra i cittadini. Assume pertanto una valenza particolare lo sviluppo delle problematiche relative alla comunicazione per le quali mancano competenze all'interno del sistema sanitario ma sono presenti nel mondo universitario regionale. Occorre pertanto sviluppare le sinergie necessari per garantire che la dimensione della comunicazione nell'ambito sanitario divenga uno dei momenti centrali della formazione.

Si segnala inoltre una ulteriore variabile derivante dall'impatto delle nuove tecnologie ICT che potranno modificare fortemente le modalità operative anche minori all'interno del sistema consentendo forme di relazione nei diversi ambiti difficili da definire considerando l'attuale situazione di frammentazione delle diverse componenti del sistema.

IX.9 Il rapporto con i privati accreditati

IX.9.1 Analisi della realtà regionale

L'impostazione del rapporto con le strutture private è stato sviluppato ormai da anni nelle Marche in base al principio della integrazione con il sistema pubblico facendo in modo che la stessa si sviluppasse lungo precise linee di indirizzo.

Le strutture presenti non hanno sviluppato attività di alta specialità ma hanno una produzione concentrata sulla attività di media complessità, con l'eccezione dell'area riabilitativa dove è presente una offerta privata anche a livello di alta complessità e elevata specializzazione.

In particolare il privato nelle Marche incide in modo sostanzialmente "leggero" sui costi complessivi del sistema sanitario regionale come dimostra il budget 2006 per i privati che è, come ordine di grandezza, su un totale di meno di 140 milioni di Euro di costi per il sistema:

- di circa 70 milioni di euro per le strutture di riabilitazione;
- di circa 7 milioni per le Case di Cura monospecialistiche del settore neuro-psichiatrico;
- di circa 40 milioni per le Case di Cura multispecialistiche;
- di circa 20 milioni di euro per gli erogatori di prestazioni specialistiche ambulatoriali.

In alcune aree come quella riabilitativa i privati sono una componente storica e prevalente.

In questa fase il ricorso al privato è motivato anche dal blocco delle assunzioni nel settore pubblico che rischia di limitare l'aumento di produttività nelle aree in cui vi è una forte mobilità passiva.

E' da rilevare che le strutture private possono svolgere un ruolo di integrazione dell'offerta pubblica per le prestazioni che il Servizio Sanitario Regionale deciderà, attraverso la programmazione complessiva con le modalità previste dalla legislazione vigente.

In ogni caso sarà la Regione Marche, attraverso il suo sistema, a definire bisogni, modalità e tariffe e a svolgere un ruolo di controllo e verifica rispetto alla qualità e all'appropriatezza delle prestazioni.

La garanzia di prestazioni pubbliche, anche in settori in cui è presente l'offerta privata, svolge un ruolo necessario all'universalità del sistema ed al contenimento dei costi. Nessun settore dovrà pertanto essere totalmente o prevalentemente delegato al privato.

IX.9.2 Assessment organizzativo, tecnologico e strutturale

Gestione dei rapporti a livello regionale

La Regione svolge la propria funzione di guida del sistema nei rapporti con il privato accreditato attraverso lo strumento dell'accordo di budget annuale, in futuro triennale, con le organizzazioni di

rappresentanza delle strutture private. Nel settore ambulatoriale dal 2003 vengono emanati atti programmatori di tipo economico.

Gestione della committenza e controllo a livello periferico

Si registra una certa disomogeneità nella gestione della produzione del privato accreditato con una necessità di potenziamento della funzione di governo della produzione.

L'attivazione del sistema di controllo di appropriatezza, con la DGR 1212/04, ha uniformato la parte relativa ai controlli sull'appropriatezza della produzione sebbene anche in tale ambito si registri la necessità di una maggiore omogeneità dei comportamenti.

Aspetti strutturali e tecnologici

Le strutture private hanno sviluppato a partire dal 2001 il percorso di adeguamento ai requisiti di autorizzazione e di accreditamento.

Relativamente agli aspetti tecnologici si conferma il quadro generale di orientamento alla produzione di media complessità con alcune eccezioni specie nel settore della riabilitazione dove l'offerta copre anche le prestazioni di medio – alta complessità.

Le dimensioni strutturali delle Case di Cura sono mediamente ridotte e sono tra i 50 ed i 100 posti letto. Lo stesso tipo di dimensionamento vale anche per il settore ambulatoriale, con qualche limitata eccezione.

IX.9.3 Elementi di criticità e punti di forza

Funzione di committenza del sistema e rafforzamento del percorso di controllo di appropriatezza della produzione

Occorre garantire, con preferibile collocazione a livello di Area Vasta, una migliore funzione di orientamento e di controllo della produzione.

Gestione del rapporto con le strutture eroganti prestazioni di laboratorio analisi

La riorganizzazione della rete dei laboratori analisi dovrà avere come obiettivo prioritario la copertura dei bisogni attraverso un utilizzo ottimale delle strutture pubbliche.

Una specifica attenzione va posta alla ridefinizione del rapporto con i laboratori privati per ridurre il peso, attualmente eccessivo, dei contenziosi che affliggono il settore. Particolarmente utile risulterà a questo scopo la definizione di criteri di selezione dei fornitori per singola linea analitica.

Passaggio ad accordi triennali

Va fatto un progetto di sistema, cui il settore privato si è dichiarato più volte disponibile, per garantire una gestione degli accordi su base triennale in modo da dare una prospettiva di medio-termine alle strutture.

IX.9.4 Definizione della strategia e delle linee di intervento

Piano di risanamento – investimento

La messa a regime di una funzione di committenza basata sulla lettura dei bisogni di salute e dell'attuale struttura dell'offerta consentirebbe di rendere sinergica la produzione delle strutture private e quindi di incrementare l'efficienza del sistema.

Modello di sviluppo sistemico

La Regione Marche ha già fatto da tempo la scelta di promuovere l'integrazione tra pubblico e privato scoraggiando qualunque forma di competizione. All'interno della cornice offerta dal presente piano il ruolo delle strutture private operanti per conto del Servizio Sanitario regionale dovrebbe essere coerente con il seguente quadro di riferimento:

a) sulla base delle proprie caratteristiche strutturali organizzative vanno privilegiate precise linee di attività rivolte ad uno specifico settore di intervento all'interno di una disciplina (e quindi un gruppo di patologie, una tecnica chirurgica, un insieme di tecniche chirurgiche orientate ad una specifica patologia, etc.);

b) va garantito il massimo di continuità con le strutture pubbliche sia nell'accesso che nella dimissione in modo che il paziente entri in un percorso già definito;

c) va garantita la massima integrazione professionale anche attraverso l'utilizzo nelle strutture accreditate di professionisti pubblici, nell'ambito di un rapporto convenzionale con l'Azienda di appartenenza;

d) vanno predefinite le priorità ed i volumi di attività per linea di intervento così come il corrispondente budget economico;

e) va prevista la possibilità di un riconoscimento economico della produzione oltre il tetto concordato purché sia previsto un sistema di abbattimenti e la produzione venga incrementata solo su linee di attività pre-definite;

f) va data la massima garanzia in termini di:

- appropriatezza;
- qualità e sicurezza;
- gestione dei debiti informativi;
- rispetto dei requisiti di cui ai punti precedenti deve essere sottoposto a verifica e monitoraggio con modalità condivise ed omogenee rispetto alle strutture pubbliche.

Ridisegno dei processi

Individuazione dei responsabili delle funzione di committenza in area vasta

La costituzione di servizi / uffici in area vasta, deputati a gestire la committenza verso le strutture private, rappresenta l'elemento centrale per poter operare quella integrazione nel sistema dei privati cui si è più volte fatto riferimento.

Tali servizi devono operare in stretto raccordo con i Comitati per la verifica dell'appropriatezza.

Partecipazione dei professionisti delle strutture private allo sviluppo delle reti cliniche

Il percorso di sviluppo delle reti cliniche è una della linee portanti del nuovo PSR e, in coerenza con quanto avviene nel versante "interno" del sistema, tale percorso deve garantire il ruolo delle strutture private accreditate nello sviluppo delle reti cliniche.

IX.9.5 Pianificazione delle azioni

Azioni a breve e medio termine

Linee prioritarie di attività delle Case di Cura Multispecialistiche

Per queste strutture valgono le seguenti indicazioni:

a) vanno privilegiate le attività di area chirurgica avendo cura di:
   - selezionare per ogni struttura un numero definito di linee di attività concordate come prioritarie;
   - favorire al massimo l'utilizzo dei professionisti pubblici nell'ambito di rapporti convenzionali con le Aziende di appartenenza;

b) limitare al massimo l'attività medica per acuti riservandola ai soli ricoveri disposti dal Pronto Soccorso di competenza secondo protocolli da concordare;

c) sviluppare l'attività di post-acuzie (riabilitazione e lungodegenza) in stretta continuità con la rete ospedaliera pubblica.

Per l'attività di tipo ambulatoriale delle Case di Cura multispecialistiche valgono gli stessi principi generali ed inoltre:

- va garantita l'integrazione nel CUP locale;
- i volumi di attività vanno concordati per branca e per tipologia di prestazione.

A breve termine occorre portare a regime l'attività di cardiologia riabilitativa della Casa di Cura Villa Serena di Senigallia e di fare un "Progetto Ortopedia" che interessi più strutture.

Linee prioritarie di attività delle Case di Cura Monospecialistiche del settore neuro-psichiatrico

Queste strutture vanno trasformate in strutture residenziali ,con accesso esclusivamente riservato ai pazienti inviati dai Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche competenti per territorio. Va inoltre verificata la possibilità di riconvertirle in parte ad altre funzioni. In questo ambito va a breve termine avviata l'attività di riabilitazione presso la Casa di Cura San Giuseppe di Ascoli Piceno.

Linee prioritarie di attività delle strutture di riabilitazione

Occorre quanto più possibile programmare i volumi, le tipologie di attività e le strutture invianti in modo da dare priorità ad alcuni specifici percorsi riabilitativi.

Linee prioritarie di attività delle strutture eroganti prestazioni specialistiche ambulatoriali

Va data priorità alle prestazioni in cui il settore pubblico presenta liste di attesa. Va inoltre fatto un progetto specifico nel settore odontoiatrico. Come già fatto presente per le case di cura multispecialistiche va garantita l'integrazione dei privati eroganti prestazioni ambulatoriali nei CUP locali.

IX.10 La rete strutturale

IX.10.1 Analisi della realtà regionale

La situazione del sistema sanitario delle Marche presenta una struttura diversificata, polverizzata e frammentata, con una organizzazione delle attività clinico-sanitarie raramente in logica di rete sovrazonale e regionale, con una insufficiente organizzazione a rete dell'assistenza territoriale e dell'integrazione socio-sanitaria e, con un sistema dell'emergenza da consolidare, in termini di operatività, localizzazione delle strutture e livelli di coordinamento. Si impone quindi il passaggio da una logica di assistenza basata su strutture e posti letto ad una logica basata sulle funzioni, che si devono svolgere dentro e fuori le strutture.

Il nuovo PSR descrive il passaggio dall'obiettivo della programmazione tradizionale, rivolto a definire i servizi necessari per soddisfare localmente i bisogni assistenziali della popolazione di un territorio, ad un obiettivo di riprogrammazione e di superamento della frammentarietà dei servizi, per eliminare inutili duplicazioni e creare nuove sinergie ed interazioni.

Le indicazioni deI PSR sono rivolte a garantire dimensioni e caratteristiche delle Unità Operative dal punto di vista della funzionalità e dell'economicità, correlandole ad un bacino di utenza necessario per garantirne la qualità in termini di risultati.

Le attuali strutture, comprese quelle più recenti, sono spesso inadeguate sotto il profilo della concezione stessa dell'organismo ospedaliero, perché basata sul modello della divisione/reparto ospedaliero autonomo ed autosufficiente. L'esatto contrario di quanto richiesto dai nuovi principi per la realizzazione di ospedali ad alta tecnologia ed assistenza, che prevedono l'introduzione di nuovi modelli organizzativi di scala dipartimentale e di modelli organizzativi delle aree di degenza basati sulla modulazione dell'intensità assistenziale. E' chiaro che le risorse assorbite da schemi strutturali – organizzativi non adeguati sono maggiori, che i costi di gestione sono quindi più elevati e che la mancata integrazione genera effetti disfunzionali.

Il nuovo modello organizzativo prevede quindi un sistema sinergico ed omogeneo che integra la funzione sanitaria, diagnostica e terapeutica, con le funzioni di ricerca e di didattica.

Tale integrazione deve avere valenza innanzitutto organizzativa, supportata e possibilmente potenziata dalla tipologia funzionale e dalle soluzioni spaziali.

A questo aspetto si deve aggiungere la necessità di strutturare il sistema ospedaliero come organizzazione a rete in cui, per ogni Area Vasta, la presenza di Centri di Riferimento regionale, che devono garantire l'erogazione di prestazioni delle "alte specialità", si lega con gli altri nodi del network clinico, che sono rappresentati dagli Ospedali di Rete e, in un ambito più locale e con funzioni più limitate, dagli Ospedali di Polo. Tutto questo al fine di offrire la maggiore copertura assistenziale nello specifico bacino di utenza definito dall'AV, secondo modalità di coordinamento e integrazione che sostengano l'equilibrio in termini di dotazioni e livelli di assistenza e che definiscano percorsi di diagnosi e cura garantiti nell'AV.

I nodi/ospedali si coordinano e completano la loro offerta di servizi e prestazioni in modo complementare ed integrato tra loro, in ragione della differenziata distribuzione delle funzioni e delle dotazioni; i nodi/ospedali devono collaborare con i centri di riferimento regionale secondo comuni percorsi diagnostico-terapeutici relativi alle specifiche aree di patologia o di servizio, nell'ambito dei compiti di coordinamento e integrazione definiti all'interno dei *Dipartimenti clinici sovrazonali*.

Il programma di Ricerca del Ministero della Salute, promosso da Umberto Veronesi, "Principi guida tecnici, organizzativi e gestionali per la realizzazione e gestione di ospedali ad alta tecnologia e assistenza", che individuava un modello di ospedale per il futuro, esprimeva non solo rilievi architettonici, bensì una strategia che investiva tutto il sistema sanitario.

Questa strategia, che prevede di progettare una rete ospedaliera che vede le attività diagnostiche distribuite capillarmente nel territorio e le attività terapeutiche concentrate in un numero limitato di ospedali ad alta tecnologia, all'interno però di una logica di continuità assistenziale e di stretta relazione comunicazionale tra i diversi attori del sistema, **è fatto proprio dal nuovo Piano sanitario della regione Marche.**

In quest'ottica molti ospedali esistenti, potrebbero così seguire la strada della riqualificazione per orientarsi ai pazienti fragili, proporsi come centri multispecialistici di diagnosi precoce e di erogazione di servizi innovativi per rispondere ad una nuova domanda di salute dei cittadini.

Pertanto, il problema dell'ottimizzazione dell'organizzazione funzionale e spaziale delle strutture ospedaliere, è inteso come ricerca dell'associazione ottimale delle sue componenti funzionali volta, da un lato, a garantire un efficiente funzionamento dell'organismo edilizio e, dall'altro, al soddisfacimento complessivo degli obiettivi prefissati.

L'idea originaria si è poi espansa e perfezionata in un **nuovo modello di ospedale**: la nuova medicina nell'era "post genomica" prevede ora l'indispensabilità della compresenza della ricerca e l'applicazione rapida alle cure delle nuove tecnologie che ne derivano, in un'indispensabile fusione sinergica da attuare tra le cure stesse e le ricerche. Con l'obiettivo di una migliore comprensione delle malattie, la loro previsione e la successiva possibilità di migliori terapie, anche personalizzate, sorrette da tecnologie avanzate di cura, per ottenere un sensibile miglioramento della qualità della vita per tutti.

A maggior ragione in questo nuovo contesto è indispensabile ricorrere per la progettazione e la gestione ad un approccio innovativo, coerente e avanzato:

- Occorre una rivoluzione nel modo di concepire, progettare, realizzare e gestire l'Ospedale, perché corrisponda alle nuove esigenze e ai nuovi contesti.
- E' necessaria una revisione totale di approccio, un cambiamento di 180 gradi nell'angolo di visuale.
- Tutto deve essere fatto per soddisfare le necessità del singolo cittadino malato e quelle della comunità che lo accoglie.
- Bisogna pensare all'Ospedale anzitutto dal punto di vista degli utilizzatori: questa considerazione, apparentemente ovvia, in realtà, non ha trovato adeguata applicazione e rappresenta un cambiamento epocale, assolutamente necessario.

- E’ indispensabile seguire un percorso razionale, coerente, senza deviazioni.
- Partire da finalità e obiettivi dello specifico ospedale e dall’immagine che se ne vuole dare.
- Percorrere poi in modo consequenziale e integrato tutti i passi necessari, definendo e condividendo: linee guida, politiche, principi operativi che ne discendono, procedure da seguire nella quotidianità.

Il nuovo modello di ospedale preso a riferimento prevede quindi il superamento del concetto di reparto tradizionale a favore del modello dipartimentale, per realizzare funzioni specifiche in settori di “facility” il più possibile comuni: i percorsi di diagnosi e cura possono così seguire percorsi integrati e non gerarchici, che intersecano le diverse facility. Devono cioè essere superate le suddivisioni per funzioni o competenze e dare spazio ad un’organizzazione per “processi” (o percorsi di diagnosi e terapia), in cui il paziente percorrerà un tragitto “orizzontale” attraversando, nel corso del trattamento, una serie a volte molto articolata di unità operative. Il nuovo modello di ospedale può trovare una sperimentazione immediata un nuovo ospedale da avviare, come nel caso dell’ospedale di Jesi.

ll Piano Sanitario Regionale indica chiaramente delle linee “operative” sulla distribuzione dei servizi che dovranno riguardare il massimo soddisfacimento della domanda di assistenza da parte della popolazione residente, a cui rispondere con una offerta che calibri i livelli di attività secondo volumi e tipologie di prestazioni e non secondo le dotazioni strutturali, passando da una logica di efficienza operativa della singola Unità Operativa e della singola struttura sanitaria ad una logica di efficienza allocativa del sistema nella sua globalità.

IX.10.2 Assessment organizzativo, tecnologico e strutturale

Le linee di sviluppo del sistema sanitario vedono il proprio elemento centrale nella definizione di una nuova visione strategica, che ridefinisce il sistema in termini di **sistema reticolare** dell’assistenza. Per l’assistenza ospedaliera, il modello si basa sulla definizione di un unico ospedale regionale articolato nelle diverse sedi (poli ospedalieri – strutture private accreditate - ospedali di rete – aziende ospedaliere e INRCA) per l’offerta dei servizi ponendo al centro i percorsi del paziente.

Tale prospettiva, come già accennato in premessa, si può realizzare esclusivamente dando tempestivo e concreto avvio alla creazione delle reti cliniche. Tale modello consente una forte flessibilità organizzativa, una distribuzione dell’attività basata sulla domanda e una conseguente crescita della professionalità e contestualmente dell’efficienza nell’utilizzo delle professionalità.

Le modalità operative per dare attuazione al modello si basano su:

- uno sviluppo delle **reti cliniche** (necessariamente centrate verso problematiche di salute e di autentica integrazione su base area vasta),

- l'utilizzo di **studi di fattibilità** e delle **sperimentazioni gestionali** quali strumenti per offrire adeguati spazi di collaborazione fra soggetti del sistema; la sperimentazione costituisce uno strumento per superare gradualmente, attraverso processi monitorati, la rigidità del sistema ed introdurre in esso, attraverso forme di collaborazione con altri soggetti, strumenti e modelli gestionali efficaci ed efficienti.

Le reti cliniche vengono ad operare nella rete delle strutture, ospedaliere e territoriali, che si configurano come contenitori per l'erogazione (hardware) delle prestazioni assistenziali che necessariamente vengono ripensati, puntando l'attenzione sugli aspetti di professionalizzazione dell'assistenza garantita dalle aree di degenza organizzate per intensità di cura.

Dalla lettura dell'esistente alla luce del modello proposto nel nuovo PSR, deriva l'evidenziazione delle maggiori criticità del sistema che dovranno essere oggetto delle azioni di adeguamento: tra queste è evidente la rilevanza della corretta programmazione degli interventi strutturali quale elemento di completamento del percorso che si avvierà da subito con il nuovo piano.

L'attuale frammentazione – ovvero non messa in rete - dell'offerta sanitaria in generale, e ospedaliera in particolare, genera di per sé fenomeni di inefficienza a partire dall'utilizzo delle risorse umane che costituiscono l'elemento portante dell'attività clinico assistenziale.

L'attuale modello, basato sull'unità operativa monodisciplinare con una propria equipe dirigenziale e infermieristica e una *dote* di posti letto in un sistema caratterizzato da una distribuzione dell'offerta ospedaliera in molte sedi, genera delle fortissime diseconomie (oltre che delle disomogeneità del carico di lavoro) evidenziabili dalla lettura delle presenze medie dei pazienti nelle strutture.

L'applicazione delle indicazioni del nuovo PSR distinguono invece la dimensione strutturale del sistema rappresentata dalle aree di degenza da quella funzionale delle attività svolte nelle stesse, imponendo sin da subito una reingegnerizzazione dell'assetto delle strutture che a parità di servizi erogati guadagnano in efficienza (anche nel breve periodo considerando il forte turn over del personale). La logica che deve guidare la riorganizzazione del sistema non deve quindi partire dai posti letto bensì dall'analisi dei processi e dei profili di cura.

Il governo delle aree di degenza è garantito dalla componente infermieristica coordinata dal Dipartimento delle professioni istituito, ma non applicato in gran parte del sistema, proprio con la legge regionale 13/03.

La riorganizzazione interna alle aree di degenza delle strutture ospedaliere deve inoltre consentire:

- la diffusione di modelli organizzativi efficienti all'interno del sistema (aree a ciclo breve, aree di day surgery, aree di day hospital, intesività integrata nei Dipartimenti di emergenza urgenza, area pediatrica, lungodegenze post acuzie);
- il superamento della fortissima disomogeneità nel sistema dell'inserimento delle nuove figure professionali dell'assistenza (OSS) che deriva dalla scarsità di risorse infermieristiche disponibili e rappresenta la naturale evoluzione derivante dalla professionalizzazione dell'infermiere (e presenta anche un impatto economico significativo);

- la possibilità di realizzare un benchmarking costante delle aree di degenza e quindi di verificare il grado di efficienza e intervenire nelle situazioni anomale.

Si noti che tale processo è attuabile nel breve periodo e non è vincolato al percorso più lungo e complesso di costruzione delle reti cliniche ed agli interventi di tipo strutturale.

Il percorso individuato dal nuovo PSR ha immediate ricadute nella rilettura degli investimenti strutturali poiché richiede una coerente individuazione delle priorità e garantisce un ulteriore miglioramento dell'efficienza con strutture che saranno progettate sul modello sopra esposto e non adattate allo stesso.

La lettura delle strutture, ospedaliere e territoriali, come elemento di supporto (hardware) alle reti cliniche porta alla definizione di un disegno delle macroaree prioritarie di intervento all'interno del sistema.

L'**area vasta 1** si caratterizza per alcune specificità rappresentate dal rapporto con l'Emilia Romagna che richiedono anche sul livello inter regionale l'avvio di un rapporto di cooperazione al fine di definire un sistema assistenziale coerente per l'area di confine. Tra gli strumenti, sono da ricordare anche gli accordi di confine, che devono evolvere da strumento per definire dei tetti di spesa a strumento di raccordo della programmazione regionale.

Anche nell'area vasta 1 si applicano le indicazioni generali sopra esposte per la valorizzazione delle strutture esistenti che, con l'adozione di modelli organizzativi efficienti ed inserite nel sistema reticolare, riacquistano la capacità di produrre valore aggiunto al sistema.

Si presenta invece specifica la situazione relativa alle necessità di definire sinergie tra le strutture di Fano e Pesaro che vadano oltre l'integrazione già realizzata di alcuni servizi minori. Infatti l'impatto di una configurazione dell'offerta livellata sulla bassa-media complessità, e sostanzialmente invariata tra le strutture, si acuisce in strutture che operano su un bacino di utenza unico.

Nello sviluppo delle reti cliniche la revisione dell'attuale assetto dell'offerta si pone come una delle priorità proprio al fine di individuare un modello organizzativo cui far corrispondere un assetto strutturale. Rimanendo ferma la priorità di sviluppare, per l'Azienda ospedaliera San Salvatore, un percorso coordinato con l'Azienda Ospedaliera Riuniti e con l'INRCA per la costruzione della rete della alte specialità.

L'**area vasta 2** si caratterizza per la presenza di una forte offerta ospedaliera e presenta una specificità relativa all' area "metropolitana" di Ancona con la necessità di:

- sviluppare la funzione di riferimento regionale e nazionale per l'AOU Ospedali Riuniti, in accordo con l'AO San Salvatore e l'INRCA,
- individuare un progetto di sviluppo per il Presidio di alta specializzazione Salesi anche tramite un rafforzamento della relazione con la rete nazionale degli ospedali pediatrici,
- garantire alla popolazione anconetana nella funzione ospedaliera una sinergizzazione delle strutture private;

- ridefinire la mission dell'INRCA all'interno del sistema, individuabile, ad esempio, in uno dei settori di confine della ricerca sanitaria quale quello della medicina molecolare in sinergia con le strutture universitarie regionali.

Gli elementi di riferimento per la revisione dell'assetto sia nell'**area vasta 3** che nell'**area vasta 4**, alla luce dei quali definire le linee di investimento e in aggiunta alle considerazioni generali, sono rappresentati da:

- la necessità di normalizzare la situazione del fermano, nel senso di garantire alla popolazione una offerta adeguata e quindi riportare le risorse già spese entro il sistema dai residenti della ZT 11 nell'ambito della Zona stessa;
- la definizione di un modello di integrazione della sede di Fermo dell'INRCA con la Zona territoriale;
- il percorso di sviluppo delle strutture deve avvenire sempre nella nuova ottica reticolare al fine di non riprodurre un assetto con i difetti registrati già in altre aree (duplicazione dell'offerta, inefficienza dei servizi).

La rilettura in tale prospettiva della offerta ospedaliera per ciascuna delle due aree vaste rappresenta la base per definire interventi che rappresentino un momento di crescita della qualità dell'offerta per l'intero sistema.

Nell'**area vasta 5** la situazione presenta elementi di somiglianza con il quadro relativo alla Area vasta 1 per la necessità di definire uno sviluppo dell'offerta ospedaliera dell'area alla luce di una relazione necessaria con la Regione Abruzzo.

Anche in questo ambito appare centrale la possibilità di dare vita a breve, nell'ambito del percorso di realizzazione delle reti cliniche, a esperienze di integrazione che rappresentano la premessa indispensabile alla progettazione di una nuova realtà integrata e garantiscono nel breve periodo un effetto di riqualificazione dell'offerta e di incremento di efficienza.

In tale percorso è importate individuare un percorso di crescita della specializzazione delle strutture che dovrebbe essere individuata in una ottica di necessaria cooperazione con la Regione Abruzzo e che potrebbe consentire di potenziare l'attrazione dalle regioni meridionali e quindi ampliare il bacino di utenza delle strutture.

IX.10.3 Definizione della strategia e delle linee di intervento

La definizione di azioni nell'ambito ospedaliero riguarda prevalentemente la necessità di intervenire sul funzionamento, e non solo sull'assetto e sulle risorse, per cercare di dar vita ad un "sistema" ed a "reti" in grado di assumere in cura e prendere in carico il cittadino ed i suoi problemi di salute e di farli assurgere a centralità effettive, basando il processo di rinnovamento sui bisogni reali di salute della popolazione.

Un elemento centrale dell'intervento sul funzionamento riguarda l'innalzamento delle logiche funzionali dell'assistenza ospedaliera *al livello di Area Vasta*, con l'assicurazione che a tutti i livelli ci sia contemporaneamente il coinvolgimento in modo integrato delle funzioni ospedaliere. In particolare, le azioni si dovranno rivolgere ad un percorso di razionalizzazione dell'offerta di servizi sanitari nella logica di soddisfare pienamente la domanda espressa dai cittadini marchigiani e, nello stesso tempo, riqualificare le strutture potenziandone le capacità e valorizzando le professionalità presenti rispetto a condizioni modulari di assistenza.

In questo senso, si ritiene che le scelte strategiche dovranno essere approfondite sia con ***sperimentazioni gestionali*** che con la predisposizione di ***studi di fattibilità*** per verificare, ed eventualmente validare, le indicazioni fornite e rendere operative le scelte strutturali, gestionali ed economiche, con particolare attenzione all'analisi costi/benefici.

E' da valutare l'opportunità di utilizzare uno strumento finalizzato al miglior utilizzo del patrimonio immobiliare del SSR.

Contestualmente si potrà quindi valutare quali strumenti utilizzare per la realizzazione dei progetti (quali project financing, valorizzazione o alienazione delle strutture), al fine di incentivare nuove realizzazioni funzionali al miglioramento dei servizi sanitari.

IX.10.4 Pianificazione delle azioni

A fronte dell'analisi delle criticità e dei dati di attività, i principali orientamenti che sono emersi individuano la necessità di intervenire sulla riorganizzazione della rete ospedaliera per riorientare i flussi di mobilità passiva dei residenti verso le strutture presenti nell'AV di riferimento in ragione dell'adeguamento e del completamento dei servizi offerti. In particolare si evidenziano i seguenti obiettivi principali elencati in ordine di priorità in un orizzonte temporale di ***medio-lungo termine***:

- **Riqualificazione INRCA**

  Lo studio di fattibilità deve analizzare la possibile riqualificazione della struttura per la creazione di un punto di eccellenza nel trattamento delle persone anziane; dovrà essere valutata anche l'opzione di un trasferimento della sede, motivato dall'inadeguatezza spaziale dell'attuale struttura. Il trasferimento dell'INRCA di Ancona in una nuova sede potrebbe garantire maggiori servizi nell'area della ricerca e dell'alta specializzazione, consentendo inoltre lo sviluppo di funzioni proprie di un centro specializzato in oncologia, strettamente connesso con le attività di ricerca nel campo della medicina molecolare. Una struttura rinnovata e potenziata, consentirebbe all'INRCA di giocare un ruolo di Agenzia Nazionale per l'Invecchiamento, così da proporsi quale attore qualificato per un approccio sistemico nel settore in termini di assistenza, studio e proposta a livello nazionale e internazionale, in grado di fornire risposte in termini di spazi adeguati per la ricerca, formazione, laboratori nonché di comfort per i pazienti.

  L'INRCA rientra pienamente nella programmazione regionale e si colloca in rete con tutto il sistema territoriale e ospedaliero.

Si darà immediata attuazione al protocollo d' intesa sottoscritto fra il Comune di Ancona e la Giunta Regionale che prevede anche la realizzazione di un punto di primo intervento presso l'attuale sede dell'INRCA.

- **Analisi dell'Area Vasta 1**

La sperimentazione gestionale avviata per l'integrazione Fano-Pesaro sarà rafforzata in relazione alle condizioni di offerta all'intero bacino di utenza di una gamma completa di servizi che si integrano in logica di differenziazione che valorizzi le professionalità delle attuali strutture ospedaliere (San Salvatore e Santa Croce), con l'eventuale eliminazione delle duplicazioni di particolari aree specialistiche.

Si potrà contemporaneamente avviare uno studio di fattibilità che analizzerà il territorio dell'Area Vasta 1 per la valutazione dei parametri necessari e della localizzazione per la realizzazione di un eventuale nuovo ospedale di riferimento quale punto di eccellenza dell'area nord regionale.

- **Analisi dell'Area Vasta 2**

Lo studio di fattibilità per l'INRCA potrà inoltre avere un ambito di approfondimento ben più allargato, in quanto dovrà essere funzionale ed analizzare l'intera area "metropolitana" di Ancona, all'interno della quale stabilire un protocollo di intervento che tenga conto di tutte le esigenze che emergono dal territorio. Lo studio di fattibilità dovrà anche prendere in considerazione ed analizzare sia la possibilità del trasferimento del Salesi in sede dedicata in località da individuare, in modo consono alle caratteristiche dei pazienti e tenendo conto delle esperienze nazionali, eventualmente all'interno dell'area di Torrette; sia la riqualificazione dell'ospedale di Osimo, la cui struttura non è più rispondente alle esigenze del bacino di utenza, mediante la realizzazione dell'ospedale di rete e la riclassificazione delle strutture limitrofe; sia la verifica della situazione dell'urgenza-emergenza della città di Ancona.

- **Analisi dell'Area Vasta 3**

L'analisi dell'AV consente una sperimentazione gestionale in grado di mettere in relazione la complessiva offerta di servizi, così da offrire all'intero bacino di utenza una gamma completa di servizi differenziati che si integrano per eliminare inutili duplicazioni su particolari aree specialistiche in realtà tra loro contigue.

Lo studio di fattibilità analizzerà la realtà dell'area vasta, con particolare attenzione alle situazioni di Macerata, Civitanova e Camerino.

La creazione di specializzazioni, come ad esempio l'UOC di Oncologia di Macerata, dovrà essere espressione dell'integrazione e delle forti sinergie che ne conseguono per la diagnosi e la cura, oltre a introdurre delle forti relazioni tra tutte le realtà presenti sul territorio. Inoltre, dovranno essere portati a termine altri progetti come l'Hospice e la messa a regime della radioterapia intraoperatoria.

- **Analisi dell'Area Vasta 4**

  L'analisi dell'AV mira alla valutazione della complessiva offerta di servizi, così da verificare la disponibilità nell'intero bacino di utenza dell'esistenza di una gamma completa di servizi nelle diverse aree specialistiche con particolare riguardo al rafforzamento dell'attività di ginecologia e ostetricia, nonché delle attività di ortopedia sugli arti inferiori dell'ospedale di Fermo.

  Lo studio di fattibilità strutturale analizzerà le condizioni per la realizzazione del nuovo ospedale di rete di Fermo anche valutando l'eventuale alienazione dell'attuale patrimonio immobiliare, in risposta al suo bacino di utenza, tenendo conto delle caratteristiche dell'offerta e del quadro epidemiologico presenti nelle aree limitrofe.

  La creazione di una situazione di eccellenza dovrà essere espressione dell'integrazione e delle forti sinergie che ne conseguono per la diagnosi e la cura, oltre a introdurre delle forti relazioni con tutte le altre realtà presenti sul territorio.

- **Analisi dell'Area Vasta 5**

  Lo studio di fattibilità, già avviato, analizza il territorio dell'Area Vasta per l'individuazione dei parametri necessari per l'integrazione funzionale delle strutture di Ascoli e San Benedetto, al fine di realizzare un sistema di eccellenza che costituisca un hub (nodo di rete) per la parte sud della Regione.

  La costituzione di una realtà integrata di eccellenza deve rappresentare il punto di riferimento per la copertura della domanda dei residenti, in modo complementare con le altre strutture presenti sul territorio, e con il coordinamento dell'intera attività clinico-sanitaria erogata dalle strutture ospedaliere.

  L'analisi consente una sperimentazione gestionale in grado di differenziare la complessiva offerta di servizi, così da offrire all'intero bacino di utenza una gamma completa di servizi che si integrano ed eliminano le duplicazioni su particolari aree specialistiche.

- **Potenziamento della rete di emergenza-urgenza**

  Il potenziamento della rete regionale per l'emergenza urgenza, deve tener conto delle esigenze di copertura del servizio della fascia montana e di quella costiera. Il potenziamento della fascia montana potrà essere realizzato con la creazione di nuove elisuperfici e l'utilizzo di un secondo elicottero, che possa collegare le aree montane con gli ospedali di riferimento in grado di accoglierlo. Rimane sottinteso che va potenziata la capacità di prima gestione dell'emergenza da parte della rete ospedaliera in sede montana, con particolare riferimento agli ospedali di rete (Fabriano, Urbino e Camerino – San Severino), come anche delle sedi in ubicazione montana non strutturate in ospedali di rete, ma comunque fruibili e collegate al sistema dell'emergenza (Pergola, Amandola, Cingoli, Matelica e Novafeltria).

  La realizzazione di uno studio di fattibilità e la definizione di una sperimentazione gestionale, comprenderanno l'analisi per la riqualificazione delle strutture di rete, che

costituiscono il punto di snodo fondamentale della rete ospedaliera e del sistema dell'urgenza emergenza, ad integrazione dei centri ospedalieri di eccellenza e dei servizi territoriali, al fine di differenziare e potenziare l'assistenza nell'area dorsale appenninica della Regione, con specifiche funzioni definite nell'ambito dei percorsi diagnostico-terapeutici e dei profili di cura.

X RETE DELL'EMERGENZA URGENZA

X.1 Analisi realtà regionale

Durante gli ultimi 15 anni la Regione Marche ha progressivamente riorganizzato il Sistema di Emergenza Sanitaria seguendo le indicazioni del D.P.R. 27 Marzo 1992 e l'atto di intesa tra Stato e Regioni "Linee Guida n 1/1996". L'analisi dell'esistente e i criteri di riorganizzazione sono contenuti nella Legge Regionale n.36 del 30 Ottobre 1998.

Il nuovo sistema, che parte da una realtà non uniforme di numerose strutture e funzioni che operano senza strumenti né logiche di rete (ambulanze del volontariato, pronti soccorso, sale operatorie, servizi di diagnosi, rianimazioni e terapie subintensive, unità coronariche, terapie intensive neonatali) segue le indicazioni della normativa nazionale.

Nasce il sistema di allarme sanitario (SAS), si attiva il sistema territoriale di soccorso (STS) e si articola la risposta ospedaliera sui 4 livelli indicati dalle Linee Guida 1996:

a) punti di primo intervento;
b) pronto soccorso ospedalieri;
c) dipartimenti di emergenza ed accettazione (DEA) di primo livello;
d) dipartimenti di emergenza accettazione (DEA) di secondo livello.

Le Strutture

Il sistema di allarme sanitario è organizzato in 4 centrali operative (C.O.) sovrazonali che fino al 2003 dipendono dai DEA e nel 2003 diventano strutture complesse (DGR 97/ 2003) gestite da un Direttore.

Le Postazioni Territoriali (POTES) sono distribuite nelle 4 aree gestite dalle 4 C.O. secondo criteri di tempi di percorrenza, mezzi ed equipaggi per il soccorso di base ed avanzato, in accordo con le indicazioni del Comitato Regionale Emergenza Sanitaria e delle Direzioni delle Aziende / Zone.

E' attivo un Servizio di Elisoccorso Regionale con base presso l'AOU "Ospedale Riuniti" di Ancona.

I Dea di 1°livello sono 12 (Pesaro, Fano, Urbino, Senigallia, Iesi, Fabriano, Civitanova, Macerata, Camerino, Ascoli Piceno, S. Benedetto del Tronto, Fermo).

I DEA di 2° livello erano 2 (Pediatrico presso l'Ospedale Salesi, Adulti presso l'Ospedale di Torrette); dall'istituzione degli AOU "Ospedali Riuniti" di Ancona è unico.

Tutti i DEA sono gestiti da un Direttore di Dipartimento coadiuvato da un comitato di dipartimento.

X.2 Elementi di criticità e punti di forza

X.2.1 I punti di forza

- **La formazione**

Nel 2001 sono formati, con Corso Regionale, i Referenti Specifici per ogni Zona/ Azienda per la formazione nel campo dell''Emergenza pre e intraospedaliera.

E' del 2001 la delibera della Giunta Regionale n.1405 sui percorsi formativi per le figure professionali sanitarie e non sanitarie del sistema emergenza sanitaria della Regione.

La rete di Referenti, sulla base dei percorsi formativi regionali, programma e attua la formazione per ogni area e cura la redazione e l'aggiornamento delle Linee Guida dell'Emergenza Territoriale (Libretto Giallo), dei Dipartimenti d'Emergenza (Libretto Verde), dei Soccorritori (Libretto Blu).

Inoltre in questi ultimi dieci anni si attuano 3 edizioni del corso regionale di formazione per il conseguimento dell'idoneità all'esercizio dell'attività medica di emergenza territoriale.

Il Personale delle Centrali Operative è formato, per la recezione della chiamata e l'invio del mezzo più idoneo, all'uso di una scheda di dispatch uniforme nelle 4 Centrali.

Presso il Dipartimento di 2°livello dell'AOU "Ospedali Riuniti" di Ancona si svolgono sessioni mensili di AUDIT CLINICO che coinvolgono tutti gli operatori dell'emergenza.

I soccorritori sono formati all'interno del progetto regionale BLSD preospedaliera: attraverso un processo di formazione a cascata (49 istruttori), si completa la formazione di 2350 esecutori BLSD allo scopo di avere per ogni equipaggio non sanitario una persona capace di utilizzare il Defibrillatore Semiautomatico (DAE) in attesa di un mezzo di Soccorso Avanzato con medico e/o infermiere.

E' in corso, non ancora completato, un progetto – obiettivo Defibrillazione dentro l'ospedale, sempre a cura della Rete dei Referenti per la formazione in Emergenza Sanitaria coordinata dall'ARS.

- **L'informatizzazione (punto di forza con criticita')**

A partire dal 1999 (DGR 446) sono stati realizzati, con passi progressivi, l'informatizzazione delle Centrali Operative (118 net con datawarehouse) e il progetto di integrazione DEA – C.O. –POTES (PODEA).

L'informatizzazione ha gli obiettivi di:

- gestione e coordinamento dell'emergenza sanitaria;
- raccolta dati, elaborazione, statistiche;

- passaggio in linea delle informazioni utili tra le diverse fasi della assistenza - cura del paziente acuto;
- disponibilità in tempo reale dei posti letto per acuti;
- gestione e coordinamento dei trasporti secondari e programmati;
- registri regionali per patologie alto rischio;

Il Sistema è funzionante presso le 4 centrali operative, presso i Pronto Soccorso, le Rianimazioni Terapie Intensive (RTI), le Unità Coronariche (UTIC), tutte le POTES e, come fulcro centrale, presso l'Osservatorio Marchigiano dell'Emergenza Sanitaria (OMES – ARS).

L'OMES svolge funzione di appoggio agli operatori incaricati delle registrazioni , individua i punti di discontinuità della rete e si preoccupa di stilare e inviare alle Direzioni reports semestrali.

Sono considerati ancora aspetti critici:

- la manutenzione e rinnovo del sistema informatico;
- l'elaborazione statistica;
- la gestione on line dei trasporti secondari urgenti e/o programmati.

➢ I percorsi regionali – le reti integrate (punto di forza con criticita')

L'obiettivo delle reti integrate per la continuità dell'assistenza dei pazienti acuti affetti da patologie ad alto rischio è stato perseguito in questi ultimi cinque anni con molta attenzione in collaborazione con gli operatori sanitari del territorio e degli ospedali.

Sono attualmente a buon punto:

1. il Sistema integrato di assistenza ai pazienti con trauma grave (SIAT Marche);
2. la rete integrata per l'assistenza cardiologica;
3. i profili di cura per il paziente con ictus cerebrale;

L'organizzazione in rete inizia a realizzare l'interdipendenza tra le strutture Spoke e i rispettivi Centri di Riferimento Regionali, garantendo tempestività nella fase acuta, appropriatezza e continuità dell'assistenza.

Nel 2003, a seguito di due indagini conoscitive regionali dedicate ai carichi di lavoro nelle RTI e alla difficoltà nelle dimissioni verso strutture di recupero e riabilitazione, i Direttori di Anestesia e Rianimazione hanno raggiunto un consenso su alcune azioni volte alla ottimizzazione della rete delle Rianimazioni (oggi considerata sufficiente) e al più tempestivo e appropriato trasferimento a strutture di livello intermedio.

L'organizzazione del trasporto secondario presenta elementi di criticità che si manifestano con lunghe soste dei mezzi e degli equipaggi in attesa dell'esecuzione delle prestazioni specialistiche.

Il punto di riferimento regionale

Presso l'ARS è funzionante un Punto di Riferimento Regionale che fa capo ad un Responsabile e all'Osservatorio Marchigiano dell'Emergenza Sanitaria (OMES).

Il Centro Regionale lavora, con la partecipazione degli operatori sanitari, su obiettivi condivisi con il Servizio Sanità e con il Collegio delle Direzioni .

Sono attivi i gruppi di lavoro multidisciplinari e multiprofessionali:

- Medicina d'urgenza e Pronto soccorso;
- DEA e Rianimazioni (RTI);
- Referenti Zone/Aziende per la Formazione in Emergenza;
- Centrali Operative / Soccorso Territoriale;
- Sistema Regionale Trauma Grave;
- Integrazione Informatica DEA – C.O. -POTES e Rete Radio;
- CORDE – coordinamento Progetto PAD (public access defibrillation);
- Trasporti secondari e/o sanitari.

I gruppi di lavoro procedono partendo dall'esistente, cercando di evidenziare i nodi cruciali, proponendo le soluzioni; il risultato condiviso è portato a conoscenza delle Direzioni, si prendono in considerazione le risorse e la formazione, si formalizza il documento di indirizzo, si prevede un periodo di sperimentazione e valutazione.

➢ L'osservatorio Marchigiano Emergenza Sanitaria (OMES)

L' OMES è funzionante presso l'Agenzia Regionale Sanità con l'obiettivo di monitorare i processi ed analizzare i dati del sistema di emergenza.

Le sue funzioni principali sono per ora:

- la gestione informatizzata dei Posti Letto per acuti;
- il registro regionale dei traumi gravi;
- l'analisi dei bisogni di formazione per l'emergenza;
- l'individuazione degli indicatori Datawarehouse 118 net;
- la distribuzione sul territorio delle POTES e dei Punti di Primo Intervento (PPI)
- il coordinamento dei progetti di defibrillazione precoce pre ed intraospedaliera e dei progetti PAD.

X.2.2 Elementi di criticità

➢ Intervalli di tempo dentro l'ospedale

Nei pazienti acuti dilatare gli intervalli di tempo tra una procedura assistenziale e la successiva, comporta un aumento di rischio di complicanze invalidanti e/o di morte e grande spreco di risorse.

A fronte di intervalli di tempo ormai ridotti tra la chiamata del soccorso e l'arrivo presso la struttura ospedaliera, pressoché su tutto l'ambito regionale (a dimostrazione di una buona efficienza del Sistema di allarme sanitario e del sistema territoriale di soccorso), sussistono tuttavia ritardi nei tempi di erogazione delle prestazioni in emergenza all'interno degli ospedali.

Nel percorso del paziente acuto dentro gli Ospedali della nostra Regione sono molteplici le cause che contribuiscono a ritardare le azioni utili.

a) Elementi di criticità nei **Pronto Soccorso:**

- Molte unità operative di Pronto Soccorso **sono sovraffollate** per carenza di risposta del sistema di cure primarie (troppi codici bianchi).
- La funzione di Triage al primo accesso del paziente è ancora incompleta in molti Pronto Soccorso per **carenza di personale infermieristico** dedicato.
- Alcune Unità di Pronto Soccorso registrano carenze nell'organico dei medici da dedicare all'assistenza nelle aree di **Osservazione Breve Intensiva.** (DGR 418 del 10/4/2006 Linee di indirizzo regionali sull'attività OBI).
- I Pronto Soccorso sono parte integrante dei DEA di 1° e 2° livello; per ridurre i tempi diagnostici alcuni Pronto Soccorso dovrebbe disporre di un Ecografo gestito dai medici dell'Unità Operativa adeguatamente formati per eseguire **l'Ecografia Fast**; nella nostra Regione questa apparecchiatura manca in molte Unità Operative.
- Esistono ancora alcune Unità Operative di Pronto Soccorso come quelle di Osimo, Novafeltria, S.Severino, Pergola, Amandola e Recanati situate in Ospedali senza DEA.
- I Pronto Soccorso con un numero elevato di accessi non prevedono ancora **la guardia del personale dei Servizi (Laboratorio e Radiologia)**, ma utilizzano la pronta disponibilità.
- Non esiste **una integrazione** codificata nei vari DEA tra medici del servizio 118 e medici dei pronto soccorso.
- L'assenza di uniformità del Sistema Informatico nei diversi DEA della Regione non consente una analisi–verifica dell'attività attraverso l'uso di indicatori comuni.

b) Elementi di criticità **dentro l'Ospedale:**

- In molti Ospedali non è ancora raggiunto l'obiettivo regionale 2005 **"Defibrillazione Precoce intraospedaliera"**: è necessario completare la formazione del personale e la dotazione di dispositivi idonei.

- Nell'AOU "Ospedali Riuniti" di Ancona, sede dell'unico DEA di 2°livello, non è strutturata una stabile organizzazione con l'istituzione dell'unico **Trauma Center Regionale** e la nomina di un **Responsabile.**
- Non è costante la comunicazione - collaborazione - integrazione tra Ospedali appartenenti alla stessa **Area Vasta**.
- La mancata attivazione del **Teleconsulto** allunga i tempi del trasferimento secondario per i pazienti che necessitano di cure possibili solo nel DEA di 2° livello.

c) **Reti alta specialità**

- E' indispensabile una riorganizzazione della **rete neurochirurgica** con definizione dei criteri di centralizzazione/rientro dei pazienti stabilizzati e con eventuale riconoscimento di centri intermedi (hub-spoke) e relative risorse. L'organizzazione delle reti di alta specialità permette la riduzione degli intervalli di tempo con l'uso appropriato e il buon funzionamento del teleconsulto su tutto il territorio regionale.

➢ Dimissioni dalle Rianimazioni Terapie Intensive (RTI)

Risulta dalle indagini conoscitive effettuate nella nostra Regione che è ancora molto difficile trasferire i pazienti nella fase postacuta in unità di riabilitazione, in aree di lungodegenza o in residenze; ciò comporta assistenza non appropriata e occupazione impropria di letti dotati del massimo delle risorse.

a) **all'interno delle Aziende**:

- la gestione informatizzata dei posti letto per acuti permette alle Direzioni Sanitarie di seguire in tempo reale il movimento dei pazienti ricoverati nelle RTI: si auspica che tale procedura vada presto a regime;
- all'interno dello stesso Ospedale o di altro Ospedale di Area Vasta sono ancora carenti le aree di lungodegenza dotate di personale formato;
- all'interno dell'AOU "Ospedali Riuniti" di Ancona sede di DEA di 2°livello le due unità di Cura Intermedia - Semintensiva previste per la stabilizzazione del paziente in fase postacuta non sono funzionanti per mancanza di personale infermieristico;
- manca un'Unità Spinale in ambito regionale.

b) a livello **territoriale**:

- la rete delle strutture/attività della post-acuzie, a partire dall'alta specialità riabilitativa, riabilitazione intensiva ed estensiva, lungodegenza, Residenze Sanitarie (RSA), fino a giungere all'assistenza domiciliare integrata (ADI) è da implementare tenendo conto dei bisogni, dei tempi di attesa e del costante utilizzo di letti fuori Regione.

➢ Governo del soccorso territoriale per area vasta

Il sistema di soccorso territoriale della Regione, se pur funzionante e in continuo miglioramento, appare frammentato e non omogeneo; **il governo** sul bacino di utenza di Area Vasta è lo

strumento indispensabile al consolidamento delle relazioni tra Centrali Operative, Equipaggi di soccorso, Aziende Sanitarie/Zone e Servizi.

a) **strategia regionale** uniforme

- le problematiche dell'Emergenza sono numerose e complesse; un Gruppo Regionale di Riferimento dovrebbe attuare il monitoraggio e occuparsi di mantenere una coerenza sovrazonale. È necessaria un'attenzione continua all'integrazione tra le diverse fasi dell'Emergenza e all'attuazione delle sinergie anche con le componenti di Emergenza non Sanitaria;

b) **centrali operative** (C.O.)

- Sono in parte appartenenti all'ASUR, in parte alle Aziende Ospedaliere. C'è carenza di personale medico per la gestione, di personale infermieristico per la funzione di postoperatore, di tecnici operatori radio;

c) **trasporti secondari** urgenti e programmati

- Alle C.O. va inoltre affidata la gestione dei trasporti secondari e di quelli programmati in genere (nodo critico) per Area Vasta, in quanto strettamente intrecciati con i trasporti in emergenza (in pratica utilizzano la stessa organizzazione, lo stesso personale e gli stessi mezzi). L'intero sistema dei trasporti secondari e programmati va rivisto in un ottica di razionalizzazione e di appropriatezza d'uso del servizio;

d) punti di **Primo Intervento** e Continuità assistenziale

- Da considerare le sovrapposizioni delle due funzioni, tenendo conto dei bisogni dei cittadini e delle aree poco accessibili o lontane dai DEA. Sono riordinabili solo con lo strumento "governo Area Vasta".

➢ Carenza di dati Epidemiologici relativi all'Emergenza nelle Marche

L'epidemiologia in emergenza è strumento essenziale per l'audit organizzativo e clinico, il miglioramento dei risultati, l'ottimizzazione delle risorse e la verifica delle buone pratiche.

a) **sistema informativo integrato** (DEA-C.O.-Potes) per l'emergenza sanitaria

- già funzionante su tutto il territorio necessita di rinnovo ed evoluzione dell'intero sistema mantenendo la filosofia di integrazione tra le diverse fasi e quindi monitoraggio in tempo reale di processi e facile elaborazione dei dati. Fa capo all'Osservatorio Marchigiano di Emergenza Sanitaria (OMES) presso l'Agenzia Sanitaria Regionale. È auspicabile un impegno delle Direzioni Aziendali e del governo di Area Vasta per la valorizzazione della registrazione dei dati come parte essenziale della cura dei pazienti

➢ Pianificazione dell' intervento sanitario per le Grandi Emergenze

Le recenti esperienze legate al bioterrorismo, al verificarsi di fenomeni meteorologici estremi, a grandi epidemie evidenziano la necessità di mettere in atto sistemi di sorveglianza e piani sanitari di risposta adeguati.

Nella nostra Regione l'organizzazione è per ora affidata alla Protezione Civile.

Esiste la necessità, ormai evidenziata anche a livello interregionale, di organizzare **una "rete sanitaria"** per la gestione delle grandi emergenze, con riferimento diretto presso il Servizio Salute Regionale e specifici punti nella Centrale Operativa 118 Regionale e nelle Aziende Sanitarie.

X.3 Definizione della strategia e delle linee di intervento

➢ Il Problema

Il Sistema di Emergenza Sanitaria è caratterizzato da elevata complessità e grande impiego di risorse: poiché l'obiettivo costante è l'appropriatezza delle cure, l'Emergenza deve essere organizzata e gestita per rispondere esclusivamente alla domanda di salute del paziente con problemi urgenti e gravi.

Il presupposto indispensabile al suo buon funzionamento è l'esistenza di un sistema di offerta organizzato per far fronte ai bisogni di salute comuni, medio gravi e programmabili.

Il Miglioramento del Sistema, che ha come obiettivo la continuità nell'assistenza dei pazienti nella fase acuta della malattia, deve tendere al consolidamento delle azioni utili all'integrazione della componente ospedaliera (DEA) con quella territoriale.

Gli elementi che condizionano l'ottimizzazione delle risorse per l'Emergenza Sanitaria sono quindi:

1. il **potenziamento** delle **cure primarie**;
2. la riorganizzazione per Aree Vaste del Sistema 118 inteso come Centrali operative e Sistema territoriale di soccorso;
3. l'attuazione di un **piano di riordino ospedaliero** e quindi il buon uso dell'ospedale;
4. **l'efficienza dei trasporti secondari urgenti** e per i pazienti a rischio.

Altrettanto importante, per proseguire rapidamente nel lavoro di sistema e di rete già ben avviato in questi ultimi anni, è la conferma di una strategia regionale condivisa anche dagli operatori delle Zone /Aziende e dalle Direzioni Sanitarie.

Le azioni di miglioramento possono comportare un impegno di spesa affrontabile se si rendono possibili le trasformazioni necessarie ad evitare gli sprechi.

➢ Disegno

Il Sistema Unico di Emergenza Sanitaria dovrà essere disegnato su tutto il territorio regionale in modo orizzontale-circolare per ciò che riguarda i Dipartimenti di Emergenza (DEA) e con tante linee verticali periferia – centro, centro – periferia per ciò che riguarda il soccorso territoriale e i trasporti secondari urgenti e protetti.

➢ Rete orizzontale – circolare dei Dea e del Sistema 118

Il sistema dei DEA di 1° e 2°livello costituisce **il Riferimento Organizzativo Permanente** del sistema di emergenza regionale unico in quanto:

- luogo di garanzia delle cure e sicurezza per il paziente;
- regolatore degli accessi/ricoveri all'interno degli ospedali;
- risposta qualificata e specifica che tiene conto del "fattore tempo";
- punto di incontro della cultura intensivistica multidisciplinare e multiprofessionale;
- organizzazione e realizzazione quotidiana del lavoro di equipe.

Deve pertanto essere considerato come **il Centro Forte** della **Rete di garanzia e sicurezza** dell'Emergenza Sanitaria.

Il Sistema 118 garantisce per protocolli e percorsi terapeutici condivisi la tempestività dei soccorsi, il trasporto sanitario in emergenza urgenza ai DEA di I livello e la centralizzazione dei pazienti al DEA di II livello.

La Rete degli Ospedali sede di DEA **si integra** con il sistema di soccorso territoriale e **comunica** con il sistema di allarme sanitario 118 attraverso **una rete verticale** che garantisce la continuità delle cure.

Nella nostra Regione i DEA appaiono come anelli deboli del sistema dell'Emergenza per le criticità già evidenziate che concorrono a interrompere la Rete di Garanzia e Sicurezza.

Per **riqualificare** il sistema è necessario:

- partire dalla riorganizzazione delle Cure Primarie garantendo accessibilità, appropriatezza e sicurezza dell'assistenza; questa azione diminuirebbe **il sovraffollamento** dei Pronto Soccorso (molto volume, poco tempo, poco personale, poche indicazioni al ricovero);
- ridurre gli intervalli di tempo all'interno dell'ospedale (tempi diagnostici, di accesso alle sale operatorie e alle terapie intensive di ricovero specialistico) nel rispetto dei percorsi condivisi per le patologie ad alto rischio;
- facilitare l'organizzazione dei **trasporti secondari urgenti** come misura essenziale di integrazione fra i DEA di area vasta e fra i DEA di 1°liv. e il DEA di 2° liv.;
- nella fase postospedaliera migliorare la **terapia definitiva postcritica implementando** le strutture di recupero regionali di diverso livello;
- potenziare, rendendo più appropriata e tenendo conto dei tempi di soccorso e di trasporto, l'utilità delle sedi di **Pronto Soccorso e di Punti di Primo Intervento (PPI) negli Ospedali privi di DEA** (non costituiscono punti di garanzia e sicurezza e spesso fanno perdere il tempo utile ad una cura appropriata);
- valutare la possibilità di razionalizzare **il numero dei DEA di 1°livello** considerando la poca distanza tra alcuni ospedali, il numero degli accessi / anno e i costi del personale di guardia, carente ancora in alcuni DEA.

➢ Rete verticale (Continuità delle cure)

E' costituita dalle linee che collegano le Centrali Operative e il Sistema di Soccorso Territoriale con i DEA che sono organizzati in sinergia per garantire tempi di intervento rapidi e qualità delle cure nella prima fase del percorso assistenziale e per il trasporto al DEA -tempestività e sicurezza della fase preospedaliera-

a) le Centrali Operative (C.O.):

- rispondono alle chiamate dei cittadini e degli altri Servizi di Emergenza non sanitaria;
- decidono l'invio degli equipaggi di soccorso secondo codici condivisi uniformi;
- stabiliscono la comunicazione tra il sistema dei DEA e il Sistema di Emergenza Territoriale;

b) le postazioni territoriali di soccorso (POTES) sono distribuite su tutto il territorio regionale e dispongono di mezzi con equipaggi sanitari per il sostegno avanzato delle funzioni vitali (medici e/o infermieri) e di mezzi con equipaggi non sanitari per il sostegno di base delle funzioni vitali.

Nella nostra Regione il Sistema di soccorso e le Centrali Operative sono funzionanti e in continuo miglioramento: sembra necessario attuare alcune **azioni di consolidamento:**

- delibera di Giunta sulla distribuzione delle POTES**;**
- atto ufficiale **sul governo** del bacino di utenza di Area Vasta;
- atto ufficiale di costituzione del gruppo **"strategia regionale uniforme";**
- passaggio alla dipendenza dei medici dell'emergenza territoriale;
- completamento degli organici delle Centrali Operative in funzione del rispettivo ruolo a livello regionale o di Area Vasta;
- affidamento alle C.O. e implementazione dei **trasporti secondari urgenti;**
- **consenso regionale aggiornato** dei Direttori di C.O., delle Aree Vaste e dei Direttori dei DEA sull'utilizzo degli elicotteri sanitari (tenendo conto di percorsi regionali per patologie ad alto rischio con necessità di centralizzazione rapida, riordino delle POTES e dei PPI, ridisegno della rete ospedaliera).

➢ Strumenti di Integrazione

Si sottolinea l'importanza di far meglio comunicare il sistema preospedaliero con quello ospedaliero attraverso:

1. una evoluzione immediata del sistema informativo integrato (DEA-C.O.-Potes) per l'emergenza (strumento essenziale per l'audit organizzativo e clinico, il miglioramento dei risultati, l'ottimizzazione delle risorse e la verifica delle buone pratiche)
2. il potenziamento dei sistemi di trasmissione dei dati – il teleconsulto è ancora scarsamente funzionante;
3. il buon funzionamento della rete radio ancora molto insoddisfaciente;
4. il completamento dei percorsi e profili per le patologie alto rischio. Sono urgenti:
    - la formalizzazione di un Responsabile del Centro Traumi Regionale;
    - l'organizzazione della rete neurochirurgica regionale e il miglioramento della rete cardiologica – cardiochirurgica;

5. la valorizzazione della formazione (budget su obiettivo prioritario di interesse regionale) del personale che opera in emergenza (punto forte della nostra regione) con particolare attenzione alle sessioni di Audit clinico e organizzativo interaziendali e interzonali con la partecipazione delle componenti preospedaliere e dei Direttori dei DEA.

X.4 Pianificazione delle azioni

Azioni a breve termine

1) Conferma di un unico dipartimento di II° livello ad Ancona, con formalizzazione ed organizzazione di un trauma center regionale.
2) Definizione delle POTES; aggiornamento della funzione dell'elisoccorso regionale: possibile riorganizzazione delle POTES in funzione del ridisegno della rete ospedaliera, delle cure primarie e dell'attuazione dei percorsi regionali per le patologie ad alto rischio. A tal fine la Giunta regionale, sentita la competente Commissione consiliare, provvederà entro il giugno 2008 a redigere un nuovo piano strategico delle POTES, per la miglior copertura dei bisogni del territorio, tenendo conto della necessità di salvaguardare la rete BLSD e, ove utile, di potenziarla sulla base di quanto sviluppato nella sperimentazione territoriale di questi ultimi anni, garantendo, di massima, il mantenimento in via definitiva delle Postazioni attivate in via temporanea dalla legge regionale sull'emergenza.
3) Consolidamento dei DEA di I° livello come momento forte del trattamento del paziente acuto.
4) Riorganizzazione trasporti secondari urgenti e protetti.
5) Attuazione del teleconsulto su tutto il territorio regionale.
6) Evoluzione del sistema informatico integrato DEA-C.O.-POTES e delle radiocomunicazioni.
7) Censimento risorse sanitarie disponibili per le grandi emergenze e piani operativi sanitari.
8) Avvio dell'adeguamento della dotazione organica delle Centrali operative in funzione del rispettivo ruolo a livello regionale o di Area Vasta.
9) Consolidamento delle esperienze esistenti di soccorso a mare.

Azioni a medio lungo – termine

1) Messa a regime del sistema informatico regionale 118 e del sistema radio regionale.
2) Governo del soccorso territoriale per Area Vasta.
3) Riordino del numero delle sedi dei PPI; rivalutazione del numero, delle funzioni e degli orari di apertura, con previsione di chiusura nelle ore notturne, festive e prefestive diurne.
4) Riordino del numero delle sedi di pronto soccorso.
5) Riordino del numero delle sedi DEA 1° livello.
6) Completamento delle reti regionali di alta specialità (neurochirurgica – cardiologico interventistica / cardiochirurgica – pediatrica / neonatale).
7) Implementazione del sistema integrato di assistenza al trauma grave (SIAT Marche).
8) Ottimizzazione del sistema di cure materno infantili.
9) Adeguamento della dotazione organica delle unità operative afferenti al DEA di I° e II° livello.

XI LA RIABILITAZIONE

XI.1 Analisi della realtà regionale

La situazione attuale della riabilitazione

La strutturazione organizzativa attuale prevede che il trattamento riabilitativo debba muoversi su molti possibili livelli di trattamento:

- unità alta specialità riabilitativa (Unità spinale, Unità Risveglio);
- unità speciali riabilitative (Unità Comi permanenti, Unità Gravi insufficienze respiratorie, Unità Sordociechi, Unità Speciale extraospedaliera per le disabilità gravi in età evolutiva);
- reparto per acuti e per lungodegenza post-acuzie;
- reparto di riabilitazione intensivo ospedaliero ed extraospedaliero;
- reparto di riabilitazione intensiva specialistico (riabilitazione cardiologica);
- reparto di riabilitazione estensiva;
- struttura residenziale di tipo riabilitativo;
- struttura semiresidenziale di tipo riabilitativo (diurno/seminternato);
- assistenza ambulatoriale semplice (Presidi) e complessa (Centri);
- assistenza domiciliare, compresa quella erogata in strutture residenziali non riabilitative (es. RP e case di riposo);
- struttura residenziale per disabili.

Ad ognuno di questi livelli corrispondono standard organizzativi e costi e tariffe diversi inoltre spesso un paziente deve essere trattato nel tempo da più di uno di questi livelli e questo deve avvenire nel rispetto della continuità assistenziale.

Avendo come base tale strutturazione, la situazione della riabilitazione nelle Marche può essere riassunta nella maniera seguente:

- rete diffusa delle strutture che erogano prestazioni riabilitative complesse con alcune eccezioni soprattutto in zone di confine;
- forte disomogeneità tra le diverse aree vaste con prevalenza degli interventi a bassa tecnologia e notevoli risorse assorbite dalla riabilitazione ambulatoriale e domiciliare;
- forte presenza storica del settore privato;
- assistenza sanitaria aspecifica e/o inappropriata;
- presenza di offerta di attività di ricovero dell'Unità di risveglio per stati comatosi prolungati, per stati comatosi persistenti e gravi insufficienze respiratorie in numero insufficiente per coprire complessivamente le necessità dei cittadini marchigiani e di quelli extraregionali che qui si rivolgono;
- inappropriato utilizzo di strutture di riabilitazione intensiva ed estensiva (per problemi di natura socio-assistenziale piuttosto che sanitaria-riabilitativa);

- assenza di offerta dell'Unità spinale e conseguente funzione vicaria di ricoveri prolungati (in Rianimazioni o in strutture extraregionali o in riabilitazione intensiva o in unità speciali) che determinano inappropriatezza dell'utilizzo delle risorse medesime e minore efficacia dell'intervento;
- assenza della funzione di ricovero in sede extraospedaliera dedicata alle gravi cerebrolesioni dell'età evolutiva e funzione vicaria di ricoveri prolungati e inappropriati in neonatologie, pediatrie e rianimazioni o in strutture extraregionali;
- funzione di riabilitazione cardiologica concentrata a livello di ricovero ospedaliero in un'unica struttura privata convenzionata con insufficiente sviluppo e governo della attività ambulatoriale;
- assenza di funzione di ricovero riabilitazione respiratoria dedicata ed attività ambulatoriale di settore limitata a poche esperienze.

Normative nazionali di settore

- Decreto Ministero della Sanità: Linee guida del Ministro della Sanità per le attività di riabilitazione (GU 30 maggio 1998, n. 124);
- Accordo Stato Regioni del 23 marzo 2005: previsioni dotazione standard non superiore a 4,5 posti letto ospedalieri per mille abitanti, comprensivi della riabilitazione e della lungo degenza post-acuzie.

Normative regionali di settore

- DGR 2200/00 e succ. mod e integraz. " Manuale di autorizzazione";
- DGR 1889/01 e succ. mod. "Manuale di accreditamento";
- Progetto Obiettivo Riabilitazione e post acuzie previsto dal PSR 2003-2006.

XI.2 Assessment organizzativo, tecnologico e strutturale

Valutazione organizzativa

Le attività della riabilitazione sono direttamente correlate, da un lato all'attività di ricovero per acuti, dall'altro all'attività territoriale e all'integrazione sociosanitaria.

Infatti il percorso del paziente che utilizza i servizi della riabilitazione si sviluppa in genere a partire dal reparto ospedaliero per acuti (ortopedico, cardiologico, neurologico, internistico, ecc.), passa per la riabilitazione intensiva in reparti ospedalieri o extra ospedalieri, l'assistenza residenziale e semiresidenziale sanitaria (RSA, riabilitazione estensiva, ecc.), ambulatoriale e domicilare (presidi e centri di riabilitazione) e si conclude nell'ambito della rete dei servizi socio-sanitari residenziali e domiciliari (RP, Case di riposo, ecc.).

Una delle problematiche che maggiormente si evidenzia è l'insufficiente integrazione dell'operatività dei diversi livelli organizzativi che possono intervenire nel processo riabilitativo: ospedale, strutture residenziali e semiresidenziali, assistenza domiciliare e assistenza ambulatoriale.

Tale situazione crea spesso colli di bottiglia che rendono difficoltoso, se non impossibile, il passaggio di un paziente da un livello all'altro con la conseguenza che in alcune situazioni il paziente stesso e la famiglia vengono lasciati a se stessi senza la dovuta assistenza.

Altro aspetto da porre in evidenza, direttamente connesso al precedente, è che l'organizzazione attuale prescinde spesso da criteri di appropriatezza dell'uso delle prestazioni di riabilitazione. Occorre quindi definire con la partecipazione dei professionisti del settore, i criteri di selezione dei pazienti ed il relativo setting assistenziale dell'offerta, attraverso la predisposizione di profili assistenziali per le principali patologie interessate.

Inoltre la forte presenza storica del settore privato richiede lo sviluppo da parte del pubblico di una miglior governance della committenza.

Infine è necessario procedere alla riclassificazione di alcuni Centri ex art. 26 l. 833/1978 per l'assistenza residenziale ai pazienti disabili (ex art. 26) che pur prevista dal PSR 2003-2006, non è stato avviata.

Valutazione tecnologico - strutturale

L'analisi della situazione non può prescindere dalla verifica di quanto programmato e non ancora avviato nel corso degli ultimi anni. Investimenti sono stati fatti per l'attivazione di nuove strutture di riabilitazione e molti sono in corso o programmati. Molte sono le ipotesi progettuali già concordate con le istituzioni locali in fase di sviluppo più o meno avanzato.

Queste ipotesi vanno valutate all'interno della rete dei servizi della riabilitazione in un ottica di Area vasta. Nel contempo vanno ridefiniti i profili di cura concordandoli con i professionisti e tenendo come obiettivo prioritario le criticità più evidenti in termini di equità di accesso.

Altro aspetto da inserire in tale revisione sono gli standard dotazionali minimi per le strutture della riabilitazione, in grado di garantire oltre all'efficacia degli interventi anche l'efficienza organizzativa.

XI.3 Elementi di criticità e punti di forza

Criticità

Carenze nelle prestazioni riabilitative di alta specialità

L'assenza dell'Unità spinale nella nostra regione comporta mobilità passiva dei pazienti mielolesi verso strutture extraregionali specializzate, e determina una occupazione prolungata di posti in rianimazione generando scarsa qualità dell'offerta ed uso inappropriato delle strutture.

Riabilitazione specialistica cardiologica e pneumologica

La situazione attuale è caratterizzata dalla concentrazione dell'attività di ricovero nella riabilitazione cardiologica in un'unica struttura privata accreditata.

Per quanto riguarda la riabilitazione pneumologica a livello regionale esistono solo esperienze localizzate.

Per entrambi i settori, a partire dalle esperienze esistenti, nelle varie realtà vanno attivati gruppi di lavoro specifici per definire tipologia di utenza, strutture / funzioni da attivare sulla base delle indicazioni delle linee guida del settore, rivalutate all'interno di profili di cura. Per quanto riguarda la riabilitazione cardiologica, va previsto l'avvio strutturato di una offerta almeno ambulatoriale a livello di ciascuna area vasta.

Assistenza ai soggetti in età evolutiva

Va prevista una specifica attenzione ai pazienti in età evolutiva in particolare per quanto riguarda l'assistenza riabilitativa eseguita in regime ambulatoriale ed extramurale. Si tratta di un settore con bisogni crescenti e lunghe liste di attesa per il quale vanno rivisti anche gli specifici criteri tariffari.

Esiste inoltre il problema dell'assenza di strutture speciali extraospedaliere per il ricovero di pazienti affetti da gravi cerebrolesioni in età evolutiva di origine genetica o acquisita che richiedono un elevato livello di cure al fine di garantirne la sopravvivenza. Ciò comporta per le famiglie notevole disagio che aggrava sofferenze già elevate causate dalla condizione patologica.

Mancanza degli strumenti di verifica di appropriatezza e inadeguata funzione di committenza

Vi è la necessità di mettere a punto strumenti per la verifica della appropriatezza delle attività di riabilitazione a tre livelli:

- appropriatezza della tipologia dell'intervento;
- appropriatezza del livello di erogazione dell'intervento;
- appropriatezza della durata dell'intervento.

Per la riabilitazione va rivista la distribuzione delle risorse destinate alla riabilitazione ambulatoriale e domiciliare nelle diverse Zone, favorendo per quanto possibile l'assistenza domiciliare, più gradita ai cittadini ed a volte meno costosa (a causa dei costi dei trasporti sanitari). Nell'ambito delle prestazioni ambulatoriali dei Centri ex art. 26 L. 833/78 occorre proseguire il lavoro per l'identificazione delle prestazioni ad alto costo (età evolutiva) di cui rivedere le tariffe in incremento e le prestazioni di base da ricondurre a tariffe ridotte rispetto alle attuali.

Trasformazione di alcuni Centri ex art. 26 L. 833/1978 in residenze sanitarie e protette per disabili.

Le residenze per disabili assistono pazienti a lungo termine non assistibili a domicilio. Attualmente alcuni Centri ex art. 26 l. 833/1978 pur svolgendo queste funzioni sono classificati e finanziati come Istituti di riabilitazione estensiva.

Va quindi ridefinita, anche in termini quantitativi, la rete delle strutture per disabili classificandole in base alla prevalenza dell'intervento con riferimento a:

- residenze sanitarie disabili (prevalenza intervento sanitario-riabilitativo);
- residenze protette disabili (prevalenza intervento socio-assistenziale).

In questo ambito vanno anche definiti i criteri di tariffazione (che dovranno tenere conto dei livelli di disabilità e della intensità del trattamento di specifici pazienti particolarmente gravi) e di compartecipazione alla spesa, in base alle previsioni normative.

Fuga extraregionale riabilitativa per le prestazioni ortopediche e cardiologiche

Dai dati della mobilità passiva extraregionale appare chiaro che i cittadini marchigiani che si muovono fuori Regione nel settore della riabilitazione, lo fanno spesso conseguentemente ad un intervento di carattere ortopedico o cardiochirurgico eseguito nella stessa struttura extraregionale. Tale situazione appare di difficile soluzione se il problema non viene affrontato nella fase precedente, ovvero nell'offerta di adeguate prestazioni ortopediche e cardiochirurgiche sia per quantità che per qualità.

Tuttavia esiste una certa mobilità nelle zone di confine anche per prestazioni riabilitative eseguibili in strutture regionali, e ciò a causa della difficoltosa accessibilità a strutture regionali. Pertanto vanno risolti prioritariamente tali deficit di offerta.

Va infine affrontato in termini generali il problema della mobilità, verso le Case di Cura private extraregionali in particolare quando rappresentano sacche di inappropriatezza clinica.

Insufficiente integrazione dell'ospedale con il territorio

La funzione della riabilitazione richiede la formalizzazione di rapporti stretti tra l'ospedale, la funzione territoriale e quella dell'integrazione socio sanitaria. Le carenze in tale ambito si riflettono spesso in un eccessivo consumo di giornate di degenza inappropriate nelle strutture per acuti e della riabilitazione intensiva.

Occorre quindi definire, con la partecipazione dei professionisti del settore, i criteri di selezione dei pazienti ed il relativo setting assistenziale dell'offerta, attraverso la predisposizione di profili assistenziali per le principali patologie interessate alla riabilitazione partendo dalle prestazioni offerte dall'ospedale, per giungere a quelle del territorio e del settore socio-sanitario.

Nell'ambito dell'integrazione tra assistenza ospedaliera, assistenza distrettuale e rete socio sanitaria andranno concordate le responsabilità di coordinamento dei profili assistenziali riabilitativi, a livello di area vasta-regione.

Punti di forza

A fronte dei citati punti di debolezza, il settore della riabilitazione nella regione Marche presenta anche molti punti di forza ed alcune eccellenze che vanno al di là dei confini regionali:

- esiste un rete abbastanza diffusa e di buona qualità delle strutture che erogano prestazioni riabilitative complesse e riabilitazione intensiva;

- viene garantito un ampio spettro di attività/prestazioni con alcune criticità già evidenziate;
- vengono offerte prestazioni di Alta specialità e di unità speciali, in ambito riabilitativo, che attraggono pazienti da altra Regioni;
- viene garantita una ampia offerta di assistenza a soggetti affetti da disabilità temporanee o permanenti di vario grado.

XI.4 Definizione della strategia e delle linee di intervento

Piano di risanamento – investimento

Recupero risorse:

- le risorse necessarie allo sviluppo delle funzioni della riabilitazione debbono derivare principalmente dal recupero di efficienza della funzione ospedaliera;
- la gestione dei rapporti con le altre Regioni può contribuire al reperimento delle risorse necessarie grazie ad una riduzione della mobilità passiva extraregionale;
- una adeguata funzione di programmazione basata sul bisogno e l'equità di accesso può consentire uno spostamento di risorse dalla riabilitazione estensiva, da prestazioni di bassa complessità, e da aree "sovralimentate", verso la riabilitazione intensiva, prestazioni di elevata complessità ed aree "sottoalimentate";
- all'interno degli accordi con il settore privato, vanno definiti i criteri di accesso ai Centri Ambulatoriali di riabilitazione, precisando le prestazioni definibili come complesse e quelle definibili come intermedie e vanno concordate tariffe adeguate al costo effettivo della prestazione;
- occorre verificare l'appropriatezza della natura, della durata del trattamento e del livello di erogazione, spostando l'assistenza ai livelli organizzativi più semplici;
- alcune risorse possono inoltre essere recuperate da:
    - applicazione della normativa in materia di compartecipazione dell'utente al costo delle prestazioni socio-sanitarie, laddove ciò sia previsto;
    - revisione della regolamentazione dei trasporti sanitari per la riabilitazione.

Investimenti:

Nel settore della riabilitazione è necessario:

- attivare quanto prima l'Unità spinale, così come previsto anche nel progetto area Urbana di Ancona;
- attivare l'Unità per le Gravi Cerebrolesioni acquisite dell'età evolutiva;
- attivare le strutture/funzioni nelle zone di confine carenti e procedere alla riprogrammazione dell'offerta su base di area vasta.

Modello di sviluppo sistemico

- logica reticolare dell'assistenza riabilitativa: riorganizzazione dell'offerta sulla base del percorso avviato con la progettazione delle reti cliniche;
- individuazione degli standard dotazionali minimi in grado di garantire oltre all'efficacia degli interventi anche l'efficienza organizzativa;
- sviluppo dell'alta specialità (anche in possibile raccordo con altre regioni) secondo il modello dell'hub and spoke con un ruolo concordato e pro-attivo delle Aziende ospedaliere e dell'INRCA;
- ridefinizione del ruolo di governo dei profili assistenziali in ambito riabilitativo.

Ridisegno dei processi

Reti cliniche:

Concordare con i professionisti del settore i profili di cura per le principali patologie riabilitative e definire all'interno degli stessi i criteri di selezione dei pazienti. All'interno dei profili individuare i punti in cui centralizzare e quelli in cui distribuire le attività della riabilitazione.

Committenza:

Definire la struttura organizzativa pubblica deputata al ruolo di committenza nei confronti degli erogatori su base di area vasta.

Rapporti ospedale - territorio

Ridefinire il rapporto ospedale territorio concordando procedure per le dimissioni protette e garantendo attraverso lo snodo delle lungodegenze / riabilitazioni la continuità assistenziale per il paziente.

XI.5 Pianificazione delle azioni

Azioni a breve termine

- Individuazione all'interno dell'organizzazione del SSR del ruolo di governo dei processi in ambito riabilitativo.
- Rafforzamento della funzione di committenza da parte del settore pubblico.
- Revisione dell'atto programmatorio sulla base dell'analisi bisogno / domanda / offerta definendo anche standard dotazionali minimi per struttura.
- Rimodulazione dell'offerta in accordo con il settore privato per garantire una maggiore uniformità sul territorio ed una maggiore equità di accesso e trasferire per quanto possibile parte dell'attività dal regime di ricovero e residenziale a quello domiciliare ed ambulatoriale.

In questo ambito diventa decisivo il ruolo della rete dei servizi territoriali e dell'integrazione socio-sanitaria.

- Avvio del percorso di costruzione della rete clinica con prioritaria individuazione dei criteri di appropriatezza delle prestazioni riabilitative (e modalità di controllo del rispetto degli stessi nell'ambito del percorso avviato con la DGR 1212/04) e definizione dei percorsi ospedale territorio.
- Attivazione/messa a regime di profili di cura per le principali patologie trattate dalla riabilitazione (a partire dalle esperienze già in atto).
- Attuazione delle indicazioni per il recupero di risorse.
- Accordi con le Regioni di confine per ridurre la mobilità passiva nei settori dell'ortopedia e della cardiologia.
- Attivazione progetti specifici per riabilitazione cardiologica e respiratoria.

Azioni a medio e lungo termine

Sul medio – lungo periodo occorre porre in essere le azioni di adeguamento dell'offerta per quanto attiene:

- attivazione strutture nelle zone di confine carenti di riabilitazione;
- attivazione Unità Spinale;
- attivazione Unità Speciale extraospedaliera per le disabilità gravi in età evolutiva;
- trasformazione di alcuni Centri ex art. 26 l.833/1978 da riabilitazione estensiva a residenze sanitarie e protette per disabili, sulla base della casistica trattata e della prevalenza della funzione;
- potenziamento eventuale di alcune funzioni che dovessero risultare nel tempo carenti (es. Unità di risveglio e Unità comi permanenti);
- incremento offerta servizi per pazienti in coma.

XI.6 L'Unità spinale

I dati epidemiologici sull'incidenza e la prevalenza delle lesioni midollari in Italia dimostrano che le lesioni midollari sono da ricondurre per il 75% a cause traumatiche e per il 25% a cause non traumatiche; le cause traumatiche più frequenti vedono al primo posto gli incidenti stradali (50%), seguiti dagli infortuni sul lavoro (20%). Le gravi lesioni midollari colpiscono in buona parte dei casi persone giovani ed attive, spesso con un buon livello di istruzione e di professionalità. Oltre il 70% delle persone colpite ha infatti un'età inferiore ai 60 anni con due picchi di frequenza a 20 e 55 anni ed un rapporto maschi/femmine di 4:1; di essi l'85% fa parte della forza lavoro al momento del trauma. Le stime sull'incidenza annua di mielolesi, cioè il numero di nuovi casi in un anno varia da 18 a 22 per milione di abitanti; di questi il 45% con tetraplegia ed il 55% con paraplegia.

Nella Regione Marche si può ragionevolmente affermare che esiste un buon livello per la cura del paziente con trauma vertebro-midollare nella fase di emergenza a livello dell'AOU "Ospedali Riuniti" di Ancona. Tale buon livello si riduce nella fase acuta (3-4 settimane dopo l'evento lesivo), in quanto non esiste un team specifico di Unità Spinale. Vi è quindi l'impossibilità di realizzare un percorso di cura globale di qualità, come raccomandato dalle linee guida di livello nazionale ed internazionale.

La cura dei pazienti con lesione midollare acuta, provenienti da tutto il territorio regionale marchigiano è stata, fin dagli anni '70, effettuata presso l'AOU "Ospedali Riuniti" di Ancona, dove i pazienti, in fase acuta, venivano accolti in vari reparti, prevalentemente in Neurochirurgia, ma anche in Rianimazione, nei casi più gravi, ed alcuni in Ortopedia e successivamente, una volta stabilizzato il quadro clinico,inviati in diversi centri riabilitativi privati accreditati, dislocati nel territorio regionale, ma anche extraregionale ed estero. Da allora notevoli passi avanti sono stati realizzati, legati in buona parte alla grande evoluzione delle tecniche diagnostiche, ma molto anche all'affinamento dei presidi terapeutici sia chirurgici che conservativi e alla prevenzione delle complicanze terziarie, che hanno portato ad un buon livello la cura il paziente con trauma vertebro-midollare in fase acuta, ma, come si è detto, non ancora adeguati alla realizzazione di un percorso di cura globale di qualità. Infatti in tale fase acuta vige un modello assistenziale frammentato e dispersivo, che penalizza in primo luogo i pazienti, ma anche il personale sanitario specializzato e l'intero sistema, con dispersione delle risorse e pesante aggravio economico a causa dell'elevata mobilità passiva.

Data l'assenza di un percorso curativo globale per il paziente con mielo-lesione, l'obiettivo prioritario è quello di realizzare una Unità spinale con funzioni plurispecialistiche e multidisciplinari finalizzata alla cura globale delle persone affette da lesione midollare con sede, per quanto riguarda la fase dell'emergenza e la fase acuta presso l'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti e per quanto riguarda la fase della riabilitazione presso una struttura (da individuare) a valenza riabilitativa intensiva ospedaliera e/o residenziale con vicinanza logistica e facile collegamento con il presidio ospedaliero di Torrette, che abbia i requisiti specifici strutturali e professionali per l'autorizzazione e l'accreditamento e che sia nella condizione di proseguire in modo continuativo, questa parte del percorso curativo-assistenziale, in collaborazione e con il coordinamento dell'Azienda Ospedali Riuniti, con la quale elabora il progetto riabilitativo per ogni singolo paziente.

Questa fase di stabilizzazione prevede: la rieducazione motoria mediante la fornitura e l'uso corretto degli ausili per gli spostamenti, la stazione eretta e l'eventuale deambulazione; l'applicazione di protocolli avanzati di terapia occupazionale, per il raggiungimento ed il consolidamento dell'autonomia necessaria allo svolgimento delle attività di vita quotidiana,comprese le attività sportive, i programmi scolastici e professionali e la patente di guida.

In questo contesto "Unipolare" possono essere affrontati tutti i problemi che la complessa patologia comporta, ponendo al centro la persona con lesione midollare, intorno alla quale convergono gli interventi dei vari specialisti necessari.

L'ultima fase post-dimissione è caratterizzata dal coinvolgimento delle strutture territoriali di riabilitazione e dei Distretti territoriali di appartenenza che, in collaborazione con l'Unità Spinale, programmano il follow up,mediante visite di controllo programmate o in regime di day hospital. L'Unità Spinale programma anche i rientri in regime di ricovero in caso di complicanze improvvise.

PARTE III – PROCESSI DI SUPPORTO

XII RETE DI INFORMATION COMMUNICATION TECHNOLOGY (ICT)

XII.1 Analisi della realtà regionale

Il sistema informativo del Sistema Sanitario Regionale (SSR) è una realtà composita, costituita da una molteplicità di sistemi distribuiti presso le UU.OO. La differenziazione delle tecnologie e la mancata integrazione dei sistemi è una caratteristica negativa che non contribuisce alla integrazione (a livello regionale) delle informazioni necessarie ad una gestione efficiente delle risorse necessarie del SSR. La stessa caratteristica inoltre argina le potenzialità del SSR nella erogazione dei servizi nella sanità della Regione.

Da parte sua il Governo Regionale ha compreso e condiviso con le strutture del SSR la necessità di avviare un processo di integrazione dei sistemi informativi, questo ha trovato un primo riscontro nella definizione delle attività proposte dal precedente piano di e-HEALTH (2004).

XII.1.1 Il piano di e-Health (2004)

La struttura centrale di governo del SSR e l'ente Regione nell'intento di coordinare ed indirizzare l'evoluzione dei sistemi informativi del SSR, ha definito le principali aree di intervento del piano di e-HEALTH, negli argomenti di :

- Infrastrutture telematiche
- Trasparenza dell'azione amministrativa (magazzino conoscenza del SSR)
- SIA – Sistema Informativo Amministrativo e Gestione Risorse Umane
- Controllo del consumo dei farmaci e della spesa farmaceutica
- Anagrafe sanitaria regionale
- Portale regionale e sistema CUP
- Sistema informativo territoriale
- Emergenza sanitaria
- Integrazione sistemi informativi ospedalieri
- Sistema informativo rete trasfusionale
- Sistema teleconsulto ospedaliero
- Sistema informativo rete trapianti

XII.1.2 Lo stato dei principali interventi

In questi ambiti sono stati avviati progetti che hanno recepito solo in parte e prevalentemente nella componete amministrativa e del personale, le esigenze. Con questo obiettivo si è provveduto ad acquisire un sistema informativo del personale e amministrativo, unico ed integrato con l'obiettivo di esercitare una "azione di governo" organica ed esaustiva.

Attualmente, da oltre una anno, il personale del SSR e il personale del RTI, che si sono aggiudicati la gara, stanno lavorando per implementare il sistema amministrativo non ancora ultimato.

Le altre aree previste dal piano hanno prodotto analisi e studi coordinati con la collaborazione delle strutture centrali dell'ente Regione, nell'ambito delle ZZ.TT e nell'ambito dell'ASUR. Ulteriori iniziative sono state intraprese per la gestione a livello regionale dei processi che hanno riguardato e riguardano processi di: trasfusionale, emergenza-urgenza, controllo spesa farmaceutica, debito informativo, monitoraggio della salute.

Nell'ambito delle infrastrutture sono state intraprese le attività di realizzazione del progetto di rete unica regionale secondo una logica di "magliatura" delle strutture del SSR.

XII.2 Assessment organizzativo, tecnologico e strutturale

Il sistema informativo del SSR è costituito dalle procedure, dai sistemi, dalle tecnologie e dalle regole che gli operatori utilizzano per le loro attività e per il conseguimento di specifici obiettivi. Una classificazione fondata sul contesto in cui questi sistemi operano dà una chiave di lettura per meglio individuare le prossime azioni progettuali.

XII.2.1 La classificazione dei sistemi

Nel loro complesso è possibile classificare i sistemi informativi del SSR in un contesto operativo nel quale si indicano come :

Sistemi Regionali: i sistemi che il governo regionale della sanità utilizza per l'analisi e la definizione dei bisogni, per il controllo della qualità, per la gestione di processi che necessitano di un contesto regionale (ad es. sistema trasfusionale), per il controllo delle risorse, etc. ;

Sistemi di Azienda Sanitaria: sono i sistemi di gestione dei servizi sul territorio delle ZZ.TT. e dell'ASUR o i sistemi tipici, dipartimentali e centrali di un ospedale o di una A.O.;

Sistemi di Integrazione: sono i sistemi e le infrastrutture che consentono di dare continuità di assistenza su tutto il livello regionale, permettendo al paziente di muoversi nell'ambito del SSR con il corredo di informazioni necessarie (anagrafe regionale, infrastrutture telematiche, etc).

XII.2.2 I sistemi del SSR

Sistemi Regionali

I principali progetti attivati per i sistemi regionali sono:

- *Anagrafe Sanitaria Regionale (MEF)*
- *Sistema Trapianti*
- *Sistema screening per la prevenzione*
- *Registro accessi vascolari*
- *Diabetologia*
- *Sistema controllo consumi farmaceutici e spesa farmaceutica*
- *Sistema veterinaria e d alimenti*
- *Sistema informativo prevenzione*

- *Emergenza sanitaria*
- *Sistemi informativi socio sanitari: DB minori e famiglia, Sistema informativo delle dipendenze, sistemi informativi servizi psichiatrici*

Sistemi di Azienda Sanitaria (ASUR e A.O.)

I principali sistemi attivati nelle aziende sono:

- *Anagrafe e medicina di base (scelta e revoca)*
- *Centri Prenotazione Prestazioni*
- *LIS (Laboratory Information System)*
- *RIS (Radiology Information System)*
- *PACS (Picture Archiving Comunication System)*
- *SIO (Sistema Informativo Ospedaliero) - composto principalmente da ADT (Accettazione Dimissione e Trasferimento), Ps (Pronto Soccorso), Gruppo Operativo, Reparto*
- *ADI (Assistenza Domiciliare Integrata)*
- *Vaccinazioni*
- *Protesica e presidi*
- *Medicina legale e fiscale*

Sistemi di integrazione

Livello ASUR: attualmente non esistono integrazioni dei sistemi fra zone differenti
Livello A.O.: i sistemi informativi degli ospedali sono parzialmente integrati
Livello Regionale: non esistono sistemi integrati a livello regionale se si esclude il progetto SIA.

XII.3. Elementi di criticità

La molteplicità e la frammentazione dei sistemi informatici, produce una consistente sofferenza e le conseguenti diseconomie, nell'azione di controllo e di governo del Sistema Sanitario Regionale. Agli effetti indicati contribuiscono in modo determinante alcune cause di natura informatica che sono:

- modelli dati inesistenti o limitati alle singole applicazioni - (assenza "*enterprise data model*");
- integrazione parziale e limitata tra applicazioni diverse all'interno della stessa Azienda Sanitaria, ed assente o quasi tra aziende sanitarie diverse, sia a livello di dati che di processi;
- forte differenziazione delle tecnologie, più o meno obsolete, sia nella stessa azienda che fra le aziende (ad esempio sistemi HW differenti, sistemi operativi diversi, DBMS differenti ed in alcuni casi non relazionali, ambienti di sviluppo differenti, etc.);
- mancanza di un modello architetturale unico, di riferimento per il sistema informativo delle Aziende, che di conseguenza hanno adottato ciascuna un proprio modello;

- strutture organizzative e cultura disomogenea nell'ambito dei sistemi informativi delle Aziende;
- assenza di sistemi relativi alla contabilità analitica che consentano il controllo di gestione regionale.

XII.4. Definizione della strategia e delle linee di intervento

Il presente piano sanitario indica nuovi obiettivi i cui presupposti si fondano su un consistente intervento di natura organizzativa (revisione dei processi) e su dotazioni tecnologiche di elevato livello (le reti: sia nella declinazione di servizio che di patologia) sia dal punto di vista infrastrutturale che dal punto di vista dei sistemi applicativi.

Il primo presupposto, quello organizzativo vede l'adozione di due concetti innovativi: " *centro servizi*" ed " *network di servizi*". Di fatto la componente ICT, nei processi del SSR, perde sempre di più la caratteristica di diffusione e di tecnodiversità, congenita ad uno sviluppo primordiale dei sistemi informativi, ed assume una forma intermedia, nella quale l'ICT dei processi di gestione sono in larga parte centralizzati a livello regionale, e l'ICT dei processi sanitari si concentrano in ambiti dimensionali corrispondenti ai livelli di area vasta e dei relativi centri servizi.

I "*network dei servizi*" sono la sintesi del presupposto tecnologico, per il quale l'intervento è in grado di delocalizzare i sistemi ad alto valore aggiunto del processo diagnostico, terapeutico e assistenziale; garantendo sostanzialmente la diffusione dei loro servizi sul territorio senza l'onere della replicazione degli stessi sistemi e dei costi che ne derivano.

XII.4.1 L'evoluzione del piano di e-Health

L'adozione e la coerenza con il presente piano rende necessaria una riqualificazione degli obiettivi dell'intervento ICT, concentrandoli su due fronti:

1. la verifica ed il consolidamento degli obiettivi principali del piano di e-Health del 2004, con eventuale ridefinizione di alcuni di questi;
2. l'impostazione di nuovi percorsi progettuali orientati alla realizzazione dei "*network di servizio*" e dei "*centri di servizio*".

Mentre è in corso l'assessment relativo al primo dei due punti in elenco, dalle informazioni raccolte siamo in grado di definire i percorsi progettuali necessari al conseguimento degli obiettivi indicati nel secondo punto. Appare evidente che si rende necessaria una fase di tuning alla definizione di ogni singolo progetto

Le stime indicate derivano la loro approssimazione dall'esame delle principali realtà progettuali (nazionali e regionali) che alcune Regioni hanno messo in campo per l'avvio di reti di servizio evolute.

XII.4.2 Le componenti dell'intervento ICT

L'articolazione delle azioni della Linea di Intervento ICT sono orientate agli obiettivi dei due fronti:

➢ La revisione ed il consolidamento degli obiettivi del piano di e-Health (2004)

Il piano di e-Health (2004) ha posto attenzione su alcuni punti di fondamentale importanza per poter dare corso all'evoluzione del SSR indicata e che quindi devono essere considerati con particolare attenzione nel consolidamento e nella ridefinizione degli obiettivi e dei relativi investimenti.

Risultano da approfondire i criteri e le motivazioni che hanno portato alla definizione delle precedenti stime economiche, ritenendo che le stesse debbano riferirsi al modello dei servizi nel suo complesso e non solo ai costi delle "risorse professionali" o dei prodotti acquisibili. Si ritiene pertanto di rivedere le stime delle risorse necessarie al conseguimento degli obiettivi che il presente piano indica alla componente ICT del SSR.

In estrema sintesi ancorché necessaria una revisione complessiva dello stesso piano di e-HEALTH con l'obiettivo di avviare le aree di nuova attuazione, il presente piano garantisce la continuità necessaria alla capitalizzazione dei risultati ottenuti ed al completamento dei sistemi in corso di implementazione. L'elenco che segue evidenzia le aree progettuali prioritarie.

- Infrastrutture telematiche
- SIA – Sistema Informativo Amministrativo e Gestione Risorse Umane
- Anagrafe sanitaria regionale
- Portale regionale e sistema CUP

Un intervento deciso e finalizzato per il conseguimento degli obiettivi inerenti i progetti evidenziati, conferirà al sistema informativo del SSR le rilevanti caratteristiche necessarie alla evoluzione che questo prefigura per il SSR, orientandolo nella direzione dei requisiti di:

Controllo della spesa: attraverso l'attivazione del controllo di gestione previsto nell'ambito del progetto SIA

Riduzione dei tempi di attesa: tramite una visione regionale dell'offerta ed un controllo dei tempi di prenotazione ed erogazione delle prestazioni

Appropriatezza: con la disponibilità di informazioni aggiornate sulla storia clinica dell' assistito e sulle migliori proposte diagnostiche-terapeutiche

Integrazione socio-sanitaria: con le informazioni distribuite nell'ambito territoriale a supporto di una migliore integrazione socio-sanitario (allo stato attuale è importante la verifica degli obiettivi e dei risultati in questo ambito, con un eventuale ridisegno)

L'esame dei valori economici di ogni singola azione (in evidenza) deve essere assoggettata ad un sostanziale riesame, vuoi per il fatto che la stima risulta datata di almeno un triennio, vuoi per il fatto che una eventuale ridefinizione degli obiettivi, mirata all'adozione dei nuovi obiettivi del PSR 2007-2009, potrebbe avere ripercussioni sugli investimenti necessari.

➢ Il livello regionale, i network di servizi, i centri servizi e le azioni di intervento ICT del nuovo PSR 09-07

In modo complementare con le attività per il conseguimento degli obiettivi del paragrafo precedente, questo paragrafo affronta due concetti peculiari del nuovo piano sanitario, infatti il disegno progettuale di riferimento dell'ICT prefigura l'introduzione di due concetti forti: i "*Network dei Servizi*" ed i "*Centri Servizi*".

I "*Centri Servizi*" contengono i servizi di infrastruttura e le attività gestionali a supporto dei "*Network dei servizi*".

I "*Network di Servizi*" a loro volta sono gli strumenti ICT (tecnologici e infrastrutturali) che le "*Reti di Patologia*" e le "*Reti dei Servizi Territoriali*" utilizzano per l'erogazione dei propri servizi.

Lo sviluppo dello schema organizzativo che sottende alla comparsa e alla corretta azione di questi nuovi strumenti del SSR, richiede di attivare nuove regole e modalità di relazione fra gli attori, regole che portano a definire ruoli ed ambiti di responsabilità più complessi, ma che permettono di innescare gli sviluppi necessari per migliorare, da un verso i servizi del sistema e di controllare dall'altro la qualità dei processi

Il modello a rete, che per la Sanità Marchigiana si delinea dal punto di vista organizzativo, trova la risposta dal punto di vista dei sistemi con una suddivisione delle competenze incardinata nelle classificazioni e nei soggetti che seguono.

I livello regionale

I soggetti operativi del SSR sono l'ASUR e le due A.O., che erogano i servizi del SSR, l'integrazione dei servizi a livello regionale richiede che un *ente terzo* sia promotore, coordinatore e controllore delle attività e delle azioni necessarie alla integrazione. I temi affrontati da queste linee progettuali possono anche essere trasversali con altre realtà di servizio della AA.PP. sul territorio regionale, in ogni caso tuttavia l'interesse preponderante è del SSR e nel loro insieme delle tre Aziende della Sanità marchigiana.

I network di servizi

Il presente piano indica nei network: della **diagnostica per immagini**, dei **laboratori**, del **CUP**, dell'**assistenza domiciliare** e dei **servizi amministrativi,** le entità strumentali con cui portare ad un grado maturo di efficacia ed efficienza il SSR.

I "*network di servizi*" sono entità strumentali nella cui realizzazione assumono importanza prevenante le componenti:

- organizzativa e di coordinamento
- infrastrutturale
- tecnologica
- clinico-sanitaria (o amministrativa)

La Regione ed il SSR esprimono soggetti quali interessati e coinvolti nella attività progettuale e di realizzazione delle componenti del network, ognuno per le proprie prerogative e secondo uno

schema che nell'elenco che segue esprime le aree di competenza e responsabilità di ciascuno di essi:

***Network Servizi Amministrativi**:* il coordinamento e l'organizzazione affidati al livello regionale del SSR, le responsabilità e le competenze clinico-sanitarie alle Aziende, la definizione delle tecnologie al livello centrale del SSR* e le infrastrutture al livello centrale dell'ente Regione.

Network Liste di attesa (CUP): il coordinamento e l'organizzazione affidati al livello centrale del SSR, le responsabilità e le competenze clinico-sanitarie alle Aziende, la definizione delle tecnologie al livello centrale del SSR e le infrastrutture al livello centrale dell'ente Regione/Aziende.

***Network Diagnostica Immagini**:* il coordinamento e l'organizzazione affidati al livello centrale del SSR, le responsabilità e le competenze clinico-sanitarie alle Aziende, la definizione delle tecnologie al livello centrale del SSR/Aziende e le infrastrutture al livello centrale dell'ente Regione/Aziende.

Network Laboratori: il coordinamento e l'organizzazione affidati al livello centrale del SSR, le responsabilità e le competenze di processo alle Aziende, la definizione delle tecnologie al livello centrale del SSR/Aziende e le infrastrutture al livello centrale dell'ente Regione/Aziende.

***Network Assistenza Domiciliare**:* il coordinamento e l'organizzazione affidati al livello centrale del SSR, le responsabilità e le competenze di processo alle Aziende, la definizione delle tecnologie al livello centrale del SSR/ASUR e le infrastrutture al livello centrale dell'ente Regione/ASUR.

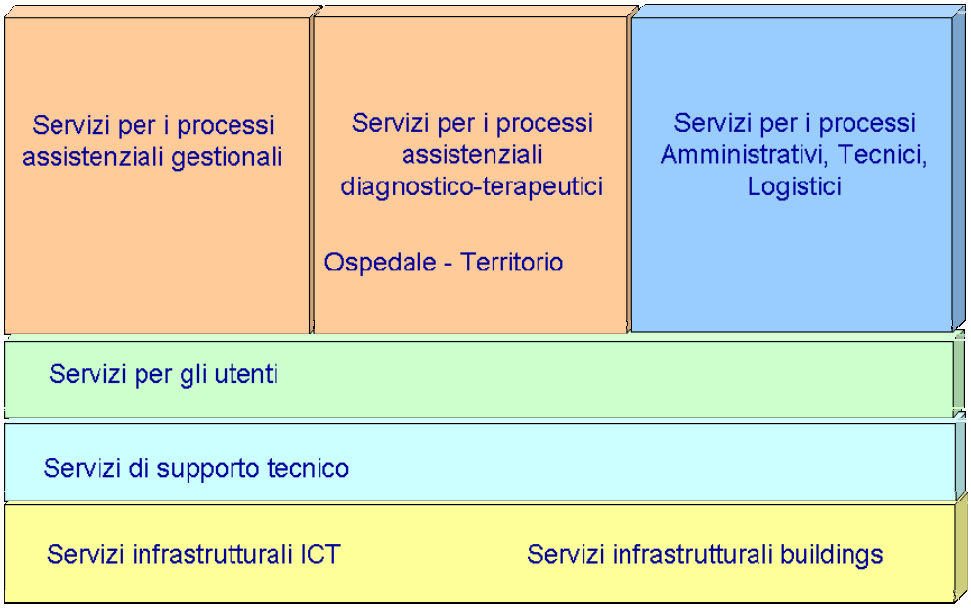
** Nell'elenco il termine SSR esprime le funzioni di indirizzamento e controllo e affidate al Servizio Salute della Regione*

I Centri Servizi

Nella esigenza generale di garanzia di sviluppo e di riordino e di ottimizzazione delle allocazioni delle risorse di ICT, l'attuazione dei Centri Servizi è un passaggio vincolante; l'obiettivo di normalizzare e omogeneizzare il sistema ICT del SSR, richiede di operare con procedimenti e metodiche condivise su realtà dimensionalmente adeguate e logicamente aggregate, con sicura garanzia di qualità anche per realtà geografiche distribuite.

Il requisito geografico trova il proprio riscontro su una struttura di rete di comunicazione affidabile e confacente, mentre la condivisione di un unico modello logico di "*Centro Servizio*" fornisce le necessarie motivazioni economiche ed organizzative.

La figura descrive, in sintesi, la struttura funzionale del *Centro Servizi* dal punto di vista della tipologia dei servizi erogati relativamente ad un sistema sanitario evoluto; in questa ipotesi il soggetto "C*entro Servizi"* è in grado di erogare servizi: infrastrutturali, di supporto agli utilizzatori dei sistemi, di rapporti con i cittadini, servizi di sicurezza, servizi clinico sanitari e servizi amministrativi, tecnici e logistici

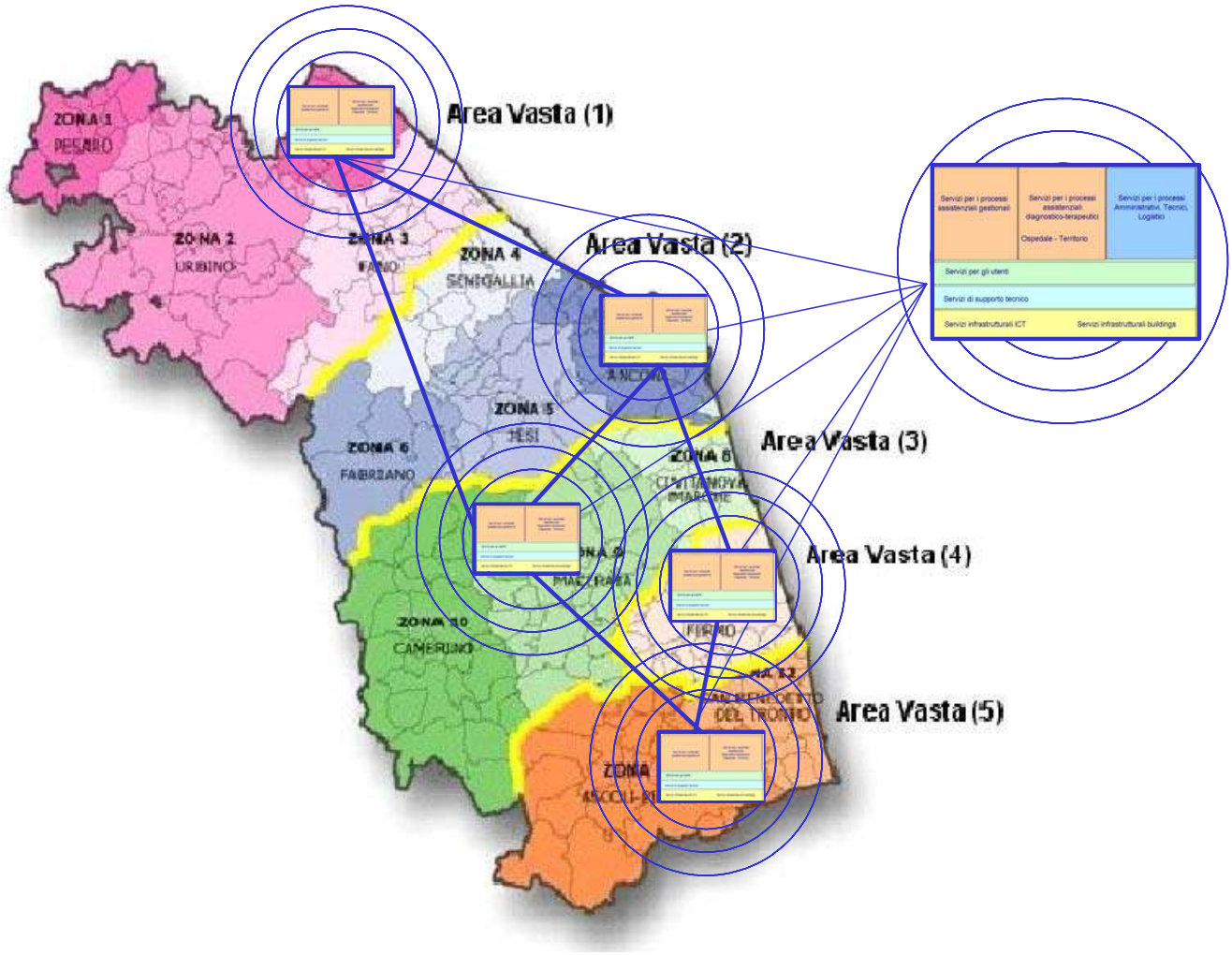


Il Centro Servizi

La rete dei centro servizi

Nel complessivo disegno del soggetto "*Centro Servizi*", la soluzione rispondente alla impronta organizzativa ed alle disposizioni normative regionali di costituzione di Area Vasta, è quella che vede un livello "embedded" per i "network di servizi sanitari" (diagnostica per immagini, laboratori, assistenza domiciliare, Centro Unico di Prenotazione, fascicolo sanitario elettronico, …) ed un livello di Area Vasta per il network a supporto dei servizi sanitari.

La forma assunta dalla complessità e dalla difformità della gestione della componente clinico - sanitaria e la capitalizzazione delle azioni di razionalizzazione dei sistemi amministrativi risultanti dal progetto e-Health (SIA), suggeriscono di improntare le nuove azioni alla realizzazione di un modello tecnologico organizzativo che trova la sintesi nella figura:



La rete dei centri servizi

La figura rappresenta il “network dei servizi” con un fuoco a livello regionale dei sistemi e delle infrastrutture di elaborazione, e la gestione delle procedure a livello di Area Vasta. Il “network” al proprio interno contiene, organizza e regola a continuità di:

- processi clinico sanitari, che racchiudono le linee di indirizzo, la regolamentazione e la normazione necessaria alla condivisione delle informazioni,
- organizzazione e i processi gestionali, affidati agli adempimenti previsti per i Centri di Area Vasta,
- processi di concentrazione o di integrazione dei sistemi residenti presso le strutture di erogazione dei servizi.
-

XII.4.3 L’intervento ICT i nuovi obiettivi di integrazione regionale

L’azione del piano dell’intervento ICT tocca, in questa fase, prevalentemente i sistemi del livello di integrazione regionale. Il quadro per l’implementazione di questi sistemi si prefigura tramite

l'adozione, sistema per sistema, di due differenti modalità e quindi due approcci, questi prevedono nel percorso progettuale di:

- definire le specifiche e i requisiti dei sistemi, acquisire gli applicativi ed i servizi professionali avvalendosi delle risorse e delle capacità che le strutture di ICT del SSR sono in grado di mettere a disposizione, come "interfaccia operativa" dei fornitori dei sistemi implementati

oppure:

- progettare ed acquisire i servizi dei *"network di servizi"* in ottica di outsourcing attraverso la collaborazione delle risorse dell'ICT del SSR che avranno il compito di:
    - ° definire le specifiche ed i requisiti dei sistemi
    - ° gestione operativa dei sistemi
    - ° assumere il controllo della qualità del servizio attraverso strumenti e metodologie di Service Level Agreement (SLA), garantendone il rispetto
    - ° applicare tecniche di benchmarking per la valutazione dei sistemi.

  Tale modello nelle realtà regionali che lo hanno adottato (Toscana, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia-Giulia, etc,) ha consentito ai rispettivi sistemi sanitari di usufruire di servizi definiti, concordati e documentati da parte delle UU.OO., effettuando peraltro, il controllo effettivo sulle prestazioni offerte. Inoltre il personale ITC dei sistemi sanitari ha potuto beneficiare di una importante riqualificazione, in quanto inserito e partecipe direttamente di un processo qualificato del sistema.

L'impostazione organizzativa, gli oneri economici e la tipologia di servizio che conseguono dall'una o dall'altra modalità presentano importanti differenze nei contenuti e nei valori, inoltre l'obiettivo di attivare l'integrazione dei sistemi e le economie di scala relative, presuppone un piano di intervento coerente dal punto di vista della strategia.

Si ritiene, inoltre, importante l'utilizzo di studi di fattibilità e delle sperimentazioni tecnico gestionali mirate a precise applicazioni che consentano una importante fase di verifica operativa delle iniziative introdotte e la possibilità di riutilizzarle con successo in altri settori analoghi con l'ottica del massimo riuso possibile.

La coerenza strategica trova attuazione con gli interventi di integrazione dei sistemi regionali che riguardano

- o *Anagrafe regionale degli assistiti*
- o *Centro Unico Prenotazione Regionale*
- o *Infrastrutture di comunicazione per le reti clinico – sanitarie*
- o *Infrastruttura di servizi (Centro Servizi)*
- o *Fascicolo Sanitario Elettronico (Rete MMG)*
- o *Network Laboratori (Laboratorio virtuale)*
- o *Network Diagnostica Immagini*
- o *Portale Sistema Sanitario Regionale*

XII.4.4 L'intervento ICT e gli obiettivi dei sistemi regionali

Il conseguimento dell'obiettivo di integrazione a livello regionale, descritto nel paragrafo precedente, causa in modo naturale una ricaduta positiva per i sistemi regionali tradizionali, per cui i principali sistemi (s*istema della Veterinaria, sistema degli Alimenti, sistema della Prevenzione, sistema Trasfusionale, sistema Trapianti, sistema Emergenza Sanitaria, sistema dei Flussi Ministero della Salute e Ministero delle Finanze)* saranno riesaminati nell'ambito di un nuovo contesto informativo integrato dal quale attingere e inviare informazioni sia a livello epidemiologico che per i singoli assistiti.

XII.4.5 Preferenza ai sistemi Open Source e Software Libero

Il Sistema sanitario regionale delle Marche, in un'ottica di apertura nei confronti di un contesto che sempre più mostra caratteristiche di condivisione delle conoscenze, modalità di lavoro collaborativo, affidabilità ed economicità, si orienta sui sistemi informatici e di social software non onerosi (free software) e dei quali è disponibile il programma sorgente (open source).

In questo senso dovranno essere, di regola, progressivamente sostituiti i sistemi operativi ed i prodotti di software di base in licenza proprietaria, con sistemi operativi "free" e "open source".

Tutti i sistemi operativi ed i prodotti di software di nuova implementazione dovranno essere di preferenza software "free" e "open source".

Le applicazioni web regionali preesistenti debbono essere progressivamente rese compatibili con i software "free" e "open source".

L'archiviazione e lo scambio dei dati all'interno del Sistema sanitario regionale delle Marche dovrà, di norma, essere realizzato con file in formato aperto (non proprietario) ed in formato Open Document, standard UNI-ISO.

XII.5 Pianificazione delle azioni

La suddivisione in macro attività per l'attivazione di un sistema e la tempificazione relativa è descritta in sintesi con:

- *Definizione delle specifiche funzionali dei progetti individuati (30-50 giorni uomo in ragione della complessità della linea di intervento)*
- *Procedura di attivazione delle gare relative (4-6 mesi in ragione della complessità della linea di intervento)*
- *Implementazione dei sistemi (da uno a due anni a partire dallo start-up in ragione della complessità della linea di intervento)*

Azioni a medio termine

Per contenere i tempi di avvio dei progetti e di attivazione dei servizi si presuppone di operare in “parallelo”, affrontando contemporaneamente nell’arco di due fasi distinte i progetti sotto indicati.

Prima fase

- Infrastrutture di comunicazione per le reti clinico – sanitarie
- Infrastruttura di servizi (Centro Servizi)
- Anagrafe regionale degli assistiti
- Centro Unico Prenotazione Regionale

Seconda fase

- Network Laboratori (Laboratorio virtuale)
- Network Diagnostica Immagini
- Fascicolo Sanitario Elettronico (Rete MMG)
- Portale Sistema Sanitario Regionale.

XIII RETE TECNOLOGICA

XIII.1 Analisi della realtà regionale

L'opera di rilevazione dei principali indicatori sul livello di dotazione tecnologica delle strutture sanitarie pubbliche della Regione Marche (valore globale di rinnovo per posto letto o per abitante, numerosità delle principali tecnologie per abitante, loro dislocazione territoriale, livello di obsolescenza, etc.) è affetta da un non trascurabile margine di errore principalmente dovuto alla assenza, in ambito Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR), di una attendibile base-dati inventariale costantemente aggiornata.

Tuttavia, focalizzando la valutazione su alcune specifiche aree tecnologiche si è potuto analizzarne la dotazione regionale avvalendosi degli inventari aggiornati delle tre aziende ospedaliere e di una parziale ma significativa rilevazione (2004-2005) condotta in ASUR e aggiornata sulla base degli elementi noti.

L'organizzazione delle strutture è di tipo prevalentemente dipartimentale (Dipartimento dei Servizi, Dipartimento Oncologico, di livello aziendale per le Aziende Sanitarie "San Salvatore di Pesaro" e "Ospedali Riuniti di Ancona", INRCA e territoriale per l'ASUR con reti cliniche spesso più virtuali che reali.
Il piano di rinnovo tecnologico, deve essere contestualizzato in un quadro programmatorio complessivo,definito a livello centrale, tarato sul setting operativi presenti nelle strutture ospedaliere e nell'ottica delle reti.

XIII.1.1 Assessment tecnologico

Dalla analisi dei dati disponibili sull'attuale installato in tecnologie biomediche in ambito regionale ed in relazione alle possibili evoluzioni del sistema sanitario marchigiano è possibile individuare alcune principali linee di intervento e sviluppo nelle aree relative a:

- Diagnostica per immagini
- Radioterapia
- Information & Communication Technology
- Emergenza/Urgenza

XIII.1.2 Diagnostica per immagini

La situazione attuale fotografa una dotazione numericamente adeguata per quanto riguarda l'installato di Tomografia computerizzata (TC) (media nazionale 1/56.000ab., valore regionale 1/50.000ab) con qualche problema di obsolescenza tecnologica (12 sistemi di oltre dieci anni, di cui 6 in via di sostituzione) e fenomeni di sottoutilizzo.

Occorre prevedere la progressiva sostituzione dei sistemi al superamento dei dieci anni di attività e dotare tutti i principali presidi ospedalieri di sistema dedicato alle attività in emergenza/urgenza.

Numericamente adeguata la dotazione di Risonanza Magnetica (RM) per sistemi ad alto campo (1/190.000ab di media nazionale, 1/100.000 valore regionale).

I dati relativi alle liste di attesa, con particolare riferimento alle prestazioni in ambito osteo-articolare, inducono a valutare la possibilità di ridisegnare l'offerta integrando la dotazione esistente con sistemi dedicati e differenziando gli specifici percorsi diagnostici.

Rilevabile infine l'assenza, nei centri di eccellenza, di sistemi ad altissimo campo.

Sensibile il livello di obsolescenza della diagnostica radiologica tradizionale con rilevante sofferenza in ambito mammografico (età media di circa dieci anni).

Il necessario rinnovo tecnologico dovrà tener in buon conto la possibilità di dotarsi di sistemi digitali da integrare nei Sistemi informativi di radiologia (RIS)-Sistemi di archiviazione e comunicazione immagini(PACS) locali.
Risultano numericamente sufficienti (1/100.000 media nazionale, 1/131.000 valore regionale) e correttamente distribuiti sul territorio regionale i centri di radiologia interventistica ed emodinamica cardiovascolare.

A fronte di una mobilità passiva di circa 4.000.000 € (nel 2004), in costante aumento, si rende necessario intervenire con il potenziamento dell'esistente in termini di formazione e risorse umane.

DIAGNOSTICA	INRCA	AO. S.SALVATORE di Pesaro	AOU "Ospedali Riuniti " di Ancona	ASUR	TOTALE
TC	1	2	3	20	26
RM	1	1	3	14	19
RM SETTOR.	1		1	3	5
ANGIOGRAF.	1	1	3	1	6
EMODINAM.		1	3	1	5
MAMMOGR.		1	3	38	42

XIII.1.3 Medicina Nucleare

Per quanto riguarda le tecnologie medico-nucleari la diffusione di Gamma Camere non presenta particolari sofferenze; l'installato regionale rispetta la media nazionale (1/100.000ab).

DIAGNOSTICA	INRCA	S.SALVATORE	TORRETTE	ASUR	TOTALE
PET TC\PET				1	1
SPECT	2	2	3	6	13

In ambito Tomografia ad emissione di positroni (PET) e di Tomografia ad emissione di positroni associata a Tomografo computerizzato (CT-PET), trattandosi di nuova tecnologia in rapida crescita (24 installazioni nel 2004, ca.100 installazioni nel 2007 sul territorio nazionale con una media di 1/560.000ab), la dotazione attuale risulta fatalmente carente potendo contare su una unica installazione fissa sul territorio regionale (1/1.450.000ab).
L'uso della PET, indagine medico nucleare che si somma alle altre tecnologie come imaging per lo staging dei tumori, ma che garantisce una ottimale impostazione del trattamento radioterapico (RT conformazionale) consente anche di impostare una verifica, in qualità di biomarker, sulla risposta alla terapia antineoplastica con chemioterapici; infine viene utilizzata nel follow-up.

I vantaggi della sua applicazione in termini di qualità terapeutica, tempi di lettura adeguati al contesto clinico, e da ultimo economici (interruzione di un trattamento chemioterapico inadeguato) e di appropriatezza assistenziale, implicano la necessità della installazione di nuovi sistemi nel contesto regionale.

Da approfondire le problematiche relative all'approvvigionamento dei radiofarmaci e la produzione di isotopi a breve emi-vita.

XIII.1.4 Radioterapia

I sistemi radioterapici presenti in ambito regionale risultano numericamente sufficienti a soddisfare le esigenze di trattamenti radianti della popolazione marchigiana.

Il numero di prestazioni erogate è altresì nettamente inferiore alle reali necessità per evidente carenza di risorse umane e relativo sottoutilizzo delle tecnologie.

Radioterapia Marche
Fabbisogno trattamenti radianti: 4250

ANNO	Pz Trattati	Acceleratori	Turni	Pz. Non trattati	Mobilità Passiva n. pz
2006	2349	6.5	7.5	1101	800
2007 a regime	4500	9 Attivazione PS	18		

XIII.1.5 ICT

L'installato di sistemi RIS-PACS è storicamente diffuso (ne sono prive solo 4 Zone Territoriali ASUR ed è caratterizzato da un diverso livello di aggiornamento ed una fruibilità in gran parte limitata ai confini della singola zona territoriale (per l'ASUR) o azienda.
Sporadiche le soluzioni con buona integrazione verso gli eventuali sistemi ospedalieri(Hospital Information System(HIS) Devono essere realizzati, in linea con la principale tendenza del mercato, progetti che, mirando alla interoperabilità sovrazonale e sovraziendale degli attuali sistemi, massimizzino i benefici e le positive ricadute di tale tecnologia.
Analoga situazione è registrabile nella diffusione di sistemi informatizzati di laboratorio che, quando presenti, non superano i confini locali e sono poco integrati con gli eventuali HIS.

Anche in questo caso è da perseguire una integrazione tanto dei singoli sistemi informativi quanto dei punti di erogazione, eccessivamente disseminati sul territorio, mirando ad economie di scala e ad un maggior controllo qualitativo, assolvendo alle esigenze della emergenza/urgenza con la attivazione di Point of Care Testing (POCT) (emogasanalizzatori, analizzatore automatico per immunochimica, coagulometri).

XIII.1.6 Emergenza/urgenza

L'attuale installato di sistemi centralizzati di monitoraggio dei parametri fisiologici è caratterizzato da un buon livello di standardizzazione in ambito di specialistica (Anestesia/ Sala Operatoria (SO), Terapia Intensiva, Unità di Terapia Intensiva Coronarica (UTIC).

Dovranno essere rìnnovati alcuni sistemi ormai obsoleti avendo cura di garantire le possibilità di integrazione con gli applicativi specialistici ed Electronic Patient Record (EPR).

MACROAREA	TECNOLOGIA	INRCA	S.SALVATORE	TORRETTE	ASUR	Totale
AREA EMERGENZA URGENZA	CENTRALE MONITORAGGIO	3	3	6	49	61
Totale AREA EMERGENZA URGENZA		**3**	**3**	**6**	**49**	**61**
CHIRURGIA	LASER CHIRURGICO	1	1	3	47	52
	ROBOT CHIRURGICO			1	0	1
Totale CHIRURGIA		**1**	**1**	**4**	**47**	**53**
LABORATORIO ANALISI	ANALIZZATORE AUTOMATICO PER IMMUNOCHIMICA	3	1	3		7
	ANALIZZATORE MULTIPARAMETRICO SELETTIVO	2	1	3	49	55
	CROMATOGRAFO IN FASE LIQUIDA AD ELEVATE PRESTAZIONI	3			11	14
	EMOGASANALIZZATORE	2	1	3	2	8
	GASCROMATOGRAFO	1		3	6	10

Totale LABORATORIO ANALISI		**11**	**3**	**12**	**68**	**94**
RIS-PACS		**2**	**2**	**3**	**23**	**29**
RADIOTERAPIA	ACCELERATORE LINEARE		2	3	4	9
	BRACHITERAPIA			1		1
	IGRT			1		1
	IORT				1	1
	SIMULATORE				2	2
	TC SIMULATORE		1	1		2
Totale RADIOTERAPIA			**3**	**6**	**7**	**16**

XIII.1.7 Conclusioni

In relazione alla valorizzazione del parco tecnologico installato riferito al valore di rinnovo (213 M€ per l'ASUR, 20 M€ per l'INRCA, 82 M€ per AO Osp.Riuniti, 40 M€ per AO San Salvatore), al dimensionamento in posti letto (3977 per l'ASUR, 312 per l'INRCA, 1001 per AOU Ospedali Riuniti, 407 per AO San Salvatore) ed al diverso grado di complessità delle aziende, emergono, per l'indicatore di valore di rinnovo/posto letto, dati superiori alla media nazionale.

Tenendo conto del livello di obsolescenza del parco si ritiene che i piani di investimento devono prevedere quote annuali dell'ordine del 7/8% del valore dell'installato.

APPARECCHIATURE BIOMEDICHE: VALORE DI RINNOVO DELL'INSTALLATO

Azienda	**Valore Rinnovo**	**PL**	**Val / PL**
ASUR	213.000.000	*3977*	53.558
INRCA	20.500.000	*312*	65.705
TORRETTE	81.859.000	*1001*	81.777
S.SALVATORE	40.000.000	*400*	100.000
Totale	355.359.000	*5690*	62.453

XIII.2 Elementi di criticità e punti di forza

Si segnalano le seguenti **criticità** di sistema:

- carenza di un quadro di assieme del parco tecnologico in utilizzo che preclude la possibilità di una auspicabile programmazione e gestione unitaria, su grande scala, economicamente e logisticamente vantaggiosa, delle risorse tecnologiche già disponibili e degli investimenti programmabili;
- l'assenza di riferimenti precisi in grado di fornire elementi tecnici e sanitari, anche storicizzati, sullo stato prestazionale e di funzionalità del parco tecnologico, sul suo grado e capacità di utilizzo, sui costi diretti ed indiretti di gestione, rende non oggettivabile l'attività programmatoria per dismissioni, sostituzioni e nuove acquisizioni. La programmazione degli investimenti risulta pertanto frutto della adozione, e non dell'analisi e/o induzione, delle proposte provenienti dalle singole aziende;
- assenza di una linea strategica complessiva che disegni l'allocazione delle risorse sulla base del bisogno, del contesto operativo, dei percorsi clinici o in funzione di un piano di programmazione;
- carenza di definizione di dettaglio delle funzioni clinico-assistenziali dei presidi ospedalieri;
- scarsa interazione con gli stakeholders per la definizione dei programmi di investimento e sviluppo tecnologico in ambito sanitario, con relativo rischio di inappropriatezza degli investimenti;
- significativo grado di obsolescenza di alcune tecnologie biomediche;
- reti e servizi informatici a diffusione e supporto limitato.

Si evidenziano i seguenti **punti di forza**:

- diffusione capillare, anche a livello territoriale, delle tecnologie di base. In una regione ove la popolazione anziana presenta percentuali ai vertici nazionali, ciò viene percepito come elemento estremamente rassicurante dal cittadino;
- buon livello di formazione nell'utilizzo delle nuove tecnologie informatiche biomediche;
- presenza di interessanti progetti di innovazione tecnologica che rimangono comunque confinati all'ambito locale;
- i dati relativi al valore di rinnovo dell'installato globale in tecnologie biomediche è superiore alle medie nazionali.

XIII.3 Definizione della strategia e delle linee di intervento

La principale linea di intervento strategico per la rete delle tecnologie riguarda l'**istituzione** del **Gruppo Regionale delle Tecnologie Biomediche** (**GRTB**).

XIII.3.1 Il Gruppo Regionale delle Tecnologie Biomediche

Finalità

Il governo dell'insieme delle problematiche legate alla presenza ed al corretto utilizzo delle tecnologie, in termini di adeguatezza ed efficienza, richiede un approccio organizzativo basato sulla creazione di una struttura specificatamente orientata al monitoraggio del patrimonio tecnologico, con i seguenti obiettivi principali:

- implementazione di un meccanismo permanente di acquisizione di dati dalle strutture sanitarie regionali, relativi alla consistenza e composizione del patrimonio tecnologico biomedicale;
- creazione di una banca dati regionale delle tecnologie biomediche;
- sviluppo di strumenti per l'analisi dei suddetti dati e la correlazione degli stessi alle prestazioni erogate, alla domanda dell'utenza ed alle patologie trattate;
- sviluppo di strumenti per la mappatura territoriale dei dati relativi alle dotazioni tecnologiche, alla quantità e tipologia delle prestazioni erogate, ai tempi di attesa per l'erogazione delle stesse, alle problematiche di accesso ai centri erogatori, ecc.;
- sviluppo di indicatori per la messa a punto di piani di investimento finalizzati alla realizzazione di un sistema regionale equilibrato ed ottimizzato;
- conduzione di attività di "health technology assessment" per la valutazione di nuove rilevanti tecnologie e metodiche;
- attività di valutazione delle tecnologie e della qualità, sia come supporto all'organo di governo che alle altre strutture preposte alle scelte "tecnologiche", in maniera tale che esse siano coerenti con le esigenze e le specifiche finalità istituzionali, rispettose dei vincoli economici e capaci di promuovere la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni;
- promozione di adeguate politiche per la gestione appropriata, efficiente, sicura ed economica delle tecnologie biomediche, dalla analisi dei bisogni alla alienazione, in una cornice di qualità continuamente crescente.

Risorse

Per la conduzione operativa del GRTB, si renderà necessaria la creazione di una struttura permanente, dotata delle necessarie risorse umane e strumentali.

Le risorse umane a ciò destinate verranno in primo luogo reperite all'interno delle strutture del Servizio Sanitario Regionale e, ove necessario, integrate con l'apporto di competenze esterne.

L'implementazione della banca dati regionale delle tecnologie e dei relativi strumenti di alimentazione e consultazione richiederà l'acquisizione dei necessari strumenti hardware e l'acquisizione e/o sviluppo dei relativi software applicativi.

Necessario inoltre rafforzare e strutturare, nell'ambito di ogni azienda, la dotazione di personale qualificato nei servizi competenti alla gestione del parco tecnologico per consentire ampia

interoperabilità tra le aziende ed il GRTB e garantire la realizzazione ed il monitoraggio dei processi.

Strumenti

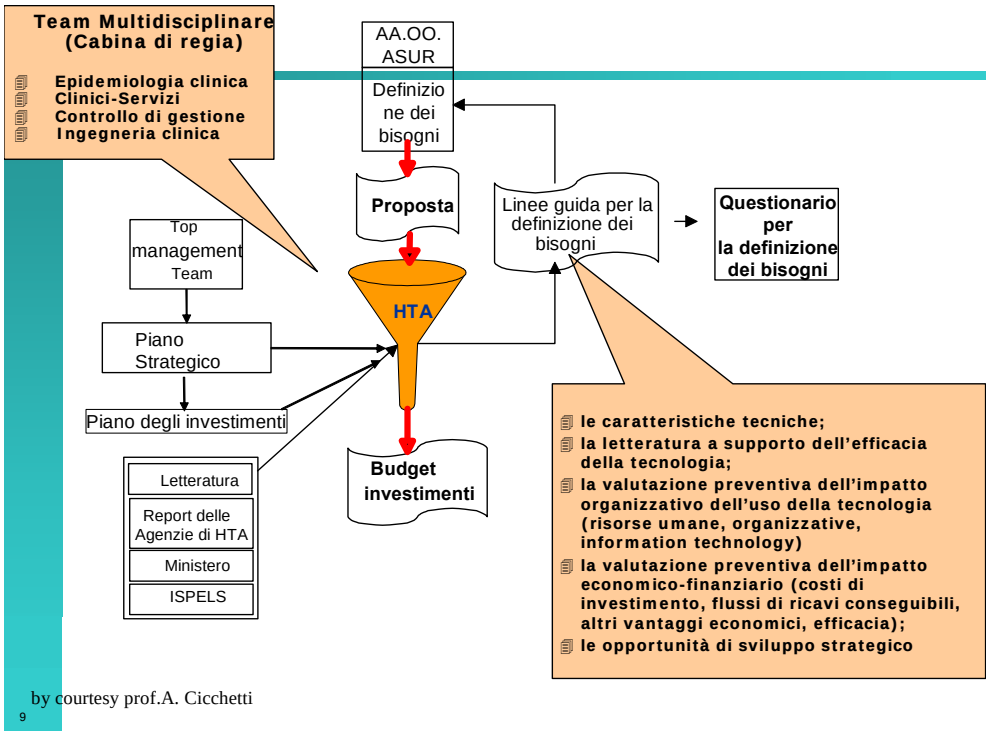
L'insieme delle attività del GRTB si baserà sullo sviluppo di procedure operative, supportate da adeguati strumenti informatici, in grado di:

- costituire ed aggiornare la banca dati regionale delle tecnologie
- implementare il meccanismo di alimentazione di tale banca dati
- analizzare i dati per la produzione di indicatori per il governo delle tecnologie
- generare la reportistica necessaria ai fini di programmazione

In particolare, verranno realizzati i seguenti strumenti informatizzati:

- un database regionale delle tecnologie, dotato di strumenti diversificati per l'alimentazione dei dati (accesso web da parte delle strutture sanitarie regionali, integrazione di dati provenienti da sistemi informativi già presenti, trasferimento di dati attraverso software di rilevazione, ecc.);
- un portale web per l'accesso al database da parte delle strutture sanitarie regionali, con doppia finalità: alimentazione del database e consultazione dello stesso;
- uno strumento ad elevata flessibilità per l'analisi dei dati, con la possibilità di produrre in maniera estemporanea aggregazioni e reports adeguati alle diverse esigenze di programmazione e governo.

Modello di HTA per il supporto alle decisioni manageriali



XIII.4 Pianificazione delle azioni

Più specificatamente, in relazione alla progressiva implementazione del progetto, possono essere individuati obiettivi a medio e lungo termine. Gli obiettivi a medio termine possono essere ottenuti solo dopo aver realizzato tutti gli strumenti software di rilevazione pubblicazione dei dati, aver formato gli operatori e aver inserito nei primi mesi di sperimentazione un numero sufficiente di eventi di acquisto, anche andando a ritroso negli anni precedenti, e quindi dopo circa 9-12 mesi dall'avvio della progettazione.

Per gli obiettivi a lungo termine è necessario invece procedere ad ulteriori analisi dei dati raccolti sulla base di un numero maggiore di eventi di acquisto al fine di predisporre strumenti e procedure che possano migliorare la competitività e la capacità contrattuale delle Aziende Sanitarie.

Obiettivi a medio termine

Gli obiettivi raggiungibili nel medio termine possono essere così descritti:

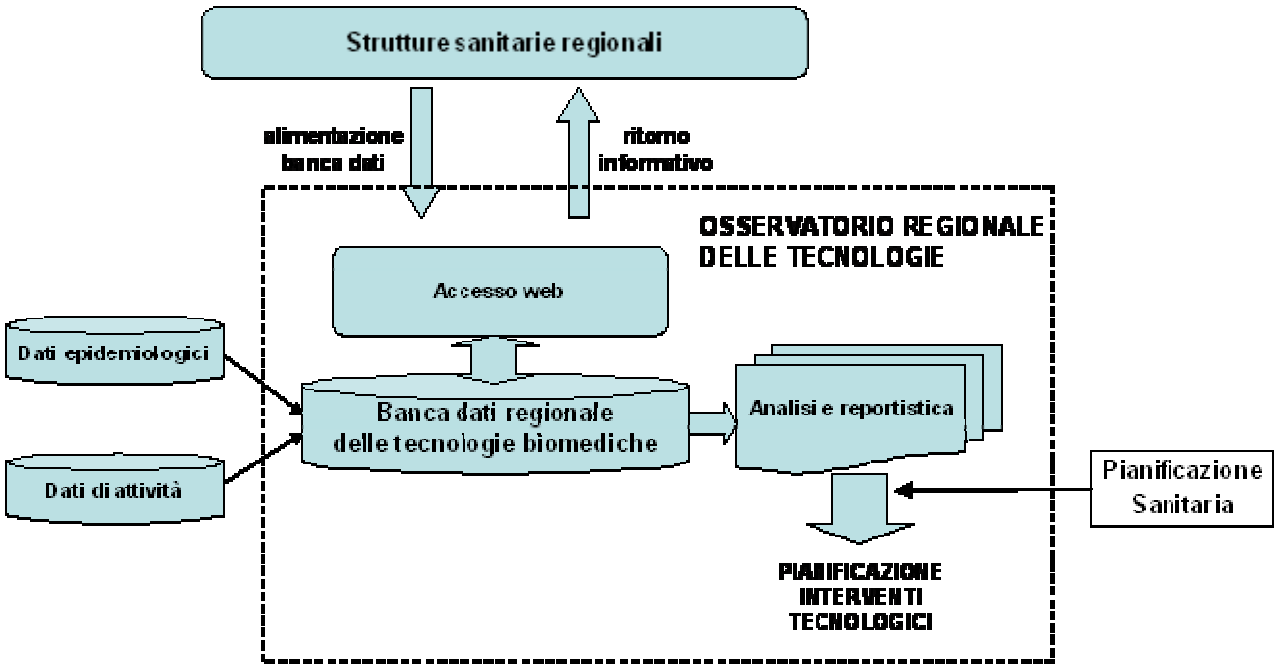
- creazione di una base dati dell'installato
- omogeneizzazione e standardizzazione delle informazioni relative ai dispositivi medici acquistati presso le strutture sanitarie della Regione Marche;
- adozione di una codifica unica dei dispositivi medici;

- possibilità di analizzare le procedure di acquisto, i criteri di aggiudicazione, i prezzi;
- elaborazione di indicatori a supporto alle decisioni gestionali per l'acquisto di beni e servizi.

Obiettivi a lungo termine

Gli obiettivi nel lungo termine possono essere così descritti:

- miglioramento della capacità contrattuale delle Aziende Sanitarie utilizzando le informazioni di sintesi degli eventi di acquisto;
- standardizzazione delle procedure di acquisto;
- incremento delle conoscenze tecniche sui dispositivi monitorati;
- disponibilità di strumenti per il coordinamento centrale delle politiche di investimento;
- predisposizione di capitolati speciali di fornitura a livello regionale;
- promozione allo sviluppo di strutture di Ingegneria Clinica in grado di condividere adeguate politiche per la gestione appropriata, efficiente, sicura ed economica delle tecnologie biomediche.



XIV SISTEMA FARMACO

XIV.1 Premessa

Il Piano Sanitario 2007-2009 si propone di assicurare il bene salute al cittadino marchigiano non solo garantendo i livelli essenziali di assistenza, ma venendo incontro alla domanda più ampia ed articolata di salute della popolazione.

Anche per quanto attiene l'assistenza farmaceutica il presente Piano Sanitario della Regione Marche si propone di riorganizzare il proprio sistema assistenziale, nel rispetto delle normative nazionali e regionali vigenti, in modo da qualificare il servizio al cittadino secondo quattro fondamentali caratteristiche:

1. **Centralità della persona**: ogni scelta che si intende adottare e qualsiasi strada si voglia percorrere deve avere come finalità evidente ed effettiva il bene della singola persona, l'accoglienza e la migliore risposta possibile alla domanda di salute proveniente dal cittadino, compatibilmente con le risorse disponibili e le normative vigenti. Saranno perciò privilegiate, anche nel settore dell'assistenza farmaceutica, le iniziative che meglio e più concretamente realizzano tale obiettivo.
2. **Centralità del territorio**: l'esperienza degli ultimi anni ha messo in luce che occorre prestare maggiore attenzione alla domanda emergente a livello territoriale da un lato e, dall'altro, occorre valorizzare compiutamente le potenzialità di risposta che in ogni realtà territoriale sussistono. Il Piano Sanitario 2007-2009 individua come area territoriale adeguata e necessaria per una efficace risposta alle esigenze della popolazione servita l'Area Vasta (AV). Anche l'assistenza farmaceutica può, in modo capillare, incisivo ed efficiente, strutturarsi in un'ottica di AV, con minore dispendio di risorse e maggiore capacità di modulare la risposta alle specifiche esigenze locali.
3. **Efficienza del sistema**: la terza caratteristica con cui si connota il presente Piano Sanitario è l'incremento (e talora, il recupero) di efficienza del sistema, che potrà essere ottenuto attraverso una rilettura del bisogno e della domanda emergente in ambito di AV, la riorganizzazione della risposta in un'ottica di rete e di integrazione all'interno dell'AV, l'implementazione delle attività scarsamente rappresentate o insufficienti a rispondere alla domanda di salute, valorizzando le professionalità esistenti, le eccellenze presenti, ma anche correggendo situazioni di scarsa efficienza con consumo di risorse senza reale e percepito beneficio da parte del cittadino.
4. **Valorizzazione del bene "farmaco"**: Il presente Piano Sanitario intende anche promuovere una maggiore comprensione del valore culturale, economico e sociale del bene "farmaco". Il "farmaco" non è solo un bene di consumo. Il farmaco non è semplicemente un bene di produzione, non ha semplicemente un valore economico, non aumenta soltanto il PIL, non genera semplicemente una spesa.

   Il farmaco è uno strumento che viene incontro al bisogno di benessere della persona, che soccorre l'uomo nel momento della malattia, che segna (o contribuisce a segnare) il confine tra salute e malattia, tra sofferenza e benessere, tra speranza di guarigione e disperazione della menomazione cronica, tra socialità e segregazione, tra

accoglienza ed abbandono. Il farmaco è anche uno strumento che, se non correttamente usato, genera ulteriori problematiche alla persona e alla società (per il rischio di tossicità, di eventi avversi, di costo e perciò di spesa non sempre sostenibile). Il farmaco è perciò un bene prezioso. Deve essere usato con l'attenzione, la cura, la prudenza e la scienza che richiede un bene prezioso.

Il farmaco è anche un bene indispensabile: dobbiamo renderlo disponibile a tutti, nel modo giusto, eticamente accettabile, senza condizionamenti dettati dalle disponibilità economiche del singolo.

La realizzazione del percorso e delle iniziative descritte nella presente parte del presente Piano Sanitario possono sicuramente segnare un reale cambiamento nella capacità della Regione Marche di venire incontro alla domanda di assistenza farmaceutica del cittadino. Le azioni che si potranno attuare consentiranno un forte recupero di efficienza del sistema, una ottimizzazione delle risorse, un miglioramento delle potenzialità di risposta, una effettiva omogeneità dell'assistenza farmaceutica in tutto il territorio regionale.

I professionisti coinvolti nella realizzazione del Piano Sanitario Regionale potranno contribuire nella modulazione degli interventi per il raggiungimento degli obiettivi secondo le esigenze e le potenzialità esistenti in ogni singola realtà, a beneficio del paziente.

La responsabilizzazione e la fattiva collaborazione di ogni attore sono indispensabili per un'azione efficace, duratura e realmente utile in un contesto di risorse limitate.

Una particolare attenzione andrà dedicata anche al progressivo coinvolgimento delle farmacie convenzionate in un progetto di sistema, coinvolgimento che la recente esperienza della sperimentazione territoriale dello screening del carcinoma del colon-retto ha dimostrato essere di grande utilità.

XIV.2 Analisi della realtà regionale

L'assistenza farmaceutica al cittadino è regolata dalle normative emanate dallo stato attraverso il Ministero della Salute, l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), le Regioni ed altri organi centrali e periferici dello stato (Istituto Superiore di Sanità, la Consulta Stato-Regioni ecc.).

L'assistenza farmaceutica viene erogata da parte dello Stato al cittadino attraverso:

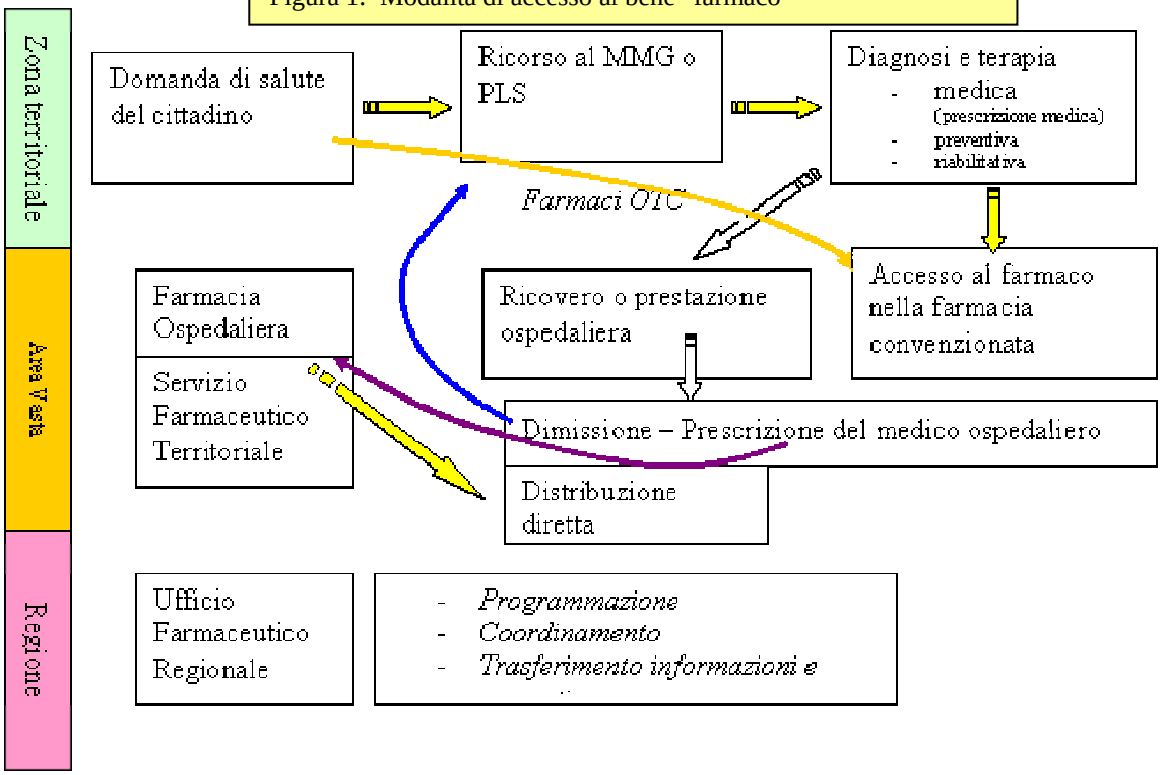
- l'assistenza territoriale, con il coinvolgimento diretto del Medico di Medicina Generale e delle farmacie convenzionate;
- l'assistenza ospedaliera, in regime di ricovero, day hospital, con l'intervento diretto del medico ospedaliero e della farmacia ospedaliera;
- l'assistenza domiciliare "protetta" (case di riposo, Hospice, lungodegenza), con il coinvolgimento di tutti i soggetti sopra richiamati.

Accanto all'assistenza farmaceutica erogata dallo Stato permane il canale dell'automedicazione e del ricorso a "farmaci da banco" e OTC, senza obbligo di ricetta, a totale carico del cittadino (Figura 1).

L'analisi del contesto territoriale evidenzia un buon livello di accessibilità del bene farmaco nella Regione Marche:

1. Le **farmacie convenzionate** sono capillarmente diffuse nel territorio e sono in grado di assicurare il farmaco in ogni contesto territoriale.
2. Le **farmacie ospedaliere**, non senza difficoltà dovute all'ampliamento dei compiti e delle funzioni, hanno assicurato ed assicurano il bene farmaco a condizioni economicamente vantaggiose in ambito ospedaliero ed ai pazienti all'atto della dimissione ospedaliera.
3. Permane una disomogeneità nella metodologia di erogazione del bene farmaco a centri di **assistenza domiciliare protetta**.
4. Alcune iniziative, quali il "**Progetto Marche**", hanno garantito l'accessibilità dei farmaci inseriti dall'AIFA nel PHT e a duplice via di somministrazione (ospedaliera e territoriale), anche se non sempre con la maggiore economia per il sistema Regione.
5. I **farmaci di automedicazione** sono oggi maggiormente disponibili per il cittadino a seguito di iniziative governative (punti vendita in alcuni centri commerciali) e delle farmacie convenzionate che hanno applicato significative riduzioni di prezzo.

Figura 1: Modalità di accesso al bene "farmaco"



In questi ultimi anni, tuttavia, si è assistito ad una **progressiva espansione della spesa farmaceutica**. Il farmaco da "strumento per il bisogno di salute" è diventato talora un "bene di consumo". Il fenomeno ha interessato anche la Regione Marche.

Inoltre, non bisogna dimenticare che vi sono alcuni fattori "contingenti" che hanno determinato tale espansione:

- L’aumento dei bisogni (maggior ricorso al farmaco, ampliamento dell’area “medicalizzata” della vita umana)
- L’aumento dei costi dei farmaci (i nuovi farmaci hanno costi più elevati per esigenze di rispondere a più elevati standard di sicurezza)
- L’invecchiamento della popolazione (la Regione Marche ne detiene il primato a livello nazionale)
- L’affinamento della ricerca con la scoperta dei meccanismi e delle interazioni fini del farmaco con i costituenti del corpo umano (nuovi farmaci”bersaglio”)
- Le nuove conoscenze scientifiche che hanno portato alla scoperta del genoma e della possibilità di produrre nuove molecole farmacologicamente attive che agiscono sul genoma, sul proteoma e sulla metabolomica dell’uomo.
- Le distorsioni del mercato farmaceutico, talora indotte (effetto mix).

XIV.3 Assessment organizzativo tecnologico e strutturale

XIV.3.1 Il modello interpretativo

Per quanto attiene la conoscenza dei dati di efficienza del sistema assistenziale si possono osservare degli obiettivi di grande importanza già raggiunti ed altri con riconoscibilità solo parziale ed altre aree di rilevazione del tutto carenti. Infatti:

- è attivo un sistema di **rilevazione della spesa farmaceutica convenzionata** territoriale ed ospedaliera di grande utilità;
- è in corso l’implementazione di un **sistema informatico unico regionale** che può consentire di superare le lacune conoscitive esistenti e pervenire ad una **unificazione delle anagrafiche** dei farmaci e dei dispositivi medici, indispensabile per una corretta comparazione dell’efficienza delle scelte e una quantificazione trasferibile dei costi;
- occorre collegare in modo più organico i **dati epidemiologici relativi alla popolazione ed alle patologie con le prestazioni assistenziali**, incluse quelle farmaceutiche, al fine di rilevare in modo più incisivo le aree in cui è carente la prevenzione e dove l’offerta terapeutica eccede il fabbisogno, con la possibilità di indurre attività a rischio di inappropriatezza. In tale contesto dovrà essere più attentamente analizzato il flusso dei dati prescrittivi per singola classe terapeutica dei farmaci collegandolo all’incidenza e alla prevalenza delle patologie.

In particolare occorre mettere in atto sistemi quali-quantitativi per la rilevazione e la **conoscenza delle reali esigenze assistenziali di alcuni sottogruppi di popolazione** che necessitano di un’ assistenza farmaceutica più impegnativa, quali:

- pazienti “fragili” o “marginali”(anziano, neonato, malattie rare, malattie croniche gravi, portatori di handicap), pazienti nei quali è più elevata la domanda di sicurezza

nell'assunzione dei farmaci, stante la peculiarità della condizione fisiopatologica, la cronicità delle terapie e la pluriprescrizione;

- pazienti con patologie plurime (coborbilità) che necessitano di più informazione, più umanità, più accoglienza integrale della persona evitando settorializzazioni, passaggi di competenze, "abbandoni terapeutici";
- pazienti in aree geografiche o con condizioni socio-assistenziali che ne riducono la facilità di accesso alle terapie (inclusi stranieri e senza tetto) per i quali occorre evitare difformità di erogazione dell'assistenza farmaceutica all'interno della Regione.

XIV.3.2 Il modello strategico

Occorre osservare che esiste una discreta disomogeneità a livello regionale sul grado di implementazione delle attività assistenziali in tema di politica del farmaco. Se si analizzano i processi farmaco-correlati si osserva:

- Insufficiente coordinamento centrale delle scelte strategiche
- Iniziali sperimentazioni organizzative di AV, apprezzabili ma parziali
- Gruppi di lavoro, di progetto su specifiche tematiche già operanti che hanno prodotto documenti e procedure (gruppi per la rilevazione e l'analisi dei processi amministrativi ed organizzativi, gruppo Oncologico Regionale, gruppo per la Nutrizione Parenterale Domiciliare, ecc.) a cui non è seguita alcuna azione normativa (recepimento di linee guida o procedure → emanazione di direttive regionali applicative → monitoraggio, verifica e rettifica)
- Insufficiente programmazione a livello regionale, AV e ZT su tematiche di Continuità HT e di assistenza domiciliare
- Particolari situazioni di nicchia in cui si sono sviluppati (per la presenza di peculiari condizioni o di singoli professionisti) pregevoli progetti a carattere settoriale (personalizzazione delle dosi pediatriche, monitoraggio di alcuni farmaci biologici, coordinamento di percorsi terapeutici su alcuni profili di assistenza)

Da quanto sopra esposto si evince la necessità di:

- iniziative prioritarie ed obiettivi strategici. Occorre evidenziare ed integrare le iniziative, i percorsi, le azioni positivamente attuate in un'ottica di AV, seguendo il percorso:

  Programmazione regionale → condivisione → valorizzazione→ adattamento alla realtà della singola AV→ realizzazione → verifica ed ottimizzazione

XIV.3.3 Il modello di sviluppo

Il progetto si sviluppa attraverso:

- la definizione di alcuni obiettivi essenziali ed urgenti;

- la realizzazione della struttura organizzativa indispensabile per sostenere le fasi del progetto (lo “scheletro” dell’assistenza farmaceutica);
- l’implementazione dei percorsi assistenziali, logistici, organizzativi a beneficio dell’efficienza fruibile da parte del cittadino;
- la verifica delle potenzialità del sistema, l’individuazione di carenze di strutture, personale, professionalità, il superamento di situazioni locali di sofferenza affinché ogni componente del sistema Sanità-Regionale possa al meglio svolgere i suoi compiti in un’ottica di AAVV integrate;
- la realizzazione di una rete informatica di collegamento e di coordinamento delle attività al fine di eliminare diseconomie ed aree di minore accessibilità al bene farmaco;
- l’avvio di progetti di analisi del rischio e di riduzione dell’errore farmaco-correlata, l’avvio di sistemi organizzativi di informazione e documentazione sul farmaco, con il potenziamento delle attività di farmacovigilanza;
- Il modello assistenziale e di politica del farmaco deve anche poter prevedere nuove azioni e nuovi percorsi che vanno incontro al bisogno del cittadino e tengono conto delle nuove potenzialità informatiche, tecniche e culturali che si rendono via via disponibili. In questa ottica vanno previste attività ed alcune competenze innovative (laboratorio di bio-farmacia; Farmacista di continuità assistenziale, farmacista clinico, farmacista monitor, coordinamento MMG e PLS con Ordini professionali ed Aziende Ospedaliere.

XIV.3.4 Il modello attuativo

La realizzazione dell’assistenza farmaceutica avviene attraverso le strutture presenti nel territorio regionale a presidio della salute pubblica:

- **Ufficio Farmaceutico Regionale**: con finalità di coordinamento, programmazione, indirizzo, trasmissione delle deliberazioni centrali, studio, monitoraggio, supporto alle autorità regolatorie della Regione.
- **Strutture Dipartimentali in un’ottica di AV**: con le finalità di realizzazione nell’ambito del territorio di AV di tutte le iniziative di carattere organizzativo, logistico, culturale, informativo, di produzione (preparati galenici), di supporto alle sperimentazioni cliniche, di monitoraggio, di vigilanza, di prevenzione del rischio clinico farmaco-correlato in un’ottica di integrazione e di rete. In tale ottica dipartimentale di AV va valutata l’esigenza di risorse umane: personale laureato, tecnico, di magazzino, infermieristico, amministrativo, ecc., compatibile con le funzioni, i compiti e le attività istituzionali e di progetto.
- **Commissione Regionale per il PTOR** per la proposta, redazione, valutazione, aggiornamento e diffusione del Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale.
- **Commissione Regionale per l’Appropriatezza Terapeutica** (si veda Delibera n.135 del 26.02.2007).

- **Commissione Regionale per l'Appropriatezza in Oncologia** per la valutazione e la redazione di linee-guida sull'impiego dei farmaci in oncologia e sulla gestione del paziente in tutto il percorso diagnostico-terapeutico-riabilitativo.
- **Farmacie convenzionate con il SSR** con compiti di rendere disponibili in modo capillare il farmaco nel territorio, promozione della salute ed educazione sanitaria e contributo alla continuità H-T secondo le normative nazionali ed i programmi predisposti e concordati con il SSR.

La riorganizzazione dell'assistenza farmaceutica secondo il modello proposto avviene attraverso singole fasi attuative a seguito elencate:

a) creazione di un **gruppo ristretto di progetto** con compiti di approfondimento, confronto, predisposizione e supporto alle scelte strategiche;

b) individuazione dei compiti e delle finalità assegnate all'Ufficio Farmaceutico Regionale ed alle Strutture Dipartimentali di AV;

c) individuazione ed approvazione regionale dell'Ufficio Farmaceutico Regionale e della Struttura Dipartimentale Farmaceutica di AV;

d) costituzione della Commissione Regionale sull'Appropriatezza Terapeutica e della sottocommissione oncologica;

e) costituzione di commissioni di AV sul monitoraggio della spesa farmaceutica, sull'implementazione locale di linee-guida, per l'alleanza medico-paziente-farmacista pubblico e convenzionato;

f) costituzione di un Nucleo Regionale di acquisti di beni sanitari a livello regionale (Centro Servizi);

g) valutazione ed approvazione di progetti di AV per l'ottimizzazione dell'assistenza farmaceutica, per il monitoraggio della spesa, per la gestione del rischio clinico, per l'assessment tecnologico, per la gestione delle risorse umane, tecnologiche, logistiche, finanziarie.

XIV.4 Elementi di criticità

Possiamo individuare le criticità maggiormente evidenti nella realtà della Regione Marche nei seguenti punti:

1. **La mancata costituzione di un Ufficio Farmaceutico Regionale** non ha permesso di mettere in atto alcuni interventi sul versante programmatico ed organizzativo, soprattutto per le attività demandate alle farmacie ospedaliere ed ai Servizi Farmaceutici Territoriali.
2. I **farmaci generici e quelli senza brevetto**, che possono rispondere efficacemente alle esigenze terapeutiche con aggravio minore per la spesa del SSN e SSR, non sono utilizzati in misura adeguata.

3. Si riscontra talora una insufficiente continuità assistenziale tra ospedale e territorio con possibili disomogeneità nella prescrizione, accessibilità e costo dei farmaci destinati al controllo di patologie croniche.
4. I MMG e PLS devono essere sostenuti nelle strategie terapeutiche ai fini di una **maggiore appropriatezza nella prescrizione** dei farmaci, degli accertamenti diagnostici, nella presa in carico del paziente critico, del paziente cronico, del paziente fragile, del paziente "marginale".
5. E' carente nella Regione un Centro di Riferimento autorevole per la valutazione delle problematiche di impiego corretto dei farmaci, di presidio delle aree a rischio di **inappropriatezza**, soprattutto per i nuovi farmaci.
6. Non è sufficientemente percepita e non vi sono adeguate iniziative che promuovano la vigilanza sulla sicurezza nell'uso dei farmaci (**farmacovigilanza**) e la prevenzione dell'errore (**rischio clinico**).

XIV.5 Definizione della strategia e delle linee di intervento

Lo scopo del presente piano è quello di riorganizzare l'assistenza farmaceutica ospedaliera e territoriale in modo da favorire l'uso appropriato del bene farmaco in un'ottica di AV. L'AV rappresenta un territorio che è sostanzialmente autonomo nel governare il bisogno di salute della popolazione servita. Al suo interno realizza i modelli assistenziali sopra descritti, dai più elementari a quelli più complessi in un'ottica di coordinamento ed integrazione.

Anche per quanto attiene le prestazioni farmaceutiche le ZT dell'AV si riorganizzano, qualificano ed implementano i servizi e le attività necessarie.

Azioni da intraprendere e riferimento agli obiettivi di Piano Sanitario:

1. Progetti di Prevenzione delle patologie più comuni: oltre agli screening già avviati, promuovere progetti sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari, obesità, diabete, abuso di alcool e dipendenze, cura e controllo delle malattie allergiche respiratorie e immunoterapia;
2. Riorganizzare l'Assistenza Domiciliare in modo da prevedere una effettiva integrazione del supporto medico, farmaceutico, sociale anche in collegamento e coordinamento con le Associazioni di Volontariato (Integrazione Socio-Sanitaria);
3. Organizzare la Medicina Palliativa, socio-sanitaria, di prossimità, in un'ottica di maggiore integrazione tra H e T (Governo Clinico);
4. Progetti di Continuità Assistenziale che prevedano anche la presenza di Farmacista esperto di ospedalizzazione domiciliare (Governo Clinico);
5. Sviluppare progetti ed iniziative di informazione scientifica sul farmaco indipendente in ambito ospedaliero e territoriale. Normare in modo più stringente l'informazione medico-scientifica dell'industria farmaceutica (Appropriatezza);

6. Alleanza con i MMG e PLS: azioni di supporto per l'appropriatezza prescrittiva, supporto documentale ed informativo, monitoraggio dei pazienti critici, ecc. (Appropriatezza);
7. Individuazione di percorsi virtuosi nella prescrizione di classi di farmaci a maggior onere per il SSR, in ambito ospedaliero e territoriale (Appropriatezza);
8. Approfondimento degli aspetti etici, tecnici e scientifici sull'utilizzo di principi terapeutici in età pediatrica, con particolare riferimento ai farmaci "off label", alla sorveglianza di effetti collaterali specifici, alla condivisione di protocolli terapeutici dedicati;
9. Strutturazione dell'Ufficio Farmaceutico Regionale (Governo Clinico);
10. Riorganizzazione dei Servizi Farmaceutici Territoriali in un'ottica di AV, tenendo conto delle caratteristiche del territorio, della popolazione servita, della localizzazione delle strutture sanitarie, delle competenze esistenti e di quelle da implementare, della necessità di garantire le strutture complesse necessarie per poter adeguatamente adempiere alle finalità ed ai compiti. Eventuali carenze di organico possono essere ricoperte tramite iniziative di superamento delle situazioni di precariato esistenti (Governo Clinico);
11. Gare Regionali per farmaci, soluzioni infusionali, emoderivati, ecc (Governo Clinico);
12. Riorganizzazione delle attività del farmacista ospedaliero in un'ottica di AV (distribuzione interna, logistica, produzione di laboratorio, nutrizione parenterale, UmaCa, documentazione ed informazione, ecc.) (Governo Clinico);
13. Progetti di monitoraggio di categorie selezionate di farmaci ad alto costo (Orientamento ai LEA);
14. Sviluppare un'adeguata azione di vigilanza e controllo prescrittivo anche attraverso gli organismi previsti (UCAD) (Appropriatezza);
15. Progetti di Risk Management per AV su indicazioni e linee guida regionali (Prevenzione e Sicurezza);
16. Budget regionale separato per terapie oncologiche ad alto costo, cui accedere in base a linee guida condivise con onco-ematologi (Governo Clinico);
17. Farmacista clinico e farmacista di reparto a supporto delle UU.OO. per la riduzione del rischio clinico, l'incremento dell'appropriatezza, la farmacovigilanza, la prescrizione alla dimissione (prevenzione dell'induzione) (Appropriatezza);
18. Incremento della distribuzione diretta tramite le farmacie ospedaliere ed i servizi farmaceutici (soprattutto di terapie croniche: farmaci per scompenso cardiaco, post-IMA, antiglaucoma, eparine a BPM, insuline, ecc.) (Orientamento ai LEA);
19. Revisione del Progetto Marche (Governo Clinico);
20. Progettazione e realizzazione di Laboratori Farmaceutici Specialistici (oltre ai laboratori galenici, NPT, UmaCa, per tossico-nocivi, realizzare Laboratorio di Controllo di Qualità, Laboratori per Radiofarmaci, laboratori per la personalizzazione di farmaci biologici – "biofarmacia") in grado di assicurare terapie anche non convenzionali (Ricerca e Innovazione).

XIV.5.1 Definizione degli obiettivi

RISULTATI SANITARI ATTESI

- Maggiore aderenza al presente Piano Sanitario
- Più adeguata accoglienza delle esigenze assistenziali del territorio
- Reale servizio alla persona
- Riduzione delle fughe verso altre Regioni
- Riduzione del rischio clinico e delle sacche di inefficienza sanitaria
- Incremento dell'appropriatezza nell'impiego dei farmaci
- Uniformità di trattamento sul territorio regionale

RISULTATI ECONOMICI ATTESI

- Migliore utilizzo delle risorse disponibili (umane, tecnologiche, professionali)
- Riduzione della spesa convenzionata per i medici iperprescrittori
- Riduzione della spesa inutilizzata per farmaci salvavita ad alto costo
- Maggiore rispetto dell'Atto di indirizzo del 26.02.2007
- Economie di scala

XIV.5.2 Aspetti organizzativi

TECNOLOGIE OCCORRENTI

- Sistemi di monitoraggio della spesa farmaceutica omogenei a livello regionale (uniformare la reportistica e l'elaborazione dei dati provenienti dalle diverse ZT).
- Armadi informatizzati di reparto.
- Sistemi di documentazione ed informazione farmacotossicologica ed accesso a fonti documentali.
- Informatizzazione della prescrizione ospedaliera alla dimissione e sistema che consenta di seguire l'iter prescrittivo del paziente.
- Repertorio informatizzato dei dispositivi medici (DM) con visualizzazione.

ASPETTI LOGISTICI

- Magazzini centralizzati in grado di servire un territorio di AV
- Modalità di trasporto e di consegna in AV
- Organizzazione di un Magazzino Centralizzato Regionale per i farmaci ad altissimo costo non programmabili (farmaci da biotecnologia per malattie rare, emoderivati per trapianti, meningiti batteriche acute, antidodi, ecc.)

- Organizzazione del Magazzino Centralizzato (regionale o per AV) di farmaci, soluzioni e dispositivi medici per le calamità e catastrofi.
- Laboratori e Servizi in un'ottica di AV

XIV.6 Pianificazione delle azioni

Azioni a breve termine

1. Incentivazione del monitoraggio della spesa farmaceutica ospedaliera, per una più attenta ed analitica percezione dell'evoluzione delle scelte terapeutiche e per il governo delle aree a maggior impatto sulla spesa ospedaliera e territoriale.
2. Revisione della DGR n. 135 del 26.02.2007, al fine di aggiornare gli obiettivi della stessa fornendo strumenti operativi di contenimento della spesa, di registrazione delle attività, di coinvolgimento dei professionisti.
3. Revisione del Progetto Marche, in modo da recuperare margini economici, mantenendo aperti i percorsi offerti al cittadino nel reperire farmaci del PHT.
4. Avvio della gara regionale unificata dei farmaci, emoderivati, soluzioni infusionali.
5. Costituzione della Commissione Regionale sull'Appropriatezza Terapeutica e della sottocommissione Oncologica, secondo le indicazioni contenute nella Deliberazione n. 135 citata.
6. Costituzione dell'Ufficio Farmaceutico Regionale con finalità di coordinamento, programmazione, indirizzo, trasmissione delle deliberazioni centrali, studio, monitoraggio, supporto alle autorità regolatorie della Regione.
7. Costituzione delle Strutture Dipartimentali Farmaceutiche di AV con le finalità di realizzazione nell'ambito del territorio di competenza di tutte le iniziative farmaco-correlate di carattere organizzativo, logistico, culturale, informativo, di produzione, di supporto alle sperimentazioni cliniche, di monitoraggio, di vigilanza, di prevenzione del rischio clinico farmaco-correlato in un'ottica di integrazione e di rete.
8. Predisposizione di budget separato per i nuovi farmaci oncologici ad alto costo, cui accedere secondo le disposizioni AIFA ed i protocolli condivisi dalla Commissione Oncologica Regionale.
9. Predisposizione di un Prontuario Terapeutico Ospedaliero Unico di AV, integrato con il territorio. I Prontuari Terapeutici delle AA.OO. dovranno tener conto, in un'ottica di coordinamento ed integrazione, delle ricadute che le scelte terapeutiche aziendali possono avere nel territorio.
10. promuovere la scelta dei farmaci generici o a brevetto scaduto ad ogni livello possibile. Nell'ambito del SSR non si dovrà far ricorso a farmaci sotto brevetto in tutti i casi in cui è disponibile l'equivalente terapeutico a minor prezzo.

Azioni a medio termine

1. Progetti di prevenzione di specifiche patologie e monitoraggio della spesa farmaceutica per AV.
2. Riassetto della logistica ed organizzazione per AV dell'assistenza farmaceutica.
3. Prescrizione informatica dei farmaci in ambito ospedaliero per pazienti in dimissione, post-visita specialistica.
4. Progetti di Continuità H-T.
5. Indirizzi regionali e progetti di risk management per AV.
6. Armadi informatizzati.
7. Prontuario Terapeutico Regionale.
8. Progetti di informazione indipendente e normative per informazione di parte.
9. Gare regionali per dispositivi medici ed altri beni sanitari.
10. Direttive ed indirizzi regionali per l'applicazione del budget di MMG.

XV COMITATO REGIONALE PER LA BIOETICA

Per favorire un confronto, a livello nazionale ed internazionale, sullo stato della ricerca biomedica e dell'ingegneria genetica, anche al fine di rapportare l'organizzazione e la gestione dei servizi sanitari regionali, è istituito il Comitato regionale per la bioetica.

Il Comitato ha il compito di elaborare un quadro complessivo dei programmi di ricerca e di sperimentazione maggiormente significanti per la regione Marche. Il Comitato inoltre formula pareri sui problemi di natura etica e giuridica che possono emergere con il progredire della ricerca a tutti i livelli, promuove la divulgazione scientifica e la corretta informazione dell'opinione pubblica e svolge una funzione consultiva nei confronti della Giunta regionale e dell'organizzazione sanitaria regionale ivi comprese le istituzioni pubbliche e private accreditate e non.

Il Comitato è nominato dal Consiglio regionale, su proposta della Commissione consiliare competente, è composto da non più di 10 membri scelti tra più curriculum di esperti e studiosi provenienti da diverse aree disciplinari in coerenza con la natura intrinsecamente pluridisciplinare della bioetica.

Il Consiglio predispone un regolamento recante disposizioni in materia di attività, obiettivi, durata e modalità di funzionamento del Comitato.

Trascorsi 4 mesi dall'approvazione del presente Piano, l'Ufficio di Presidenza provvede alla nomina del Comitato provvisorio per la bioetica e il numero di componenti saranno pariteticamente proposti, all'interno delle candidature presentate, dalla maggioranza e dalla minoranza consiliare. Tale criterio dovrà essere rispettato anche per la composizione del Comitato definitivo.

XVI RETE DELLA FORMAZIONE

XVI.1 Analisi della realtà regionale

Il sistema Formazione ed ECM della Regione Marche.

Il sistema organizzativo complessivo della Formazione ECM nella Regione Marche è stato adottato con il 2^ Piano sanitario regionale 1998/2000, nel quale la formazione continua degli operatori viene definita per la prima volta elemento strategico della Regione e delle Aziende sanitarie per favorire e sostenere il processo di innovazione e di costante adeguamento ai mutamenti determinati dalla evoluzione della domanda sanitaria e delle conoscenze scientifiche e tecnologiche. Nei tre anni di vigenza del 2^ PSR, la funzione formazione è stata supportata con interventi regionali organici di formazione- gestiti dalla Agenzia Regionale Sanitaria- rivolti ai Responsabili dei relativi Uffici e interventi regolamentari quali le "Linee guida per la gestione delle attività formative (DGR n.2673/2000).

Con il 3^ Piano sanitario regionale 2003/2006 è stata ribadita la necessità che la formazione rappresenti, all'interno delle singole realtà organizzative sanitarie, un processo organico supportato da funzioni organizzative definite e stabili nel tempo, in grado di sostenere un flusso di azioni continuo e virtuoso tra i processi di gestione organizzativa e i processi formativi realizzati. La funzione Formazione è stata supportata da un intervento regionale di formazione avanzata rivolta ai Responsabili della Formazione conclusosi nel marzo 2006 che ha portato alla stesura di un Regolamento.

Nel 2006 e nel 2007 la variabile Formazione Continua è stata inserita nell'ambito del percorso di budget con le ZT/AO e INRCA.

La L.R. 21/06 all'articolo 2, comma 6, ha previsto esplicitamente che "l'INRCA svolge, ai sensi del comma 7 dell'articolo 8 del D.lgs. 288/03, una attività di alta formazione nelle discipline ed attività di riferimento. Pertanto l'INRCA sarà coinvolta nei processi di formazione sia del personale che dei professionisti che dei care giver dedicati alle problematiche riferite all'anziano".

Il programma operativo regionale in materia di E.C.M. si è concretizzato in una serie di azioni, e precisamente:

1. **la costituzione del sistema ECM della regione Marche** (Decreto n. 2 del 13/01/2004 del Dir. Dip. "Servizi alla persona e alla comunità": Approvazione progetto – costituzione del sistema Formazione Continua ECM nella Regione Marche";
2. **la definizione degli obiettivi formativi di interesse regionale** (DGR. n. 229 del 16 febbraio 2005);
3. **l'adozione del sistema di accreditamento ECM regionale degli eventi formativi** (DGR 229/2005), coerente con i criteri condivisi a livello nazionale;
4. **la realizzazione, attraverso un sistema informatizzato, della gestione, dell'accreditamento e il monitoraggio di tutta l'attività formativa ECM realizzata sul territorio marchigiano**, ancorato all'anagrafica di tutto il personale dipendente e convenzionato e alle articolazioni organizzative del Servizio Sanitario regionale, che ha prodotto un Report analitico delle attività formative sviluppate dalle Zone e Aziende del SSR negli anni 2004, 2005 e 2006;

5. **la territorializzazione della Formazione ECM** attraverso l'attivazione di

n.16 Centri di Formazione ECM, uno in ogni Zona Territoriale dell'ASUR, uno in ciascuna delle due Aziende Ospedaliere marchigiane ed uno presso l'INRCA.

Ciò risponde ad uno dei principi fondamentali dell'attività di Formazione Permanente, e cioè che, affinché sia efficace ed utile, essa deve essere quanto più possibile individualizzata e personalizzata, e quanto più possibile vicina al contesto di lavoro delle persone[9].

Questa scelta ha consentito, inoltre, di rafforzare Il legame tra formazione e obiettivi strategici dell'organizzazione : ciò che la Formazione deve garantire, infatti, è la coniugazione dei bisogni formativi del singolo operatore, portatore di una professionalità specifica che va sviluppata e migliorata nel tempo, con i bisogni dell'organizzazione e del contesto di lavoro nel quale tale professionalità viene esercitata.

XVI.2 Assessment organizzativo

I livelli di articolazione del modello organizzativo per la gestione del sistema Formazione ECM.

Coerentemente ai principi sopra richiamati, il modello organizzativo della formazione E.C.M. adottato finora nella Regione Marche prevede che la funzione Formazione sia collocata in posizione di staff al sistema delle Direzioni (regionale/aziendale/zonale/dipartimentale), come peraltro già stabilito fin dal 2° PSR, superando, così come per altro è accaduto in tutte le Aziende Sanitarie in Italia la collocazione della funzione all'interno della struttura organizzativa amministrativa del personale.

Tale scelta è in relazione alla funzione strumentale assegnata alla formazione rispetto alle strategie direzionali, e in relazione anche alle competenze di tipo tecnico/metodologico (e non giuridico-amministrativo) necessarie per gestire processi formativi.

Il sistema della Rete Formazione è **attualmente articolato su tre livelli**:

- **<u>LIVELLO REGIONALE DI PROGRAMMAZIONE E DECISIONE:</u>**

  Servizio Salute della Giunta Regionale (DGR 630 del 29 maggio 2006)

  - attività giuridico amministrativa connessa ai compiti di programmazione monitoraggio della Formazione di base delle professioni sanitarie e della Formazione Continua ECM da sottoporre all'approvazione della Giunta Regionale.

[9] *La Circolare del Ministro della Salute del 13 marzo 2002 aveva fin dall'inizio chiarito che, per la realizzazione del programma ECM, essenziale doveva essere il ruolo delle Aziende Sanitarie, e la contestuale realizzazione di una rete territoriale di Centri di Formazione .*

Nella stessa direzione si muovono i CCNL delle diverse Aree Contrattuali, che stabiliscono il principio della contrattazione decentrata sulla materia in questione, derivante dalle evidente necessità di contestualizzare in modo puntuale le attività formative rispetto alle condizioni di lavoro specifiche di ogni categoria di lavoratori.

- coordinamento delle relazioni sindacali di tutte le Aree Contrattuali sulle tematiche afferenti alla Formazione Continua, anche in merito alla individuazione degli obiettivi formativi rilevanti per la realizzazione delle politiche sanitarie regionali.

- **LIVELLO REGIONALE DI AMMINISTRAZIONE DEL SISTEMA:**

  Agenzia Regionale Sanitaria (Decreto Dir. Dip. "Servizi alla Persona e alla Comunità" n.2 del 13/01/2004, DGR 129 del 1/02/05, DGR n.119 del 17/02/2004, Legge n. 35 del 16/12/05, DGR n.229 del 16/02/05, DGR n.184 del 13/03/2007)

  - coordinamento dell'analisi del fabbisogno formativo di interesse regionale
  - programmazione della formazione di carattere regionale (Piano di Formazione Regionale)
  - gestione del sistema di accreditamento ECM regionale (accreditamento degli eventi formativi e accreditamento dei provider)
  - monitoraggio e valutazione della formazione svolta, anche attraverso il coordinamento delle attività degli Uffici Formazione delle Zone/Aziende e INRCA
  - cura dei rapporti in materia con il Ministero della Salute, la Commissione Nazionale ECM e la conferenza Stato-Regioni.

- **LIVELLO ZONALE E AZIENDALE DI GESTIONE :**

  Le **Zone/Aziende del SSR e l'INRCA,** riconosciuti provvisoriamente dalla Regione quali organizzatori di formazione ECM, sono i soli Provider che hanno titolo a presentare progetti formativi per l'accreditamento di eventi nel sistema ECM regionale e a curarne la gestione.

Quest'ultimo è il livello cardine del sistema, quello attorno al quale ruota necessariamente la gestione di tutta l'attività formativa rivolta al personale assegnato alle diverse linee operative e servizi sul territorio, e che, per le funzioni che svolge sia dal punto di vista organizzativo, sia dal punto di vista dell'accreditamento ECM, non può essere sostituito da altri livelli gestionali (funzione di programmazione formativa zonale, progettazione e gestione dei singoli eventi formativi, residenziali e sul campo).

Il sistema complessivo e i diversi punti istituzionali che lo compongono sono correlati attualmente attraverso un unico sistema informativo, ancorato all'anagrafica di tutto il personale dipendente e convenzionato e alle articolazioni organizzative del Servizio Sanitario regionale, che consente, attraverso un collegamento on line:

- l' accreditamento in rete degli eventi formativi;
- la gestione operativa di tutte le fasi del processo formativo;
- la registrazione di tutte le informazioni relative alla formazione per singolo dipendente o convenzionato, per aree contrattuali e per aree professionali;
- la registrazione di tutte le informazioni relative alla gestione di ogni evento accreditato e realizzato dagli Enti pubblici autorizzati, e il conseguente monitoraggio di tutta l'attività (costi della formazione, gestione delle singole attività, n° dei crediti formativi erogati per singolo professionista, profilo professionale, area contrattuale, ecc., valutazione della formazione).

Tali livelli di *articolazione organizzativa* della Rete Formazione dovranno essere **integrati** e non sostituiti da ulteriori livelli, quali:

Livello Dipartimentale

Affinché si realizzi un funzionamento virtuoso e fisiologico dell'attività formativa , che è tanto più efficace quanto più il professionista sente "vicini" i problemi per cui apprendere, è necessario che a livello dei singoli Dipartimenti venga realizzata una rete interna e capillare , attualmente presente solo in poche ZT e AO, per la funzione di analisi del fabbisogno formativo e di programmazione della formazione di carattere tecnico-specialistico, spesso svolta fuori sede, anche con l'assegnazione di un Budget specifico dipartimentale per l'attività in questione.

E' a questo livello che il Direttore di Dipartimento e il Comitato di Dipartimento, cioè il sistema dirigenziale più vicino al singolo professionista, può leggere e coniugare le esigenze di aggiornamento del singolo operatore con quelle della specifica struttura di appartenenza e con le logiche e le funzioni assegnate a quel determinato livello di servizio.

Il Dipartimento, infatti, cellula base del governo clinico e di tutta l'organizzazione, è il luogo in cui, con maggiore appropriatezza si possono coniugare le esigenze di sviluppo del singolo professionista con le esigenze di sviluppo dell'organizzazione, e rafforzare quindi quegli elementi indispensabili ad un funzionamento fisiologico delle attività formative che, quanto più capillarmente sono ancorate, tanto più efficaci hanno dimostrato di essere.

Livello di Area Vasta

L'implementazione della rete territoriale della Formazione Continua regionale deve prevedere anche un livello funzionale di coordinamento e di gestione di eventi/progetti relativi ad aspetti generali e strategici dell'area e che si collocano in una dimensione trasversale a diverse aziende/zone. Tale livello funzionale va affidato ad un Centro di Formazione già operante, opportunamente rinforzato nella dotazione organica.

Livello Regionale: centro di formazione ECM regionale

Relativamente al livello gestionale delle attività formative, la realizzazione di un sistema compiuto della Formazione continua ECM richiede la necessità di disporre di un punto qualificato di erogazione di livello regionale, ad integrazione (e non in sostituzione) della rete territoriale dei Centri di Formazione già operanti sul territorio, cui affidare la realizzazione di quegli eventi/progetti formativi che, dovendo affrontare aspetti generali e strategici, si collocano in una dimensione trasversale a tutte o a diverse aziende/zone sul territorio, e richiedono conseguentemente una gestione centralizzata regionale.

E' pertanto necessario istituire un **Centro regionale per la formazione continua ECM e del management sanitario** cui affidare:

1. la **formazione per la dirigenza del SSR** e l'attivazione di un percorso formativo per quanti rivestano responsabilità manageriali nelle professioni sanitarie mediche e non mediche, ottemperando al contempo alle disposizioni legislative relative alla formazione manageriale (ex artt. 15 e 16-quinquies D.Lgs. 502/92 s.m.i., ex art.7 DPR 484/97, Accordo Interregionale sulla Formazione Manageriale del luglio 2003).

   Tale progetto rappresenta una delle azioni di livello regionale già indicate dal III Piano Sanitario Regionale, che non è stato possibile portare a compimento nel triennio 2003-2006 e che quindi diventa una delle priorità del presente piano sanitario;
2. l'attuazione di **attività formative strategiche** che, sulla base della programmazione regionale sanitaria, verranno proposte quali strumenti di **supporto alle innovazioni** culturali, tecnologiche e organizzative del Sistema sanitario regionale;
3. l'attuazione di **specifici progetti formativi** per i quali è necessario avvalersi di un punto di erogazione a livello centrale/regionale, in relazione al numero contenuto di partecipanti (es. Profili di assistenza, ecc. vedi DGR 1232/2005) e alla opportunità di ottenere **economie di scala**.

Il sistema ECM è attualmente supportato dai seguenti organismi , in coerenza con l'architettura di sistema operante a livello nazionale e nelle altre Regioni:

- la **Consulta Regionale ECM** (D.G.R. n.119 del 17.02.2004) con il compito di:
  - concorrere all'individuazione delle esigenze formative
  - concorrere alle verifiche e valutazioni finali, in particolare alla verifica delle ricadute della formazione sull'attività delle diverse categorie professionali
  - esprimere suggerimenti e valutazioni in ordine alla formazione realizzata
  - collaborare alla realizzazione di una anagrafe dei crediti formativi

- la **Commissione Tecnica Regionale ECM**, (Determina del Direttore dell'ARS n.182 del 1.12.2004) che ha la funzione di:
  - supportare il funzionamento del sistema di accreditamento regionale, verificando i criteri per l'attribuzione dei crediti formativi in coerenza con il sistema nazionale e la corretta attribuzione dei punteggi nei casi di incongruenza;
  - fornire un supporto tecnico/metodologico ai soggetti erogatori, al fine di pervenire ad una maggiore qualità della progettazione e della valutazione formativa.

XVI.3 Elementi di criticità e punti di forza

Punti di forza

Gli elementi di forza del sistema sono:

- l'aver formulato degli obiettivi regionali attribuendo agli stessi una valenza strategica, legata al contesto organizzativo regionale e agli obiettivi del 3° PSR, costituendo un'operazione innovativa e utile ad orientare le singole ZT/AO nella progettazione complessiva dei propri piani di formazione;
- la re-ingegnerizzazione del processo di formazione condiviso dai professionisti del settore in grado di rappresentare tutte le fasi del processo formativo;
- la formalizzazione di tale processo nel sistema informatizzato;
- l'ancoraggio del sistema informatizzato all'intera anagrafica di tutti i dipendenti e convenzionati e alle articolazioni organizzative del Servizio Sanitario Regionale;
- il monitoraggio [10] delle attività formative realizzate sul territorio regionale dagli Enti Pubblici autorizzati che si contraddistingue per il fatto di mettere insieme all'attività formativa, dati relativi alle risorse, sia economiche sia umane, consentendo in tal modo una visione completa del sistema formazione nella Regione e di realizzare un monitoraggio analitico. Quest'ultimo ha permesso una lettura delle attività formative realizzate attraverso una serie di indicatori:
  - media annuale dei crediti formativi erogati per dipendente sanitario
  - giornate di formazione/uomo erogate, in sede e fuori sede
  - media annuale di giornate di formazione/uomo erogate
  - corsi accreditati
  - giornate di formazione/aula erogate
  - personale formato per area contrattuale
  - formazione realizzata per singola professione
  - risorse finanziarie destinate alla formazione in rapporto al vincolo contrattuale (1% monte salari)
  - obiettivi formativi sviluppati nell'ambito dell'attività formativa erogata in sede (rispetto a quelli definiti dalla DGR 229/2005).

Elementi di criticità

- Disomogeneità degli Uffici Formazione relativa a carenza di risorse (umane) dedicate alla gestione.
- Scarso utilizzo della Formazione come leva strategica di cambiamento in rapporto a linee di sviluppo di sistema. Le attività formative programmate appaiono raramente collegate a progetti di sviluppo organizzativo e professionale. Ciò induce a rischi di appiattimento su

[10] *Vedi ARS "Monitoraggio delle attività di Formazione ECM" anno 2005 e 2006*

modalità di adempimenti formali e alla concentrazione delle attività formative su obiettivi di manutenzione esclusivamente tecnico-professionale.

- Mancanza di un punto regionale di gestione della formazione strategica.
- Mancanza di una ottimizzazione e articolazione policentrica e unitariamente “governata” del sistema di erogazione delle attività formative.

XVI.4 Definizione della strategia e delle linee di intervento

XVI.4.1 Piano di risanamento – investimento

Circa le risorse economiche destinate alla Formazione, si assiste ad un trend positivo nel corso degli anni: le risorse destinate alla Formazione hanno registrato un progressivo avvicinamento allo standard indicato dalle normative contrattuali dell’1% del monte salari complessivo. La Regione Marche, in sede di definizione dei budget per le diverse ZT e AO, ha incrementato del 10% il budget destinato alla formazione, ad esclusione di quelle aziende che avevano già destinato una quota almeno pari al 60% del monte retributivo. Il monitoraggio delle attività di formazione ECM per l’anno 2006 mostra un un trend positivo. Quasi tutte le ZT/AO hanno destinato all’attività di Formazione una quota pari almeno al 60% del monte salari.

Il piano di investimento non richiede dunque un adeguamento delle spese di carattere corrente, quanto invece un investimento sulle risorse, di tipo strutturale.

Ciò risulta tanto più urgente in quanto , a seguito della 2^ fase del programma nazionale ECM, è stato concordato in sede di Conferenza Stato Regioni l’avvio dell’accreditamento dei Provider pubblici e privati, già previsto dall’ art.16 ter del 229/99.

E’ necessario dunque che gli Uffici Formazione adeguino i requisiti strutturali e organizzativi a quelli previsti dai criteri di accreditamento dei Provider pubblici e privati già approvati dalla Commissione Nazionale.

XVI.4.2 Modello di sviluppo sistemico

La connessione con il livello nazionale

Il sistema di Formazione ECM è un sistema a valenza nazionale, oltre che regionale: il contesto in cui sono adottate le decisioni che riguardano gli sviluppi e i programmi è stato individuato nella Conferenza Stato-Regioni al fine di armonizzare le decisioni regionali e renderle compatibili con un comune quadro di riferimento nazionale.

Le recenti decisioni assunte a questo proposito in sede di Conferenza degli Assessori regionali alla sanità vanno nella direzione di disegnare un sistema ECM stabile, multipolare, e soluzioni regionali autonome ma coordinate.

Oltre a ciò è stata confermata la necessità e la volontà di passare da un sistema di accreditamento del singolo evento ad un sistema di formazione moderno, di qualità, fortemente integrato nella

realtà del sistema sanitario, un sistema in grado di gestire complessivamente non un solo segmento del processo formativo -"l'evento"-, ma un sistema in grado di gestire virtuosamente l'intero processo formativo: PIANI, PROGETTI, PERCORSI formativi anche individuali…

I nuovi obiettivi del sistema ECM concordati nella Commissione Paritetica Stato-Regioni sono:

- Lo sviluppo di un sistema basato sull'accreditamento specifico dei provider ECM, cioè degli organizzatori "erogatori" di iniziative di formazione continua in sanità, ma anche, e soprattutto, di un sistema complessivo basato sulla piena capacità di garantire la funzione di governo della formazione continua nelle strutture sanitarie
- La valorizzazione conseguente del ruolo delle istituzioni pubbliche del SSN, il che significa che le aziende e le istituzioni sanitarie, con il ruolo determinante del Collegio di direzione o dell'organo di direzione sanitaria e scientifica, dovranno essere in grado di sviluppare infrastrutture dedicate alla formazione, competenti, accessibili e in grado di promuovere la rilevazione dei bisogni, supportare i processi di apprendimento e garantire agli operatori interessati l'acquisizione dei crediti ECM previsti, in modo aperto e flessibile e senza discriminazioni;
- L'adozione di nuovi strumenti obbligatori, quali:
  - **Piani** della formazione aziendale, frutto di un processo condiviso tra gruppi e professioni diverse, coerente con le strategie aziendali, contenente la descrizione del contesto, delle strategie e dell'insieme delle attività formative previste dall'azienda, organizzate direttamente o acquisite da provider esterni;
  - **Rapporto** sulla formazione aziendale sviluppata quale strumento annuale di rendicontazione dell'azienda sulle attività di formazione realizzate in funzione degli indirizzi regionali e nazionali e degli obiettivi definiti. Da conto dei programmi realizzati, della loro qualità scientifica e andragogica, della copertura dei crediti ECM, delle verifiche sull'impatto effettuate, etc.;
  - **Dossier formativi** individuali quali strumenti per promuovere e valutare i percorsi formativi dei propri professionisti in modo che siano coerenti con la programmazione aziendale e lo sviluppo professionale che dovranno contenere tre principali tipologie di documenti:
    I. il piano individuale di formazione , in cui sono indicati gli obiettivi formativi declinati in funzione dei campi di apprendimento prioritari;
    II. la documentazione relativa alle attività di formazione continua seguite, alle attività didattiche svolte, alla partecipazione a ricerche, a gruppi di lavoro, a progetti, le pubblicazioni, etc.;
    III. la valutazione dell'andamento e dei risultati del percorso.

    Questo strumento dovrà diventare il data-base fondamentale per la costruzione e l'implementazione dell' "inventario" delle competenze (portfolio) di tutto il personale medico, sanitario,tecnico e amministrativo per consentire la creazione di mappe delle aree potenziali di competenza e professionalità esistenti nel sistema, nonché l'individuazione

delle aree dove si registrano gap tra competenze presenti e loro utilizzo, competenze attese e possedute.

Tutte queste capacità rientrano nell'ambito dei requisiti essenziali richiesti per l'ottenimento e il mantenimento dell'accreditamento che include, ovviamente, anche la capacità di pianificare, controllare e valutare la formazione continua, come funzione di livello aziendale indispensabile a garantire nel tempo la qualità e l'innovazione dei servizi.

Impegni**,** inoltre, già per altro iscritti negli articoli relativi alla Formazione Continua ECM dei CCNNLL di tutte le aree contrattuali.

Lo sviluppo del sistema ECM - Marche

Il sistema di Formazione ECM della Regione Marche contiene già i presupposti per connettersi alle linee di sviluppo e agli obiettivi del sistema nazionale così come sopra delineati e per configurarsi come un ottimale sistema a rete.

Il sistema Formazione ECM-Marche potrà essere ulteriormente implementato nella direzione di una maggiore articolazione e specializzazione delle rete prevedendo:

- una ottimizzazione e articolazione delle funzioni attualmente esercitate dai diversi punti di erogazione delle attività formative (i 17 centri di Formazione corrispondenti al sistema ZT/AO/Inrca) in modo da giungere ad un sistema policentrico e coordinato, tale che i diversi Centri di Formazione possano assumere compiti e funzioni aderenti alle proprie specifiche vocazioni e specializzazioni, con capacità di rispondere ai bisogni formativi dell'intero territorio regionale (Centri di Formazione per Aree Vaste);
- una sperimentazione delle potenzialità attualmente presenti nel sistema ECM in uso per la realizzazione del dossier formativo per singolo dipendente, già ad oggi presente nel sistema in uso, l'implementazione della Formazione FAD / e-learning, piattaforme di lavoro collaborativo (wiki e altri social software) che, attraverso l'uso delle tecnologie di comunicazione, possa condividere best-practices, servizi di consulenza tra pari, basi di conoscenza (bibliografia, normativa, documentazione scientifica) servizi discussione Forum;
- la creazione di un punto qualificato di erogazione di livello regionale, ad integrazione (e non in sostituzione) della rete territoriale dei Centri di Formazione cui affidare la realizzazione di progetti formativi strategici, e per il management sanitario: Centro regionale per la formazione continua ECM e del management sanitario.

XVI.5 Pianificazione delle azioni

Rispetto al quadro dello sviluppo del sistema ECM, si ipotizzano pertanto le seguenti azioni :

1. la ridefinizione degli obiettivi formativi di interesse regionale aggiornati secondo le linee del presente piano sanitario 2007-2009, i quali devono costituire la matrice comune per lo sviluppo dei Piani Formativi Aziendali e del Piano di formazione Regionale;

2. la redazione del Piano Formativo Regionale, collegato al Piano Sanitario Regionale;
3. l'attuazione di specifici percorsi formativi che nella teoria e nella pratica clinica assumano la prospettiva di genere come impostazione tecnico-scientifica tesa a soddisfare i bisogni degli uomini e delle donne, come rivendicato dall'OMS che dal 2002 ha costituito un apposito dipartimento per il genere e la salute delle donne;
4. l' implementazione del sistema informatizzato per:
    - la realizzazione del dossier formativo per singolo dipendente, già ad oggi presente nel sistema in uso;
    - lo sviluppo e la sperimentazione della Formazione FAD e-learning, già possibile con l'attuale piattaforma, agganciata all'anagrafica dei dipendenti;
5. sul versante organizzativo:
    - la sperimentazione di modelli di Area Vasta, di coordinamento per la gestione di eventi/progetti che dovendo affrontare aspetti generali e strategici si collocano in una dimensione trasversale a diverse zone/AO, da affidare a Centri di Formazione già operanti,
    - l'istituzione del Centro Regionale per la Formazione Continua ECM e del management sanitario.