

Ricevuto il 27 FEB. 2019

allegato 13, 12

Indirizzata all'Assessore Competente Dott.ssa Lupini

Univ. di Ferrara

INTERPELLANZA

Oggetto: Area Vasta Montana

Considerato che è iniziato l'iter per il nuovo Piano Sanitario Regionale.

Che la proposta dell'istituzione dell'Area Vasta Montana potrebbe rappresentare una soluzione alla precarietà del diritto alla salute del territorio montano marchigiano.

Che il Consiglio Comunale di Fabriano ha approvato all'unanimità una mozione avente ad oggetto proprio l'istituzione di tale Area Vasta Montana.

Che in data 12.2.2019 ho consegnato la mozione suddetta all'Ufficio del Consigliere Regionale delegato alla Sanità, Federico Talé.

Che quest'ultimo, per il tramite del suo Ufficio, è risultato disponibile ad un incontro con esponenti del Comune, al fine di dibattere proprio su tale tema.

Che nella bozza del nuovo piano sanitario regionale (allegata alla presente interpellanza), non risulta l'istituzione dell'Area Vasta Montana.

Si interpella

l'Amministrazione al fine di conoscere se intenda incontrare urgentemente il Consigliere Federico Talé, vista l'importanza del tema in oggetto.

Fabriano, lì 27 febbraio 2019

Consigliere Comunale

Andrea Giombi

A. Giombi

COMUNE DI FABRIANO



Protocollo Generale

Nr.0008628 Data 27/02/2019

Tit. 02.03 Arrivo

CAR
AS
AS2
V33
V34
R5
R5P
AS2
AACR
DG
SMD

PIANO SOCIO SANITARIO 2019-2021

IL CITTADINO,
L'INTEGRAZIONE,
L'ACCESSIBILITA' E LA
SOSTENIBILITA'

INDICE

1	Introduzione	5
1.1.	Partecipazione e condivisione	8
1.2.	Impianto metodologico	8
1.3.	Contenuti del piano	9
2	Il contesto socio demografico ed economico e lo stato di salute della popolazione.....	11
3	Il quadro normativo	18
4	Gli obiettivi strategici	22
4.1.	Sostegno a fragilità e cronicità dal neonato all'anziano	23
4.2.	Incremento di qualità e appropriatezza dei servizi e dei trattamenti	25
4.3.	Miglioramento di accessibilità e prossimità	26
4.4.	Rafforzamento dell'equità del sistema	28
4.5.	Perseguimento della sostenibilità del sistema	30
5	Le direttrici trasversali di sviluppo	33
5.1.	Partecipazione, responsabilità e trasparenza	34
5.2.	Consolidamento dell'assetto istituzionale	36
5.3.	Integrazione organizzativa	37
5.4.	Adeguamento strutturale e tecnologico	39
5.5.	Innovazione e info-telematica	40
5.6.	Qualificazione scientifica e professionale	42
6	Le aree di intervento	44
6.1.	Prevenzione collettiva, veterinaria e sicurezza alimentare	44
6.2.	Assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria.....	46
6.3.	Assistenza ospedaliera ed emergenza urgenza	47
6.4.	Assistenza farmaceutica - dispositivi medici.....	50
6.5.	Aree di interesse regionale.....	51
6.5.1	Le maxi emergenze	52
6.5.2	Le Aree Interne	54
7	L'attuazione del Piano.....	57
8	Il monitoraggio e la valutazione del Piano	58
	Appendice 1: Le schede intervento.....	59
	Area di intervento: Prevenzione collettiva, veterinaria e sicurezza alimentare	61
1.	Miglioramento delle coperture vaccinali e rafforzamento dei servizi vaccinali	61
2.	Aumento della copertura vaccinale per antinfluenzale nei soggetti anziani	62
3.	Tutela della sicurezza dei lavoratori addetti a comparti produttivi con alto indice di Infortuni mortali	63
4.	Tutela della Salute e della Sicurezza dei lavoratori addetti ai cantieri di ricostruzione "post sisma"	65
5.	Promozione di stili di vita corretti nella popolazione	66
6.	Riduzione dei rischi ambientali per la salute dei cittadini	67
7.	Prevenzione dell'osteoporosi e del rischio di frattura correlato	68
8.	Promozione della pratica dell'esercizio fisico in persone con patologie croniche o a rischio aumentato	69

9. Contrasto all'antimicrobico resistenza	70
10. Diffusione sul territorio della capacità di defibrillazione	71
11. Il benessere e la salute degli animali, la sicurezza alimentare e la tutela della salute pubblica	72
Area di intervento: Assistenza territoriale e sociosanitaria	73
12. Accompagnamento delle persone fragili nel sistema dei servizi	73
13. Presa in carico post-dimissione	74
14. Regole per la corretta prescrizione protesica	75
15. Miglioramento dell'accesso ai servizi territoriali: PUA, UVI, PAI	76
16. Infermiere di famiglia e di comunità	77
17. Ambulatori Avanzati di Medicina Generale	78
18. Promozione e tutela della salute dell'Infanzia	79
19. Costruzione di una rete integrata di dietetica regionale	80
20. Percorso nascita: lotta alla depressione post-partum	82
21. Miglioramento della presa in carico dei pazienti con malattie rare: consolidamento della rete regionale	83
22. Miglioramento della presa in carico dei malati in fase terminale	84
23. Medicina di genere	86
24. Diritto alla salute e immigrazione	87
25. Attivazione di interventi di <i>family learning</i> socio sanitario	89
26. Costruzione della rete riabilitativa di comunità	91
27. Miglioramento della presa in carico delle persone affette da demenza	92
Area di intervento: Rete ospedaliera e emergenza urgenza	94
28. Riorganizzazione e riqualificazione della rete ospedaliera	94
29. Contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	96
30. Contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero	97
31. Percorso nascita: Implementazione delle procedure di partoanalgesia	99
32. Percorso nascita: Strutturazione rete regionale di presa in carico della gravidanza a vari livelli di rischio	100
33. Percorso nascita: Riduzione dei tagli cesarei	102
34. Miglioramento dello standard di cura per i tumori dell'apparato genitale femminile	103
35. Rischio Clinico: sviluppo di strategie regionali di risk management	104
36. Miglioramento dei tempi di intervento attraverso la Rete Territoriale di Soccorso (RTS)	106
37. Attivazione CUR – NUE 1-1-2.	107
38. Realizzazione di nuove elisuperfici e adeguamento di quelle esistenti per il servizio H24.	108
Aree di intervento trasversali	109
39. Migliorare l'uso razionale dei farmaci	109
40. Consolidamento del Centro Regionale di farmacovigilanza	110
41. Realizzazione della Rete Regionale di Health Technology Assessment (HTA)	111
42. Realizzazione sistema unico regionale per la Tecnoassistenza nei diversi setting assistenziali	112
43. Realizzazione rete regionale di Teleconsulto Specialistico per i percorsi di emergenza urgenza.	114
44. Sviluppo del nuovo Sistema Informativo Sanitario di governo regionale.	115
45. Evoluzione funzionale del fascicolo sanitario elettronico (FSE) della Regione Marche	116
46. Consolidamento sistema di indicatori sanitari e socio sanitari	117
47. Costituzione del registro di mortalità regionale	118
48. Accredimento del Registro Tumori Regionale (RTR)	119
Aree di interesse regionale	120
49. Gestione Efficace dell'intervento sanitario in occasione delle grandi emergenze	120
50. Lo sviluppo delle Aree Interne	121
Appendice 2: Il SSR in sintesi.....	122
Appendice 3: I contributi al PSSR.....	124

1 INTRODUZIONE

Il Piano Socio-Sanitario Regionale 2019-2021 (PSSR) della Regione Marche si ispira al modello comune di politica - **Salute 2020** concordato tra i 53 Stati Membri della Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

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

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

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

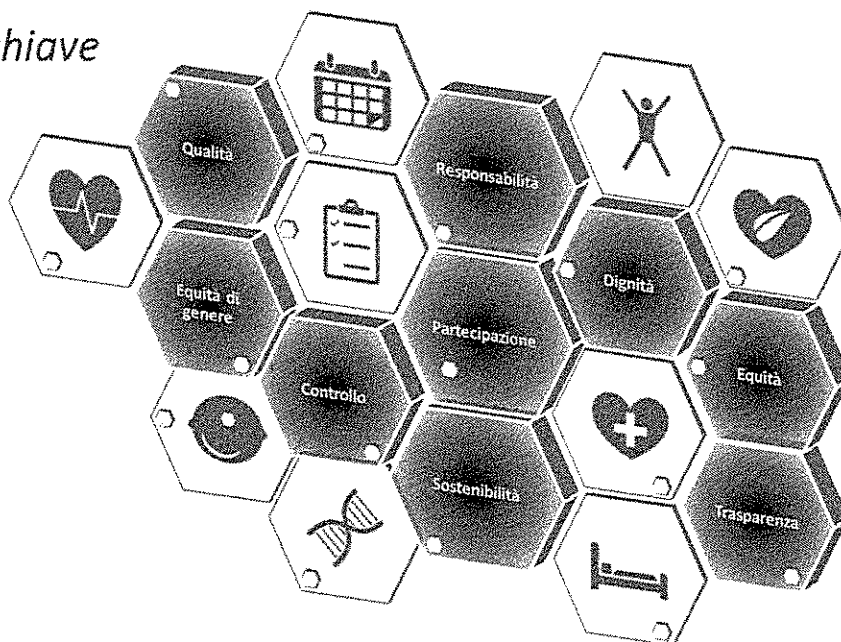
Il Comitato europeo delle Regioni, attraverso la promozione della cooperazione transfrontaliera e della regione euroadriatica, favorisce il confronto di eccellenza nel settore sanitario anche al di là dei confini regionali.

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

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

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

Parole chiave



Le disuguaglianze creano condizioni sfavorevoli ad una qualità di vita dignitosa e aprono allo sviluppo di fragilità e vulnerabilità, in una parola alla possibilità di ammalarsi.

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

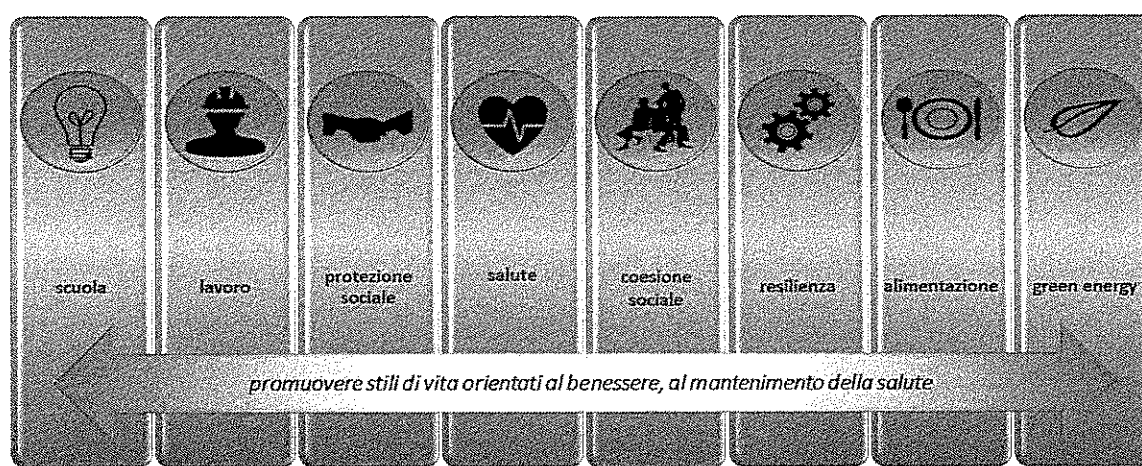


Adattato da: Dahlgren G, Whitehead M. Tackling Inequalities in health: what can we learn from what has been tried? London, King's Fund, 1993.

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

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

Competenze individuali e della comunità



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

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

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

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

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

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

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

1.1. PARTECIPAZIONE E CONDIVISIONE

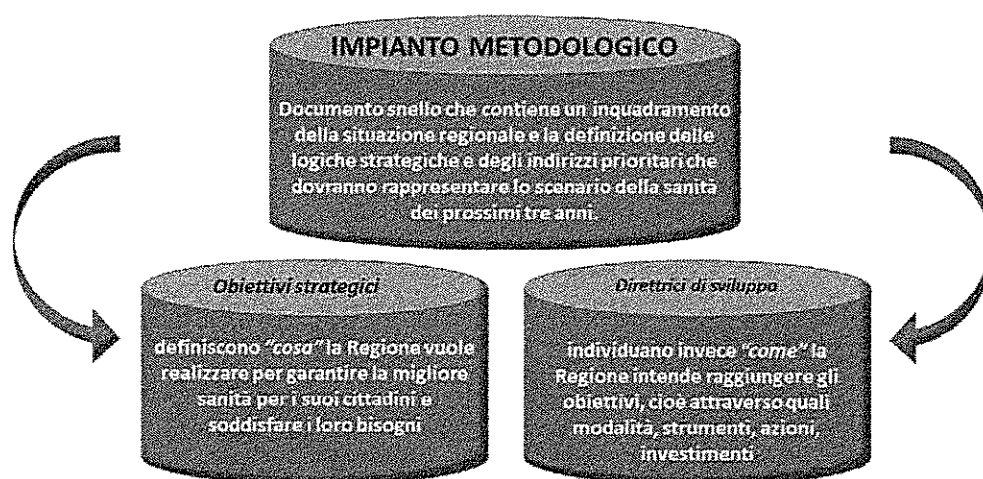
Un aspetto qualificante del presente Piano è rappresentato dalla modalità adottata per la sua predisposizione. Per consentire una mirata, completa e condivisa definizione delle strategie e degli strumenti da impiegare, la fase di predisposizione del Piano da parte degli uffici regionali è stata preceduta da una campagna di ascolto e interlocuzione con gli stakeholder presenti sul territorio, a valenza regionale e locale, per raccogliere in modo puntuale, nel corso di numerosi incontri con i diversi rappresentanti di sindacati, associazioni, società scientifiche, università, enti locali, etc., proposte, osservazioni e suggerimenti sui contenuti del documento.

In appendice al Piano, sono riportate le segnalazioni e gli argomenti di chi ha voluto contribuire all'elaborazione dei temi trattati.

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

1.2. IMPIANTO METODOLOGICO

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



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

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

La declinazione operativa è demandata ad atti successivi di Giunta con cui dare attuazione alle schede intervento; periodicamente, le stesse potranno essere integrate, consentendo di rivedere ed adeguare, in una logica di scorrimento, obiettivi specifici, tempi e strumenti con atti di Giunta che dovranno, in quest'ultimo caso, passare al vaglio della competente Commissione consigliare.

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

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

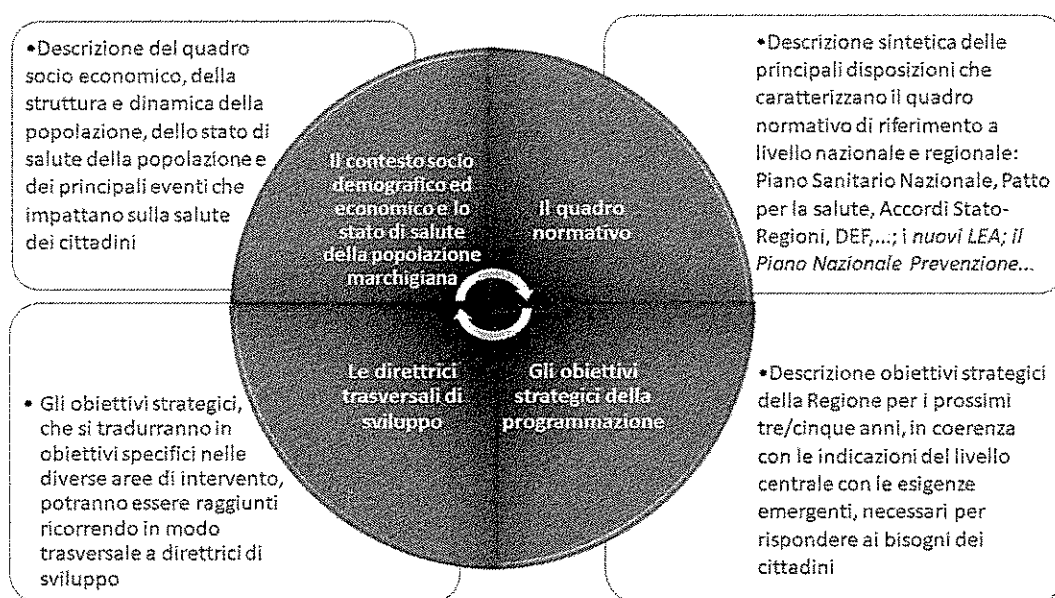
La raccolta puntuale di proposte, osservazioni e suggerimenti sui contenuti del documento da parte degli stakeholder presenti sul territorio, a valenza regionale e locale, ha consentito, nella fase di predisposizione del Piano da parte degli uffici regionali, la definizione completa e condivisa delle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

1.3. CONTENUTI DEL PIANO

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



Contenuti del PSSR



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

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

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

Il quadro normativo

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

Gli Obiettivi strategici della programmazione

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

Le direttrici trasversali di sviluppo

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

Le aree di intervento e gli obiettivi specifici

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

L’attuazione del Piano

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

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

Il monitoraggio e la valutazione del Piano

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

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

POPOLAZIONE

La popolazione residente nella Regione Marche, all'1 gennaio 2017 risulta costituita da 1.538.055 residenti (745.486 maschi, 792.569 femmine) con una tendenza generale al calo delle nascite (11.482 nati per un tasso di natalità pari al 7,1‰) valore più basso degli ultimi 35 anni ed un progressivo invecchiamento della popolazione. L'età media dei marchigiani corrisponde a 46,1 anni e la percentuale di individui di 65 anni ed oltre è pari al 24,3% del totale della popolazione (22,3% in Italia). Tali dati demografici testimoniano che siamo di fronte ad una popolazione regionale che continua ad invecchiare: gli ultra settantacinquenni sono pari al 13,2% della popolazione, a fronte dell'11,4% di presenza a livello nazionale.

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

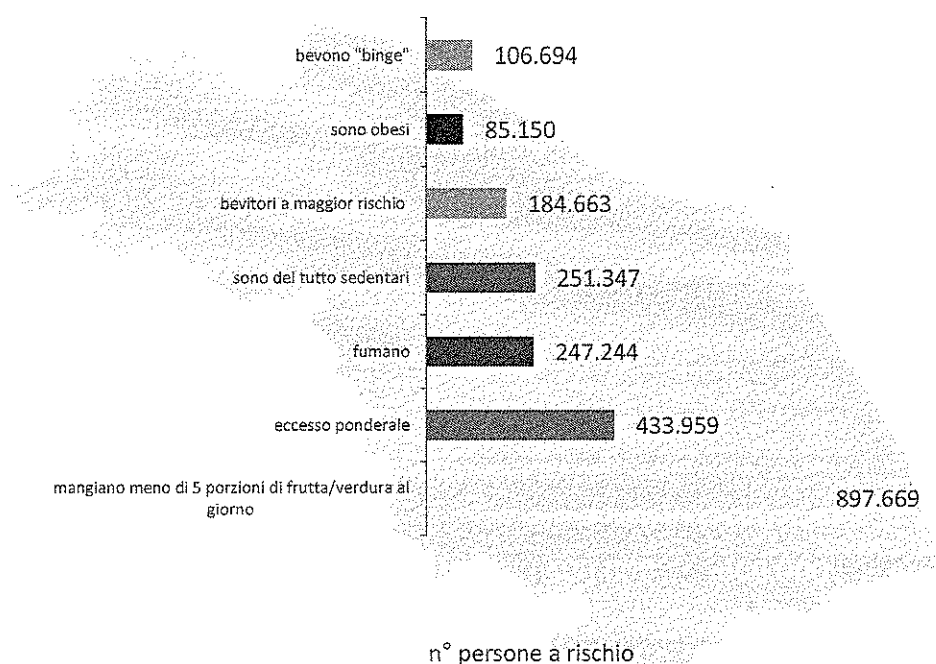
Gli stranieri residenti all'1 gennaio 2017 sono 136.199 e rappresentano il 9% della popolazione totale; rispetto alla popolazione autoctona si tratta di una popolazione molto più giovane: il 17% degli stranieri residenti ha meno di 15 anni (13,1% cittadini autoctoni) e solo il 5% ha 65 anni e oltre (vs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

LA SALUTE NELLA REGIONE

I fattori di rischio

Le stime dell'Istituto per la misurazione e la valutazione della salute (IHME) mostrano che in Italia, nel 2015, l'impatto delle malattie (misurato in DALYs [Disability adjusted Life year]) era dovuto in buona misura a fattori di rischio comportamentali, primi fra tutti i rischi connessi alla dieta (11,2 %), il tabagismo (9,5 %), un elevato indice di massa corporea (6,1 %), il consumo di alcolici (4,2 %) e una scarsa attività fisica (2,5 %) (IHME, 2016). Nella regione Marche l'indagine condotta con il sistema di sorveglianza Passi, (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), negli anni 2013-2016, ha stimato il numero di persone con stili di vita non salutari. Fumatori circa 16%; eccesso ponderale circa 28 % e obesi 5,5 %; lo stile di vita sedentario in oltre il 16 % dei cittadini. La combinazione nello stesso soggetto di questi stili di vita aumenta il rischio di patologie. Gli stili di vita non salutari quali fumo, alcool, alimentazione scorretta, sedentarietà svolgono un ruolo importante nella genesi delle malattie croniche non trasmissibili e costituiscono una rilevante causa di mortalità e morbosità nella popolazione, con elevati costi sanitari e sociali.

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



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

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

● Salute percepita

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

Pur avendo la Regione attraversato un periodo caratterizzato da una situazione di crisi economica partita nel 2008 e da ultimo un sisma che per diffusione, ampiezza e modalità del tutto nuovi, nel panorama degli studi geologici, ha comportato, insieme allo stato di crisi di molte medie e piccole imprese, un enorme

peggioramento delle condizioni sociali della popolazione, con la perdita di lavoro, perdita di abitazione, perdita di fiducia, problemi psico-sociali dal post-traumatico da stress all'incremento del fabbisogno delle cure, tuttavia le ricerche di settore testimoniano che nel nostro territorio i cittadini che rinunciano alle cure a causa delle condizioni sociali svantaggiate sono pochi e la percentuale risulta una delle più basse di Italia, come anche la rinuncia all'Out of Pocket risulta tra i più bassi a livello nazionale (dati CREA 13° rapporto, 2017).

● Malattie infettive e vaccinazioni

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

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

Con la definizione dei nuovi obblighi vaccinali i recuperi risultano infatti piuttosto rapidi: in soli sei mesi (dal 31/12/2017 al 30/6/2018) per la coorte dei bambini nati nel 2015 si è passati dalla copertura del 93,0% al 94,5% per l'esavalente e dall'88,2% al 92,5% per MPR (Morbillo Rosolia Parotite).

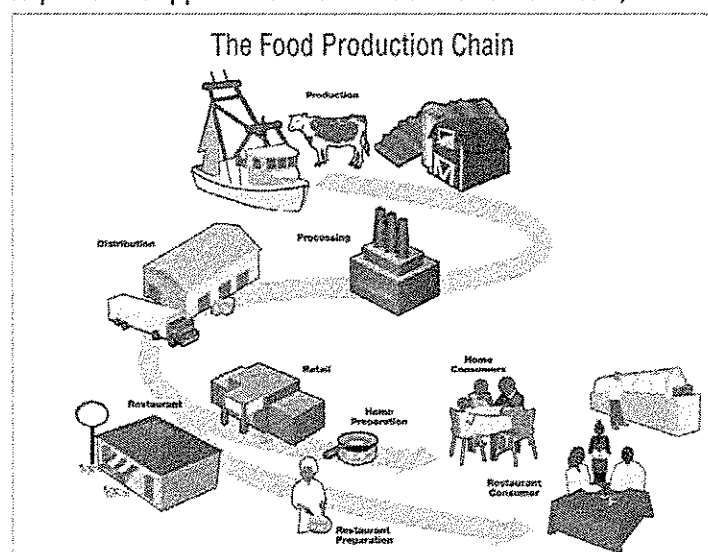
Sempre nell'ambito delle malattie infettive, un problema importante è rappresentato dall'influenza negli anziani, che sono le persone più fragili e quelle a maggior rischio di complicanze, tanto che il 90% dei decessi si verifica in persone di età superiore ai 65 anni, soprattutto se affetti da altre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

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

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

● Sanità animale e sicurezza alimentare

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



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

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

Nell'attuale situazione regionale, l'analisi e la valutazione del rischio in sicurezza alimentare deve tener conto anche dei recenti eventi sismici che hanno modificato l'organizzazione sociale delle popolazioni insistenti nelle aree colpite dal terremoto.

● Incidenti sul lavoro e malattie professionali

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

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

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

● Speranza di vita alla nascita e Principali cause di morte

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

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

La mortalità precoce (entro i 74 anni) è da considerare evitabile quando dovuta a fattori modificabili: stili di vita, adesione a interventi di prevenzione, qualità ed efficacia dell'assistenza sanitaria. È quindi evitabile la mortalità per quelle cause alle quali è associato un rischio di morte che può essere ridotto, o addirittura azzerato, con l'adozione di stili di vita sani, raggiungendo buoni livelli di intervento pubblico, dalla prevenzione alla cura e riabilitazione. Le Marche sono tra le Regioni che presentano il minor numero di giorni di vita perduti sia per il genere maschile, con il secondo posto della classifica (Fonte: Rapporto Mortalità Evitabile con intelligenza 2018, www.mortalitaevitabile.it) con circa 21 giorni di vita perduti, sia per quello femminile (terzo posto con circa 12 giorni di vita perduti). Tali valori sono inferiori al dato nazionale. Tuttavia esistono ancora molte differenze tra i territori della regione e questo deve essere uno stimolo a comprendere in quali settori,

dalla prevenzione alla cura, è indispensabile intervenire per garantire in modo uniforme a tutti i cittadini, anche in termini di accessibilità, la riduzione dei giorni di vita perduti.

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

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

I dati desunti dal Registro Tumori della regione Marche testimoniano che nel triennio 2010-2012 nella regione sono stati rilevati 13.484 decessi per tumore, 7.569 (56,1%) nei maschi e 5.915 (43,9%) nelle femmine. Nella popolazione generale la prima causa di decesso per tumore è rappresentata dal tumore del polmone (18%), la seconda dal tumore del Colon-Retto (12%). Nella popolazione maschile la prima causa di decesso per tumore è rappresentata dal tumore nel polmone (24%) e nella popolazione femminile dal tumore della mammella (16%).

Personale

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

Questi sono distribuiti tra gli Enti del SSR come segue: Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) dipendenti totali n. 14.525 di cui n. 11.716 afferenti al comparto e n. 2.809 alla dirigenza; Azienda Ospedaliero Universitaria ospedali Riuniti di Ancona totale n. 3.617 di cui n. 2877 afferenti al comparto e n. 740 alla dirigenza; Azienda Ospedaliero Ospedali Riuniti Marche Nord totale n. 2.137 di cui n. 1.600 afferenti al comparto e n. 477 alla dirigenza ed infine l'Istituto di Ricovero e Cura a carattere scientifico INRCA totale dipendenti n. 823 unità di cui n. 628 afferenti al comparto e n. 196 alla dirigenza. A questi si affiancano i medici convenzionati: MMG n. 1267, PLS n. 195 e Specialisti convenzionati n. 339 (dati Regione Marche-ARS).

SPESA SANITARIA

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

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

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

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

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

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

3 IL QUADRO NORMATIVO

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

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

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

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

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

D.Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii. "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421": Si tratta della riforma mediante la quale si passa dalle Unità Sanitarie Locali, alle Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliere (la cosiddetta aziendalizzazione della Sanità).

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

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

D.Lgs. n. 517/1999 "Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419": disciplina l'attività assistenziale necessaria per lo svolgimento dei compiti istituzionali delle università, nel quadro della programmazione nazionale e regionale, in modo da assicurarne la funzionalità e la coerenza con le esigenze della didattica e della ricerca, secondo specifici protocolli d'intesa stipulati dalla Regione con le università ubicate nel proprio territorio.

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

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

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

D.Lgs. n. 118 del 23/6/2011, “Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42”. Ha la finalità di rendere i bilanci degli enti territoriali, ivi compresi i conti del settore sanitario, omogenei e confrontabili tra loro, anche ai fini del consolidamento con i bilanci delle amministrazioni pubbliche.

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

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

Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2014, Deliberazione n. 38 del 20 dicembre 2011, “Sostenibilità, Appropriatezza, Innovazione e Sviluppo”. È l’ultimo Piano sanitario prodotto dalla programmazione regionale, in vigore fino alla emanazione del presente piano socio sanitario.

Patto per la salute: è un accordo finanziario e programmatico tra il Governo e le Regioni, di valenza triennale, in merito alla spesa e alla programmazione del Servizio Sanitario Nazionale, finalizzato a migliorare la qualità dei servizi, a promuovere l’appropriatezza delle prestazioni e a garantire l’unitarietà del sistema. L’accordo tra lo Stato e le Regioni sul *nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016*, siglato il 10 luglio 2014, evidenzia una serie di elementi di cambiamento, a cui hanno fatto seguito ulteriori indicazioni normative, sia a livello centrale che regionale, in particolare l’aggiornamento dei Lea e la riorganizzazione della rete ospedaliera.

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

per l'anno 2018 e la pianificazione per l'anno 2019 del Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018, prorogato al 31 dicembre 2019.

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

Legge n. 208 del 28/12/2015 (Legge di stabilità 2016). La legge di stabilità ha definito la politica di bilancio per il 2016 e gli anni successivi, indicando, in particolare nei commi da 521 a 586 ma non solo, numerose misure per la sanità di particolare impatto, tra i quali i Piani di rientro e riqualificazione degli Enti del Servizio sanitario nazionale e Aziende sanitarie uniche, Risk management ospedaliero e nuove assunzioni personale sanitario, disposizioni in materia di acquisizione di beni e servizi degli Enti del SSN, Aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza e livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard, acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera ed ambulatoriale di alta specialità, spesa farmaceutica.

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

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

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

DPCM 12.01.2017 "Definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del D. Lgs. 30.12.1992, n. 502;): con la pubblicazione del DPCM, sono stati definiti i nuovi **Livelli essenziali di assistenza (LEA)**. Il nuovo Decreto sostituisce infatti integralmente il DPCM 29 novembre 2001, con cui i LEA erano stati definiti per la prima volta. Il provvedimento, che rappresenta il risultato di un lavoro condiviso tra Stato, Regioni, Province autonome e Società scientifiche, è stato predisposto in attuazione della Legge di stabilità 2016. Con *DGR n. 716/2017*, la Giunta regionale ha recepito il DPCM 12.01.2017 e ha approvato le prime disposizioni attuative.

DEFR Marche 2018/2020 "Documento di Economia e Finanza Regionale per gli anni 2018-2020", Deliberazione n. 62 del 17 ottobre 2017. È il documento chiamato a definire le linee strategiche della programmazione economica e finanziaria della Regione, che saranno articolate dal punto di vista finanziario nel Bilancio di previsione 2018-2020.

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

4 GLI OBIETTIVI STRATEGICI

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

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

Le risultanze immediate delle analisi hanno evidenziato buone risposte sul versante ospedaliero, quali interventi per acuzie con ottime abilità assistenziali, con buoni tassi di ospedalizzazione, buone performance sul Piano nazionale Esiti per le patologie chirurgiche più impattanti (tumori, patologie cardiologiche). Tuttavia nel settore delle acuzie, anche a fronte del miglioramento degli esiti dei trattamenti che stanno via via emergendo per le patologie tempo dipendenti, ad es. grandi traumi e ictus, persistono importanti criticità sul versante dell'emergenza relative al ricorso ancora molto elevato del Pronto soccorso e a conseguenti tempi di attesa troppo lunghi. Tale situazione è aggravata dalla difficoltà a smaltire i pazienti verso il ricovero specie quando dallo stesso resta difficile attuare le dimissioni verso setting assistenziali più idonei, quali la domiciliarità e/o la residenzialità.

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

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

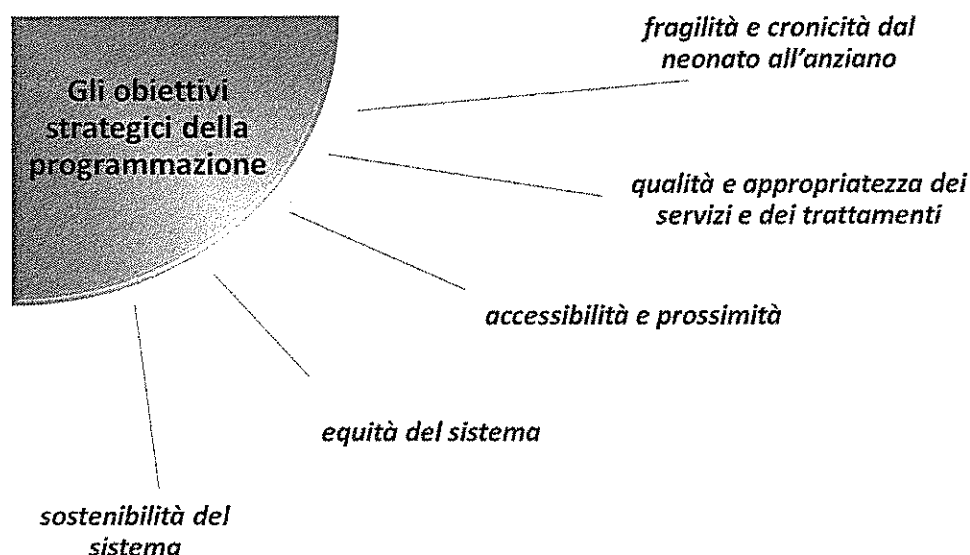
Dal combinato disposto dell'analisi dei dati, degli incontri tenutisi per costruire un percorso condiviso e grazie ai numerosi contributi che gli interlocutori contattati, ma anche i singoli cittadini, hanno fatto pervenire, viene confermata e rafforzata la scelta dei principali obiettivi strategici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

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

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

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

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



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

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

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

La cronicità accentua e caratterizza alcuni aspetti della fragilità: il progressivo invecchiamento della popolazione, l'aumentata prevalenza di poli-patologie e multi-problematicità sanitarie e sociali, il modificarsi del contesto sociale, la consapevolezza di non poter godere di risorse crescenti alla luce delle condizioni socioeconomiche del Paese, si traducono nella necessità di rivedere il sistema di prevenzione, presa in carico e cura delle cronicità. Occorre, nello specifico, un profondo rinnovamento del sistema delle cure territoriali che dovranno essere rifondate mediante una nuova produzione-erogazione dei servizi, per superare l'attuale modalità di lavoro prevalentemente individuale ed autoreferenziale dei vari operatori, e transitare ad un modello di lavoro in team, che affronti le fragilità e la cronicità in un'ottica di medicina di iniziativa.

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

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

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

Per le persone fragili e per quelle affette da patologie croniche la famiglia in cui vivono può rappresentare una opportunità o essere un fattore di possibile intralcio all'autonomia, alla tutela, al rispetto del complessivo diritto alla salute. La famiglia vive oggi una difficile normalità per le conseguenze di mutamenti demografici, economico-sociali, culturali. Vanno tenute in conto le fatiche, le diversità delle famiglie e del fare famiglia. È nella famiglia che convivono situazioni di grande bisogno e fragilità (assistenziali, esistenziali...) con grandi opportunità di sostegno, accoglienza, promozione; ma proprio partendo da questa difficoltà diffusa va superato l'approccio che contrappone la "famiglia risorsa" alla "famiglia problema". Sostenere le persone fragili, per quanto è possibile nella loro famiglia, impegna la collettività nel garantire (nel rispetto dei diritti personali e degli interessi collettivi) il sostegno e la valorizzazione delle capacità (anche "residue" nelle situazioni di disagio) dei diversi componenti della famiglia. In questa prospettiva, anche la sanità marchigiana deve dare il suo contributo specifico per il supporto alle persone fragili delle Marche e alle famiglie, soprattutto a quelle meno attrezzate culturalmente e quelle più povere, realizzando interventi e servizi sempre più "per" e "con" la famiglia, perché la famiglia va supportata con strumenti diversi e flessibili che abbiano una caratteristica comune, quella di essere centrati sulla "persona che vive in famiglia" e non sul singolo individuo, come se fosse decontestualizzato e senza relazioni interpersonali; in questo modo si aiuterà la famiglia a sostenere il carico di eventuali membri con forti bisogni assistenziali.

In questa prospettiva dovranno essere assicurati lo sviluppo e la rivitalizzazione dei consultori familiari come luogo di prevenzione e sviluppo dell'assistenza sanitaria ma anche psicologica e socio-sanitaria della famiglia,

per garantire azioni preventive e curative della fragilità fin dalla nascita e in modo indiretto migliorare la capacità genitoriale.

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

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

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

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

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

Il termine “appropriatezza” ha acquistato una rilevanza normativa con il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, divenendo uno dei criteri per la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (D.Lgs 229/99). L’appropriatezza comporta implicazioni dirette e indirette riguardanti la procedura corretta sul paziente giusto al momento opportuno e nel setting più adatto.

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

Il Ministero della Salute (Cfr. Ministero della Salute, Manuale di formazione per il governo clinico: appropriatezza, 2012) riporta “L’appropriatezza definisce un intervento sanitario (preventivo, diagnostico,

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

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

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

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

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

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

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

- l'area dell'Emergenza/Urgenza è quella in cui è sicuramente importante il "numero" dei "punti" di intervento, ma obiettivo specifico del Piano è il miglioramento dell'integrazione del "sistema di sistemi" previsto dalla normativa, nazionale e regionale, e organizzato dalla Regione Marche sui territori: sistema allarme sanitario (CO118), sistema territoriale di soccorso, sistema ospedaliero di emergenza, anche con l'attivazione del NUE 112 e con l'implementazione della rete delle eli-superfici e del volo notturno per avvicinare i cittadini delle aree interne/disagiate;
- per l'area dell'assistenza Ospedaliera la necessità di mantenere l'ospedale luogo di elezione per l'acuzie deve coniugarsi con la presenza di tutti i servizi necessari per garantire un efficace intervento; su questa linea la concentrazione dei presidi ospedalieri, in coerenza con il DM 70/2015, risponde primariamente ad un'esigenza di salute, garantire cure adeguate, complete e tempestive e, in subordine, ad un'opportuna ottimizzazione delle risorse disponibili. A questo deve aggiungersi lo sviluppo di Percorsi diagnostico terapeutico assistenziali per la garanzia della assistenza ospedaliera, in particolare per le reti tempo dipendenti con la capacità di favorire l'accessibilità del paziente nel punto della rete più adeguato;
- l'area dell'assistenza Territoriale si deve caratterizzare per la prossimità, o con una distanza comunque contenuta, rispetto alla residenza dei cittadini; ci sarà una diversità rispetto alle tipologie dei servizi (da

quelli più vicini, in primis le Cure domiciliari e poi le attività ambulatoriali, fino a quelli semiresidenziali e residenziali), ma con una capillarità diffusa ed una "lontananza" moderata che garantiscano sempre il mantenimento dei collegamenti relazionali, familiari e sociali alle persone. A questo deve aggiungersi la capacità di ridurre le forme di istituzionalizzazione a favore dello sviluppo della Vita Indipendente e di tutte le forme che mirano all'autonomia dei cittadini con problemi di salute mentale, disabilità, anziani, dipendenze patologiche, ecc.;

- un'area con le distanze "brevi" è quella della Prevenzione che, in tutte le sue articolazioni, dall'igiene e sanità pubblica, alla veterinaria e sicurezza alimentare, fino alla sicurezza sul lavoro, deve assicurare una presenza costante per un'accessibilità effettiva e celere ai servizi- Attenzione va posta anche allo sviluppo dei corretti stili di vita compreso lo svolgimento di corsi di attività motoria per adulti e anziani.

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

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

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

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

4.4. RAFFORZAMENTO DELL'EQUITÀ DEL SISTEMA

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

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

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

disegno delle politiche sanitarie e sociosanitarie per mettere al centro dei servizi la persona e la sua rete familiare e sviluppare l'assistenza in modo più mirato e integrato.

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

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

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

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

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

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

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

In altre parole è necessario che i servizi si rimodellino per essere in grado di rispondere ai differenti bisogni di salute mediante interventi specifici e relativa allocazione delle risorse a favore dei gruppi con maggiori necessità che sono quelli più a rischio.

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

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

4.5. PERSEGUIMENTO DELLA SOSTENIBILITÀ DEL SISTEMA

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

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

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

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

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

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

- un ricorso disomogeneo e variabile nell'utilizzo di servizi e prestazioni, che può comportare un inefficace esito della prestazione se non addirittura il mancato accesso all'assistenza, dovuto a diversi fattori quali la non omogenea presenza sul territorio di servizi di erogazione, la distanza da domicilio del paziente, fattori economici o culturali, ecc.;
- l'inadeguato coordinamento dell'assistenza, all'interno di un'unica struttura (tra reparti, tra P.S. e reparto e servizi diagnostici) o tra strutture diverse (servizi territoriali e ospedalieri), per mancanza di percorsi standard, di scarsa comunicazione, per differenti valutazioni clinico assistenziali;
- l'eccessiva medicalizzazione nei termini di utilizzo improprio di diagnostica e trattamenti; sovra utilizzo di prestazioni inappropriate (p.es. prestazioni diagnostiche, visite, farmaci, interventi terapeutici), dovute a varie cause tra cui forme di medicina difensiva, eccessiva pressione e aspettativa del paziente, incentivazione della produzione e non della appropriatezza;
- il sottoutilizzo di servizi e prestazioni anche in relazione al mancato accesso all'assistenza; prestazioni non prescritte e/o erogate per carenze strutturali, tecnologiche, organizzative e/o professionali (p.es. sottoimpiego di apparecchiature diagnostiche), nonché mancata compliance del paziente (come il mancato rispetto dell'appuntamento, non condivisione e/o non esecuzione delle prescrizioni terapeutiche, altre ragioni di carattere economico, culturale, ecc.);
- il ricorso non adeguato alle misure di prevenzione, dall'assunzione di adeguati stili di vita all'adesione alle campagne di screening diagnostici o al ricorso alle vaccinazioni obbligatorie o facoltative;
- la presenza di sprechi nella gestione e nell'utilizzo di beni e servizi in termini di uso eccessivo o inappropriato o, all'opposto, di eliminazione di prodotti non utilizzati.

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

- introduzione di nuovi modelli organizzativi per l'integrazione e il coordinamento (negli aspetti clinico sanitari e amministrativo-tecnico-logistici), al fine di riorganizzare l'attività e le diverse funzioni sanitarie in termini di concentrazione e differenziazione di servizi e prestazioni;
- standardizzazione dei processi e riduzione degli sprechi, anche nella logica del "lean management", al fine di aumentare, tramite la valorizzazione dei professionisti, il valore percepito dall'utente finale;
- investimenti di riqualificazione e adeguamento strutturale, a salvaguardia della sicurezza di operatori e pazienti, nonché per consolidare e potenziare gli snodi della rete diffusa dei servizi sanitari sul territorio;
- governo dei LEA nei termini di monitoraggio e verifica della loro uniforme, appropriata ed efficiente applicazione;
- formazione degli operatori sanitari sulle modalità di gestione e sul corretto utilizzo delle risorse disponibili;
- informatizzazione e digitalizzazione di tutte le fasi dei processi tecnico-amministrativi e dei percorsi diagnostico terapeutici;
- rapporti con il privato convenzionato secondo regole chiare di committenza e come integrazione al sistema pubblico per la garanzia della copertura del fabbisogno;
- *compliance* del paziente, facilitata da una maggiore comunicazione, coinvolgimento e partecipazione nella definizione dei percorsi di cura e delle connesse responsabilità;
- eventuale ricorso a forme di "sanità integrativa", intesa come finanziamento "di terzi" in termini di fondi, assicurazioni, forme di welfare adottate da singole aziende, ecc., non in forma sostitutiva del SSR, e purché governata da specifiche indicazioni normative di carattere nazionale e regionale e in misura coerente con le necessità della popolazione;
- adozione di misure anti spreco e anti corruzione, secondo le indicazioni formulate dalla legislazione nazionale e dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC).

La sostenibilità della sanità è da ricercare nella sua capacità di essere un efficiente settore di produzione, in cui sono coinvolti migliaia di operatori e utenti e che, in quanto tale, non deve essere considerato il luogo dove risparmiare risorse, bensì deve diventare il volano per forme di sviluppo e di crescita sia in termini di salute e benessere dei cittadini sia nell'occupazione, nella ricerca e nell'innovazione.

5 LE DIRETTRICI TRASVERSALI DI SVILUPPO

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

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

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

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

Grazie alla DGR 139/2015 la frammentazione delle strutture ospedaliere si è finalmente ridotta, consentendo contestualmente lo sviluppo degli Ospedali di Comunità, strutture dedicate alla fragilità e a coprire una parte di risposte per pazienti da seguire non più in ospedale, in lungodegenza o riabilitazione e tuttavia non ancora gestibili a domicilio e contestualmente non adeguati per alcune tipologie di strutture residenziali (RSA, RP, ecc.). La distribuzione degli Ospedali di Comunità tuttavia non ha ancora una definizione territoriale che ne garantisca piena accessibilità ed equità su tutto il territorio regionale; lo stesso accade per le Case della Salute tipo A e tipo B.

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

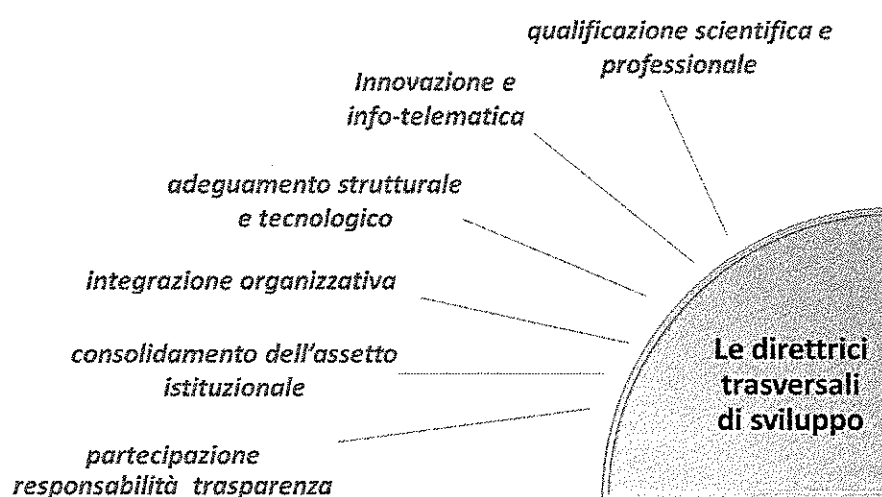
I servizi di telemedicina possono rappresentare, in questo senso, una parte integrante del ridisegno strutturale ed organizzativo della rete assistenziale sanitaria e sociosanitaria del territorio regionale.

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

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

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

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



5.1. PARTECIPAZIONE, RESPONSABILITÀ E TRASPARENZA

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

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

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

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

Il processo di consultazione non può prescindere da trasparenza e apertura nelle procedure di decisione. I servizi devono nascere dal contributo dei pazienti, ma questi ultimi devono avere fiducia nelle istituzioni e negli operatori. È necessario che i pazienti non sottovalutino la complessità e l'incertezza che caratterizzano l'attività medico sanitaria, preparandosi adeguatamente al coinvolgimento che intendono promuovere o al quale sono chiamati. La presenza dei Comitati di partecipazione nell'ambito degli enti del SSR svolge su questi temi un ruolo di primaria importanza.

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

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

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

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

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

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

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

La formazione gioca un ruolo di enorme importanza, al fine di creare nuove esperienze di coinvolgimento che tengano conto di esperienze di partecipazione svolte e valutate da altri, per applicare metodologie sperimentate e validate. La Formazione deve riguardare non solo gli operatori ma anche i cittadini attraverso le organizzazioni che li rappresentano e i comitati di partecipazione aziendale: programmi di formazione per offrire ai pazienti e ai cittadini coinvolti strumenti di conoscenza e autostima, conoscenza dei servizi, delle regole che li governano, dei diversi livelli di responsabilità. In questo ambito, lo sviluppo del *Family learning* costituisce un percorso virtuoso da intraprendere.

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

- L'omogeneizzazione della Carta dei servizi quale principale strumento di comunicazione e informazione tra le aziende e i cittadini, con la precisa esplicitazione di tutti i contenuti previsti dalle linee guida nazionali,

concernenti, oltre l'organizzazione dei servizi, i programmi e gli standard di qualità nonché i meccanismi di verifica e tutela.

- L'introduzione di strumenti di monitoraggio e di misurazione della performance, a tutti i livelli istituzionali regionale e aziendali e per le diverse fasi operative, con l'individuazione di specifici meccanismi di verifica condivisa e la più ampia diffusione dei risultati.
- La qualificazione e valorizzazione delle informazioni in termini di completezza, tempestività e fruibilità mediante il miglioramento e la diffusione attraverso i principali canali di comunicazione, in particolare i siti web istituzionali, anche ricorrendo a metodi di confronto partecipativi.

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

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

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

5.2. CONSOLIDAMENTO DELL'ASSETTO ISTITUZIONALE

L'obiettivo del consolidamento dell'assetto istituzionale del SSR marchigiano da perseguire con il presente Piano va inteso nel senso del rafforzamento delle funzioni di coordinamento, a tutti i livelli istituzionali, per lo svolgimento delle azioni di governo e indirizzo, programmazione, monitoraggio e controllo, nonché attraverso il completamento dell'integrazione tra i diversi attori, pubblici e non, che lo compongono. In questa prospettiva potrà essere utile anche una "rivisitazione" degli assetti istituzionali che, in questi anni, hanno reso complicata la già complessa gestione delle politiche per la salute, sia nell'ambito della "sanità" che in quello dei "servizi sociali".

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

● per quanto riguarda gli organi di governo e indirizzo:

- il consolidamento della comunicazione tra il Servizio Sanità della Giunta Regionale ed il Consiglio Regionale, con particolare riferimento all'attività della IV Commissione consiliare, per favorire la conoscenza, il confronto e la consapevolezza degli atti sugli interventi ed i servizi per la salute;
- il rafforzamento del Servizio Sanità in termini di risorse umane e professionali per poter rispondere in modo sempre più adeguato ai bisogni crescenti, insieme al consolidamento dell'Agenzia Regionale Sanitaria, organo tecnico autonomo, per il supporto alle attività di programmazione, monitoraggio e controllo;

- l'individuazione e l'applicazione di modalità di raccordo sistematiche e coerenti tra il Servizio Sanità ed il Servizio Politiche sociali e sport, con particolare riferimento alle tematiche afferenti l'interazione sociale e sanitaria;
- il mantenimento e l'ulteriore qualificazione del Coordinamento degli Enti, coordinato dal Servizio Sanità, come fondamentale snodo per la traduzione operativa degli indirizzi strategici;
- per quanto riguarda i diversi livelli gestionali:
 - l'analisi delle attività delle Aziende Ospedaliere e l'INRCA, nonché dei Presidi Unici di Area Vasta e l'indicazione delle direttrici di miglioramento delle attività di ricovero e specialistica e funzioni di urgenza-emergenza con il completamento della struttura delle reti, a partire dalle tempo-dipendenti, in coerenza con gli atti programmatici nazionali e con l'obiettivo di consolidare e sviluppare le forme di eccellenza già presenti nel sistema;
 - la maggiore caratterizzazione e qualificazione dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale come azienda del livello territoriale, articolata in Distretti Sanitari, per il governo della domanda attraverso il coordinamento e la gestione delle funzioni di prevenzione, assistenza primaria e socio-sanitaria, in gestione diretta e con attività di committenza pubblica e privata; in questa prospettiva si consoliderà il monitoraggio dell'attività degli ospedali territoriali dell'ASUR e lo sviluppo di modelli innovativi;
 - una osservazione costante ed un aggiornamento permanente del ruolo e delle funzioni dei Distretti Sanitari che sono lo snodo centrale di coordinamento delle attività e dell'integrazione tra le funzioni territoriale e ospedaliera (Cure domiciliari, Cure intermedie, Ospedali di comunità, Case della Salute) e di raccordo funzionale con i Dipartimenti ASUR per la Prevenzione, la Salute mentale e le Dipendenze patologiche;
 - la messa a regime e l'aggiornamento della DGR 110/15 sull'integrazione sociale e sanitaria, raccordando sempre di più i Distretti Sanitari con gli Ambiti Territoriali Sociali anche in relazione alla necessità di garantire la coincidenza territoriale;
 - la messa a regime delle necessarie modifiche amministrative, organizzative e gestionali delle situazioni di urgenza ed emergenza, anche attraverso la costituzione di una funzione regionale dell'Emergenza Urgenza, capace di garantire il coordinamento delle funzioni territoriali e ospedaliere e la gestione dei mezzi di soccorso.
- per gli strumenti della programmazione sanitaria e sociosanitaria:
 - i riferimenti unitari e indicazioni operative correlate tra il presente Piano Sanitario e Sociosanitario Regionale ed il Piano Sociale Regionale di cui alla L.R. 43/14;
 - i necessari aggiornamenti del Piano regionale Prevenzione, degli Atti aziendali, dei Piani aziendali, dei Piani attuativi territoriali... per renderli coerenti con le indicazioni del Piano Sanitario e Sociosanitario Regionale.

Il Piano Socio Sanitario Regionale, nell'ambito del consolidamento dell'assetto istituzionale, individuerà gli strumenti più adeguati per un miglior esercizio della *governance* con il coinvolgimento dell'associazionismo dei cittadini e del mondo del volontariato, per il rafforzamento del ruolo del sistema pubblico, anche nella sua funzione di committenza nei confronti del privato convenzionato.

5.3. INTEGRAZIONE ORGANIZZATIVA

Il concetto di integrazione, inserito nel titolo stesso del presente Piano per sottolinearne l'importanza, ha la caratteristica di attraversare gran parte delle diverse dimensioni operative del SSR. Nello specifico, l'integrazione organizzativa rappresenta una sfida importante per la sanità nella Regione Marche perché i sistemi sanitari detengono il primato della complessità organizzativa: le molteplici, diverse e, per certi versi,

crescenti attività, competenze, professionalità, procedure di interventi e servizi per la salute rendono difficile il mantenimento di una visione e di una gestione unitaria del sistema salute; i rischi di frammentazione e autoreferenzialità di “sottosistemi” più o meno ampi sono grandi.

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

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

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

Un elemento importante della capacità di risposta ai bisogni dei cittadini in cui gioca un ruolo fondamentale l'integrazione organizzativa è la creazione della Centrale Unica di Risposta (CUR) e l'istituzione del NUE 112 secondo quanto previsto dalle normative Europee e Nazionali, al fine di interfacciare in modalità integrata le centrali operative di secondo livello (118, VVF, Polizia, Carabinieri), permettendo a tutte le attuali centrali operative esistenti, il mantenimento dell'attuale gestione e lasciando alla CUR i compiti primari di ricezione e coordinamento in quanto centrale di primo livello.

L'integrazione organizzativa passa anche, necessariamente e conseguentemente, attraverso il potenziamento del territorio con l'incremento di servizi diffusi e differenziati. Per realizzare questa dimensione i riferimenti generali che orienteranno gli interventi previsti nel presente Piano Sanitario Sociosanitario Regionale sono: la messa a regime della L.R. 21/16 “Autorizzazioni e accreditamento istituzionale delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati e disciplina degli accordi contrattuali delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati”; il collegato Regolamento Regionale n. 1/2018 che potrà essere aggiornato in relazione alla necessità di prevedere “nuovi” servizi o percorsi di intervento da autorizzare; la DGR 1105/17 dell'Atto di fabbisogno con il mantenimento dei principi di riequilibrio territoriale, il miglioramento dell'analisi dei bisogni di salute, la qualificazione dei criteri di allocazione territoriale dei servizi.

Il Distretto deve essere valorizzato per consentire che quello sia l'ambito ove si valuta il fabbisogno e la domanda di salute della popolazione di riferimento, e dove si tutela e programma la risposta assistenziale con un ruolo di *governance* orientata e *problem solving*. Le attività sanitarie e socio sanitarie territoriali integrate sono affidate, come previsto dalla Legge 189/2012 (cosiddetta “Legge Balduzzi”), alle varie figure professionali del Territorio, possibilmente operanti in team, che realizzano una presa in carico “*over time*”, raccordandosi di volta in volta con le strutture ospedaliere ed i diversi *setting* assistenziali territoriali. Per rinforzare il ruolo del Distretto Sanitario è necessario: potenziare e consolidare le forme di collaborazione ed integrazione con figure centrali quali il Medico di Medicina Generale (MMG) e il Pediatra di Libera Scelta (PLS) che, soprattutto per le persone fragili ed in situazione di fragilità, spesso rappresentano il primo accesso alla rete dei servizi sanitari e sociosanitari, oltre ad essere essi stessi i primi responsabili della “presa in carico”; valorizzare le diverse figure professionali presenti, a partire dallo sviluppo delle funzioni del personale infermieristico nell'ambito della gestione attiva delle patologie croniche e della figura dello psicologo ormai imprescindibile nelle emergenze e

non solo. Sperimentazioni che prevedono un miglior utilizzo del personale infermieristico sono già attive nel territorio regionale ed hanno dimostrato una buona capacità di risposta ai bisogni assistenziali realizzando spazi di medicina proattiva con lo sviluppo degli Ambulatori Avanzati. Tali forme assistenziali dovranno trovare compiuta realizzazione nell'ambito del nuovo PSSR. A queste si affiancano le dimensioni di sviluppo delle Case della Salute tipo A, B e C/Ospedali di Comunità per consentire di attivare modalità di cura ravvicinate utilizzando in via rapida, qualora necessario diagnostica qualificata e vicina al cittadino.

5.4. ADEGUAMENTO STRUTTURALE E TECNOLOGICO

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

L'attuazione di tale legge regionale ha preso il via grazie al Regolamento Regionale n. 1 del 1 Febbraio 2018, approvato con Delibera di Consiglio Regionale n. 69 del 30.01.2018, in cui sono state definite le tipologie delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati. I requisiti di autorizzazione ed i criteri di accreditamento riguardano le tipologie di strutture così come definite con il predetto Regolamento Regionale. L'aggiornamento dei requisiti di autorizzazione delle strutture sanitarie considera e si adegua ai nuovi contenuti di cui alla L.R. 21/2016 e s.m.i., nonché al D.M. n. 70 del 02/04/2015 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”, ai nuovi LEA di cui al D.P.C.M. del 12 gennaio 2017 ed a tutta la normativa di settore definita in ambito nazionale e regionale.

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

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

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

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

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

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

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

Pertanto tutto lo sforzo di raggiungere gli obiettivi strategici viene permeato dal contestuale adeguamento strutturale e tecnologico, per portare le strutture ai più elevati standard di funzionamento e di sicurezza in chiave organizzativa, strutturale, tecnica e logistica. Infine con l'avvio recente dell'ammodernamento tecnologico e gli investimenti per la realizzazione di nuove sedi ospedaliere si è avviato un percorso virtuoso per la riqualificazione strutturale e tecnologica del SSR che si sostanzierà nel corso dei prossimi anni. A questo si lega in particolare l'ammodernamento tecnologico per la realizzazione dell'elisoccorso notturno e la realizzazione delle piazzole di atterraggio adeguate al volo notturno, diffuse in modo reticolare sull'intero territorio regionale per garantire il soccorso in emergenza.

5.5. INNOVAZIONE E INFO-TELEMATICA

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

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

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

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

Dai progressi scientifici in questi campi, possono derivare enormi benefici in termini clinico assistenziali, con l'accortezza di approcciare il cambiamento avendo comunque a disposizione strumenti di controllo della spesa. Un aspetto decisivo dell'attuale contesto è rappresentato quindi dall'individuazione delle condizioni per

l'adozione di quanto deriva dalla ricerca e dall'evoluzione tecnologica, con il consolidamento delle logiche di Health Technology Assessment (HTA) nell'ambito di un approccio capace di valutarne appieno il potenziale e misurarne gli effetti, secondo criteri di valutazione che misurino gli impatti in ambito assistenziale, economico e sociale.

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

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

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

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

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

Tale propensione al "valore" dovrà essere caratteristica comune delle principali direttive progettuali di innovazione info-telematica previste nel PSSR 2019-2021:

- crescente digitalizzazione dei percorsi sanitari (sia clinici che amministrativi) e progressiva dematerializzazione dei documenti al fine di ottimizzare i processi, semplificarne il *workflow* aumentando il tempo medico e di assistenza dedicato al paziente, migliorare l'accessibilità ai servizi da parte del cittadino, raccogliere e distribuire dati ad alto valore informativo;
- sviluppo di strumenti telematici che consentano la migliore e più tempestiva circolarità delle informazioni nei percorsi assistenziali trasversali (PDTA) e nelle reti integrate per patologia, con particolare riguardo agli ambiti di emergenza-urgenza ed a quelli correlati alle condizioni di cronicità e fragilità, superando i confini della specializzazione ed abbattendo i vincoli legati alle distanze geografiche ed alla disponibilità locale di servizi diagnostici e di supporto specialistico;
- miglioramento dei livelli di aggregazione e di fruibilità dei dati prodotti dai sistemi informativi sanitari e socio-sanitari al fine di costituire una crescente mole di informazioni trasparenti "certificate" e facilmente disponibili, correlabili ed interpretabili;
- adozione di nuovi strumenti per l'analisi avanzata dei dati (*advanced analytics*) per poter non solo analizzare e descrivere i fenomeni sanitari e sociali esistenti (analisi descrittiva) ma anche per sviluppare nuove strategie (analisi predittiva e cognitiva) che mirino alla personalizzazione dei percorsi di assistenza perfezionando l'allocazione delle risorse ed i livelli di appropriatezza;
- sviluppo della domotica, secondo gli indirizzi forniti nella "Carta di Jesi", approvata da 271 regioni presenti nel Comitato europeo delle regioni, rivolta a sostenere la sfida della longevità attiva e il miglioramento della qualità dei servizi erogati al cittadino in ospedale, in centri servizi, in strutture intermedie e al domicilio.

Particolare attenzione verrà inoltre posta ai valori della "usabilità" e della "flessibilità" delle nuove soluzioni info-telematiche per l'accesso ai servizi sanitari e di mobile *health*, la teleassistenza e l'*homecare*. L'introduzione di tali sistemi dovrà necessariamente prevedere il coinvolgimento attivo degli stakeholder ed in

primis del cittadino (paziente o *caregiver*) favorendo una maggiore *compliance* alla innovazione e rafforzando i processi di *empowerment* del paziente.

Il risultato complessivo delle diverse azioni deve tendere al raggiungimento dell'obiettivo di una *Sanità 4.0*, ovvero una sanità in cui giocano un ruolo importante i concetti sopra descritti in una logica di digitalizzazione, informatizzazione e dematerializzazione dei processi. Il presente Piano prosegue in questo percorso indirizzandosi in prima battuta verso le forme di tecnoassistenza, l'*health technology assessment*, il teleconsulto specialistico, il sistema informativo di governo, l'evoluzione del fascicolo sanitario elettronico e lo sviluppo di forme di insegnamento per i professionisti sanitari attraverso simulatori adattati (art. 31 del protocollo UNIVPM-Reg Marche).

5.6. QUALIFICAZIONE SCIENTIFICA E PROFESSIONALE

Raggiungere obiettivi strategici ambiziosi è possibile solo saldando un patto di alleanza forte con i professionisti del nostro SSR. Il nostro SSR gode di professionalità molto qualificate e vede la presenza sul territorio dell'Università Politecnica delle Marche (UNIVPM), ove insiste anche la Facoltà di Medicina, considerata di rilievo negli score nazionali, unitamente alla presenza di Università e Facoltà altrettanto di rilievo (Università di Camerino, Macerata e Urbino), ove insistono facoltà scientifiche, sociali e umanistiche che arricchiscono il sapere della nostra regione, garantendo anche Corsi di perfezionamento e Master in management sanitario che di fatto consentono la creazione e sviluppo di una classe dirigente sanitaria preparata e capace. Tra queste va menzionata la Facoltà di Economia e Commercio dell'UNIVPM, che per prima ha realizzato tali Corsi e Master e che svolge una intensa azione di ricerca e sviluppo di forme alternative di formazione come il *family learning* - volto a favorire il miglioramento della qualità della vita del paziente cronico e dei suoi familiari e/o *caregivers* attraverso l'aumento delle capacità e competenze per la gestione del paziente in self management - modalità da sviluppare nell'ambito delle risposte assistenziali.

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

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

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

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

Favorire l'implementazione di una formazione adeguata degli studenti delle facoltà mediche, infermieristiche e delle altre professioni sanitarie per migliorare la comunicazione tra paziente ed operatore potrà ridurre le

difficoltà legate alla bassa alfabetizzazione sanitaria, contribuendo al raggiungimento di molti obiettivi del presente Piano.

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

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

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

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

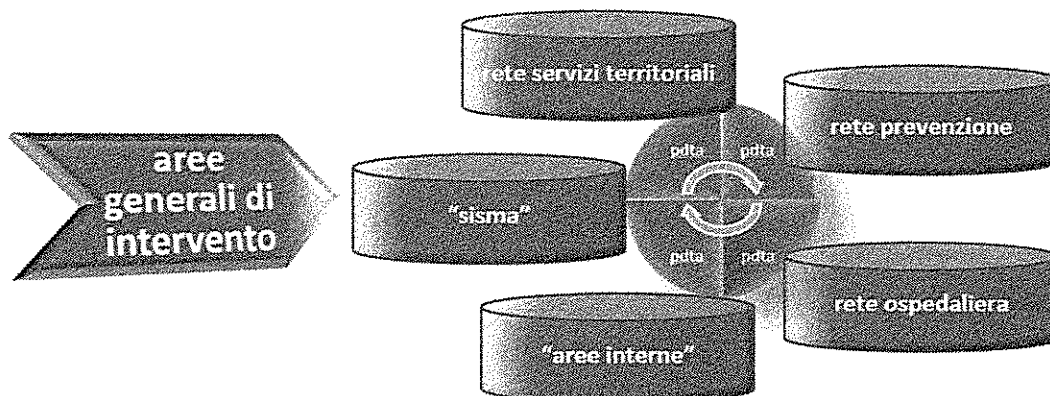
La presenza, nel sistema, non solo delle università ma anche dell'IRCCS INRCA di Ancona, qualificherà l'assistenza agli anziani e promuoverà le attività di prevenzione volte al mantenimento dello stato di salute mediante interventi mirati nella logica del *life long learning* e con l'obiettivo di perseguire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

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

6 LE AREE DI INTERVENTO

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

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



6.1. PREVENZIONE COLLETTIVA, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE

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

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

I dieci macro obiettivi sono i seguenti:

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

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

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

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

Inoltre, viene prospettata una definizione ampia di Prevenzione: il Piano Regionale (sulla base delle indicazioni nazionali) include interventi che riguardano anche i temi "ambiente e salute" e "sicurezza alimentare e veterinaria", in particolare con lo sviluppo o il potenziamento di sistemi di sorveglianza mirati alla riduzione dei rischi ambientali per la popolazione (siti inquinanti di interesse nazionale e non solo) e per lo sviluppo di azioni virtuose quali ad esempio la diffusione delle energie alternative e rinnovabili anche all'interno delle

strutture del SSR, nonché per il monitoraggio della sanità animale e dell'igiene degli allevamenti ai fini della sicurezza alimentare.

Il PRP concorre quindi operativamente al raggiungimento degli obiettivi a lungo termine che mira a prolungare la vita vissuta in buona salute, ridurre progressivamente le morti premature ed evitabili, aumentare l'equità, il benessere sociale e il potere decisionale del singolo e della comunità per raggiungere il più elevato standard di salute possibile.

6.2. ASSISTENZA TERRITORIALE ED INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

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

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

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

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

I Distretti Sanitari nella Regione Marche hanno subito nel corso degli anni diverse modifiche territoriali. L'ultima revisione della legge 13/20013 e la successiva DGR n. 1403 del 2012 "Individuazione dei Distretti dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale ai sensi dell'art.30 comma 2 della Legge Regionale 01/08/2011 n.17" hanno individuato e delimitato 13 Distretti Sanitari, sancendo la fine della coincidenza territoriale tra Distretti e Ambiti che rimane il prerequisito fondamentale per facilitare l'integrazione sociosanitaria.

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

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

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

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

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

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

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

6.3. ASSISTENZA OSPEDALIERA ED EMERGENZA URGENZA

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

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

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

l'innovazione info-telematica, l'*empowerment* del cittadino e programmi di formazione continua del personale.

La programmazione regionale avrà pertanto il compito di rivedere l'assetto istituzionale, provvedendo alla riclassificazione delle strutture ospedaliere secondo livelli organizzativi a complessità crescente, e ridefinire il sistema ospedaliero sulla base del livello organizzativo, del ruolo all'interno della rete assistenziale, della posizione geografica, dei volumi di attività. Tale processo riorganizzativo includerà anche il sistema dell'emergenza-urgenza, sia ospedaliera che territoriale, attraverso la revisione della legge regionale n. 36/98 (sistema di emergenza sanitaria). La strumentazione tecnologica sanitaria, valutata in modalità HTA, verrà potenziata sulla base della revisione delle reti cliniche, il cui funzionamento verrà garantito con i Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA).

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

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

La rete marchigiana delle strutture di ricovero ospedaliero per acuti, a ciclo diurno e continuativo, pubblica e privata convenzionata, prevede lo sviluppo di modelli organizzativi integrati, secondo la logica *Hub & Spoke*, per ambiti di competenza/specializzazione, volumi di attività e complessità della casistica, su 3 livelli per la garanzia del rispetto dei livelli ottimali di accessibilità ed appropriatezza delle prestazioni e dei ricoveri, efficacia ed efficienza del sistema. Partendo dalla ricognizione dell'attuale offerta dei servizi ospedalieri, sarà possibile disegnare una rete ospedaliera che sia sempre più rispondente ai bisogni del territorio di riferimento (dimensionamento del sistema), volano per la promozione di qualità, sicurezza ed innovazione strutturali e tecnologiche. Tale percorso non può ovviamente prescindere dalla riorganizzazione delle reti cliniche regionali il cui funzionamento verrà garantito dall'implementazione dei percorsi diagnostico terapeutico assistenziali per specifiche patologie (es. neoplasie colon-retto, neoplasie dell'apparato genitale femminile, Infarto miocardico acuto, malattie neurodegenerative, etc.).

La classificazione della rete ospedaliera su 3 livelli a complessità crescente prevede la presenza del presidio ospedaliero DEA di II livello nel quale sono disponibili, oltre a quelle presenti negli altri livelli organizzativi, discipline a particolare complessità: cardiologia con emodinamica interventistica h24, neurochirurgia, cardiocirurgia e rianimazione cardiocirurgica, chirurgia vascolare, chirurgia toracica, chirurgia maxillo-facciale, chirurgia plastica, endoscopia digestiva ad elevata complessità, broncoscopia interventistica, radiologia interventistica, rianimazione pediatrica e neonatale, medicina nucleare. Sono inoltre disponibili h24 i servizi di radiologia con TAC ed ecografia (con presenza medica), laboratorio, servizio immunotrasfusionale. Le attività di emergenza-urgenza prevedono la strutturazione di Trauma Center regionale per la realizzazione di particolari attività interventistiche di stabilizzazione e cura del paziente (es. chirurgia d'urgenza) e di ricovero, in maniera da dare una risposta a tutti i bisogni sanitari complessi della popolazione. Per le patologie complesse, in cui il presidio ospedaliero funga da *hub* regionale, verranno sviluppati e implementati protocolli di consultazione e trasferimento delle immagini oltre che di centralizzazione e decentralizzazione dei pazienti sulla base delle necessità clinico-assistenziali. La rete di teleconsulto, inoltre, rappresenta un utile supporto alle reti specialistiche di emergenza, in quanto, essendo connessa alle centrali operative 118, permette flussi

informativi e trasporto dei dati tecnici fra tutti i centri collegati, con la possibilità di anticipare informazioni sui pazienti in arrivo in ospedale e ricevere dati sulla disponibilità dei posti letto.

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

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

Il riconoscimento della presenza di strutture ospedaliere in aree particolarmente disagiate, con condizioni meteorologiche e geografiche ostili, tipicamente in ambiente montano o premontano con collegamenti di rete viaria complessi consentirà, in tali presidi, il mantenimento di attività di pronto soccorso con attività di medicina interna e di chirurgia generale ridotta, in raccordo con l'ospedale di riferimento.

Lo sviluppo della rete ospedaliera marchigiana prevede inoltre la costruzione di nuove strutture ospedaliere (Nuovo Ospedale Materno-Infantile-Salesi di Ancona, Ospedale Unico Marche Nord, Ospedale Unico Ancona Sud INRCA Ancona-Osimo, Nuovo Ospedale Fermo, Ospedale Unico Area Vasta 3, Ospedale Unico Area Vasta 5) che rappresenteranno, per la dotazione di risorse strumentali e professionali, nodi ancor più qualificati per l'assistenza ospedaliera nelle aree geografiche di competenza, in sostituzione dei nosocomi già presenti, che verranno riconvertiti in strutture territoriali per la garanzia della continuità assistenziale. Tale riorganizzazione consentirà di ottimizzare i percorsi assistenziali e organizzativi, oltre che garantire un efficientamento delle risorse economiche e una maggiore qualificazione del personale sanitario.

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

Inoltre, tra gli altri, ci si può riferire anche all'eccellenza IRCCS- INRCA di Ancona che assieme alle due sedi periferiche di Casatenovo e di Cosenza svolge un ruolo di leadership culturale e di ricerca per quanto attiene la longevità attiva anche supportato dalla presenza di Italia Longeva, costituita dalla regione marche, che svolge un ruolo di riferimento nazionale ed internazionale nell'area dell'anziano fragile.

Le reti cliniche rappresentano un nodo strategico per l'incremento della qualità dell'assistenza ospedaliera; nei prossimi anni verranno completate e messe a regime le attività di implementazione delle reti già istituzionalizzate (*breast unit*, rete per ictus acuto, trauma grave, oncologica, trapiantologica, etc.) e dato ulteriore impulso a quelle in fase di realizzazione (rete per le emergenza cardiologiche, medicine specialistiche, etc.), consentendo una connessione efficace tra ospedale e territorio per la garanzia di continuità assistenziale e di presa in carico globale del paziente in tutte le fasi di malattia.

L'evoluzione dell'assetto organizzativo del sistema sanitario regionale che ha caratterizzato l'ultimo decennio evidenzia inoltre la necessità di un adeguamento del sistema di emergenza-urgenza regionale. Una attenta e completa revisione della Legge Regionale 36/98, che a tutt'oggi regola tale sistema, permetterà di adeguare alle reali necessità della popolazione marchigiana l'organizzazione del sistema emergenza-urgenza, oltreché adempiere alle indicazioni normative fornite a livello comunitario e nazionale.

Aspetto cardine e centrale della revisione della L.R. 36/98 dovrà essere quello di razionalizzare le risorse ed uniformarne gestione e procedure, attraverso una "governance" unitaria del Sistema di emergenza – urgenza

che permetta di sviluppare un'efficace integrazione tra l'assistenza intra ed extra ospedaliera, garantendo contestualmente un coordinamento univoco dei soggetti coinvolti.

Questo, potrà essere perseguito attraverso l'unificazione sotto un'unica Struttura di Direzione dell'intero sistema di emergenza – urgenza a cui dovranno essere aggregati tutti gli interlocutori coinvolti (CUR NUE 1-1-2, C.O. 118, PoTES [Postazioni Territoriali di emergenza Sanitaria], Elisoccorso, Trasporti sanitari, ecc.). La revisione della L.R. 36/98, nell'ottica di "gestione unitaria" dell'emergenza – urgenza, dovrà garantire e prevedere un modello organizzativo idoneo alle reali necessità della popolazione regionale, che permetta rapporti funzionali tra la "governance" e le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere regionali, e gli altri soggetti coinvolti nell'assistenza sanitaria di emergenza-urgenza.

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

6.4. ASSISTENZA FARMACEUTICA - DISPOSITIVI MEDICI

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

In ambito farmaceutico ruolo fondamentale sarà svolto nella capacità di definire il posizionamento terapeutico più adeguato e contestualmente indirizzare verso un uso etico delle risorse del settore, atteso che con l'introduzione di farmaci ad alto costo, nuove terapie in grado di modificare la storia naturale della patologia (es Terapia per HCV) a risorse sicuramente non incrementali, il governo del settore con modalità attenta e responsabile potrà determinare l'accessibilità alle cure.

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

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

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

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

particolare attenzione alla interazione tra farmaci, alla aderenza terapeutica, alle transizioni di cura e al controllo degli errori farmacologici.

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

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

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

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

Per l'assistenza protesica, andranno individuate modalità uniformi su tutto il territorio regionale relativamente alla manutenzione ed al ripristino del materiale protesico e l'implementazione di un sistema informativo adeguatamente alimentato a livello aziendale, che consenta un monitoraggio sia a livello di Azienda che a livello regionale.

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

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

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

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

6.5. AREE DI INTERESSE REGIONALE

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

A questo si aggiungono le specificità dell'impianto regionale oro-geografico che è caratterizzato da aree montane meno servite a maggiore dispersione territoriale e che tuttavia manifestano maggiori bisogni

assistenziali a causa della presenza di popolazione prevalentemente anziana. Anche a tal fine sono stati avviati i progetti sulle Aree Interne

6.5.1 Le maxi emergenze

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

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

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

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

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

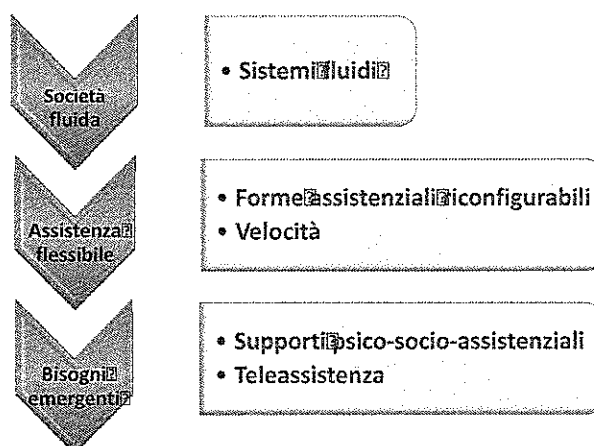
Studi di settore hanno testimoniato che gli anziani sono tra i più colpiti poiché, come sottolineato dal WHO nel report *Active aging: a policy framework* (2002), la loro qualità di vita non dipende solo dal loro stato di salute ma da molte variabili come le relazioni sociali, le attività ricreative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

Le evidenze scientifiche e le testimonianze raccolte provano che la Sanità pubblica e la Protezione Civile hanno dato risposte concrete e valide ai bisogni dei cittadini grazie al coraggio, all'inventiva e alla generosità degli operatori e delle istituzioni, ma anche grazie al sistema organizzato tra protezione Civile e Sanità: il Gruppo Operativo emergenze Sanitarie (Gores). Tuttavia si evidenzia come la risposta ai danni e ai rischi per la salute prodotti dal disastro debba essere pianificata e organizzata molto prima dell'emergenza (*preparedness*) e molto meglio con una maggiore adeguatezza. I servizi sanitari devono prepararsi a cambiare le priorità sanitarie con un passaggio dal trattamento iniziale degli infortuni legati ai bisogni sanitari più generali che si verificano nelle prime settimane. La preparazione è necessaria per affrontare le esigenze di salute mentale e di riabilitazione a medio-lungo termine. Le disuguaglianze sull'impatto dei terremoti sulla salute sono state rilevate in particolare per le donne, i bambini, gli anziani, i disabili e le comunità rurali. Sono state identificate le necessità di mantenere l'accesso a servizi essenziali come la salute riproduttiva e i servizi di prevenzione sanitaria. Le azioni chiave di preparazione comprendono l'identificazione di leader appropriati, la pianificazione e la formazione del personale. Mentre ci sono una serie di conseguenze sanitarie dei terremoti, temi comuni sono emersi in contesti diversi e da diversi eventi sismici e non solo, ma in generale a seguito di disastri naturali ed eventi di emergenze straordinarie (ad es disastri provocati dall'uomo). La preparazione dei sistemi sanitari è essenziale e possibile, al fine di mitigare gli impatti negativi sulla salute dei disastri naturali. La preparazione è possibile e necessaria a livello di comunità, organizzazione e sistema. In particolare

l'allestimento, prima che i disastri si verifichino, di piani di intervento da rendere operativi nell'emergenza e nel post-emergenza. Fanno parte essenziale di questi piani sistemi di monitoraggio della salute in tutti i suoi aspetti, di educazione, di creazione della consapevolezza e di comunicazione del rischio. La letteratura internazionale ha documentato effetti sulla salute dei disastri che si manifestano anche a distanza di anni dall'evento (mortalità, problemi di salute mentale, malattie cardiovascolari, disturbi del comportamento). Da considerare in particolare i soggetti più vulnerabili (per età, per deprivazione sociale e per patologie concomitanti) che risultano i più esposti. Le soluzioni adottate per il governo del territorio e per il ricollocamento della popolazione che ha perduto la propria abitazione hanno un effetto rilevante sulla salute. La consapevolezza a priori del ruolo di entrambi i fattori può contribuire a programmare interventi volti a ridurre il carico degli effetti tardivi. Inoltre una attenta comunicazione sullo stato di salute e sui rischi per la salute della popolazione esposta ad un evento disastroso è di importanza strategica per il buon esito dell'assistenza, oltre che della sorveglianza e della ricerca dopo il disastro.



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



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

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

Le principali priorità sono quindi di seguito descritte:

- favorire la partecipazione dei cittadini, per garantire un approccio integrato alla sorveglianza della salute, in tutte le sue fasi, dalla pianificazione delle indagini alla interpretazione dei risultati, alla definizione degli interventi necessari. Questi ultimi si devono basare sulla capacità di mettere a sistema il sapere accumulato dalle istituzioni, dai politici, dalla ricerca e dalla popolazione colpita e che ha sviluppato esperienze concrete;
- incrementare il numero di operatori formati in grado di elaborare e gestire protocolli operativi anche attraverso un approccio multidisciplinare rivolto alla sorveglianza della salute, individuando indicatori prioritari (di salute, di accesso e offerta dei servizi, ad es. l'attività degli psicologi) fino alla misura e analisi dei dati;

- sviluppare la sorveglianza delle popolazioni colpite da eventi disastrosi (con particolare attenzione ai gruppi di popolazione vulnerabili). I professionisti e i ricercatori dovranno essere meglio coinvolti per accrescere le conoscenze utili alla resilienza della comunità;
- assicurare sistemi informativi efficienti e capaci di resistere nelle crisi come lo sviluppo del nuovo numero unico di emergenza, il NUE 112 con il suo *disaster recovery* che garantisce la continuità dei soccorsi, anche nei casi di gravi danni ai sistemi di telecomunicazione locali;
- sviluppare sistemi di telemedicina facilmente riconfigurabili laddove le strutture sanitarie vanno in difficoltà;
- definire un piano di comunicazione come strumento capace di ridurre il danno derivato dalla paura, dallo stress, dall'incertezza e capace di controllare ansia e stress e aumentare la resilienza della popolazione;
- garantire l'adeguamento strutturale e tecnologico, il cui ruolo fondamentale è rappresentato dal lavoro in atto di sviluppo dei nuovi manuali di autorizzazione e accreditamento, che cambieranno il volto delle infrastrutture sanitarie, al fine di renderle completamente adeguate alle norme di sicurezza e capaci di essere punti di sicurezza per i cittadini.

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

6.5.2 Le Aree Interne

Con la DGR n. 1126 del 6/10/2014 e la DGR n. 1308 del 24 novembre 2014 sono state individuate le tre Aree Interne della Regione Marche nei territori "*Basso Appennino Pesarese e Anconetano*" (Comuni di Acqualagna, Apecchio, Cagli, Cantiano, Piobbico, Frontone, Serra Sant'Abbondio, Pergola, Arcevia, Sassoferrato), "*Maceratese*" (Comuni di (Comuni di Acquacanina, Bolognola, Castelsantangelo sul Nera, Fiastra, Fiordimonte, Monte Cavallo, Muccia, Pievebovigliana, Pieve Torina, Serravalle di Chienti, Ussita, Visso Cessapalombo, Gualdo, Monte San Martino, Penna San Giovanni, San Ginesio, Sant'Angelo in Pontano, Sarnano), "*Picena*" (Comuni di Comunanza, Force, Montedinove, Montemonaco, Rotella Acquasanta Terme, Arquata del Tronto, Castignano, Montegallo, Palmiano, Roccafluvione, Carassai, Cossignano, Montalto delle Marche, Offida). L'individuazione è avvenuta attraverso sovrapposizioni cartografiche ed analisi statistiche che hanno evidenziato il grado di disagio/perifericità dei territori e a seguito del Rapporto di istruttoria del Comitato Tecnico Nazionale Aree Interne.

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

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

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

Considerare la strategia delle Aree interne nell'ambito del presente Piano non ha solo lo scopo di evidenziarne il valore strategico, riconoscendo ai territori identificati come "svantaggiati", un protagonismo nella progettazione partecipata e nella realizzazione degli interventi, ma anche e soprattutto quello di sperimentare, in situazioni di difficoltà, modalità di risposta flessibili e azioni innovative in ambiti strategici della salute, in grado di essere estese a tutto il territorio regionale.

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

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

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

Il Gruppo di Coordinamento regionale Strategie Aree Interne, istituito presso il Servizio Sanità, nel raccogliere le prime indicazioni operative emerse dai gruppi ha dato mandato di avviare prima possibile le diverse azioni individuate.

Si auspica che nei tempi dell'approvazione e dell'operatività del presente Piano saranno approvati gli altri due Accordi di Programma Quadro che riguardano: l'Area interna "Maceratese", che comprende i Comuni "montani" della Provincia di Macerata; l'Area interna "Picena", con una dozzina di Comuni della Provincia di Ascoli Piceno. Le progettualità per la "salute" messe in campo in questi territori sono naturalmente e

correttamente contestualizzate rispetto alle esigenze specifiche (per esempio nel settore dell’Emergenza/Urgenza e in quello dell’integrazione dei servizi sociali e sanitari), ma anche queste sono fortemente collegate con le politiche regionali sanitarie e sociali e, quindi, rappresenteranno un contributo importante per la realizzazione del presente Piano.

7 L'ATTUAZIONE DEL PIANO

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

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

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

L'attuazione degli obiettivi strategici del Piano per le diverse aree generali di intervento (riguardanti i servizi territoriali, l'assistenza domiciliare, la rete ospedaliera, la medicina preventiva, la sicurezza alimentare, ecc.), dopo l'approvazione da parte dell'Assemblea legislativa del documento complessivo, comprese le prime *schede intervento* che li traducono in azioni più definite, è demandata a più atti di Giunta che definiranno in dettaglio le azioni operative riguardanti gli obiettivi specifici previsti dalle schede.

La valenza pluriennale del PSSR e la compresenza di *schede intervento* che, per quanto specificato nell'introduzione all'Appendice 1, hanno necessariamente orizzonti temporali diversi, implica una produzione di atti regionali coerente, che si protrae nel tempo e che accompagna la progressiva realizzazione delle schede. Nel corso del monitoraggio periodico dell'attuazione del Piano, descritto nel capitolo 8, si potrà valutare se sono necessari correttivi e aggiustamenti di azioni, target e tempi, nonché se è opportuno predisporre schede integrative che completino o attualizzino le indicazioni strategiche formulate. Al riguardo, si procede in modo analogo con la predisposizione di atti di Giunta contenenti le proposte di interventi e relative schede, coerenti con i contenuti del presente Piano, da sottoporre, in quest'ultimo caso, all'approvazione preventiva della competente commissione consiliare. Tale procedimento, evita di cristallizzare un elenco di interventi e azioni, rendendo più dinamico il raggiungimento degli obiettivi strategici nell'arco temporale di vigenza del Piano.

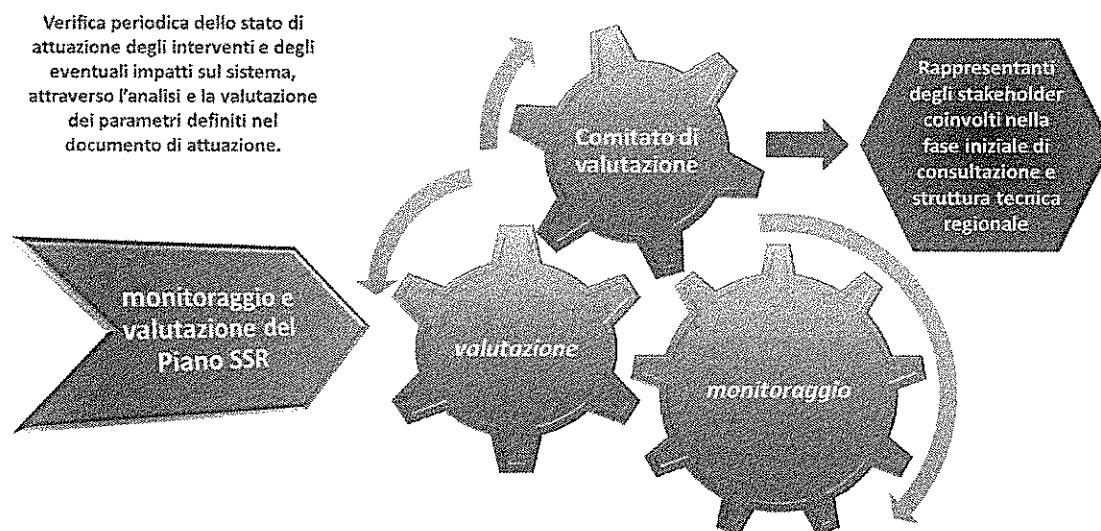
Ai fini dell'attuazione del Piano, si rende inoltre indispensabile procedere alla definizione di momenti formativi a supporto delle azioni di intervento previste, che andranno ad integrare i piani formativi stabiliti a livello regionale e dagli Enti del SSR.

8 IL MONITORAGGIO E LA VALUTAZIONE DEL PIANO

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

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

Il monitoraggio e la valutazione



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

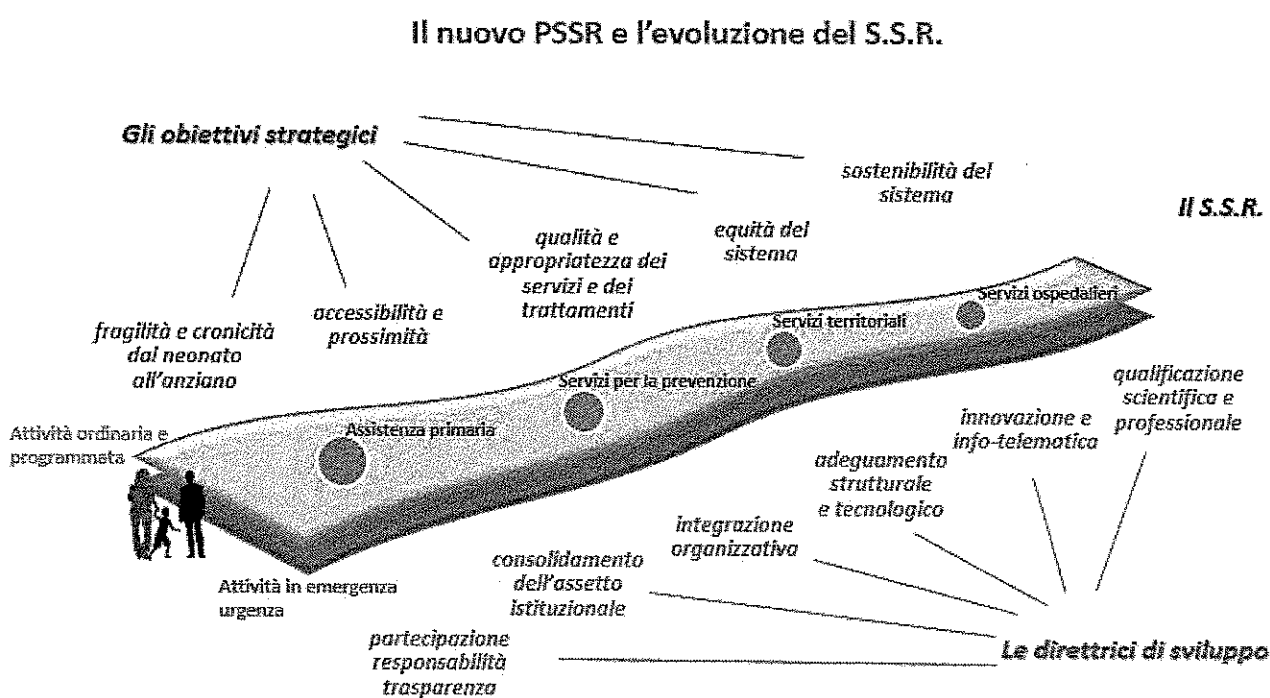
L'azione di monitoraggio inoltre è facilitata almeno nel primo periodo di attuazione del Piano stesso grazie alla definizione degli indicatori selezionati come utili alla verifica delle azioni intraprese (in ogni *scheda intervento*, sono evidenziati in corsivo e neretto quelli specifici ai fini del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

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

L'attività di monitoraggio si traduce in una relazione da sottoporre annualmente all'attenzione della competente Commissione consiliare.

APPENDICE 1: LE SCHEDE INTERVENTO

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



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

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

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

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

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

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

ALLEGATO A

AREA DI INTERVENTO: PREVENZIONE COLLETTIVA, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE

1. Miglioramento delle coperture vaccinali e rafforzamento dei servizi vaccinali

Obiettivo strategico di riferimento: Qualità e appropriatezza dei servizi e dei trattamenti
Obiettivo specifico: Miglioramento delle coperture vaccinali dell'età pediatrica e raggiungimento degli standard raccomandati a livello nazionale e internazionale
Definizione / descrizione: <p>Le vaccinazioni sono tra gli interventi di maggiore efficacia per la prevenzione primaria delle malattie infettive e rappresentano uno strumento essenziale per la salute della popolazione e soprattutto dell'infanzia. Raggiungere e mantenere elevate coperture vaccinali è il mezzo per garantire alla popolazione la scomparsa o il controllo di alcune importanti malattie.</p> <p>In Italia e in maniera particolarmente spiccata nella nostra regione, a partire dal 2013, si è registrato un progressivo trend in diminuzione del ricorso alle vaccinazioni, sia obbligatorie che raccomandate. Tale fenomeno ha determinato un calo della copertura vaccinale al di sotto del 95%, soglia raccomandata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per il raggiungimento della cosiddetta "immunità di gregge" e da tempo obiettivo dei Piani Nazionali di Prevenzione Vaccinale (PNPV), incluso l'ultimo (PNPV 2017-2019), per proteggere indirettamente anche coloro che, per motivi di salute, non possono essere vaccinati.</p> <p>I dati relativi alle attività vaccinali del 2015 descrivono il declino maggiore con coperture per esavalente (Difterite, Tetano, Pertosse, Polio, <i>Haemophilus influenzae</i> B, Epatite B) del 92% e per morbillo-parotite-rosolia del 79,9%. Nel 2016 si è registrata l'inversione di tendenza, con un miglioramento generale delle coperture vaccinali. I dati del 2017, anche a seguito dell'obbligo scolastico, attestano un costante e progressivo miglioramento della situazione regionale (esavalente 93,0%, MPR 88,2%), ma i dati di copertura risultano ancora sotto la soglia del 95%.</p>
Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo): <ul style="list-style-type: none"> – Realizzazione e diffusione di reportistica annuale su coperture vaccinali e su vaccinovigilanza, disponibile anche su web. Indagine sulla qualità percepita dagli utenti dei servizi vaccinali; – Coinvolgimento attivo di MMG e PLS nelle attività vaccinali. Procedure per la piena e completa attuazione dell'offerta attiva e gratuita per le vaccinazioni dei soggetti fragili, degli anziani e dei soggetti in età pediatrica; – Attivazione di percorso comunicativo specifico integrato tra Servizi vaccinali, MMG e PLS. Percorso condiviso per accompagnamento alla scelta consapevole da parte dei genitori. Presa in carico dei genitori esitanti nelle diverse possibilità di contatto: bilanci di salute, colloqui prevaccinali e informativi; – Valutazione e revisione delle sedi vaccinali sul territorio regionale, anche attraverso un programma di <i>site visit</i> locali; – Trasformazione dell'attuale Anagrafe Vaccinale in un sistema gestionale. Valutazione della fattibilità di estensione dell'Anagrafe Vaccinale informatizzata a MMG, PLS. – Realizzazione e distribuzione delle nuove Linee Guida regionali e formazione di tutti gli Operatori sanitari.
Target (risultato atteso) da raggiungere: Vaccinazioni Esavalente e MPR copertura ≥ 95%
Misurazione dei risultati (indicatori): % Coperture vaccinali rispetto alla popolazione target

2. Aumento della copertura vaccinale per antinfluenzale nei soggetti anziani

Obiettivo strategico di riferimento: Accessibilità e prossimità
Obiettivo specifico: Aumentare la copertura vaccinale per la vaccinazione antinfluenzale nei soggetti di età pari o superiore a 65 anni.
Definizione / descrizione: L'influenza rappresenta un rilevante problema di Sanità Pubblica e sono le persone più fragili quelle a maggior rischio di complicanze, tanto che il 90% dei decessi si verifica in persone di età superiore ai 65 anni, soprattutto se affette da altre patologie. Inoltre, l'influenza ha costi sociali elevatissimi. Ogni anno, infatti, colpisce, in forma più o meno severa, tra il 10 e il 20% della popolazione generale. Le campagne di vaccinazione contro l'influenza offrono in maniera gratuita la vaccinazione a diverse categorie di persone ad alto rischio, e tra queste ai soggetti di età pari o superiore a 65 anni. Per ridurre significativamente morbosità, complicanze e mortalità per influenza è necessario raggiungere coperture vaccinali elevate negli anziani (obiettivo minimo 75%, obiettivo ottimale 95%) e nei soggetti ad alto rischio di tutte le età. Nell'ultima campagna vaccinale antinfluenzale (2017/2018) la copertura nelle Marche è risultata il 50,0%.
Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo): <ul style="list-style-type: none"> – Rafforzare la comunicazione verso la popolazione coinvolta. Attività informativa attraverso stakeholder (es. sindacati, associazioni anziani). Azione proattiva della Medicina generale e delle Cure primarie; – Implementazione delle attività a supporto del coinvolgimento dei MMG. Indicazioni tempestive e pratiche sulle campagne vaccinali e linee guida operative. Coperture vaccinali come obiettivo di performance degli Operatori; – Integrazione tra SISP e MMG, sviluppo di un modello organizzativo efficiente ed integrato; – Accessibilità degli ambulatori vaccinali territoriali. Appropriata tipologia del vaccino rispetto al paziente. Adeguata distribuzione dei vaccini rispetto al fabbisogno; – Integrazione attraverso strumenti informativi tra Dipartimenti di Prevenzione e Cure Primarie. Strategie di comunicazione basate su tecnologie informatiche; – Diffusione di materiale scientifico ed eventi formativi specifici; audit operatori.
Target (risultato atteso) da raggiungere: Copertura vaccinazione antinfluenzale per soggetti ≥ 65 anni: ≥ 75% (obiettivo minimo)
Misurazione dei risultati (indicatori) % Numero di soggetti ≥ 65 anni vaccinati rispetto alla popolazione target.

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

<p><i>Obiettivo strategico di riferimento:</i> Fragilità e cronicità</p>
<p><i>Obiettivo specifico:</i> Contrastare il fenomeno degli infortuni mortali attraverso lo sviluppo di azioni che hanno come "setting" i luoghi di lavoro. La strategia si fonda, in particolare, sulla puntuale attuazione delle linee d'intervento 6-7 e 6-8 del Piano Regionale di Prevenzione 2014/2018, prorogato al 31 dicembre 2019.</p>
<p><i>Definizione / descrizione:</i> L'andamento infortunistico mostra negli ultimi anni un trend di complessiva riduzione degli eventi segnalati su tutto il territorio nazionale ed anche regionale. Con buona approssimazione si può affermare che l'applicazione dei Piani di Prevenzione nazionali hanno, specie come primo intervento sistematico nel settore, generato processi di prevenzione virtuosi che hanno prodotto quasi immediatamente risultati rilevanti. La riduzione riguarda soprattutto i lavoratori italiani; è assai più contenuta nei lavoratori extracomunitari. I dati INAIL evidenziano inoltre che la riduzione degli infortuni mortali non è consistente e quindi continuano ad essere un problema rilevante. Sicuramente la lunga crisi economica e la ripresa che stenta a ripartire tolgono risorse alle aziende che quindi non innovano macchine, impianti e strutture e non curano adeguatamente la manutenzione. Importante quindi, in questa fase, prevedere processi informativi / formativi destinati ad operatori interni e/o esterni alle aziende che sono incaricati della manutenzione e degli adeguamenti delle macchine, degli impianti, delle attrezzature e delle strutture in genere. La predisposizione di strumenti di controllo omogenei ed appropriati, realizzati anche sulla base di <i>near miss</i> o eventi nefasti manifestatisi, possono consentire lo svolgimento di controlli mirati, finalizzati all'eliminazione delle situazioni più critiche.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Declinazione a livello regionale ed attuazione dei Piani nazionali di Prevenzione nel comparto edile e nel comparto agro-forestale. Potenziamento del sistema regionale: per la gestione ed il monitoraggio delle azioni di prevenzione predisposte ed attuate; per il supporto informativo e formativo alle imprese, associazioni di categoria e datoriali; – Sinergia con altre strutture regionali (es. Assessorato agricoltura) e nazionali (Inail) per la promozione della sicurezza e per l'attivazione di percorsi finalizzati a sostenere le imprese anche attraverso specifici finanziamenti per il miglioramento delle strutture e delle attrezzature da lavoro; – Miglioramento dei percorsi formativi specifici per i lavoratori addetti alla realizzazione/ conduzione / manutenzione di opere provvisorie, attrezzature di lavoro/ macchine; – Programmazione dell'attività di vigilanza nei comparti più a rischio e in una selezione di aziende di tutti i comparti produttivi che presentino indici infortunistici significativamente più elevati rispetto al dato medio del proprio comparto. Quanto sopra, con l'ausilio dei sistemi di gestione <i>Marche prevenzione</i>, SIAR e flussi informativi INAIL, e finalizzata anche al raggiungimento dei LEA e declinata dalle indicazioni del Comitato regionale di Coordinamento per la salute e sicurezza sul lavoro e dai relativi organismi provinciali; – Miglioramento della qualità degli accessi ispettivi anche attraverso l'ausilio di strumenti (es. indicazioni operative per gli operatori di vigilanza per l'applicazione del titolo II del D.lgs.81/08 e per l'applicazione del D.lg.17/10) condivisi a livello interregionale; – Azioni di Prevenzione proattive finalizzate all'intercettazione di attrezzature da lavoro non a norma in fase di commercializzazione; – Predisposizione di protocolli operativi con le strutture coinvolte nella gestione degli infortuni su lavoro; – Alimentazioni dei flussi informativi relativi agli incidenti mortali e gravi (<i>In.Forma</i>) <p><i>Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Sensibilizzazione delle strutture territoriali affinché partecipino alla realizzazione di percorsi formativi indirizzati ad operatori addetti alla manutenzione e/o adeguamento delle macchine e degli impianti; – Coinvolgimento degli operatori dei Servizi nei corsi di formazione organizzati dalle scuole ad indirizzo tecnico in relazione ai progetti di scuola/lavoro; – Effettuazione di accessi ispettivi supportati da strumenti condivisi in ambito regionale al fine di assumere comportamenti omogenei; – Raggiungimento dei numeri di accessi ispettivi programmati per i vari comparti individuati sulla base dei flussi informativi a rischio alto; – Attivazione di protocolli operativi con la Procura per la gestione delle indagini di infortuni gravi e mortali; – Azioni repressive (sequestri) in presenza di palesi e ridondanti non conformità riscontrabili su macchine, attrezzature, impianti e strutture. – Realizzazione di un focus annuale specifico relativo alla incidentalità, con l'utilizzo delle fonti informative a disposizione, nell'ambito del report regionale in funzione degli obiettivi strategici ex articolo 7 D.lgs 81/08.

Target (risultato atteso) da raggiungere:
Trend in diminuzione dei tassi di Infortuni mortali in ambito lavorativo
Misurazione dei risultati (indicatori)
$\frac{(n. \text{ denunce di infortunio riconosciuto con esito mortale anno corrente}) - (n. \text{ denunce di infortunio riconosciuto con esito mortale anno precedente})}{n. \text{ denunce di infortunio riconosciuto con esito mortale anno precedente}} * 100$

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

Obiettivo strategico di riferimento: Qualità e appropriatezza dei servizi e dei trattamenti
Obiettivo specifico: Contrastare il fenomeno degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali
<p>Definizione / descrizione:</p> <p>A seguito degli eventi sismici verificatisi nel periodo 2016-2017 i territori delle province di Macerata, Ascoli Piceno e Fermo saranno interessati da estese opere di ricostruzione con apertura di numerosi cantieri (pubblici ma soprattutto privati). Il comparto edile è notoriamente caratterizzato da una elevata incidenza di infortuni, anche gravi e di malattie professionali. Inoltre nei cantieri di ricostruzione sono presenti difficoltà e rischi “aggiuntivi” rispetto ai “classici” cantieri edili legati sia al contesto territoriale che alle criticità delle fasi di lavoro e alle interferenze tra le professionalità impiegate.</p> <p>In questa prima fase di attività (rimozione macerie e demolizione delle strutture pericolanti) riveste particolare importanza la gestione delle macerie che possono esporre i lavoratori a fibre di amianto. Nella regione Marche si è mantenuta alta l’attenzione in tema di salute e sicurezza nei cantieri edili attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il raggiungimento degli obiettivi LEA e quelli del Piano Regionale della Prevenzione; - l’attività di coordinamento sviluppata in seno al Comitato regionale di Coordinamento per la salute e sicurezza sul lavoro; - l’attivazione dal 01.01.2018 della piattaforma <i>Marche Prevenzione</i> per le notifiche on-line. <p>Tuttavia, in vista dell’elevato numero di aziende e lavoratori edili che si troveranno ad operare in un territorio concentrato nelle Aree vaste 3-4-5, è necessario porre ulteriore attenzione alle azioni già in atto, puntando sul coordinamento delle attività di vigilanza e sull’assistenza ad aziende e figure della prevenzione per aumentare la consapevolezza e l’impegno di imprese e professionisti rispetto alla tutela della salute e sicurezza degli addetti.</p> <p>Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):</p> <ul style="list-style-type: none"> – Favorire il coordinamento tra i Servizi Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (PSAL) delle Aree Vaste ASUR (AAVV) coinvolti nelle attività di vigilanza e di assistenza nei cantieri nelle aree di ricostruzione “post sisma”; favorire il coordinamento tra i servizi PSAL delle AAVV coinvolte nelle attività di vigilanza e le altre Istituzioni di controllo. – Promuovere il miglioramento delle condizioni di salute e sicurezza dei lavoratori delle imprese impegnate nella ricostruzione, al fine di ridurre il fenomeno degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali, con particolare riguardo all’esposizione a fibre di amianto nelle prime fasi di demolizione/rimozione macerie: supporto nelle fasi demolizione e rimozione macerie, nel controllo e gestione del rischio amianto (informazione, formazione, assistenza in logica sinergica con tutti gli attori coinvolti); – Valorizzare la funzione di assistenza verso le figure della prevenzione nei luoghi di lavoro (coordinatori, RLS, RSPP, medici competenti), i datori di lavoro e i lavoratori impegnati nella ricostruzione; – Favorire il coordinamento delle attività di vigilanza nell’area del cratere con altri Enti deputati al controllo nei cantieri, anche attraverso l’implementazione dei sistemi informativi regionali (<i>Marche Prevenzione</i>); – Definire le priorità di intervento e l’identificazione dei criteri minimi di gestione delle attività di vigilanza nei cantieri della ricostruzione post sisma. – Inquadrare le situazioni e fasi di criticità peculiari delle aree del cratere e relativa gestione del cantiere (profili di responsabilità delle varie figure, gestione dei rischi interferenti e degli appalti). – Adeguare il personale dei Servizi PSAL per fronteggiare l’“emergenza ricostruzione”: si stima che almeno 50.000 nuovi cantieri verranno avviati dal 2019. – Costituzione gruppo di lavoro con componenti delle AAVV ASUR interessate dal sisma; – Elaborazione e diffusione Linee di Indirizzo regionali per la gestione delle attività di assistenza (alle Aziende ed alle figure della prevenzione) e di vigilanza nei cantieri post sisma <p>Target (risultato atteso) da raggiungere: Tasso di infortuni sul lavoro nei cantieri post-sisma non superiore al tasso regionale</p> <p>Misurazione dei risultati (indicatori) Numero infortuni sul lavoro sul numero addetti</p>

5. Promozione di stili di vita corretti nella popolazione

<p>Obiettivo strategico di riferimento: Qualità e appropriatezza dei servizi e dei trattamenti</p> <p>Obiettivo specifico: Promuovere gli stili di vita corretti nella popolazione sviluppando le competenze specifiche negli Operatori, per prevenire le malattie cronico-degenerative, attraverso la costruzione della Rete Regionale della Promozione della Salute</p> <ul style="list-style-type: none"> – Sviluppare competenze di pianificazione, integrazione tra servizi e dipartimenti delle 5 Aree Vaste ASUR ai fini dell'attuazione dei quattro programmi del PRP dedicati alla Promozione della Salute e dei relativi Piani Integrati Locali (PIL) per la promozione della salute; – Aumentare la consapevolezza, tra gli operatori, delle funzioni e potenzialità del Piano Regionale della Prevenzione e della opportunità di integrazione trasversale con altre programmazioni regionali che lo stesso rappresenta; – Accrescere le competenze per migliorare la qualità degli interventi, al fine di riconoscere e diffondere interventi quanto più efficaci e con caratteristiche di buona pratica; – Sviluppare competenze comunicative efficaci a sostegno delle azioni in promozione della salute; – Promuovere la cultura della prevenzione come strategia anche in funzione di un razionale anche in funzione di un migliore utilizzo delle risorse; – Migliorare la pianificazione territoriale tramite lo strumento del Piano Integrato locale che prevede azioni di valutazione, rendicontazione e monitoraggio. <p>Definizione / descrizione: I primi quattro Programmi del PRP 2014/2018 prorogato al 31 dicembre 2019 rispondono a quei Macroobiettivi del Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) che individuano le strategie proprie della Promozione della salute al fine di realizzare azioni trasversali, <i>empowerment</i> nelle popolazioni target, approccio per <i>setting</i> e lungo tutto l'arco della vita, oltre a rispondere ai principi di sostenibilità, riduzione delle disuguaglianze in salute e buone pratiche. A tre anni dall'avvio del Piano Regionale della Prevenzione (PRP), in presenza di esperienze consolidate e dell'avvio di nuove pianificazioni ai fini del raggiungimento degli indicatori del PRP stesso, oltre che in previsione del prossimo PNP 2020-2025 già in fase di stesura, si riscontra la necessità di realizzare un percorso formativo rivolto ai professionisti della Promozione della salute e ad altri coinvolti. Tale percorso rappresenterà un confronto "sul campo" per individuare e sperimentare i principi e i criteri che guidano verso azioni di progettazione quanto più efficaci (buone pratiche), di valutazione e rendicontazione allo scopo di rafforzare la <i>governance</i> locale correlandola alla <i>governance</i> regionale. A tale proposito i Piani Integrati Locali (PIL) sono i documenti di pianificazione e programmazione e rappresentano lo strumento con cui il PRP si sviluppa a livello territoriale. La stesura e l'attuazione dei PIL richiede un abile ruolo di regia e coordinamento, il lavoro di squadra di molti operatori (gruppi progetto) e la ricerca di collaborazioni con Enti e Istituzioni presenti sul territorio le cui politiche o attività impattano sulla salute della popolazione. I PIL dovranno diventare strumento di valutazione, rendicontazione e monitoraggio.</p> <p>Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):</p> <ul style="list-style-type: none"> – Coinvolgimento della UO Formazione ASUR al fine di avviare la collaborazione con una Area Vasta ASUR che sostenga la realizzazione degli aspetti amministrativi e tecnici del progetto formativo e stesura piano formativo da parte della AV individuata e accreditamento ECM – Condivisione con i referenti locali delle Aree Vaste ASUR per la Promozione della Salute degli obiettivi e contenuti del percorso formativo; – Avvio della formazione e completamento entro il 2019. <p>La formazione è destinata ad un massimo di 30 partecipanti in tutte le AAVV, a tipologia <i>blended</i>/mista e potrà prevedere, a livello regionale ore/giornate di formazione in aula e, a livello locale, di AV attività di miglioramento. I partecipanti sono individuati prioritariamente all'interno dei gruppi tecnici di coordinamento regionali per l'attuazione dei Programmi n 1,2,3,4 e ad altri professionisti delle AAVV ASUR afferenti ai Dipartimenti/Servizi interessati e/o coinvolti sui temi della promozione della Salute (Dipendenze, Distretto/Consultorio...); il target è quindi rappresentato dagli operatori che hanno collaborato o sono stati coinvolti nella stesura dei Piani Integrati Locali.</p> <p>Target (risultato atteso) da raggiungere: Incremento nella popolazione di stili di vita corretti (trend migliorativo dell'indicatore composito)</p> <p>Misurazione dei risultati (indicatori) Indicatore composito sugli stili di vita (Griglia LEA).</p>

6. Riduzione dei rischi ambientali per la salute dei cittadini

<p>Obiettivo strategico di riferimento: Qualità e appropriatezza dei servizi e dei trattamenti; Sostenibilità del sistema</p> <p>Obiettivo specifico: Tutelare la salute della popolazione nei confronti dei Rischi Ambientali, consolidando la Rete <i>Ambiente e Salute</i> che si occupa delle procedure di Valutazione di impatto ambientale. Consolidamento della Rete Ambiente e Salute con un adeguato percorso formativo e sostenendo le sinergie tra i diversi Enti interessati al fine utilizzare strumenti condivisi per la valutazione preventiva degli impatti sulla salute.</p> <p>Definizione / descrizione: Le tematiche ambientali rappresentano un problema rilevante in Sanità Pubblica e rappresentano anche una tematica molto sentita nella popolazione, in particolare riguardo la possibile esposizione a fonti inquinanti e relativi effetti negativi sulla salute. Attualmente è forte l'esigenza di riqualificare le valutazioni preventive a supporto delle Amministrazioni e la necessità di fornire indicazioni più puntuali e complete per sviluppare adeguatamente la componente salute nell'ambito delle procedure di Valutazione di Impatto Ambientale. A tal fine è importante rafforzare il contributo dell'epidemiologia sul tema ambiente e salute e sviluppare strumenti e percorsi interdisciplinari validi per la valutazione preventiva degli impatti sulla salute dei fattori inquinanti. Trattandosi di tematiche in forte e complessa evoluzione, è fondamentale sviluppare un percorso di formazione degli operatori del settore sanitario e ambientale e comunicazione del rischio in modo strutturato e sistematico. Per quanto riguarda la operatività della Rete regionale Ambiente e Salute è già sviluppata una collaborazione relativa all'area epidemiologica, mentre deve essere potenziata la strutturazione di una vera e propria Rete che comprenda Operatori del SSR con i suoi settori dedicati, di ARPAM, IZS, Regione nelle sue articolazioni ed Università. Risulta fondamentale, inoltre, pur in presenza di carenze normative e applicative nazionali per quanto riguarda la valutazione di Impatto Ambientale (VIA), la valutazione Integrata di Impatto Ambientale e Sanitario (VIAS) e la valutazione del Danno Sanitario (VDS), sviluppare percorsi condivisi per poter offrire una risposta alla crescente sensibilità rivolta alle problematiche ambientali e di salute portate dalla collettività tramite il coinvolgimento di quelle Istituzioni che sono chiamate ad esprimersi in termini di valutazioni sull'ambiente e di conseguenza sulla salute della popolazione. Uno strumento fondamentale per il raggiungimento dell'obiettivo è rappresentato dalla diffusione e dall'applicazione dei principi di buona pratica nella Valutazione dell'Impatto Integrato Ambiente e Salute per le procedure di VIA. Il percorso di rafforzamento della Rete consentirà attività di supporto alle politiche ambientali di miglioramento della qualità di aria, acqua, suolo secondo il modello della "Salute in tutte le politiche".</p> <p>Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Consolidare la rete ambiente salute 2. Supportare la Rete Ambiente Salute con un adeguato percorso formativo interistituzionale; 3. Sviluppare le competenze in ambito epidemiologico per valutare l'impatto sulla salute dei determinanti ambientali; 4. Realizzazione Linee guida operative; 5. Diffondere ed applicare i principi di buona pratica: predisposizione di liste di controllo per la valutazione preventiva dell'impatto sulla salute delle modifiche ambientali e dei fattori inquinanti e predisposizione di procedure integrate per la gestione delle problematiche sanitarie da esse derivanti. 6. Migliorare la collaborazione tra Istituzioni deputate alla difesa della salute e dell'ambiente 7. Realizzazione Liste di controllo per la valutazione preventiva dell'impatto sulla salute delle modifiche ambientali 8. Sviluppare modelli, relazioni interistituzionali per la valutazione degli impatti sulla salute dei fattori inquinanti. <p>Target (risultato atteso) da raggiungere: Realizzazione di un corso interistituzionale entro giugno 2019; Realizzazione Linee guida operative entro il 2019; Compilazione Liste di controllo nel 100% dei casi esaminati</p> <p>Misurazione dei risultati (indicatori) Compilazione liste di controllo=100% dei casi</p>

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

<p>Obiettivo strategico di riferimento: Fragilità e cronicità; Qualità e appropriatezza dei servizi e dei trattamenti</p> <p>Obiettivo specifico: Rafforzare e rendere omogeneo il percorso preventivo-diagnostico-terapeutico-assistenziale dell'osteoporosi e del rischio di frattura correlato. Elaborazione di PDTA (percorso preventivo-diagnostico-terapeutico-assistenziale) sperimentale su Osteoporosi e rischio di frattura correlato, mediante integrazione organizzativa</p> <p>Definizione / descrizione: È dimostrato che gli stili di vita impattano su molte patologie, compresa l'osteoporosi, malattia cronica non trasmissibile (MCNT) molto diffusa e che comunemente si manifesta durante la menopausa e nell'anziano. Si tratta di un problema globale in continuo aumento che l'OMS ha identificato come una priorità sanitaria a livello mondiale. In Italia l'osteoporosi è la terza patologia cronica più diffusa (dopo ipertensione e artrosi/artrite), per la quale si evidenziano marcate differenze di genere, in quanto colpisce circa 3,5 milioni di donne e 1 milione di uomini. Ne sono affette il 15% delle donne appartenenti alla fascia di età 50-59, più del 30% della classe 60-69 e il 45% della fascia 70-79. Si stima che ne sia affetto anche il 15% dei maschi over 60. In Italia, ogni anno, si registrano circa 80.000 fratture di femore, il 75% delle quali si verifica nella popolazione femminile e, di questa percentuale, il 94% avviene nelle donne di età >65 anni. La causa o concausa "osteoporosi" è presente nella quasi totalità dei casi. Il 90% delle fratture femorali è legato ad una caduta e il rischio di cadute aumenta con l'età. Circa un terzo degli individui oltre i 65 anni cade almeno una volta all'anno. Nelle Marche il tasso di ospedalizzazione della popolazione > 75 anni, con diagnosi principale o secondaria di frattura del collo del femore, nel 2013 risultava 12,57/1.000 e l'obiettivo centrale indicato dal Ministero della Salute nel Piano Nazionale della Prevenzione è quello di ridurre il tasso del 15% nel 2019 (10,69/1.000). La prevenzione dell'osteoporosi si basa sulla correzione dei fattori di rischio (connessi alla acquisizione del picco di massa ossea in età giovanile, alla densità ossea in età senile e agli aspetti strutturali scheletrici) e su stili di vita corretti (dieta equilibrata e con giusto apporto di vitamina D, attività fisica regolare, esposizione al sole). Nella regione Marche si è svolto e si sta svolgendo un intenso lavoro su questi argomenti, attraverso un articolato Gruppo di Lavoro regionale, che vede la presenza di componenti rappresentative di tutte le professionalità coinvolte nella gestione della tematica, di rappresentanti dei Coordinamenti Donne Pensionate e della Commissione Pari Opportunità della Regione Marche. Come evoluzione del lavoro svolto, si propone lo sviluppo di una rete di prevenzione-diagnosi-assistenza che accompagni le persone (sani e malati) in modo sinergico e non frammentato, favorito dalla costruzione di un PPDTA, come anche previsto dal recente Accordo Stato-Regioni Rep. Atti 105 del 10 maggio 2018 "Una strategia di intervento per l'osteoporosi".</p> <p>Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo): Alcune azioni sono già previste nell'ambito del Piano Regionale della Prevenzione 2014-18, prorogato al 2019: informazione/sensibilizzazione della popolazione target e dei caregivers; informazione/formazione del personale dei SSR e dei MMG coinvolti nella prevenzione, diagnosi e cura dell'osteoporosi; realizzazione di azioni di contrasto ai fattori di rischio. L'obiettivo è di rafforzare le azioni già previste con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Partecipazione a tavoli di lavoro con il settore farmaceutico per la stesura di linee guida condivise sull'appropriatezza prescrittiva della Vitamina D; - Costruzione di percorso sperimentale Preventivo-Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale (PPDTA) su Osteoporosi e rischio di frattura correlato; - Stesura di PDTA sperimentale su Osteoporosi e rischio di frattura correlato; - Stesura di Linee guida regionali condivise dai diversi stakeholders e dal Gruppo di lavoro regionale sull'appropriatezza prescrittiva della Vitamina D. <p>Target (risultato atteso) da raggiungere: Riduzione del tasso di ospedalizzazione per fratture (soggetti di età > 75 anni) da 12.57/1.000 (anno 2013) a 10.69/1.000 nel 2019 e mantenimento nel 2020</p> <p>Misurazione dei risultati (indicatori) Tasso di ospedalizzazione per fratture (soggetti di età > 75 anni)</p>

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

<p>Obiettivo strategico di riferimento: Fragilità e cronicità; Qualità e appropriatezza dei servizi e dei trattamenti</p>
<p>Obiettivo specifico:</p> <p>Diffondere, a scopo preventivo, la pratica dell'esercizio fisico nelle persone con patologie croniche o a rischio aumentato. Attività Fisica Adattata (AFA). Costruire un profilo di "paziente esperto" riguardo alla propria condizione di rischio o di malattia</p> <p>Realizzare una prima Rete di Palestre Sicure – palestre certificate dal SSR per svolgere attività fisica finalizzata alla tutela della salute.</p> <p>Dare seguito a quanto indicato nel Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2019 per il contrasto alle Malattie Croniche non Trasmissibili relativamente ai soggetti con rischio di salute aggiuntivo (in sovrappeso, iperteso, dislipidemico, iperglicemico, fumatore, sedentario, consumatore di bevande alcoliche a rischio).</p> <p>Definire, in una logica di continuità assistenziale, un percorso di facile accesso riservato a soggetti portatori di patologie croniche stabilizzate o di disabilità che abbiano bisogno di implementare le strategie acquisite in un precedente programma riabilitativo svolto nelle strutture sanitarie.</p>
<p>Definizione / descrizione:</p> <p>Si stima che circa il 70-80% delle risorse sanitarie a livello mondiale sia oggi speso per la gestione delle malattie croniche; il dato diviene ancora più preoccupante alla luce delle più recenti proiezioni epidemiologiche, secondo cui nel 2020 esse rappresenteranno l'80% di tutte le patologie nel mondo. (DGR1335/17 Piano cronicità).</p> <p>Nel 2016 il 20,7 % della popolazione ha dichiarato di essere affetto da due o più patologie croniche, con differenze di genere molto marcate a partire dai 55 anni. Tra gli ultra settantacinquenni la comorbidità si attesta al 66,7 per cento (58,4 per cento tra gli uomini e 72,1 per cento tra le donne). Rispetto al 2015 aumenta la quota di chi dichiara due o più patologie croniche, soprattutto nelle fasce di età 45-54 anni (+2,6 punti percentuali). (Fonte Istat Annuario Statistico Italiano 2017)</p> <p>AFA non è attività riabilitativa, interviene nella fase preventiva e/o cronica stabilizzata della malattia quando il trattamento riabilitativo ha esaurito il suo intervento o per mantenere i livelli raggiunti, può essere prescritta dal Medico (MMG) o da Specialisti. Le attività sono svolte in palestre "accreditate" dal SSR, il personale viene appositamente formato, i corsi sono tenuti da personale con Laurea Magistrale in Scienze e Tecniche dell'attività Motoria preventiva e adattata.</p>
<p>Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Costituire un gruppo tecnico regionale multidisciplinare (operatori del SSR: medici della prevenzione, Fisiatri, fisioterapisti, MMG, Università di Urbino Corso di Laurea in Scienze Motorie, Associazioni anziani e disabili); - Definire Linee di Indirizzo Regionali sulla promozione dell'attività fisica adattata nei soggetti cronici; - Identificare i requisiti strutturali ed organizzativi delle palestre che potranno erogare AFA e coinvolgere gli Enti Locali interessati dalla sperimentazione; - Formare il personale coinvolto; - Sperimentazione e valutazione dei costi e dei risultati della sperimentazione; - Diffusione della progettualità all'intero territorio regionale.
<p>Target (risultato atteso) da raggiungere:</p> <p>Adozione di indirizzi regionali sulla promozione dell'esercizio fisico adattato nei soggetti con patologie croniche con la redazione dei criteri accreditamento strutture e palestre.</p> <p>Effettuazione di almeno 10 corsi AFA aderenti agli indirizzi regionali entro il 2019.</p>
<p>Misurazione dei risultati (indicatori)</p> <p>Effettuazione di corsi AFA</p>

9. Contrasto all'antimicrobico resistenza

<i>Area di intervento (Trasversale): Assistenza territoriale, Assistenza ospedaliera, Prevenzione collettiva</i>
<i>Obiettivo strategico di riferimento: Qualità e appropriatezza dei servizi e dei trattamenti; sostenibilità del sistema</i>
<p>Obiettivo specifico: Promuovere una strategia integrata per il contrasto all'antimicrobico resistenza (AMR), utilizzando un approccio "One Health" e seguendo le coordinate indicate nel Piano Nazionale (PNCAR) 2017 - 2020</p>
<p>Definizione / descrizione: L'antimicrobico-resistenza (<i>Anti Microbial Resistance</i> AMR) è in aumento e costituisce un serio problema di Salute pubblica, poiché rende problematico il trattamento di molte infezioni. L'Italia è tra i paesi in cui l'uso di antibiotici e l'antibiotico-resistenza si attestano a livelli superiori rispetto alla media europea, come risulta dal rapporto che contiene i dati delle reti europee di sorveglianza relativi al periodo 2013-15, curato dall'Agenzia Europea dei Medicinali (<i>European Medicines Agency</i> EMA), dal Centro Europeo per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (<i>European Centre for Disease Prevention and Control</i> ECDC) e dall'Autorità Europea per la Sicurezza Alimentare (<i>European Food Safety Authority</i> EFSA). Il contrasto dell'AMR richiede un approccio globale, "One Health", che promuova interventi coordinati nell'ambito della medicina umana e veterinaria, nonché nell'ambito della sicurezza alimentare. Il 30 giugno 2017, la Commissione Europea ha adottato lo <i>European One Health Action Plan against Antimicrobial Resistance</i> (AMR). Il Ministero della Salute ha successivamente pubblicato il Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020, con lo scopo di dare un indirizzo coordinato e sostenibile per contrastare il fenomeno dell'AMR a livello nazionale, regionale e locale: tale Piano è stato approvato dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 02.11.2017 – Repertorio Atti n. 188. Il Piano, che è stato recepito con DGRM 841/2018, va implementato con azioni specifiche a livello regionale.</p>
<p>Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):</p> <ul style="list-style-type: none"> – Elaborazione del Piano Regionale di contrasto all'antimicrobico resistenza – Organizzare la sorveglianza in un'ottica "One-Health" per raccogliere ed analizzare, in maniera coordinata ed integrata, i dati sul consumo degli antibiotici e sull'antibiotico-resistenza provenienti dalla medicina umana, dalla medicina veterinaria e dalla zootecnia. – Migliorare l'appropriatezza nel consumo di antibiotici nell'ambito della medicina umana e di quella veterinaria, attraverso adeguate strategie formative e informative e attraverso l'implementazione di strumenti di controllo già in utilizzo presso alcune aziende regionali. – Consolidare a livello regionale gli strumenti già utilizzati nelle aziende per il monitoraggio delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) – Identificare le inefficienze organizzative e procedurali, attraverso gli strumenti del RISK ASSESSMENT, per ridurre gli eventi avversi legati alle Infezioni Ospedaliere che hanno causato più richieste di risarcimento – Realizzazione di un data base regionale del contenzioso.
<p>Target (risultato atteso) da raggiungere:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Presenza nel 2020 di un sistema regionale di sorveglianza dell'antibiotico-resistenza – Riduzione del 10% del consumo di antibiotici sistemici in ambito territoriale nel 2022 rispetto al 2018 – Riduzione della prevalenza di CPE (Enterobatteri produttori di carbapenemasi) negli isolati da sangue nel 2022 rispetto al 2018
<p>Misurazione dei risultati (indicatori)</p> <ul style="list-style-type: none"> – Consumo di antibiotici sistemici in ambito territoriale per anno – Misura della prevalenza di CPE (Enterobatteri produttori di carbapenemasi) negli isolati da sangue

10. Diffusione sul territorio della capacità di defibrillazione

Obiettivo strategico di riferimento: Accessibilità e prossimità
Obiettivo specifico: Miglioramento della capacità di intervento nei confronti dei cittadini colpiti da arresto cardiaco sul territorio attraverso l'aumento del numero di defibrillatori sul territorio (capillarità territoriale) e l'utilizzo dei defibrillatori ubicati sul territorio da parte dei soggetti formati all'utilizzo (capacità di intervento), al fine di garantire la migliore risposta nei confronti dei cittadini colpiti da arresto cardiaco.
Descrizione: I più recenti studi in materia di OHCA (<i>Out of Hospital Cardiac Arrest</i>) (arresto cardiaco extra-ospedaliero) ci suggeriscono, come strategia efficace per la riduzione della mortalità, di avviare e monitorare progetti di diffusione sul territorio di defibrillatori e soggetti formati al loro uso. Ad oggi, nell'affrontare la temibile evenienza della morte cardiaca improvvisa, la diffusione della cultura della defibrillazione anche da parte di laici, o anche semplici "by-standers" (c.d. passanti), appare come l'unica vera strategia efficace. Si intende pertanto seguire anche sul territorio marchigiano tale metodica.
Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo): La partecipazione, responsabilità e trasparenza: <ul style="list-style-type: none"> – condivisione dati mappatura DAE con i cittadini – pubblicazione albo centri di formazione accreditati Il consolidamento dell'assetto istituzionale: <ul style="list-style-type: none"> – Migliorare, attraverso specifiche azioni, da inserire nella revisione della Legge Regionale 36/98, la <i>governance</i> del sistema dei Centri di Formazione L'integrazione organizzativa: <ul style="list-style-type: none"> – Condivisione dati mappatura DAE con gli stakeholders (C.O., CdF, ecc.) – Condivisione strategie di reclutamento stakeholders "atipici" tassisti, VVF, VVUU, ecc. L'adeguamento strutturale e tecnologico: <ul style="list-style-type: none"> – Realizzazione mappatura DAE dettagliata: geolocalizzazione e istruzioni accessorie. L'innovazione info-telematica: <ul style="list-style-type: none"> – Implementazione del software di gestione dei centri di formazione DAE – Implementazione App di geolocalizzazione potenziali soccorritori (vedi esperienza Regione Emilia Romagna) La qualificazione scientifica e professionale: <ul style="list-style-type: none"> – Visite ispettive ai centri di formazione accreditati
Target (risultato atteso) da raggiungere: <ul style="list-style-type: none"> – Riduzione dell'intervallo di tempo "arresto cardiaco-primo shock" – Riduzione della mortalità sul territorio marchigiano per "morte cardiaca improvvisa" – Aumento del numero di soggetti formati all'utilizzo del DAE
Misurazione dei risultati (indicatori) <ul style="list-style-type: none"> – Intervallo di tempo "arresto cardiaco-primo shock", desumibili dalle schede paziente ACC – riduzione mediana tempi rispetto al 2017 – Riduzione della mortalità per arresto cardiaco sul territorio del 15%, desumibile da registri ISTAT (o in alternativa dati C.O. 118) – Numero di defibrillazioni effettuate prima dell'arrivo del mezzo di soccorso

11. Il benessere e la salute degli animali, la sicurezza alimentare e la tutela della salute pubblica

<p>Obiettivo strategico di riferimento: Qualità e appropriatezza dei servizi e dei trattamenti</p> <p>Definizione / descrizione:</p> <p>L'emanazione dei Regolamenti UE 2016/429 e 2017/625, già in vigore, ma la cui applicazione decorrerà gradatamente tra la fine del 2019 e la primavera del 2022, nonché la successiva emanazione da parte del Ministero della Salute del Decreto 7 dicembre 2017 impongono una drastica modifica sul sistema dei controlli integrati, sia in autocontrollo e sia in controllo ufficiale, lungo le filiere di produzione primaria e postprimaria e di distribuzione degli alimenti. Particolare riferimento è rivolto alle varie tipologie di allevamento, alle garanzie relative alla sanità animale, alla qualità sanitaria delle produzioni zootecniche e al sistema dei controlli ufficiali in sicurezza alimentare che richiede un importante miglioramento qualitativo degli attuali strumenti di analisi, valutazione e comunicazione del rischio. Le strategie d'azione che vengono adottate hanno ricadute, dirette e indirette, sulla salute pubblica e sulla competitività produttiva del sistema Italia e, come tali, sono assoggettate a criteri di valutazione della loro efficacia ed efficienza.</p> <p>Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):</p> <ul style="list-style-type: none"> – In un'ottica di partecipazione, responsabilità e trasparenza si dovrà rafforzare la comunicazione del rischio in sicurezza alimentare rivolta agli operatori istituzionali, alla popolazione coinvolta (allevatori, operatori alimentari, cittadini) mediante una attività informativa attraverso i portatori di interesse (associazioni di categoria) e attraverso il portale regionale dedicato VeSa. – Sviluppo e applicazione di un modello organizzativo integrato tra SSA, SIAOA, SIAPZ e SIAN, che vada ad incrementare l'efficacia e l'efficienza operativa dell'area specifica all'interno della prevenzione primaria collettiva – Dotazione a tutti i Servizi delle necessarie risorse umane e strumentali per lo svolgimento delle incrementate attività istituzionali: strumenti informatici tecnologicamente adeguati alle nuove esigenze professionali (tablet portatili, ecc.) e strumenti di connessione alle piattaforme informatiche in tempo reale. – Sviluppo e consolidamento dell'informatizzazione delle attività di programmazione, controllo, monitoraggio e rendicontazione tra i livelli Aree Vaste ASUR, Regione, Ministero della Salute – Realizzazione di eventi formativi dedicati alle varie tipologie professionali coinvolte nella tutela della salute pubblica. <p>Target (risultato atteso) da raggiungere:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 100% di allevamenti controllati e prevalenza delle aziende < 0,1% – > 99,8% di allevamenti controllati per ciascuna delle 4 specie e, per ciascuna specie, conferma della qualifica di Regione Ufficialmente Indenne – ≥ 100% delle categorie di matrici programmate, con almeno il 95% dei campioni svolti per ciascun programma – ≥ 90% in tutte le categorie previste dal DM 23/12/1992 (Tabelle 1 e 2) <p>Misurazione dei risultati (indicatori)</p> <ul style="list-style-type: none"> – N. % di allevamenti controllati per TBC bovina e trend della prevalenza (Efficacia dei controlli ufficiali per il contrasto alla TUBERCOLOSI bovina); – N. % di allevamenti controllati e trend della prevalenza (Efficacia dei controlli ufficiali per il contrasto alla BRUCELLI ovi-caprina, bovina e bufalina); – N. % dei campioni eseguiti su totale dei campioni programmati (Attuazione del Piano Nazionale per la ricerca di Residui PNR); – N. % dei campioni previsti i cui esiti sono resi disponibili per l'invio all'EFSA nei tempi previsti (Programma di ricerca di residui di fitosanitari degli alimenti vegetali)
--

AREA DI INTERVENTO: ASSISTENZA TERRITORIALE E SOCIO SANITARIA

12. Accompagnamento delle persone fragili nel sistema dei servizi

Obiettivo strategico di riferimento: Situazioni di fragilità e cronicità
Obiettivo specifico: Migliorare e qualificare i percorsi di accoglienza e presa in carico per i soggetti fragili individuando modalità dedicate per garantire la continuità assistenziale nell'ambito dei servizi sanitari/sociosanitari e adeguate forme di integrazione con i servizi sociali, al fine di garantire maggiore attenzione e sensibilità complessiva del sistema regionale dei servizi sanitari e sociosanitari ai pazienti fragili.
Definizione / descrizione: Elaborazione e implementazione di prassi specifiche di accompagnamento dei soggetti fragili nei servizi sanitari e sociosanitari, dalla presa in carico alla continuità assistenziale, a partire da processi e procedure attivati nei territori delle Unità Operative Sociali e Sanitarie (UU.OO. SeS - DGR 110/2015 - Distretti Sanitari e Ambiti Territoriali Sociali) per la tutela specifica di varie tipologie di fragilità (anziani non autosufficienti senza famiglia di riferimento, malati terminali, disabili fisici o conseguenti a patologie cronico-degenerative, senza fissa dimora, donne maltrattate, HIV sieropositivi, immigrati, carcerati, persone sole...). Sperimentazione della figura di Tutor per l'accompagnamento delle fragilità e costituzione di reti e coordinamento, a livello di U.O. SeS, degli interventi destinati a garantire pari opportunità di accesso, presa in carico e continuità assistenziale per le persone fragili nei servizi sanitari e sociosanitari.
Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo): <ul style="list-style-type: none"> – Conoscenza, catalogazione e interpretazione metodologica delle esperienze di accompagnamento dei soggetti fragili realizzate nei territori delle UU.OO. SeS (<i>integrazione organizzativa</i>); – Elaborazione di criteri, struttura e caratteristiche per la definizione di percorsi di accompagnamento delle fragilità (<i>qualificazione scientifica e professionale</i>); – Predisposizione e approvazione di protocolli di intervento, a livello delle UU.OO. SeS, con la formalizzazione delle modalità di accompagnamento e di percorsi specifici di tutela per l'accoglienza, la valutazione del bisogno, la presa in carico, l'accompagnamento e la continuità assistenziale destinati ai soggetti fragili (<i>partecipazione, responsabilità e trasparenza</i>); – Definizione delle competenze e delle funzioni della figura di Tutor per l'accompagnamento delle fragilità, con la formazione, l'aggiornamento del personale dedicato e la sperimentazione operativa (<i>qualificazione scientifica e professionale</i>).
Target (risultato atteso) da raggiungere: Qualificazione delle modalità di lettura del bisogno, valutazione del bisogno e definizione della presa in carico dei soggetti fragili che si rivolgono ai servizi sanitari e sociosanitari. Diffusione della funzione di accompagnamento dell'utente fragile nel percorso assistenziale all'interno dei servizi sanitari/sociosanitari e nel rapporto con le funzioni svolte da altre agenzie esterne, indispensabili al raggiungimento del progetto individualizzato (servizi residenziali e semiresidenziali, servizi sociali, formazione, occupazione...). Sperimentazioni della figura del Tutor per l'accompagnamento delle fragilità in ogni territorio U.O. SeS per almeno due tipologie di destinatari
Misurazione dei risultati (indicatori) Pubblicazione annuale (on line) da parte delle UU.OO. SeS dei protocolli approvati e dei percorsi e degli interventi di accompagnamento delle persone fragili nel sistema integrato dei servizi sanitari e sociali.
Numero di sperimentazioni della figura del Tutor per l'accompagnamento delle fragilità in ogni territorio U.O. SeS.

13. Presa in carico post-dimissione

Obiettivo strategico di riferimento: Qualità e appropriatezza dei servizi e dei trattamenti
Obiettivo specifico: Unificazione delle procedure di presa in carico post-dimissione da Unità Operative per Acuti, Degenza Post-acute e Riabilitazione Intensiva Ospedaliera di pazienti fragili dal punto di vista sanitario e/o socio-sanitario.
Definizione / descrizione: L'intervento nasce dal lavoro comune dell'ADU Ospedali Riuniti, dell'INRCA e dell'Area Vasta 2 dell'ASUR, su proposta dei Comitati di partecipazione, coinvolti nella costruzione della progettualità. Si propone la definizione e l'adozione di un percorso comune a tutti gli ospedali della regione (delle Aziende Ospedaliere, INRCA e ASUR) per i pazienti (compresi quelli terminali, non solo oncologici) che, dopo la dimissione, hanno bisogno di essere accolti in strutture territoriali. Il percorso comune è completato da una modulistica unificata (per la Richiesta alle Unità Valutative Integrate dei Distretti Sanitari; per la informazione a pazienti e loro familiari con la descrizione delle strutture territoriali di accoglienza, corredato da un elenco per favorire una scelta consapevole; per il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale; per il collegamento informatizzato al Sistema Informativo per la Rete del Territorio - SIRTE...)
Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo): <ul style="list-style-type: none"> – Revisione e condivisione complessiva, a livello regionale, della documentazione predisposta dal gruppo di lavoro misto Aziende/Comitati di partecipazione sul Percorso comune delle Aziende per i pazienti che hanno bisogno di essere accolti in strutture territoriali (<i>partecipazione, responsabilità e trasparenza</i>); – Verifica delle implementazioni necessarie con i moduli informatici del SIRTE: dimissioni, MMG, UVI... (<i>adeguamento strutturale e tecnologico</i>); – Adozione di atto per l'avvio del percorso comune di Presa in carico post-dimissione (<i>integrazione organizzativa</i>); – Avvio della nuova metodologia e della necessaria formazione interprofessionale e paziente esperto (qualificazione scientifica e professionale); – Verifica degli esiti della nuova metodologia anche attraverso Questionari di soddisfazione della famiglia e, se possibile, del paziente/utente – Adozione di atto definitivo sul percorso comune di Presa in carico post-dimissione.
Target (risultato atteso) da raggiungere: Ottimizzare l'assistenza globale al paziente, durante e dopo il ricovero per problematiche di natura sanitaria e socio-sanitaria che rendono difficile la dimissione ordinaria a domicilio; Utilizzare in maniera ottimale le risorse esistenti all'interno dell'offerta del SSR, consentendo il miglior inserimento possibile dei pazienti, dopo la dimissione, in ambito domestico o nella struttura sanitaria o socio-sanitaria adeguata; Promuovere un ruolo attivo della famiglia, del paziente/utente nel processo di cura; Prevenire i casi di ricovero ripetuto.
Misurazione dei risultati (indicatori) Rapporti semestrali a partire dall'adozione dell'atto che avvia l'azione. Rapporti di analisi da Questionari di soddisfazione della famiglia e, se possibile, del paziente/utente. Numero % di ricoveri ripetuti per tipologie analoghe di pazienti (coinvolti o meno con il nuovo metodo gestionale della post-dimissione)

14. Regole per la corretta prescrizione protesica

<p>Obiettivo strategico di riferimento: Qualità e appropriatezza dei servizi e dei trattamenti</p>
<p>Obiettivo specifico: Miglioramento dell'accesso ai servizi territoriali attraverso la definizione di criteri, requisiti e procedure per la costituzione dell'Elenco Regionale di fornitori di protesi, ortesi e ausili e di linee guida per l'uniformità delle attività di verifica da parte dell'ASUR.</p>
<p>Definizione / descrizione: Il D.P.C.M. 12 gennaio 2017 sui "nuovi LEA" ha modificato l'Assistenza protesica: riformulando il nuovo nomenclatore con le prestazioni e le tipologie di dispositivi, erogabili dal SSN; definendo i nuovi destinatari dell'assistenza protesica e le nuove modalità di erogazione delle prestazioni di assistenza protesica. La Regione Marche ha recepito le indicazioni del D.P.C.M. prorogando la precedente normativa in tema di assistenza protesica di cui alla DGR 176/2000. Nell'ambito del PSSR si ritiene necessario procedere ad una riformulazione più organica della materia, raccordandola anche alla riorganizzazione della erogazione delle prestazioni territoriali, con particolare riferimento a: - la definizione di criteri, requisiti e procedure per la costituzione dell'Elenco Regionale di fornitori di protesi, ortesi e ausili di cui ai tre elenchi (1, 2°, 2B) previsti dal D.P.C.M.; - l'adozione di linee guida per l'uniformità delle modalità di erogazione dell'assistenza protesica da parte dell'ASUR; - il monitoraggio delle attività delle imprese inserite nell'elenco e delle modalità di erogazione da parte dell'ASUR.</p>
<p>Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Predisposizione e approvazione di atto con la definizione di criteri, requisiti e procedure per la costituzione dell'Elenco Regionale di fornitori di protesi, ortesi e ausili di cui ai tre elenchi (1, 2°, 2B) previsti dal D.P.C.M. - Costituzione di un Gruppo Regionale per l'Assistenza Protesica per la definizione delle "Linee di indirizzo regionali sui percorsi organizzativi e clinico-assistenziali nell'assistenza protesica, ortesica e fornitura di ausili tecnologici", comprensive delle modalità di monitoraggio e verifica delle attività delle imprese inserite nell'Elenco Regionale di fornitori di protesi e delle modalità di erogazione dell'assistenza protesica da parte dell'ASUR - Adozione di un atto con le "Linee di indirizzo regionali sui percorsi organizzativi e clinico-assistenziali nell'assistenza protesica, ortesica e fornitura di ausili tecnologici" - Realizzazione di Corsi di formazione (con ECM) per aggiornare le conoscenze e le competenze relativamente alle nuove modalità di prescrizione di ausili previste dall'entrata in vigore dei LEA (DPCM 12 gennaio 2017) rivolti agli operatori sanitari impegnati nei territori; - Verifica degli esiti di monitoraggio e verifica delle attività delle imprese inserite nell'Elenco Regionale di fornitori di protesi e delle modalità di erogazione dell'assistenza protesica da parte dell'ASUR
<p>Target (risultato atteso) da raggiungere: Adeguate l'Elenco Regionale di fornitori di protesi, ortesi e ausili della regione Marche alle indicazioni del D.P.C.M. 12 gennaio 2017. Armonizzare i percorsi organizzativi e clinico-assistenziali nell'assistenza protesica, ortesica e fornitura di ausili tecnologici in tutti i territori dell'ASUR. Attivare il monitoraggio e la verifica permanente delle attività delle imprese inserite nell'Elenco Regionale di fornitori di protesi e delle modalità di erogazione dell'assistenza protesica da parte dell'ASUR.</p>
<p>Misurazione dei risultati (indicatori) Censimento delle eventuali incoerenze nell'attività delle imprese inserite nell'Elenco Regionale di fornitori di protesi, ortesi e ausili. Aderenza di almeno il 75% dei territori della regione Marche alle "Linee di indirizzo regionali sui percorsi organizzativi e clinico-assistenziali nell'assistenza protesica, ortesica e fornitura di ausili tecnologici"</p>

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

Obiettivo strategico di riferimento: Accessibilità e prossimità
Obiettivo specifico: Consolidamento dei servizi territoriali con la stabilizzazione organizzativa e gestionale e dei "cardini" dell'integrazione sociale e sanitaria della Regione Marche rappresentati dalle Unità Operative Sociali e Sanitarie (UU.OO. SeS di Distretti Sanitari e Ambiti Territoriali Sociali - DGR 110/2015) e dai percorsi del "governo della domanda di salute": Punto Unico Accesso (PUA), Unità Valutativa Integrata (UVI), Piano di Assistenza Individualizzata (PAI) - DGR 111/2015
Definizione / descrizione: L'applicazione delle deliberazioni della Giunta Regionale sull'integrazione sociale e sanitaria (DGR 110/2015 e DGR 111/2015) ha incontrato una serie di difficoltà che scaturiscono da varie cause: dalla non coincidenza territoriale dell'organizzazione dei soggetti deputati a gestire unitariamente i bisogni sociosanitari (DS e ATS), dalle diverse modalità di comunicazione e raccordo, dagli approcci all'integrazione sociosanitaria non sempre coerenti tra "sanità" e "sociale", dalle "asimmetrie" evidenziate nel precedente PSSR, dalle carenze di organico sia nei Distretti Sanitari che negli Ambiti Territoriali Sociali. Nell'arco temporale di vigenza del PSSR vanno approvati atti e attivati interventi specifici finalizzati al raggiungimento dell'obiettivo indicato nelle "aree": istituzionale, organizzativa, gestionale, professionale.
Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo): <ul style="list-style-type: none"> Area istituzionale - Predisposizione, approvazione e implementazione di atti che favoriscano la coincidenza territoriale dell'organizzazione dei soggetti deputati a gestire unitariamente i bisogni sociosanitari (DS e ATS) (<i>consolidamento dell'assetto istituzionale</i>); Area organizzativa - Predisposizione, approvazione e implementazione di Linee guida regionali condivise sulla U.O. SeS e sul "governo della domanda di salute" (<i>integrazione organizzativa</i>); Area organizzativa - Predisposizione, approvazione e implementazione delle modalità di programmazione integrata sociale e sanitaria da parte delle UU.OO. SeS anche in riferimento a: utilizzo di personale competente e dedicato; riequilibrio territoriale delle reti di assistenza residenziale, semiresidenziale, domiciliare; sperimentazione di budget territoriale sociale e sanitario integrato... (<i>integrazione organizzativa</i>); Area gestionale - Predisposizione e sperimentazione di PDTA integrati tra sociale e sanitario individuando i temi ed i destinatari prioritari con riferimento al Capo IV del DPCM 12/01/2017 (<i>partecipazione, responsabilità, trasparenza</i>); Area professionale - Percorso formativi, di livello centrale e territoriale, sulle diverse tematiche collegate a DGR 110/15 e della DGR 111/15 (<i>partecipazione, responsabilità, trasparenza</i>).
Target (risultato atteso) da raggiungere: <ul style="list-style-type: none"> Miglioramento degli indicatori di: assetti istituzionali, modalità organizzative, funzioni gestionali, integrazioni professionali nell'ambito delle UU.OO. SeS e del "governo della domanda di salute". Entro il periodo di vigenza del piano tutti i PUA distrettuali dovranno essere coerenti con le indicazioni regionali per il personale.
Misurazione dei risultati (indicatori) <ul style="list-style-type: none"> Continuazione, con definizione di una cadenza fissa, dei monitoraggi periodici sull'applicazione della DGR 110/15 e della DGR 111/15, curati dalla P.F. Integrazione sociosanitaria, già avviati dal gennaio 2016 e confronto sistematico dei risultati/indicatori nei report di analisi. Numero dei PUA distrettuali coerenti con le indicazioni regionali per il personale.

16. Infermiere di famiglia e di comunità

Obiettivo strategico di riferimento: Qualità e appropriatezza dei servizi e dei trattamenti
Obiettivo specifico: Nell'ambito della "sanità di iniziativa" perseguire l'evoluzione e lo sviluppo di alcune funzioni già presenti nell'infermiere territoriale, favorendo una presa in carico globale della persona in ambito familiare e della salute della collettività, sviluppando un modello e percorsi che sostengano una forte integrazione con gli altri professionisti territoriali (MMG e PLS, Assistenti sociali del Distretto Sanitario e dell'Ambito Territoriale Sociale...).
Definizione / descrizione: L'Organizzazione Mondiale della Sanità, con la pubblicazione di Health21: Salute per tutti nel XXI secolo, definisce la figura di un nuovo infermiere: Infermiere di Famiglia. L'Infermiere di Famiglia e di Comunità è una figura professionale formata: per riconoscere i bisogni di salute della persona nella famiglia, indicando la strada migliore nell'utilizzo dei servizi sanitari; per promuovere e proteggere la salute dell'individuo e della popolazione per tutto l'arco della vita insieme a quello di ridurre l'incidenza delle malattie e degli incidenti più comuni; per garantire la continuità assistenziale insieme alle altre figure sanitarie e sociosanitarie del territorio, con una buona capacità di creare connessione sistemica. La figura dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità sarà impegnato: nel partecipare insieme ad altri professionisti ad un'analisi della comunità in cui è inserito rispetto alle tematiche di salute; in un'assistenza infermieristica incentrata sui problemi di salute e le necessità della persona assistita e/o della famiglia in relazione all'età, al grado di autonomia, alla necessità di mantenere e sviluppare legami affettivi; in un processo infermieristico in grado di coinvolgere la persona, la famiglia, la comunità, nell'ambito di un gruppo di lavoro composto da più professionalità sanitarie e sociali; nella promozione dell'educazione terapeutica della persona, del <i>caregiver</i> , della famiglia, della collettività nel senso della promozione della salute. Nell'arco temporale di vigenza del PSSR vanno approvati atti e attivati interventi specifici finalizzati al raggiungimento dell'obiettivo indicato.
Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo): <ul style="list-style-type: none"> – Costituzione di una cabina di regia tecnica regionale "mista" sulla figura professionale dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità, composta da referenti del Servizio Sanità e dell'ARS della Regione e dai rappresentanti delle professionalità interessate e coinvolte, con funzioni di predisposizione linee di indirizzo, avvio e andamento fase pilota, attivazione del percorso formativo regionale, monitoraggio (<i>integrazione organizzativa</i>); – Predisposizione e approvazione di un documento con le "Linee di indirizzo per l'Infermiere di Famiglia e di Comunità" nel quale siano indicati, motivazioni e riferimenti concettuali della figura assistenziale, la definizione di: caratteristiche professionali, responsabilità, funzioni, competenze e relativo percorso formativo (<i>integrazione organizzativa</i>); – Predisposizione ed avvio, ancorché in prima sperimentazione, di un percorso formativo destinato agli operatori coinvolti (<i>qualificazione scientifica e professionale</i>); – Avvio di una fase sperimentale dell'Infermiere di famiglia e di Comunità in alcuni territori della regione Marche, con priorità da dare alle Aree Interne; la sperimentazione deve essere adeguatamente monitorata identificando i necessari criteri di valutazione rispetto a adeguatezza, sostenibilità e progressività per l'implementazione a regime (<i>partecipazione, responsabilità, trasparenza</i>).
Target (risultato atteso) da raggiungere: Approvazione delle "Linee di indirizzo per l'Infermiere di Famiglia e di Comunità" Sperimentazione in almeno 3 Distretti Sanitari della figura dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità
Misurazione dei risultati (indicatori) Numero sperimentazioni della figura dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità

17. Ambulatori Avanzati di Medicina Generale

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

18. Promozione e tutela della salute dell'Infanzia

Obiettivo strategico di riferimento: Situazioni di fragilità e cronicità
Obiettivo specifico: Garantire approcci e interventi sanitari e sociosanitari integrati per la tutela della salute dell'infanzia, strutturando la collaborazione tra Pediatri di Libera Scelta, servizi dei Distretti Sanitari, con particolare riferimento alle attività dei Consulenti familiari.
Definizione / descrizione: Il tema salute, nella condizione dell'infanzia, merita un'attenzione specifica sia nella logica del benessere che in quella della prevenzione; forti evidenze scientifiche indicano i primi mille giorni di vita del bambino e la gravidanza cruciali per la salute; gli investimenti nei servizi per l'infanzia e per il sostegno ai genitori assicurano risultati e ritorni che permettono una migliore qualità della vita nel breve e nel lungo periodo. Strutturare un "Progetto Salute Infanzia" che, nell'ambito delle cure primarie, sviluppi e potenzi da un lato la specificità professionale della pediatria di famiglia, legata alla presa in carico del bambino e della sua famiglia dalla nascita all'adolescenza, e dall'altro la varietà di servizi ed interventi dell'assistenza territoriale dei Consulenti familiari e, più in generale, dei Distretti Sanitari, con la complementarietà necessaria delle attività socioassistenziali svolte dagli Ambiti Territoriali Sociali.
Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo): <ul style="list-style-type: none"> – Costituzione di una cabina di regia tecnica regionale "mista" (Regione, ASUR, PLS, ATS...) che predispona un "Progetto Salute Infanzia" strutturato rispetto alle aree successive con azioni e processi collaborativi da attivare (<i>partecipazione, responsabilità e trasparenza</i>): <ul style="list-style-type: none"> o In area sanitaria > Revisione dei Bilanci di Salute (0-3 anni) per migliorare l'identificazione precoce di disturbi neuromotori, neurosensoriali e psicorelazionali > Revisione dei bilanci salute (3-6 anni) con la ricerca dei disturbi specifici dello sviluppo, dell'apprendimento e del comportamento > Definizione di un nuovo modello assistenziale con la costituzione di una rete pediatria-neuropsichiatria infantile integrata con le professionalità dei Consulenti familiari e con progetti di iniziativa socio-assistenziale > Rafforzamento delle campagne vaccinali anche attivando strategie di <i>counselling</i> e comunicazione sociale > Ridefinizione delle strategie per il sostegno responsabile e costante nel tempo ad un corretto stile alimentare fin dai primi mesi e anni di vita > Miglioramento delle competenze nell'epidemiologia e nella rete assistenziale per le malattie rare e malattie croniche <ul style="list-style-type: none"> o In area sociosanitaria e socioassistenziale > Iniziative di sostegno alla genitorialità (anche in collaborazione con soggetti e attori delle aree: sanità, sociale, ambiente, istruzione) sull'educazione alla salute: consapevolezza del rischio ambientale e strategie di azione, importanza dell'igiene del sonno, percorsi per genitori di consigli e pratiche per crescere un bambino in buona salute; percorsi di sostegno e accompagnamento nella transizione dall'infanzia all'adolescenza alla giovinezza... > Proposte e organizzazione di percorsi di lettura in famiglia e dell'ascolto condiviso della musica. <ul style="list-style-type: none"> – Approvazione del "Progetto Salute Infanzia" da parte della Giunta regionale e implementazione da parte dei soggetti coinvolti, con il coordinamento da parte cabina di regia tecnica regionale "mista" (<i>qualificazione scientifica e professionale</i>); – Costruzione e applicazione di sistema di monitoraggio e verifica costanti dei risultati raggiunti in termini di <i>output</i> e <i>outcome</i> da parte della cabina di regia tecnica regionale "mista" (<i>integrazione organizzativa</i>).
Target (risultato atteso) da raggiungere: Miglioramento della qualità della vita dei minorenni residenti nelle Marche.
Misurazione dei risultati (indicatori) Sperimentazione e implementazione di un sistema di BES - Benessere Equo e Sostenibile per l'infanzia e l'adolescenza nella Regione Marche attraverso gli indicatori di monitoraggio proposti

19. Costruzione di una rete integrata di dietetica regionale

<p>Obiettivo strategico di riferimento: La qualità e l'appropriatezza dei servizi e dei trattamenti; l'accessibilità e la prossimità</p> <p>Obiettivo specifico:</p> <p>Data la disomogeneità organizzativa e di intervento in ambito nutrizionale tra le diverse Aree Vaste e Aziende Ospedaliere dell'ASUR Marche, in riferimento alle problematiche sulla comorbidità della malnutrizione ospedaliera/territoriale e l'evidenza rilevata sull'obesità, nasce una proposta condivisa di organizzazione di un sistema unico di dietetica regionale, formato da dietisti/biologi nutrizionisti, in analogia all'esperienza in Dietetica della Regione Toscana (macro-equipe tra province). Ciò potrebbe essere un progetto pilota a livello Nazionale tale da prevedere uniformità di procedure e di presa in carico del paziente, con interventi efficienti, appropriati e di qualità. A tale scopo si evidenzia la necessità di revisione delle prestazioni e dei relativi codici di intervento professionale, utili a rilevare gli effettivi bisogni della popolazione e a quantificare in maniera univoca le prestazioni erogate. Nello specifico, l'obiettivo vuole conseguire: la continuità di cure tra ospedale e territorio; l'uniformità del trattamento tra ospedale e territorio; la riduzione dei tempi di attesa per la risoluzione di piccole problematiche con l'accesso del dietista/biologo nutrizionista al domicilio del paziente invece che trasportando il paziente in ospedale; la prevenzione dell'obesità con educazione alimentare sistematica nelle scuole; la razionalizzazione delle risorse riducendo sprechi e doppiioni</p> <p>Definizione / descrizione:</p> <p>Nel 2016 il rapporto ISTAT "Aspetti della vita quotidiana" ha evidenziato come in Italia oltre 4 adulti su 10 (45,9%) risultino in eccesso ponderale, con un'aumentata probabilità di sviluppare problemi di salute permanenti. I dietisti si prendono cura della dieta dei bambini in età prescolare, partecipano al trattamento dei disturbi del comportamento alimentare negli adolescenti, svolgono prestazioni specialistiche per gli obesi patologici, intervengono su patologie croniche e negli anziani. I dietisti della costituenda "Rete ASUR della Nutrizione", possono recarsi anche al domicilio di chi non può spostarsi e necessita di una valutazione o terapia nutrizionale. E proprio l'assistenza alla nutrizione artificiale domiciliare, per pazienti che non possono alimentarsi per via orale e si nutrono attraverso un sondino naso-gastrico o per altra via di accesso (attualmente gestita a macchia di leopardo), potrà essere ampliata e potenziata. A fondamento della necessità di creare questa rete di dietetica regionale sottostanno due fattori rilevanti: a) una ormai consolidata trasversalità della professione, che vede il dietista occuparsi a 360° di salute, dagli ospedali agli ambulatori territoriali e al domicilio, dai dipartimenti di prevenzione fino ai percorsi integrati e multidisciplinari per bambini, adulti e anziani; b) l'affermarsi di un quadro epidemiologico della popolazione in cui l'attività del dietista gioca un ruolo importante a livello di prevenzione e di <i>counselling</i> nutrizionale, per contrastare l'obesità infantile (un fattore di rischio per l'insorgenza di patologie croniche degenerative) e per fornire prestazioni specialistiche nell'ambito dei disturbi alimentari. L'attività dei dietisti deve essere svolta di routine nell'ambito della ristorazione scolastica per educare fin da piccoli ad una corretta alimentazione e corretto stile di vita, onde prevenire e invertire questo trend, oltre che in quella sanitaria, in ospedali, case di riposo, centri di riabilitazione e istituti di assistenza. Una fetta molto ampia del lavoro dei dietisti è rappresentata anche dall'attività specialistica ambulatoriale sul territorio: prestazioni legate a patologie croniche come diabete, dislipidemie, scompenso cardiaco e obesità ma anche correlate a allergie alimentari o a trattamenti a seguito di interventi sul tratto gastrointestinale o a chirurgia bariatrica per favorire la riduzione del peso corporeo.</p> <p>Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):</p> <p>Creare una rete per la nutrizione artificiale trasversale a tutti gli Enti (uno per AV integrati in logica interaziendale) Su questa rete innestare le figure professionali dei dietisti/biologi nutrizionisti, che facciano da collegamento tra i centri ospedalieri e il territorio, in modo che il paziente abbia garanzia di continuità assistenziale senza dover duplicare i passaggi</p> <p>Target (risultato atteso) da raggiungere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Riduzione dei trasporti da domicilio a strutture ospedaliere per pazienti in nutrizione artificiale (NA); - Riduzione delle complicanze per pazienti in NA (decubiti, malnutrizione) e miglioramento qualità di vita per pazienti in NA (recupero peso corporeo, riduzione patologie associate); - Riduzione tempi di attesa per prestazioni ospedaliere/ambulatoriali - riduzione del BMI medio delle fasce scolari grazie alla educazione alimentare.

Misurazione dei risultati (indicatori)

- Numero dei trasporti da domicilio a strutture ospedaliere per pazienti in nutrizione artificiale (NA);
- **Numero di complicanze per pazienti in NA (decubiti, malnutrizione recupero peso corporea, riduzione patologie associate)**
- Misurazione tempi di attesa per prestazioni ospedaliere/ambulatoriali

20. Percorso nascita: lotta alla depressione post-partum

<i>Aree di intervento (Trasversale): Assistenza territoriale, Assistenza ospedaliera</i>
<i>Obiettivo strategico di riferimento: Fragilità e cronicità dal neonato all'anziano</i>
<i>Obiettivo specifico:</i> Migliorare la capacità dei servizi sanitari regionali di mettere in atto strategie efficaci di prevenzione, diagnosi, cura e assistenza della sindrome depressiva post partum.
<i>Definizione / descrizione:</i> La depressione post partum (DPP) o depressione puerperale è un disturbo che colpisce, con diversi livelli di gravità, dal 7 al 12% delle neomamme ed esordisce generalmente tra la 6ª e la 12ª settimana dopo la nascita del figlio, ma può manifestarsi già in gravidanza e dopo il parto, tanto che l'ultima edizione, la quinta, del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (Dsm-5) ha modificato il nome alla depressione postpartum, che viene ora denominata "depressione peripartum o perinatale". Rappresenta un problema di salute pubblica di notevole importanza, se si considerano la sofferenza soggettiva della donna e dei suoi familiari, nonché le limitazioni e i costi diretti e indiretti dovuti alla compromissione del suo funzionamento personale, sociale e lavorativo. È di fondamentale importanza creare, attraverso opportune strategie informative, una forte sensibilizzazione culturale nelle donne e negli operatori sanitari e intercettare precocemente le donne a rischio. A tale riguardo la regione Marche implementerà specifiche iniziative per l'attivazione di percorsi di accompagnamento alla donna nel periodo pre e post nascita di un figlio, nell'ambito dei servizi sanitari regionali esistenti; tali percorsi saranno finalizzati all'individuazione precoce di fattori di rischio di disagio psichico perinatale e ad un'efficace presa in carico della donna.
<i>Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):</i> <ul style="list-style-type: none"> - Offrire attivamente alla donna e ai familiari, nell'ambito del percorso nascita, materiale informativo e di sensibilizzazione sull'importanza del disagio psichico e sull'opportunità di un intervento precoce. - Individuare precocemente la popolazione femminile a rischio di disagio psichico e psicosociale perinatale attraverso la somministrazione di strumenti di valutazione standardizzati, anche prevedendo nei Punti nascita o attraverso i Servizi sanitari territoriali l'offerta attiva, sia alla donna che alla coppia, di colloqui psicologici che favoriscano il superamento del disagio e l'attivazione e il rafforzamento delle risorse personali utili ad affrontare la nuova situazione. - Implementare i fattori protettivi del benessere psichico mediante azioni di sostegno alle donne a rischio al fine di ridurre l'incidenza e la gravità dei disturbi psichici in epoca perinatale, anche favorendo positive competenze genitoriali al fine di assicurare al bambino un ambiente adeguato a sostenere lo sviluppo psichico. - Valutare gli interventi effettuati mediante la somministrazione dei medesimi strumenti di screening e di valutazione utilizzati nella fase iniziale al fine di valutare l'efficacia del trattamento-intervento messo in atto
<i>Target (risultato atteso) da raggiungere:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Intercettazione e presa in carico delle donne a rischio (7-12 % delle partorienti) - Popolazione intercettata dall'intervento di screening (Gold Standard almeno il 25% delle donne che hanno partorito nella regione nell'ultimo anno) - Popolazione femminile a rischio/ Popolazione destinataria dell'intervento di screening (Gold Standard 10-15%) - Donne che accettano la proposta di trattamento / donne individuate a rischio di disagio psichico perinatale (Gold Standard 50%) - Percentuale di casi in cui si è ridotto il rischio / casi trattati (Gold Standard 70%) - Valutazione dell'interazione madre-bambino ai 12 mesi di vita con sistema di codifica Care-Index (Gold Standard 70%) - Donne che completano il trattamento / donne trattate (Gold Standard almeno il 90%) - Miglioramento del benessere psicologico e della qualità di vita (indice di cambiamento significativo della scala utilizzata per la valutazione) - Effettuazione di almeno una iniziativa formativa annuale multi-professionale e multidisciplinare inerente la depressione post-partum
<i>Misurazione dei risultati (indicatori)</i> <ul style="list-style-type: none"> - Donne che accettano la proposta di trattamento / donne individuate a rischio di disagio psichico perinatale - Valutazione dell'interazione madre-bambino ai 12 mesi di vita con sistema di codifica Care-Index

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

Obiettivo strategico di riferimento: L'accessibilità e la prossimità; le situazioni di fragilità e cronicità; la qualità e l'appropriatezza dei servizi e dei trattamenti
Obiettivo specifico:
Sviluppo delle azioni della rete regionale Malattie Rare per il miglioramento della presa in carico dei pazienti affetti da malattie rare
<p>Definizione / descrizione:</p> <p>In continuità con l'attività progettuale degli anni precedenti si procederà a consolidare quanto già avviato in merito alla implementazione della rete, al fine di gestire in maniera sistemica ed efficace il tema delle MR attraverso il collegamento tra i nodi della rete e a specifici progetti fornendo, anche mediante l'analisi delle informazioni cliniche e assistenziali contenute nel registro regionale, un supporto alle attività di programmazione e monitoraggio regionali.</p> <p>Il Coordinamento MR già attivato è composto dai principali referenti di tutti i nodi della rete ed ha funzioni di revisione del percorso diagnostico terapeutico del paziente, di adozione di specifici protocolli clinici condivisi, di aggiornamento della documentazione e degli strumenti di lavoro, di formazione degli operatori coinvolti e dell'informazione al cittadino ed alle associazioni dei malati e dei loro familiari e di valutazione di riconoscimento di ulteriori patologie nell'elenco delle MR. Svolge inoltre le proprie funzioni avvalendosi di volta in volta del supporto dei diversi specialisti in materia.</p> <p>Si procederà a rafforzare il lavoro di mediazione tra i servizi pubblici ed i cittadini, orientando questi ultimi verso i punti di riferimento della rete regionale, nazionale e, se necessario, europea, allo scopo di garantire la loro presa in carico precoce e, nel contempo, il riavvicinamento alla propria residenza nelle fasi di gestione delle patologie che possono essere sviluppate sul territorio regionale dal Centro regionale MR CRMR e dagli altri nodi della rete. Si garantisce, inoltre, il mantenimento della cura e dell'assistenza dei pazienti (adulti e pediatrici) affetti da malattia rara, anche attraverso la somministrazione di farmaci <i>off-label</i>, grazie alla capacità di attrazione del Centro Regionale Malattie Rare CRMR dell'A.O.U. Ospedali Riuniti di Ancona.</p>
<p>Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definizione di una Carta dei Servizi regionale per le MR e di una Guida dei diritti esigibili da pubblicare sul sito ARS e sui siti istituzionali regionali - Definizione di PDTA specifici per le malattie rare e gruppi di MR - Attivazione di corsi di formazione per la definizione di PDTA MR. - Potenziamento del sistema informativo relativo alla gestione dei dati richiesti dall'Istituto Superiore di Sanità anche mediante l'aggiornamento del software di gestione del registro regionale REMARA
<p>Target (risultato atteso) da raggiungere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aumento del numero dei pazienti adulti presi in carico sul totale dei pazienti adulti iscritti nel registro delle malattie rare - Aumento del numero dei pazienti pediatrici presi in carico sul totale dei pazienti pediatrici iscritti nel registro delle malattie rare - Aumento dei pazienti pediatrici con malattia rara transitati nel Percorso Assistenziale Complesso (PAC) degli adulti (continuità di cura)
<p>Misurazione dei risultati (indicatori)</p> <ul style="list-style-type: none"> - numero dei pazienti adulti presi in carico sul totale dei pazienti adulti iscritti nel registro delle malattie rare - numero dei pazienti pediatrici presi in carico sul totale dei pazienti pediatrici iscritti nel registro delle malattie rare - numero dei pazienti pediatrici con malattia rara transitati nel Percorso Assistenziale Complesso (PAC) degli adulti

22. Miglioramento della presa in carico dei malati in fase terminale

<p>Obiettivo strategico di riferimento: L'accessibilità e la prossimità; le situazioni di fragilità e cronicità; la qualità e l'appropriatezza dei servizi e dei trattamenti</p> <p>Obiettivo specifico: Sviluppo delle azioni del Coordinamento regionale delle Cure Palliative per il miglioramento della presa in carico dei malati terminali attraverso il consolidamento della rete regionale delle cure palliative</p> <p>Definizione / descrizione: La Rete di Cure palliative è composta da una aggregazione funzionale ed integrata che opera nell'ambito delle cure palliative, erogate nei diversi setting assistenziali (Hospice, ospedale, domicilio), per l'assistenza ai malati in fase terminale di ogni malattia cronica ed evolutiva. Il modello organizzativo proposto consente al paziente, oncologico e non, di compiere l'intero processo assistenziale riducendo tempi e spostamenti attraverso l'identificazione di percorsi specifici per ogni fase della presa in carico, garantisce la continuità assistenziale mediante l'applicazione di specifici Percorsi Diagnostici Terapeutico Assistenziali (PDTA) per il passaggio dalla fase ospedaliera a quella domiciliare, senza trascurare gli aspetti di integrazione socio-sanitaria, migliora la coerenza prescrittiva verso farmaci a maggiore efficacia antalgica (es. oppioidi), consolida la compilazione del registro dei malati in cure palliative quale strumento per la presa in carico tempestiva ed appropriata e per il monitoraggio degli indicatori di processo e di esito per la verifica dell'appropriatezza clinica e organizzativa. Il percorso di una Rete per le cure palliative, rivolta ai pazienti terminali affetti da malattia inguaribile, integra la gamma di servizi offerti dalla Regione Marche nell'ambito delle cure palliative, introducendo il livello domiciliare accanto a quello residenziale/di ricovero e a quello ambulatoriale. Tale Rete si configura come un servizio integrato di cure palliative domiciliari nel quale le unità di cure palliative (UCP), in accordo con il Medico di Medicina Generale e i servizi territoriali preposti all'assistenza territoriale, operano in una ottica di continuità delle cure.</p> <p>Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Implementazione delle azioni previste negli atti regionali - Potenziamento dell'assistenza domiciliare - Definizione di PDTA specifici - Definizione della Carta dei Servizi Hospice in integrazione con i comitati di partecipazione dei cittadini e le associazioni di volontariato - Aggiornamento del software relativo al Flusso Hospice - Attivazione di corsi di formazione specifici. <p>Target (risultato atteso) da raggiungere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aumento del numero di deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in Hospice sul numero di deceduti per causa di tumore dell'ultimo triennio disponibile (dati ISTAT) - Aumento del numero posti letto in Hospice su numero deceduti per causa di tumore - Aumento del rapporto tra il numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati a causa di tumore e il numero dei deceduti per causa di tumore dell'ultimo triennio disponibile (dati ISTAT) - Aumento del numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio (dalla Rete di cure palliative domiciliari), nei quali il periodo di ricovero è inferiore o uguale a 7 giorni/numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica
--

Misurazione dei risultati (indicatori)

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

23. Medicina di genere

<p>Obiettivo strategico di riferimento: La qualità e l'appropriatezza dei servizi e dei trattamenti</p>
<p>Obiettivo specifico: Promuovere l'attenzione al genere nei servizi sanitari e sociosanitari e nei percorsi di presa in carico per garantire l'equità e la riduzione delle differenze nell'accesso ai servizi, soprattutto nei contesti della fragilità.</p>
<p>Definizione / descrizione: La Medicina di genere prima ancora che esigenza culturale del servizio sanitario è espressione della consapevolezza che le differenze di genere influiscono su prevenzione, diagnosi e cura delle malattie per cui è necessario attrezzarsi per coglierle, con strategie innovative che ne tengano conto, diventando azione pervasiva a tutti i livelli. Nell'arco temporale di vigenza del PSSR vanno approvati atti e attivati interventi specifici finalizzati al raggiungimento dell'obiettivo indicato.</p>
<p>Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dare continuità a campagne di informazione destinate alla cittadinanza sulla medicina di genere finalizzate a: svelare i pregiudizi, indicare i fattori di rischio specifici, mettere in rete le informazioni specifiche per promuovere la salute (<i>partecipazione, responsabilità e trasparenza</i>); - Dare indicazioni regionali cogenti per favorire una migliore integrazione dei percorsi orientati alla Medicina di genere all'interno delle Aziende Sanitarie anche per garantire una maggiore appropriatezza clinica e terapeutica in alcune situazioni specifiche (es. nella depressione post-partum, violenza di genere, prevenzione delle neoplasie, ecc.) (<i>integrazione organizzativa</i>); - Valorizzare le azioni dirette, accrescendo le competenze degli operatori sanitari - compresi MMG e PLS - verso il determinante di genere, favorendo la raccolta delle buone pratiche anche in una logica di <i>benchmarking</i> (es. Bollini Rosa) (<i>qualificazione scientifica e professionale</i>); - Approvare e rendere operativi gli indirizzi attuativi della L.R. 32/08 sugli interventi contro la violenza sulle donne, anche con l'integrazione dei Centri Antiviolenza provinciali nella rete integrata dei servizi sanitari e sociosanitari impegnati su questo fronte (<i>integrazione organizzativa</i>); - Sul fronte socio-sanitario riconfermare la centralità del Consultorio anche in questo ambito, potenziandone il personale e formandolo specificamente agli approcci e alle metodologie della Medicina di genere per rafforzare soprattutto le azioni di prevenzione e di promozione della salute (<i>qualificazione scientifica e professionale</i>).
<p>Target (risultato atteso) da raggiungere: Maggiore diffusione della consapevolezza nell'opinione pubblica e negli operatori sanitari e sociosanitari dell'importanza della medicina di genere. Aumento del numero di percorsi di presa in carico orientati alla medicina di genere.</p>
<p>Misurazione dei risultati (indicatori) Indicatori di verifica ex ante e ex post nelle campagne di informazione alla cittadinanza. Numero di percorsi di presa in carico orientati alla medicina di genere</p>

24. Diritto alla salute e immigrazione

Obiettivo strategico di riferimento: Equità del sistema

Obiettivo specifico:

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

Definizione / descrizione:

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

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

Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):

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

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

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

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

<ul style="list-style-type: none"> - Costruzione e realizzazione del "percorso assistenziale" da parte del SSR per affrontare le fasi psichiatriche di acuzie e di post acuzie garantendo una adeguata accoglienza in strutture residenziali protette sanitarie e territoriali. <p>3. Implementazione del Protocollo per l'identificazione e per l'accertamento olistico multidisciplinare dell'età dei minori non accompagnati</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consolidamento delle équipe del SSR per la piena applicazione del "Protocollo per l'identificazione e per l'accertamento olistico multidisciplinare dell'età dei minori non accompagnati" ai sensi del documento della Conferenza delle Regioni, 3 marzo 2016 al fine di assicurare il superiore interesse del minore. <p>4. Attuazione della Legge n. 7/2006 "Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile"</p> <ul style="list-style-type: none"> - Allargamento e consolidamento della Rete regionale con il coinvolgimento anche di altre figure professionali quali i PLS, MMG, operatori degli Ambiti territoriali sociali. - Prosecuzione del "Programma Regionale di Formazione/azione degli operatori socio sanitari del SSR sulla tutela della salute delle persone straniere, con particolare riguardo alle donne con Mutilazione Genitale". <p>5. Impiego corretto ed adeguato alla domanda della mediazione interculturale in attuazione della DGR 573/2017</p> <ul style="list-style-type: none"> - Impiego stabile della mediazione interculturale nei Servizi sanitari della regione secondo quanto previsto nella DGR 573/2017. - Costituzione di un gruppo di mediatori interculturali specializzati per svolgere la mediazione in contesti sanitari complessi quali il disagio psichico, le mutilazioni genitali femminili, la valutazione dell'età dei MSNA; con un coordinamento regionale e disponibile per tutti i servizi sanitari del SSR Marche. - Formazione rivolta agli operatori del SSR Marche (sanitari e amministrativi) sulla mediazione interculturale e sul suo corretto impiego. <p>6. Applicazione omogenea della specifica normativa sull'assistenza sanitaria agli immigrati (extra-comunitari e comunitari) ai sensi della normativa vigente (Dl.gs 286/1998, Accordo CSR 255/2012, DPCM 12 gennaio 2017, DGR 1/2015)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formazione ed indicazioni specifiche regionali rivolte ai settori amministrativi degli Enti del SSR. - Omogeneizzazione e relative indicazioni formali da parte della Regione Marche sulle tipologie di iscrizione al SSR/esenzione partecipazione alla spesa di gruppi particolarmente vulnerabili quali: minori (STP, ENI, collocati fuori della famiglia di origine, MSNA richiedenti protezione Internazionale, in affidò), donne con MGF, richiedenti protezione internazionale. - Monitoraggio relativi interventi correttivi regionali su applicazione omogenea degli Enti del SSR Marche della specifica normativa sull'assistenza sanitaria agli immigrati. 	<p>Target (risultato atteso) da raggiungere:</p> <p>Attraverso le azioni sopra elencate ci si attende:</p> <ul style="list-style-type: none"> - una migliore conoscenza dell'utenza immigrata e un aumento della competenza interculturale e della comprensione dei "bisogni" di salute della popolazione immigrata; - un miglioramento da parte del SSR della capacità prevenire i tumori "evitabili" attraverso gli screening oncologici, di farsi carico delle donne con/a rischio di MGF e di gestire le problematiche di salute mentale degli immigrati e dei migranti forzati con vulnerabilità psico-fisica; - una corretta valutazione dell'età dei MSNA; - miglioramento della comunicazione e della relazione fra servizi sanitari e persone immigrate, con una riduzione del ricorso inappropriato ai servizi e del rischio clinico; - adesione da parte degli Enti del SSR Marche alla specifica normativa sull'assistenza sanitaria agli immigrati (extra-comunitari e comunitari) ai sensi della normativa vigente ed una riduzione delle barriere economiche all'accesso ai servizi per i soggetti particolarmente vulnerabili. <p>Misurazione dei risultati (Indicatori)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aumento dell'adesione agli screening oncologici da parte della popolazione immigrata (misurabile a condizione che venga attuata la misura trasversale di cui alla descrizione dell'obiettivo specifico) - Percorso assistenziale per affrontare la malattia mentale degli immigrati in tutte le fasi psichiatriche (dalla prevenzione alla acuzie, alla riabilitazione) garantendo una adeguata accoglienza in strutture residenziali protette sanitarie e territoriali, anche in collegamento/rete con le risorse del territorio. - Impiego stabile della mediazione interculturale nei Servizi sanitari della regione secondo quanto previsto nella DGR 573/2017 e attraverso la costituzione di un Gruppo di mediatori "specializzati" operativo a livello regionale per tutti i servizi del SSR.
--	---

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

<p>Obiettivo strategico di riferimento: Accessibilità e prossimità / Situazioni di fragilità e cronicità</p> <p>Obiettivo specifico:</p> <p>L'attivazione di interventi di Family Learning Socio-Sanitario ha l'obiettivo di:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Migliorare la gestione delle situazioni di fragilità e cronicità, aiutando i servizi a rispondere ai bisogni dei pazienti in tali condizioni e delle loro famiglie/caregivers, attraverso un percorso di educazione terapeutica che ne sostenga l'<i>Health literacy</i> e l'<i>empowerment</i> – Migliorare la gestione delle situazioni di fragilità e cronicità con un modello di intervento che prevede una forte integrazione tra operatori sanitari e socio-sanitari della rete ospedaliera e di quella territoriale – Favorire l'accessibilità con un modello di intervento di iniziativa in cui sono i servizi coinvolti a individuare e selezionare i soggetti target che verranno arruolati nei percorsi di FLSS (azione proattiva) – Favorire la prossimità con un modello di intervento che prevede di portare l'educazione terapeutica in setting non sanitari più prossimi ai contesti di vita.
<p>Definizione / descrizione:</p> <p>Il Family Learning Socio-Sanitario (FLSS) è il risultato del lavoro di ricerca e di formazione del CRIS dell'UNIVPM, ideato e implementato a partire dal 2005 (marchio depositato).</p> <p>Il Family Learning Socio-Sanitario si configura come un intervento di ETP (Educazione Terapeutica del Paziente) che mira ad aiutare i servizi sanitari e socio-sanitari a rispondere ai bisogni dei pazienti e delle famiglie/caregivers che si trovano a dover gestire condizioni di cronicità e di fragilità, sostenendone l'<i>health literacy</i> e l'<i>empowerment</i>.</p> <p>Si tratta di uno specifico percorso di ETP, condiviso tra più pazienti/nuclei familiari e i professionisti afferenti al sistema territoriale e ospedaliero dei servizi. La finalità è quella di valorizzare il bagaglio di esperienza pratica maturata dalle famiglie/caregivers nell'assistenza a malati cronici/fragili e di fornire loro una serie di competenze per gestire la malattia con maggiore consapevolezza. Tale modalità formativa è volta a sostenere l'attivazione dei pazienti e delle famiglie/caregivers, fornendo le condizioni per una effettiva co-produzione dei processi di cura.</p> <p>Gli interventi di Family Learning Socio-Sanitario:</p> <ul style="list-style-type: none"> – possono essere attivati per una pluralità di condizioni di fragilità/cronicità, a differenti stadi di gravità. – vengono promossi dai servizi sanitari (territoriali od ospedalieri), con riferimento ad un Comitato tecnico scientifico, che attivano, a tal fine, un team di professionisti (sanitari e sociali) esperti nella condizione di fragilità/cronicità oggetto dell'intervento e i referenti delle locali associazioni di pazienti (Gruppo tecnico organizzativo) – i professionisti condividono i contenuti dell'intervento di FLSS mettendo a punto i "saperi minimi" da trasmettere ai pazienti e ai familiari/caregivers negli incontri di FLSS – sono previsti 8-10 incontri (uno a settimana) di due ore e trenta; in ciascun incontro uno o più professionisti approfondiscono un aspetto della gestione della patologia, dedicando una prima parte dell'incontro a fornire una serie di informazioni utili, e una seconda parte al confronto con le famiglie/caregivers sulla base delle sollecitazioni da queste avanzate. – un tutor specificamente formato (infermiere, educatore professionale, assistente sociale, ecc.) coordina l'intero intervento di FLSS curando le relazioni con i professionisti coinvolti e facilitando la comunicazione con le famiglie/caregivers nel corso degli incontri. – gli incontri non si realizzano all'interno di strutture sanitarie ma in un luogo di carattere comunitario (una scuola, una biblioteca, una sala comunale o parrocchiale, ecc.) per facilitare la prossimità e la costruzione di un rapporto improntato a un confronto diretto.
<p>Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):</p> <ul style="list-style-type: none"> – Coinvolgere in fase di progettazione degli interventi di FLSS (tavolo tecnico-scientifico) un team integrato di professionisti sanitari e socio-sanitari e rappresentanti dell'associazionismo di pazienti – Favorire la partecipazione dei medici di medicina generale sia in fase di progettazione che nella fase di arruolamento dei pazienti – Curare il processo di arruolamento dei pazienti in modo da favorire la più ampia partecipazione, soprattutto di coloro che risultano meno raggiungibili (per capitale culturale, capitale sociale, condizioni geografiche, ecc.)

<ul style="list-style-type: none"> - Coinvolgere in fase di progettazione (Comitato tecnico-scientifico) referenti sia della rete ospedaliera che di quella territoriale - Coinvolgere nel gruppo tecnico-organizzativo, in qualità di esperti, sia professionisti della rete ospedaliera che di quella territoriale - Prevedere momenti formativi in cui intervengano congiuntamente professionisti della rete ospedaliera e di quella territoriale
<p><i>Target (risultato atteso) da raggiungere:</i></p> <p>Attivazione di percorsi di FLSS per le seguenti condizioni croniche/di fragilità:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Demenza/Alzheimer - Sclerosi Laterale Amiotrofica/Sclerosi Multipla - Patologie croniche dell'apparato respiratorio (es. BPCO) e dell'apparato circolatorio (es. Scompenso cardiaco) <p>Laddove sono previsti PDTA per le condizioni di fragilità/cronicità trattate, il risultato atteso è l'inserimento del FLSS nei PDTA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Attivazione di almeno 1 corso annuale di FLSS per ogni area vasta, per ciascuna delle aree di fragilità e cronicità precedentemente individuate - Coinvolgimento di almeno 10 professionisti sanitari e socio-sanitari per ciascun corso - Coinvolgimento di almeno 15 pazienti per ciascun corso
<p><i>Misurazione dei risultati (indicatori)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Numero di corsi annuali di FLSS per ogni area vasta, per ciascuna delle aree di fragilità e cronicità precedentemente individuate - Numero di professionisti sanitari e socio-sanitari per ciascun corso - Numero di pazienti per ciascun corso

26. Costruzione della rete riabilitativa di comunità

<p>Obiettivo strategico di riferimento: Fragilità e cronicità dal neonato all'anziano; la qualità e l'appropriatezza dei servizi e dei trattamenti</p> <p>Obiettivo specifico: Creazione di una rete riabilitativa di comunità secondo una logica <i>patient-centred</i></p> <p>Definizione / descrizione: La riabilitazione è trasversale a molteplici aree di intervento. Essa svolge un ruolo preminente sia a) nella fase acuta del ricovero ospedaliero, ai fini della prevenzione delle complicanze e della promozione del recupero funzionale, sia b) nella fase dell'assistenza territoriale, ai fini del completo reinserimento del disabile. Affinché sia garantita una gestione assistenziale del soggetto fragile e con disabilità cronica e/o complessa, rispettosa dei criteri di equità, accessibilità diffusa alle cure e dei vincoli di sostenibilità economica, la strategia più efficace da implementare è l'allestimento di procedure di controllo dell'appropriatezza dell'offerta di riabilitazione e della qualità dei servizi. L'appropriatezza dell'offerta riabilitativa deve tener conto di un cambio di prospettiva, che transita dal concetto di persona disabile al concetto di individuo suscettibile di sperimentare disabilità in qualsiasi momento della propria vita. Deve, inoltre, tener conto delle molteplici variabili individuali e contestuali che fanno di ogni soggetto disabile un disabile complesso, superando il tradizionale approccio <i>disease-centred</i> (che ha generato le declinazioni della riabilitazione nelle discipline mediche) verso un approccio finalmente <i>person-centred</i>. La sostenibilità di una gestione riabilitativa nel lungo termine rende indispensabile l'integrazione organizzativa al fine di evitare ridondanze nelle prestazioni e duplicazioni di percorsi, mentre l'innovazione infotelematica rappresenta il supporto essenziale per il monitoraggio clinico-funzionale in remoto e l'implementazione efficace di strategie di <i>empowerment</i> del soggetto disabile e del caregiver.</p> <p>Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo): INTEGRAZIONE ORGANIZZATIVA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Azione 1. Strategie di dimissione protetta verso il territorio, pianificandola in base ai bisogni e avendo come obiettivo il miglioramento della qualità della vita della persona disabile e la sua integrazione sociale, lavorativa, sportiva, culturale (in coerenza con quanto indicato nella scheda intervento n. 13) - Azione 2 Costituzione di una rete di strutture e servizi di riabilitazione ambulatoriale e domiciliare, che superino la dimensione prestazionale, favorendo la presa in carico del soggetto disabile e il monitoraggio clinico-funzionale nel lungo termine; - Azione 3 Potenziamento delle risorse territoriali idonee ad accogliere soggetti con disabilità al di fuori del contesto sanitario, al fine di consentire loro un allenamento motorio e/o cognitivo utile al mantenimento della salute e all'integrazione sociale (ovvero un'Attività fisica adattata, cfr. scheda intervento n. 8) - Azione 4 Appropriata di setting (all'interno della rete) conseguente alla valutazione del medico specialista in riabilitazione con elaborazione del progetto riabilitazione e attivazione della presa in carico (ART.44 DPCM LEA e sua applicazione) <p>INNOVAZIONE INFO-TELEMATICA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Azione 1 - Realizzazione di una rete integrata socio-sanitaria che unisce l'offerta di riabilitazione ospedaliera (di qualunque livello), a quella territoriale (pubblica e privata convenzionata), mediante un'integrazione sostenuta da un supporto informatico (informativo) tecnologico. Il supporto tecnologico garantirà l'adozione di un linguaggio e di un approccio comuni, consentendo il monitoraggio della compliance dell'offerta riabilitativa alle regole condivise, la verifica dell'appropriatezza e la coerenza delle prestazioni prescritte con la normativa vigente (vedi art 44 e 45 DPCM LEA 12 gennaio 2017), nonché una gestione duttile dell'offerta, al fine di fornire una risposta sistemica e unitaria alla complessità. <p>Target (risultato atteso) da raggiungere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Costituzione di una rete riabilitativa regionale - Presenza sistematica, nella documentazione di invio pazienti a strutture riabilitative, di valutazione dello specialista in riabilitazione di struttura inviante (presa in carico) - Appropriata del setting di destinazione pari all'80% <p>Misurazione dei risultati (indicatori)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Numero di incontri per costituzione rete - Misurazione dell'Appropriatezza del setting di destinazione

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

Obiettivo strategico di riferimento: L'accessibilità e la prossimità; le situazioni di fragilità e cronicità; la qualità e l'appropriatezza dei servizi e dei trattamenti
Obiettivo specifico: Sviluppo di azioni di Coordinamento regionale delle cure per le persone affette da Demenza finalizzate al miglioramento della presa in carico attraverso il consolidamento della rete regionale dei Centri per il Disturbo Cognitivo e Demenze (CDCD).
Definizione / descrizione: <p>La rete regionale dei Centri per il Disturbo Cognitivo e Demenze (CDCD) è composta da una aggregazione funzionale ed integrata che opera nell'ambito delle Unità valutarie Integrate presenti a livello Distrettuale, erogate nei diversi settings assistenziali (domiciliare, residenziale e semiresidenziale).</p> <p>I CDCD rappresentano le Unità specialistiche di riferimento nella rete dei servizi per le demenze, attivabile dai medici di medicina generale e ad essi il malato e la famiglia si rivolgono per la diagnosi specialistica e la gestione farmacologica e non farmacologica per avere risposte appropriate ed individualizzate secondo i bisogni delle diverse fasi della malattia e di contesto socio-familiare. Il fulcro dell'azione dei CDCD è rappresentata essenzialmente dalla presa in carico che oltre alla valutazione della compromissione cognitiva dovrà garantire:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la sinergia continua - in un'ottica consultoriale - con i medici di medicina generale, i servizi sanitari distrettuali e sociali di ambito territoriale; • la formulazione di una diagnosi tempestiva anche neuropsicologica e un piano di cura che fornisca risposte appropriate ed individualizzate, secondo i bisogni della singola fase di malattia e del contesto socio-familiare compresi lo specifico trattamento farmacologico e gli interventi non farmacologici orientati al mantenimento funzionale e al contenimento comportamentale; • la formazione/supporto del caregiver; • le informazioni al caregiver, anche mediate dai servizi sanitari e sociali, sui diritti e sui servizi attivi sul territorio; • la promozione di eventi informativi sulle demenze e campagne di prevenzione primaria rivolte alla popolazione generale per l'adozione di corretti stili di vita. <p>Il modello organizzativo proposto dovrà consentire alla persona affetta da demenza, di compiere l'intero processo assistenziale riducendo tempi e spostamenti attraverso l'identificazione di percorsi specifici per ogni fase della presa in carico, garantisce la continuità assistenziale mediante l'applicazione di uno specifico Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) a livello regionale e con le sue diverse specificità territoriali a seconda dell'Area Vasta di competenza.</p> <p>Il "disease management" appare come l'approccio più indicato per migliorare l'assistenza alle persone con malattie croniche in generale e con demenza in particolare. Queste persone hanno infatti bisogno, oltre che di adeguati interventi diagnostici e di trattamenti efficaci, anche di continuità di assistenza e cura, di informazione, di formazione e sostegno finalizzati al miglior utilizzo delle risorse disponibili, a partire da quelle personali, familiari e di prossimità.</p>
Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo): <ul style="list-style-type: none"> - Implementazione delle azioni previste negli atti regionali - Potenziamento dell'assistenza domiciliare - Definizione di PDTA unico regionale (<i>regional pathway</i>) - Definizione della Carta dei Servizi specifica per l'assistenza domiciliare alla persona affetta da demenza in integrazione con i comitati di partecipazione dei cittadini e le associazioni di volontariato - Strutturazione dei flussi FAR e SIAD con specifica evidenza degli items afferenti la sfera cognitiva e comportamentale legati alla diagnosi di Demenza in grado di compromettere l'intensità di trattamento ed il relativo assorbimento di risorse assistenziali; - Attivazione di corsi di formazione specifici.
Target (risultato atteso) da raggiungere: <ul style="list-style-type: none"> - Aumento del numero di persone assistite a domicilio affette da Demenza sul numero di complessivo di persone assistite a domicilio nell'anno di riferimento;

<ul style="list-style-type: none"> - Aumento del numero posti letto convenzionati di R2D e R3D su numero totale di posti letto rispettivamente convenzionati di R2 Anziani e R3 Anziani; - Aumento delle persone valutate nei CDCD su popolazione anziana (> 65 anni) valutata dalle UVI dei Distretti Sanitari di riferimento
<i>Misurazione dei risultati (indicatori)</i> <ul style="list-style-type: none"> - Numero di persone assistite a domicilio con diagnosi di Demenza su numero persone con età > 65 anni assistite a domicilio; - Numero di posti letto convenzionati di R2D su posti letto convenzionati di R2 Anziani - Numero di posti letto convenzionati di R3D su posti letto convenzionati di R3 Anziani - Numero di posti letto convenzionati di R2D su posti letto convenzionati in R3D - Numero persone valutate dai CDCD su popolazione anziana (> 65 anni) valutata dalle UVI dei Distretti Sanitari di riferimento

AREA DI INTERVENTO: RETE OSPEDALIERA E EMERGENZA URGENZA

28. Riorganizzazione e riqualificazione della rete ospedaliera

<p>Obiettivo strategico di riferimento: Qualità e appropriatezza dei servizi e dei trattamenti; accessibilità e prossimità</p> <p>Definizione / descrizione: Con la riorganizzazione e riqualificazione della rete ospedaliera si persegue innanzitutto l'adeguamento al DM 70/2015, che ha definito gli standard di riferimento relativi all'assistenza ospedaliera e alle reti cliniche per la garanzia della sicurezza e appropriatezza delle cure e dell'assistenza. Inoltre l'obiettivo è rivolto a garantire l'appropriatezza della presa in carico attraverso strumenti tecnologici innovativi, nonché attraverso l'<i>empowerment</i> del cittadino e attraverso la formazione continua del personale (DM 70/2015)</p> <p>Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):</p> <ul style="list-style-type: none"> - potenziamento strumentazione tecnologica avanzata in nodi <i>hub</i> della rete - disponibilità di strumentazione tecnologica bassa complessità nei nodi <i>spoke</i> in base alla riorganizzazione delle reti cliniche (PDTA) - classificazione delle strutture ospedaliere secondo livelli organizzativi a complessità crescente - riorganizzazione del sistema ospedaliero sulla base del livello organizzativo, del ruolo all'interno della rete assistenziale, della posizione geografica, dei volumi di attività - revisione della legge regionale n. 36/98 (sistema di emergenza sanitaria) - ridefinizione e adeguamento della dotazione dei posti letto ospedalieri - monitoraggio dei volumi di attività per specifiche attività cliniche - presa in carico delle patologie croniche con modalità dematerializzata - integrazione dei sistemi informativi per la condivisione di informazioni sanitarie e gestionali - implementazione di un sistema radiologico integrato regionale - diffusione delle attività di teleconsulto e teleriferazione per la creazione di collegamenti funzionali tra i nodi della rete - definizione dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali per la definizione degli standard assistenziali per singola patologia - integrazione della rete emergenza-urgenza con le reti per patologia e attivazione di protocolli condivisi di presa in carico - elaborazione di linee di indirizzo per la gestione del sovraffollamento nelle strutture di pronto soccorso (promozione uso appropriato dell'offerta ospedaliera in emergenza) - definizione rete emergenza-urgenza per la definizione di modelli organizzativi in pronto soccorso - fruibilità delle informazioni per orientare una scelta sanitaria responsabile del cittadino - coinvolgimento attivo del paziente nel processo di cura - adeguamento e aggiornamento siti istituzionali - rilevazione e valutazione sistematica dei bisogni formativi a seguito delle attività riorganizzative delle reti (inserimento nuovo personale, ridefinizione delle attività e delle responsabilità, strumenti diagnostici e terapeutici innovativi, etc.) - valutazione dell'efficacia dei programmi formativi
--

Target (risultato atteso) da raggiungere:

- incremento dell'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni
- adeguamento della rete assistenziale ospedaliera agli standard del DM 70/2015
- miglioramento dell'accessibilità alle informazioni per una presa in carico appropriata e di qualità
- realizzazione di processi di cura condivisi e consapevoli
- qualificazione e professionalizzazione del personale sanitario

Misurazione dei risultati (indicatori)

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

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

Aree di intervento (Trasversale): Assistenza territoriale, Assistenza ospedaliera
Obiettivo strategico di riferimento: Accessibilità e prossimità
Obiettivo specifico: Erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale nei tempi previsti dal PNGLA per ogni classe di priorità.
Il governo dei tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale è diventato uno degli obiettivi prioritari del SSN e del SSR e l'erogazione dei servizi assegnati entro tempi appropriati, rispetto alla patologia e alle necessità di cura, rappresenta una componente strutturale dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). La Regione Marche è impegnata da tempo in politiche di governo dei tempi d'attesa, come testimoniato dagli atti che si sono susseguiti negli anni (DGR 1040/2011; DGR 1/2014; DGR 1012/2014; DGR 808/2015). La DGR 640/2018 ha rafforzato le linee di azione già previste nel precedente Piano Regionale per il Governo dei Liste d'Attesa ed ha avviato ulteriori interventi mirati a ricondurre i tempi di attesa entro i limiti posti dai piani regionali e nazionali, in prima istanza per le prestazioni individuate come ancora 'critiche'.
Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo): Le azioni già messe in atto e da potenziare ulteriormente si articolano in tre categorie: A) miglioramento dell'appropriatezza della domanda di prestazioni; B) ampliamento dell'offerta di prestazioni; C) facilitazione dell'accesso dei cittadini e miglioramento della gestione delle agende di prenotazione. <ul style="list-style-type: none"> - Consolidamento dei sistemi di prioritizzazione, con monitoraggio della completa compilazione della classe di priorità (U,B,D,P) sulle prescrizioni relative ai primi accessi, effettuate su ricetta dematerializzata dai MMG e dai PLS. - Implementazione dei Raggruppamenti Omogenei d'Attesa (RAO), cioè delle Linee Guida per l'attribuzione della classe di priorità nella prescrizione delle prestazioni 'critiche'. - Completamento degli slot dedicati alla presa in carico nelle seguenti situazioni: tutte le prestazioni per i pazienti oncologici da erogare entro i dodici mesi successivi; le prestazioni collegate a tutte le 14 visite specialistiche comprese tra le 43 prestazioni sottoposte a monitoraggio secondo le indicazioni del PNGLA; donne con problematiche senologiche. - Aumento dell'offerta di spazi nelle agende per primo accesso con classe di priorità B,D,P. - Attivazione del meccanismo dell'overbooking. - Ottimizzazione dell'utilizzo del cosiddetto "fondo Balduzzi" per l'attivazione di ulteriori slot per le prestazioni critiche. - Interventi regolatori nei confronti delle Aziende in merito alle attività di ALPI. - Avvio di una app per <i>smartphone</i> e <i>tablet</i>, utilizzabile da tutti i cittadini, per verificare la disponibilità di luoghi per le visite ed esami, prescritti con la ricetta dematerializzata, per prenotare le prestazioni e per effettuare il pagamento online. - Definizione e implementazione di un accordo con i MMG sulla prenotazione diretta a CUP delle prestazioni prescritte.
Target (risultato atteso) da raggiungere: - Rispetto dei tempi previsti dal PNGLA per l'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale.
Misurazione dei risultati (indicatori) - Tempi di erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

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

<i>Aree di intervento (Trasversale): Assistenza territoriale, Assistenza ospedaliera</i>
<i>Obiettivo strategico di riferimento: Accessibilità e prossimità</i>
<i>Obiettivo specifico:</i> Erogazione delle prestazioni in regime di ricovero, in Day hospital e Day surgery nei tempi previsti dal Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA).
<i>Definizione / descrizione:</i> Il PNGLA, oltre ad indicare i tempi massimi per l'erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale in base alle classi di priorità prescritte sulla ricetta specialistica, stabilisce anche i tempi massimi per alcune prestazioni in regime di ricovero, in Day hospital e in Day surgery. Per una serie di interventi/prestazioni invasive programmate, prevalentemente riconducibili alle aree specialistiche oncologica e cardiovascolare, sono stati stabiliti i tempi massimi di attesa (coronarografia 60-120 giorni, interventi chirurgici per tumore mammella-prostata-colon retto-utero 30 giorni, intervento di protesizzazione dell'anca 90-120 giorni). Per altri interventi (tumore polmone, by-pass aorto-coronarico, angioplastica coronarica, endoarteriectomia carotidea, cataratta, tonsillectomia, etc.) è indispensabile fare riferimento all'indicazione delle classi di priorità, come sotto declinate: CLASSE A Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi CLASSE B Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o 1 ad esempio, per un intervento di cataratta sul secondo occhio da eseguirsi a distanza predefinita rispetto all'intervento sul primo occhio. Grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi CLASSE C Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi CLASSE D Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi. A tale proposito i recenti Dettati normativi sulla compilazione della SDO hanno reso obbligatoria l'indicazione della data di prenotazione del ricovero (data di inserimento in lista), che corrisponde al momento in cui il paziente è nelle effettive condizioni di essere sottoposto ad intervento chirurgico, e la specificazione della classe di priorità del ricovero stesso. È possibile, quindi, a partire dal flusso ordinario dei ricoveri, strutturare un sistema di monitoraggio sistematico dei tempi d'attesa per le prestazioni in regime di ricovero.
<i>Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):</i> <ul style="list-style-type: none"> - Definizione di un piano per la gestione dell'accesso alle prestazioni di ricovero programmato per raggiungere l'obiettivo di una piena trasparenza ed equità nella gestione dell'accesso e un controllo più stringente sul rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni oggetto di monitoraggio. - Individuazione e implementazione di strumenti di monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero. - Emanazione delle linee di indirizzo per la gestione delle liste di prenotazione dei ricoveri chirurgici programmati nelle Aziende Sanitarie, che fissano regole omogenee su tutto il territorio regionale e hanno lo scopo di assicurare che la gestione delle liste di attesa dei ricoveri avvenga secondo criteri di appropriatezza, equità e trasparenza, garantendo la tutela dei diritti dei pazienti, facilitando la fruizione delle prestazioni assistenziali ed al contempo rafforzando strumenti e regole di governo del percorso del paziente chirurgico e della programmazione delle risorse.

<ul style="list-style-type: none"> - Istituzione di gruppi tecnici di lavoro, cui partecipano professionisti delle Aziende Sanitarie, al fine di governare le tematiche principali e garantire il costante miglioramento del sistema di gestione dei tempi di attesa. - Pubblicazione DGR sul governo dei tempi d'attesa per le prestazioni di ricovero entro il 2019. - Produzione della reportistica sui tempi d'attesa per le prestazioni di ricovero entro il 2019.
<i>Target (risultato atteso) da raggiungere:</i> <ul style="list-style-type: none"> — Rispetto dei tempi previsti dal PNGLA per l'erogazione delle prestazioni in regime di ricovero, in Day hospital e Day surgery
<i>Misurazione dei risultati (indicatori)</i> <ul style="list-style-type: none"> — tempi di erogazione delle prestazioni in regime di ricovero, in Day hospital e Day surgery

31. Percorso nascita: Implementazione delle procedure di partoanalgesia

Obiettivo strategico di riferimento: Qualità e appropriatezza dei servizi e dei trattamenti; accessibilità e prossimità
Obiettivo specifico: Garantire a tutte le donne che ne facciano richiesta la possibilità di usufruire in sicurezza delle procedure analgesiche nel corso del travaglio e del parto vaginale, compresa l'analgesia epidurale
Definizione / descrizione: Il dolore del travaglio di parto può impedire ad alcune donne di vivere con serenità l'esperienza della nascita del proprio bambino. La sintomatologia dolorosa può avere intensità differenti in donne diverse e, nella stessa donna, in travagli diversi. I processi culturali in atto fra le donne sono orientati per un verso contro la medicalizzazione di un atto naturale come il parto, e, per l'altro, ad evitare, attraverso l'intervento analgesico, il dolore. La decisione di quale strada intraprendere deve essere riservata ad ogni singola donna sulla base di un'informazione corretta sui vantaggi, i rischi e le possibilità delle due soluzioni. L'emanazione del DPCM LEA del 12 gennaio 2017 ha riproposto il tema della partoanalgesia. In particolare, all'art. 38 comma 3 recita: <i>"Il Servizio sanitario nazionale garantisce le procedure analgesiche nel corso del travaglio e del parto vaginale, inclusa l'analgesia epidurale, nelle strutture individuate dalle regioni e dalle province autonome tra quelle che garantiscono le soglie di attività fissate dall'Accordo sancito in sede di Conferenza tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano il 16 dicembre 2010 e confermate dal decreto 2 aprile 2015, n. 70, «Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera», all'interno di appositi programmi volti a diffondere l'utilizzo delle procedure stesse"</i> . E' necessario, pertanto, che la regione definisca le linee guida regionali alle quali fare riferimento per l'individuazione dei punti nascita dotati dei requisiti organizzativi necessari per effettuare in sicurezza le procedure di partoanalgesia.
Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo): <ul style="list-style-type: none"> - Definire le Linee Guida regionali sulla partoanalgesia - Garantire assetti organizzativi adeguati nei punti nascita in cui si effettuano partoanalgesie, con particolare riferimento alla continuità assistenziale anestesiológica. - Indicare nella Carta dei Servizi aziendali con la partecipazione dei comitati di partecipazione dei cittadini e del mondo del volontariato, la modalità dell'offerta per il controllo del dolore nel parto nelle diverse sedi nonché negli incontri informativi dedicati all'interno del percorso di accompagnamento alla nascita. - Definire Protocolli Diagnostico-Terapeutici condivisi per la partoanalgesia assicurandone l'erogazione con disponibilità di personale adeguato e formato sulla base dei volumi di attività del Punto Nascita. - Avviare un percorso regionale di formazione multidisciplinare per aumentare la sensibilità alla tematica del controllo del dolore nel travaglio e nel parto e per migliorare le conoscenze e i livelli di appropriatezza, sicurezza, efficacia, efficienza per il trattamento del dolore nel travaglio e nel parto.
Target (risultato atteso) da raggiungere: <ul style="list-style-type: none"> - Effettuazione in sicurezza delle partoanalgesie, nei punti nascita in base a specifici requisiti organizzativi stabiliti nelle Linee guida regionali, a tutte le donne che ne facciano richiesta
Misurazione dei risultati (indicatori) <ul style="list-style-type: none"> - Numero di travagli vaginali assistiti con analgesia epidurale/numero totale di travagli effettuati (SDO e CEDAP) - Numero di parti vaginali assistiti con assistenza farmacologica antalgica/numero totale di parti vaginali effettuati (SDO e CEDAP)

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

Are di intervento (Trasversale): Assistenza territoriale, Assistenza ospedaliera
Obiettivo strategico di riferimento: Qualità e appropriatezza dei servizi e dei trattamenti
Obiettivo specifico: Garantire l'uniformità dell'assistenza ostetrica su tutto il territorio regionale con un'adeguata presa in carico secondo il grado di rischio, con particolare riferimento alla gestione territoriale della gravidanza a basso rischio e della riduzione delle complicanze neonatali legate alla prematurità e alla patologia malformativa.
Definizione / descrizione: L'assistenza perinatale è definita adeguata nel momento in cui è in grado di assicurare un buon livello di salute materna e neonatale con il minor carico di cura compatibile con la sicurezza. L'individuazione dinamica del livello di rischio della gravidanza permette di indirizzare gli atti assistenziali verso i servizi più appropriati, di comunicare efficacemente tra operatori e di garantire un adeguato e omogeneo livello di assistenza ostetrica. Il miglioramento della rete assistenziale in campo ostetrico non può prescindere dal concetto di "presa in carico secondo il grado di rischio" introdotto dall'OMS, che prevede tre livelli di assistenza: "assistenza prenatale di base", offerta a tutte le donne, "assistenza addizionale" per patologie e complicanze moderate e "assistenza specializzata ostetrica e neonatale" per pazienti con patologie e complicanze severe. In particolare, all'interno delle patologie e complicanze "severe", la prematurità e le patologie malformative rappresentano delle condizioni che possono beneficiare in maniera significativa di una gestione centralizzata e altamente specializzata. Lo sviluppo di una rete regionale con integrazione tra strutture a complessità crescente permette di indirizzare adeguatamente le risorse in modo da fornire il grado di assistenza adeguato al grado di rischio della gravidanza, con una prevalente gestione territoriale da parte dell'ostetrica delle gestanti a basso rischio ("assistenza prenatale di base"), una centralizzazione verso strutture altamente specializzate delle gestanti che necessitano di "assistenza specializzata ostetrica e neonatale" e un livello intermedio per le gravidanze con patologie o complicanze moderate.
Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo): Direttrice di sviluppo: l'integrazione organizzativa <ul style="list-style-type: none"> - Categorizzazione di tutte le strutture presenti del territorio secondo i livelli di assistenza ostetrica erogabili (assistenza prenatale di base, assistenza addizionale o assistenza specializzata ostetrica e neonatale). - Definizione delle modalità di indirizzo delle gestanti verso le strutture di "assistenza prenatale di base" distribuite sull'intero territorio regionale per la valutazione precoce del livello di rischio e promozione di percorsi assistenziali appropriati e diversificati per grado di rischio. - Attuazione di protocolli unificati per la gestione della gravidanza a basso rischio da parte del personale ostetrico e invio della gestante a termine di gravidanza presso il punto nascita di scelta, dove verrà presa in carico dagli operatori della struttura per la valutazione del timing e della modalità del parto e per il monitoraggio della gravidanza oltre il termine. - Definizione delle patologie e condizioni definite come "moderate" o "severe" che devono essere valutate da un medico specialista; definizione delle modalità di indirizzo verso le strutture assistenziali adeguate, con potenziamento del modello "hub&spoke" e individuazione di percorsi preferenziali per le gestanti con rischio di parto prematuro o con feti affetti da patologie malformative. - Individuazione precoce delle condizioni di rischio di parto prematuro con trasferimento materno verso i centri specializzati di riferimento (potenziamento dello STAM e riduzione dello STEN). 6. Gestione centralizzata delle patologie malformative fetali con istituzione di gruppi multidisciplinari per la presa in carico dal momento della diagnosi fino all'espletamento del parto (ginecologo-ostetrico, neonatologo, chirurgo pediatrico, radiologo).
Target (risultato atteso) da raggiungere: <ul style="list-style-type: none"> - Presa in carico delle gestanti dalle strutture appropriate secondo il livello di rischio dinamico; - Potenziamento della gestione da parte del personale ostetrico delle gravidanze a basso rischio; - Riduzione delle complicanze legate alla prematurità e della mortalità/morbidità neonatale; - Gestione integrata e multidisciplinare della patologia malformativa in centri altamente specializzati con miglioramento degli esiti neonatali

Misurazione dei risultati (indicatori)

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

33. Percorso nascita: Riduzione dei tagli cesarei

<i>Aree di intervento (Trasversale): Assistenza territoriale, Assistenza ospedaliera</i>
Obiettivo strategico di riferimento: Qualità e appropriatezza dei servizi e dei trattamenti
Obiettivo specifico: Miglioramento dell'assistenza ostetrica con riduzione del tasso di tagli cesarei, in particolare in assenza di una chiara indicazione medica.
Definizione / descrizione: Il taglio cesareo rappresenta un intervento chirurgico efficace nel ridurre la mortalità e morbidità materna e perinatale in presenza di una specifica indicazione. Tuttavia, non sono presenti evidenze che tali benefici vengano mantenuti in assenza di reale giustificazione clinica. Il taglio cesareo, in quanto procedura chirurgica, può determinare delle complicanze a breve e lungo termine con impatto negativo sulla salute materna anche negli anni successivi al momento del parto, compromettendo anche la salute riproduttiva in previsione di future gravidanze. Tali rischi sembrano essere più significativi nelle pazienti con accesso limitato ad un'assistenza ostetrica completa. Negli ultimi anni si è assistito ad un aumento della percentuale di tagli cesarei, con significative ricadute sulla salute materna; è dimostrato che le strutture ospedaliere possono mettere in atto scelte organizzative in grado di ridurre il tasso di tagli cesarei, eseguendo tale intervento solo in caso di validate indicazioni cliniche.
Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo): <ul style="list-style-type: none"> - Utilizzo su base regionale della Classificazione di Robson per i tagli cesarei, in modo da individuare le classi con tasso di tagli cesarei maggiore, sulle quali è necessario focalizzare gli sforzi organizzativi - Revisione su base regionale dei protocolli clinici riguardo il partogramma con curve centrimetriche aggiornate, la valutazione e l'ammissione al travaglio della paziente precesarizzata, il rivolgimento di feto podalico con manovre esterne e l'assistenza alla gravidanza gemellare. - Raccolta dati centralizzata e monitoraggio costante degli <i>outcome</i> ostetrici - Formazione periodica di tutti gli operatori regionali riguardo l'interpretazione dei tracciati cardiotocografici, le abilità tecniche su simulatori ad elevata fedeltà, l'assistenza alla paziente precesarizzata, l'assistenza alla gravidanza gemellare in travaglio, le emergenze ostetriche e il lavoro di equipe.
Target (risultato atteso) da raggiungere: <ul style="list-style-type: none"> - Miglioramento dell'assistenza ostetrica con riduzione del tasso di tagli cesarei senza una validata indicazione medica, con riduzione delle complicanze materne a breve e lungo termine e degli esiti perinatali.
Misurazione dei risultati (indicatori) <ul style="list-style-type: none"> - Tasso di annuale globale di tagli cesarei per struttura e su base regionale - Tasso di tagli cesarei per classe di Robson - Tasso di complicanze materne post-taglio cesareo in regime di ricovero - Tasso di complicanze neonatali di nati da taglio cesareo

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

Obiettivo strategico di riferimento: Qualità e appropriatezza dei servizi e dei trattamenti
Obiettivo specifico: Attivazione di una rete oncologica per la Regione Marche del tipo <i>Comprehensive Cancer Care Network</i> (CCCN) al fine di migliorare lo standard di cura per i tumori dell'apparato genitale femminile nella Regione Marche, con aumento della sopravvivenza a lungo termine, e ridurre la mobilità inter-regionale con la possibilità di accesso alle cure migliori da parte di tutti i pazienti indipendentemente dallo stato socio-economico o dalla residenza in zone colpite da disastri naturali (terremoto)
Definizione / descrizione: Il numero di nuovi casi di tumore ovarico in Italia del 2016 è stimato essere attorno a 5200, con il 90% di diagnosi in pazienti con età superiore 40 anni e una sopravvivenza globale del 50% a cinque anni. In letteratura è riportato che pazienti trattate in ospedali "high-volume", nel contesto di una rete oncologica del tipo CCCN presentano un tasso di sopravvivenza più elevato, una riduzione del rischio di morte intraospedaliera e un costo delle cure minore. Al momento attuale la Regione Marche non presenta una rete oncologica strutturata e questo può risultare in una perdita economica significativa per la Regione stessa oltre che una ridotta disponibilità terapeutica per i pazienti, in particolare per coloro che risiedono in zone colpite da disastri naturali, come i terremoti.
Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo): <ul style="list-style-type: none"> - Analisi dello stato attuale delle cure per il tumore ovarico nella Regione Marche - Identificazione delle strutture che devono essere migliorate e di quelle che devono essere indirizzate verso altre attività - Centralizzazione dei pazienti verso "high-volume hospitals" con "high-volume surgeons", con percorsi facilitati per i pazienti provenienti da aree disagiate - Attivazione progressiva di strutture con complessità crescente a partire dalla diagnosi, dalla stadiazione fino alla terapia integrata del tumore ovarico
Target (risultato atteso) da raggiungere: <ul style="list-style-type: none"> - Riduzione della mortalità a 5 anni delle pazienti affette da tumore ovarico; - Riduzione del tasso annuale di mobilità inter-regionale; - Aumento del numero di pazienti operate per centro di riferimento.
Misurazione dei risultati (indicatori) <ul style="list-style-type: none"> - Tasso di sopravvivenza globale a 5 anni delle pazienti affette da tumore ovarico; - Tasso annuale di mobilità inter-regionale; - Numero di pazienti operate per centro di riferimento.

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

<i>Aree di intervento (Trasversale): Assistenza territoriale, Assistenza ospedaliera, Prevenzione e sicurezza delle cure</i>
Obiettivo strategico di riferimento: Qualità e appropriatezza dei servizi e dei trattamenti
Obiettivo specifico: Migliorare la sicurezza delle cure erogate dal SSR favorendo, in tutti gli esercenti le professioni sanitarie, la crescita di un maggior senso di responsabilità professionale e di un atteggiamento proattivo per la prevenzione di eventi avversi
Definizione / descrizione: La Gestione del Rischio clinico si configura come un sistema sinergico di azioni ed attività messe in atto, con criteri metodologici omogenei e condivisi, per migliorare la qualità delle prestazioni erogate dal servizio sanitario e la sicurezza dei pazienti e degli operatori. Primo presupposto è la formazione, nei professionisti sanitari, della consapevolezza del poter imparare dall'errore attraverso l'identificazione, la misurazione, il trattamento ed il monitoraggio dei rischi. Secondo presupposto è lo sviluppo, attraverso strategie formative e strumenti consolidati, della cultura della responsabilità rispetto alla prevenzione del rischio e di un atteggiamento proattivo quale approccio migliore per misurare e migliorare la qualità delle prestazioni erogate. Nella regione Marche, a partire dal 2009 è iniziata attraverso l'istituzione di un centro regionale del rischio clinico e di una specifica rete di referenti aziendali, una attività, in linea peraltro con gli adempimenti istituzionali, di identificazione delle aree di rischio nel contesto sanitario regionale, con la successiva programmazione di azioni progettuali a breve e medio-lungo termine e relative strategie di miglioramento. Oggi dopo l'emanazione della Legge n. 24/2017, la sicurezza delle cure risulta presupposto indefettibile per poter garantire il "diritto alla salute" della persona assistita, attraverso l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione delle prestazioni sanitarie ed all'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative; con la DGR 1093/18 è stato formalmente istituito il Centro Regionale per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, con scopo di mappare il rischio delle strutture e di creare specifiche linee di indirizzo per prevenirlo e gestirlo, anche attraverso la formazione del personale sanitario. Si riscontra una sostanziale stabilità riguardo alla "graduatoria" delle discipline maggiormente coinvolte nei sinistri (in ordine decrescente: ortopedia, ginecologia, chirurgia generale), per il tipo di censura sollevato (inesattezza della prestazione ricevuta), per il tipo di trattamento ricevuto (intervento chirurgico), con la chiamata in causa di tutte le figure professionali coinvolte nei sinistri (non solo personale medico, ma anche infermieri ed altro personale di assistenza).
Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo): <ul style="list-style-type: none"> - Consolidamento della funzione Aziendale per la gestione del Rischio Clinico. - Alimentazione del Sistema Informativo Monitoraggio Errori in Sanità (SIMES) per Sinistri ed Eventi sentinella. - Alimentazione del sistema informativo di Incident Reporting, per eventi avversi e quasi eventi, attraverso l'utilizzo di una scheda unica condivisa e successiva raccolta ed analisi dei dati. Acquisizione di un applicativo informatico per la gestione di tutte le attività di Risk Management. - Implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali e diffusione-promozione di buone pratiche per la sicurezza delle cure, in linea con gli adempimenti LEA. - Raccolta dei dati regionali relativi al contenzioso, forniti dalle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private accreditate, e di quelli raccolti nel flusso SIMES, con realizzazione di un Database Regionale. Analisi dei dati del contenzioso in termini di cause, entità, frequenza, onere finanziario, etc. da parte di un Nucleo di Valutazione Medico Legale, con elaborazione di azioni strategiche e di miglioramento per le aree di rischio maggiormente evidenziate. - Trasmissione annuale dei dati raccolti all'Osservatorio Nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità secondo modalità e procedure stabilite dal regolamento dell'Osservatorio stesso. - Analisi e monitoraggio dei casi segnalati di cadute di persone assistite ai sensi della DGR 1097/15 e rivalutazione periodica degli interventi. - Promozione di eventi formativi/informativi sulla sicurezza delle cure delle discipline maggiormente coinvolte nei sinistri (in ordine decrescente: ortopedia, ginecologia, chirurgia generale),

Target (risultato atteso) da raggiungere:

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

Misurazione dei risultati (indicatori)

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

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

Obiettivo strategico di riferimento: Qualità e appropriatezza dei servizi
Obiettivo specifico: Il miglioramento della Rete Territoriale di Soccorso permetterà una più tempestiva ed uniforme presa in carico delle emergenze sanitarie che si verificano sul territorio regionale al fine di migliorare gli esiti di salute prodotti sui cittadini, in termini di riduzione delle disabilità e delle morti evitabili.
Definizione / descrizione: L'attuale rete territoriale di soccorso presenta notevoli eterogeneità di tipo organizzativo, strutturale ed organico. La letteratura scientifica di riferimento sottolinea l'importanza della componente tempo, in special modo per quanto riguarda le patologie afferenti al FHQ (First Hour Quintet) (il quintetto della prima ora: Trauma Grave, Arresto Cardiaco, Sindromi Coronariche Acute, Stroke e Insufficienza Respiratoria Acuta). L'obiettivo è pertanto il miglioramento del sistema su tutto il territorio marchigiano, in termini di equità ed efficienza, con l'ottimizzazione della presa in carico del paziente nell'ottica della riduzione del <i>free therapy interval</i> (intervallo libero da terapia: il tempo che intercorre tra l'insorgenza del problema di salute e la somministrazione della terapia adeguata).
Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo): <ul style="list-style-type: none"> - Analisi reali fabbisogni dei territori; l'analisi degli esiti prodotti dal sistema ad oggi in essere; la realizzazione di appositi registri per patologia o miglioramento e/o digitalizzazione registri in essere (Stroke; Trauma, ecc.). Infine la Partecipazione attiva e la corretta informazione dei cittadini. - Superamento della Legge 36/98 - Sviluppo del ruolo della Centrale Operativa Regionale 118 e definizione della catena di comando del sistema. - Realizzazione protocolli condivisi con le aziende sanitarie per il trattamento delle patologie tempo-dipendenti e dei percorsi di integrazione ospedale territorio. - Ottimizzazione della localizzazione e della tipologia delle postazioni di emergenza sanitaria in funzione degli esiti di salute, della miglior letteratura scientifica e dell'effettivo fabbisogno del territorio. - Digitalizzazione del sistema informativo. - Informatizzazione della reportistica. - Implementazione strumenti di telemedicina. - Garantire l'aggiornamento e l'uniformità della formazione dei professionisti, migliorando la qualità delle prestazioni erogate e le potenzialità di risposta dei sanitari sul territorio.
Target (risultato atteso) da raggiungere: <ul style="list-style-type: none"> - Riduzione del <i>free-therapy interval</i> - Riduzione dell'intervallo allarme-target < 18 minuti - Riduzione della mortalità e della possibilità di aggravamento sul territorio
Misurazione dei risultati (Indicatori) <ul style="list-style-type: none"> - Intervallo allarme-target - N. di ospedalizzazioni e centralizzazioni adeguate per la clinica del paziente - N. di prestazioni sanitarie erogate (cfr. NSIS EMUR)

37. Attivazione CUR – NUE 1-1-2.

Obiettivo strategico di riferimento: Accessibilità e prossimità
Obiettivo specifico: L'introduzione della CUR 112 garantisce al cittadino un unico numero cui rivolgersi in caso di emergenza e la precisa geolocalizzazione evento. Inoltre garantisce il servizio multilingua di interpretariato telefonico con la possibilità di comunicare per utenti ipoudenti. Consente di disporre di un servizio <i>e-call</i> in caso di incidenti stradali gravi nonché la gestione delle chiamate attraverso apposita app <i>Where are U</i> ed infine la gestione congiunta e multidisciplinare emergenza (sanitaria+Polizia Stato+Carabinieri+ VVF)
Definizione / descrizione: Istituzione del NUE 112 secondo quanto previsto dalle normative Europee e Nazionali. Il NUE 112 è in grado di interfacciare in modalità integrata le centrali operative di secondo livello (118, VVF, Polizia, Carabinieri), permettendo a tutte le attuali centrali operative esistenti, il mantenimento dell'attuale gestione e lasciando alla CUR i compiti primari di ricezione e coordinamento in quanto centrale di primo livello.
Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo): <ul style="list-style-type: none"> – Campagna di comunicazione con i cittadini su: performance; corretto uso – L'attivazione della CUR NUE 1-1-2 permetterà di omogeneizzare le procedure di gestione delle chiamate tra PSAP 1 e tutti gli PSAP 2 – Dal punto di vista strutturale la CUR (PSAP 1) dovrà rispettare i principali aspetti di sicurezza (extra PAI, rispetto normativa sismica e rispetto CLE, collegamenti stradali idonei, collegamento ai sistemi di telecomunicazione). Dal punto di vista tecnologico la piattaforma NUE 1-1-2 composta nelle macrocomponenti "postazioni di lavoro" e "data center". – Implementazione dell'applicazione WhereAREU e/o altra piattaforma – Implementazione del sistema di monitoraggio dei tempi di gestione – Formazione teorica, addestramento pratico e affiancamento del personale impiegato nella CUR. – Formazione teorica, addestramento pratico e affiancamento del personale impiegato nelle centrali PSAP2
Target (risultato atteso) da raggiungere: <ul style="list-style-type: none"> – Copertura Bacino di utenza Regione Marche e Regione Umbria pari a circa 2.442.000 persone – Attivazione CUR nei tempi previsti – Miglioramento dei tempi di gestione (risposta e trattazione) delle chiamate di emergenza a livello locale in confronto con il benchmark lombardo
Misurazione dei risultati (Indicatori) Misurazione dei tempi di gestione (risposta e trattazione) delle chiamate di emergenza a livello locale <ul style="list-style-type: none"> – Numero di chiamate pervenute al NUE 1-1-2. – Distribuzione delle chiamate nelle 24 ore. – Distribuzione chiamate in arrivo per aree di provenienza

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

Obiettivo strategico di riferimento: Accessibilità e prossimità
Obiettivo specifico: Garantire la migliore risposta nei confronti dei cittadini in caso di emergenze, attraverso l'aumento del numero di elisuperfici (capillarità territoriale) e la conseguente diminuzione dei tempi di intervento (capacità di intervento), oltreché la funzionalità del servizio in H24.
Definizione / descrizione: Implementazione della Rete R.E.M. mediante la realizzazione di ulteriori elisuperfici (H24 – adeguate al volo notturno), sia nelle aree che presentano aspetti morfologici complessi sia dove le vie di comunicazioni risultano non adeguate. Prioritariamente, sarà necessario realizzare elisuperfici a servizio degli stabilimenti ospedalieri che a tutt'oggi ne risultano privi. L'implementazione della Rete R.E.M. permetterà di: <ul style="list-style-type: none"> – garantire la riduzione delle criticità a tutt'oggi legate ad una maggior efficienza ed efficacia degli interventi emergenziali sia di carattere sanitario sia di protezione civile. – Realizzare un soccorso sanitario qualitativamente migliore attraverso la medicalizzazione precoce e la successiva ospedalizzazione nei presidi ospedalieri più appropriati – uniformare ed omogeneizzare il livello di fruibilità dei diversi presidi ospedalieri unici/stabilimenti a livello di elisoccorso
Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo): <ul style="list-style-type: none"> – Condivisione delle scelte di integrazione, potenziamento e sviluppo della rete elisuperfici fra tutti i soggetti interessati: Regione Marche/ ARS-SIE, Gruppo REM, AOU Ancona, C.O. 118, Protezione Civile, Enti locali – Inserimento del servizio di elisoccorso nell'impianto organizzativo dell'emergenza-urgenza regionale, attraverso specifica norma di settore. – procedure specifiche e condivise che consentano un utilizzo uniforme ed omogeneo del servizio di elisoccorso tra tutti i soggetti interessati: CO 118, ASUR, AOU Ancona, Aziende sanitarie ed Ospedaliere, SASM, ecc.; – Implementazione Rete elisuperfici, adeguamento al volo notturno delle esistenti e realizzazione di ulteriori siti in H24; – Realizzazione della nuova rete radio 118 con tecnologia digitale DMR. – Miglioramento dei sistemi di controllo di navigazione in condizione di scarsa visibilità – Formazione ulteriori operatori sanitari impegnati nel servizio di elisoccorso
Target (risultato atteso) da raggiungere: <ul style="list-style-type: none"> – Aumento del numero di elisuperfici in modo da assicurare una maggior capillarità territoriale; – Adeguamento di tutte le elisuperfici al volo notturno; – Estensione del servizio di elisoccorso alle H24; – Diminuzione tempi di intervento dell'elisoccorso
Misurazione dei risultati (indicatori) <ul style="list-style-type: none"> – numero elisuperfici realizzate ed adeguate al volo notturno; – numero di trasporti effettuati; – intervallo allarme-target elisoccorso

AREE DI INTERVENTO TRASVERSALI

39. Migliorare l'uso razionale dei farmaci

<i>Aree di intervento:</i> Farmaceutica
<i>Obiettivo strategico di riferimento:</i> la qualità e l'appropriatezza dei servizi e dei trattamenti, la sostenibilità del sistema
<p><i>Definizione / descrizione:</i></p> <p>Il consolidamento delle attività della distribuzione per conto tramite le farmacie convenzionate e della distribuzione dei farmaci delle Aziende Sanitarie, compresa l'erogazione diretta alla dimissione ed a favore delle malattie rare, costituisce un'occasione per migliorare l'appropriatezza delle cure, semplificare i percorsi assistenziali, fornire un'informazione mirata al paziente in sede di dimissione e di visita ambulatoriale, nonché uno strumento di revisione della spesa.</p> <p>Si deve intervenire riducendo i danni alla salute derivanti da errori nella prescrizione e somministrazione di farmaci, reazioni avverse e trattamenti inappropriati, garantendo un'assistenza farmaceutica e integrativa sicura, efficace ed appropriata a tutta la popolazione residente nella Regione.</p>
<p><i>Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):</i></p> <p>Per migliorare l'uso razionale dei farmaci si introduce la certificazione obbligatoria delle farmacie territoriali e ospedaliere, si deve contenere la spesa farmaceutica all'interno dei tetti programmati, si promuove:</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'uso dei farmaci a brevetto scaduto sia all'interno degli Ospedali che nelle prescrizioni alla dimissione e durante la visita specialistica ambulatoriale attraverso circolari interne e direttive regionali; - l'utilizzo di Fondi specifici a copertura (anche se parziale) della innovazione nell'area dei farmaci oncologici e di consolidamento per quanto riguarda il fondo per farmaci HCV, per offrire subito a chi necessita i nuovi farmaci; - l'implementazione delle conoscenze dei cittadini rispetto a costi e benefici dei farmaci, con particolare riferimento alle fasce di popolazione in cui si verificano i maggiori rischi di errore e di eventi avversi (anziani); - l'appropriatezza nella prescrizione, nella distribuzione e nei consumi sia in ambito ospedaliero che territoriale anche tramite accordi con i diversi attori.
<p><i>Target (risultato atteso) da raggiungere:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Miglioramento allocazioni risorse regionali aumentando l'uso dei farmaci a brevetto scaduto e dei biosimilari; - Aumento in quantità (in DDD = Dose Definita Die) rispetto agli anni precedenti della percentuale d'uso dei biosimilari; - Aumento (in DDD) rispetto agli anni precedenti della percentuale regionale d'uso dei farmaci a brevetto scaduto.
<p><i>Misurazione dei risultati (indicatori):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - percentuale d'uso dei biosimilari (in DDD = Dose Definita Die) - percentuale regionale d'uso dei farmaci a brevetto scaduto (in DDD)

40. Consolidamento del Centro Regionale di farmacovigilanza

Aree di intervento: Farmaceutica
Obiettivo strategico di riferimento: Le situazioni di fragilità e cronicità; la qualità e l'appropriatezza dei servizi e dei trattamenti
<p>Definizione / descrizione:</p> <p>Al fine di consolidare il Centro Regionale di farmacovigilanza istituito DGR 1153/2011 e successivamente rimodulato con DGR 639/2015, allo scopo di garantire il coordinamento delle attività di farmacovigilanza a livello regionale, si promuoveranno studi di farmacovigilanza attiva aventi come obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - valutare le associazioni tra farmaci e l'insorgenza di specifiche reazioni avverse; - caratterizzare l'incidenza di specifiche reazioni avverse; - valutare l'impatto delle interazioni tra farmaci in particolari setting di pazienti; realizzare sorveglianze attive su specifici gruppi di pazienti o su specifiche categorie di farmaci; valutare l'uso dei farmaci e degli effetti delle terapie farmacologiche nella pratica clinica usuale (studi di "drug utilization" e studi di "outcome research" a partire dai dati "real world"); <p>Tali attività hanno lo scopo di promuovere l'informazione e formazione degli operatori sanitari e dei cittadini per la sensibilizzazione sull'importanza delle segnalazioni spontanee</p>
<p>Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):</p> <p>Predisposizione, partecipazione e coordinamento di progetti di farmacovigilanza attiva.</p> <p>Si organizzano riunioni periodiche con i Responsabili Locali di Farmacovigilanza (RLFV) e con il personale sanitario al fine di monitorarne l'andamento delle segnalazioni di reazioni avverse a farmaci e vaccini inserite in Rete Nazionale di Farmacovigilanza (RNF) approfondendo eventuali criticità.</p> <p>Si attiva il controllo della codifica e della qualità dei dati inseriti dai RLFV in RNF prendendo in considerazione diversi parametri: la completezza delle informazioni; la rilevanza delle informazioni utili alla valutazione del nesso di causalità; l'accuratezza descrizione della reazione mediante codifiche MedDRA; la consistenza e la precisione delle informazioni riportate nella scheda di segnalazione (date, risultati degli esami diagnostici, unità di misura di dosaggio e posologia, etc.).</p> <p>Si organizzano eventi formativi (formazione residenziale classica, convegni, congressi, simposi e conferenze, videoconferenze, formazione sul campo e formazione a distanza) di sensibilizzazione alla segnalazione di ADR rivolti agli altri operatori sanitari coinvolti nel settore (es. medici ospedalieri, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici dei centri vaccinali, infermieri, farmacisti).</p>
<p>Target (risultato atteso) da raggiungere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Min. 2 eventi formativi con operatori del settore. - Min. 3 progetti di farmacovigilanza attiva. - Numero di reazioni avverse a farmaci (ADRs) superiore al gold standard OMS (300 segnalazioni/anno per milione di abitanti).
<p>Misurazione dei risultati (indicatori):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Numero di progetti di farmacovigilanza promossi a livello regionale. - Numero di segnalazioni di reazioni avverse a farmaci (ADRs) annue per milione di abitanti.

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

<i>Aree di intervento:</i> Prevenzione collettiva e sanità pubblica, Assistenza distrettuale - assistenza sociosanitaria, Assistenza ospedaliera
<i>Obiettivo strategico di riferimento:</i> la qualità e l'appropriatezza dei servizi e dei trattamenti, la sostenibilità del sistema
<i>Obiettivo specifico:</i> Adozione della metodologia di HTA nell'ambito del sistema di governo complessivo del SSR come strumento a supporto delle decisioni di investimento/disinvestimento in tecnologie sanitarie.
<i>Definizione / descrizione:</i> Il modello istituzionale proposto dalla normativa nazionale in materia di HTA è basato su una centralizzazione a livello nazionale e regionale di tutte le attività di coordinamento ma prevede anche notevoli aspetti di decentramento e di partecipazione collaborativa da parte dei presidi pubblici o privati di comprovata esperienza. In questo senso assume particolare rilievo il progetto PRONHTA ("L'utilizzo di strumenti per il governo dei dispositivi medici e per Health Technology Assessment (HTA)", cui ha partecipato anche la Regione Marche. Il progetto PRONHTA, nel sottogruppo 3, ha avuto come obiettivo la "Sperimentazione dei criteri di selezione dei centri collaborativi al programma nazionale HTA dei dispositivi medici" partendo dai Requisiti per l'iscrizione all'Albo dei Centri Collaborativi (CC) tratti dal "Documento Strategico della Cabina di Regia del Programma Nazionale HTA dei dispositivi medici" sancito dalla Conferenza Stato Regioni nella seduta del 21/09/2017. Proprio in relazione a questo modello organizzativo si rende necessaria la realizzazione di una rete regionale HTA, in coerenza con quanto previsto dalla normativa nazionale, che fornisca supporto scientifico ed informativo al livello decisionale regionale e aziendale finalizzato ad ottimizzare l'offerta dei servizi, ampliare l'accesso agli utenti e a garantire la migliore sostenibilità del sistema
<i>Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):</i> Atto di nomina dei referenti degli Enti del SSR nell'ambito della rete regionale di HTA ed individuazione di scopi, funzioni e obiettivi della rete. <ul style="list-style-type: none"> - la qualificazione scientifica e professionale <ul style="list-style-type: none"> o Realizzazione di programmi formativi con valenza regionale, interregionale e/o locale, promuovendo la diffusione di cultura HTA sia verso i professionisti della Sanità sia verso gli utenti del SSR o Promozione e partecipazione a progetti/attività di ricerca di ambito HTA, anche di valenza nazionale e internazionale o Partecipazione alle attività promosse dalla Cabina di Regia nazionale e dagli altri enti nazionali di riferimento (AIFA, AGENAS, ISS) - l'adeguamento strutturale e tecnologico, l'innovazione info-telematica <ul style="list-style-type: none"> o Realizzazione di valutazioni HTA di interesse regionale (apparecchiature, dispositivi medici, ...) - la partecipazione, responsabilità e trasparenza <ul style="list-style-type: none"> o Coinvolgimento dei principali stakeholder nelle attività di valutazione Sviluppo di collaborazione strutturata con le strutture ed Enti del SSR per la definizione, diffusione e implementazione di nuovi percorsi diagnostico-terapeutici e nuovi modelli organizzativi finalizzati ad ottimizzare l'offerta dei servizi, ampliare l'accesso agli utenti e garantire la migliore sostenibilità del SSR
<i>Target (risultato atteso) da raggiungere:</i> Avvenuta pubblicazione dell'atto di nomina dei referenti della rete regionale HTA. Avvenuta definizione del regolamento per il funzionamento della rete regionale HTA. Utilizzo della metodologia HTA nei principali processi di investimento/disinvestimento di tecnologie sanitarie.
<i>Misurazione dei risultati (indicatori):</i> Numero di principali processi di investimento/disinvestimento di tecnologie sanitarie che utilizzano la metodologia HTA rispetto al totale degli investimenti

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

Area di intervento: assistenza distrettuale - assistenza sociosanitaria, assistenza ospedaliera
Obiettivo strategico di riferimento: le situazioni di fragilità e cronicità, la qualità e l'appropriatezza dei servizi e dei trattamenti, l'accessibilità e la prossimità
<p>Obiettivo specifico:</p> <p>I servizi di Tecnoassistenza possono rappresentare una parte integrante del ridisegno strutturale ed organizzativo della rete di assistenza sanitaria della Regione Marche (DGR 1034 del 15/09/2014 – Recepimento delle Linee di Indirizzo Nazionali sulla Tecnoassistenza di cui all'intesa Stato-Regioni del 20/02/2014).</p> <p>Il progetto si propone come soluzione organica alla nuova organizzazione del SSR al fine di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - migliorare la qualità dell'assistenza e la fruibilità di cure con servizi di diagnosi e consulenza medica a distanza, oltre al costante monitoraggio di parametri vitali, al fine di ridurre il rischio di complicazioni in persone a rischio o affette da patologie croniche; - agevolare l'interdisciplinarietà, fornendo al paziente un servizio migliore, attraverso una più rapida disponibilità di informazioni sullo stato della propria salute, consentendo di accrescere la qualità e tempestività delle decisioni, particolarmente utili in condizioni di Emergenza-Urgenza; - accrescere i livelli di equità nell'accesso ai servizi socio-sanitari nei territori remoti, grazie al decentramento e alla flessibilità dell'offerta di servizi resi, la cui erogazione viene resa possibile grazie a forme innovative di domiciliarità; - ridistribuire in modo ottimale le risorse umane e tecnologiche tra diversi presidi, consentendo di coprire la necessità di competenze professionali spesso carenti ed assicurare la continuità dell'assistenza sul territorio.
<p>Definizione / descrizione:</p> <p>Il contesto sociosanitario regionale è caratterizzato dalle seguenti principali caratteristiche</p> <ul style="list-style-type: none"> - aspetti demografici → presenza rilevante di popolazione anziana; - aspetti epidemiologici → continuo aumento della incidenza di malattie croniche e di polipatologie - aspetti orografici → territorio montano e pedemontano scarsamente collegato alla rete dei servizi ospedalieri ed ambulatoriali <p>Negli ultimi anni la Regione Marche ha avviato un profondo processo riorganizzativo del SSR. I più recenti atti hanno riguardato:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il potenziamento dell'offerta assistenziale territoriale (DGR 139/2016) con ridisegno della rete dei servizi sanitari territoriali con nuove strutture eroganti: Case della Salute, Ospedali di Comunità); - la definizione di nuove articolazioni organizzative (attivazione dell'U.O. Sociale e Sanitaria secondo quanto previsto dalla DGR 110/2015, potenziamento del Sistema Emergenza-Urgenza-SEU); - l'implementazione del "governo della domanda", coerentemente con la DGR 111/2015: Punto Unico/Unitario di Accesso (PUA), Unità Valutativa Integrata (UVI), presa in carico e continuità dell'accoglienza), e di nuove figure professionali (infermiere di famiglia e comunità); - l'accordo con le OO.SS. dei MMG (DGR 746 del 18/7/2016) per la gestione dei posti letto di Cure intermedie sviluppati presso gli OdC, garantendo libera adesione e la partecipazione dei singoli MMG. <p>Il progetto per un sistema unico regionale di Tecnoassistenza rientra nell'ambito delle strategie di sviluppo di nuove soluzioni per l'assistenza sanitaria e sociosanitaria della Regione Marche a supporto della riorganizzazione delle reti cliniche regionali con particolare riferimento a Ospedali di Comunità, RSA, Residenze Protette, Case di Riposo, Case della Salute, Assistenza Domiciliare, Aggregazioni Funzionali Territoriali di MMG, ed altre strutture e servizi di prossimità territoriale sia nell'ambito dei percorsi di prevenzione che in quelli di elezione e/o emergenza-urgenza.</p>
<p>Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):</p> <ul style="list-style-type: none"> - progettazione di una piattaforma di tecnoassistenza unica regionale con funzioni multispecialistiche - acquisizione della infrastruttura software, dei dispositivi medici e dei relativi servizi tecnologici; - definizione dei percorsi assistenziali e della organizzazione delle risorse in ambito tecnoassistenza - redazione del documento di definizione degli standard di servizio propri delle prestazioni di tecnoassistenza

<ul style="list-style-type: none"> - redazione del documento per l'erogazione del percorso clinico assistenziale (PCA o PDTA) integrato con le attività di tecnoassistenza - redazione del manuale di autorizzazione e accreditamento delle strutture (organizzazioni) eroganti servizi di tecnoassistenza - definizione dei criteri di rimborsabilità e tariffe per le prestazioni di tecnoassistenza - formazione del personale coinvolto nella rete di tecnoassistenza unica regionale
<p><i>Target (risultato atteso) da raggiungere:</i></p> <p>Avvio dei servizi di Tecnoassistenza per almeno il 50% dei settings assistenziali individuati dal progetto.</p>
<p><i>Misurazione dei risultati (indicatori):</i></p> <p>Numero di settings assistenziali individuati dal progetto con servizi di Tecnoassistenza.</p>

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

<i>Area di intervento:</i> assistenza ospedaliera
<i>Obiettivo strategico di riferimento:</i> la qualità e l'appropriatezza dei servizi e dei trattamenti, l'accessibilità e la prossimità
<p><i>Obiettivo specifico:</i> Adozione dello strumento di Teleconsulto Specialistico nell'ambito dei principali PDTA tempo dipendenti a supporto della organizzazione di tipo HUB&SPOKE. La rete di Teleconsulto Specialistico consentirà la gestione dei casi in emergenza/urgenza consentendo la disponibilità di un immediato consulto specialistico a distanza; la possibilità di scelte terapeutiche tempestive nell'ambito del PDTA specifico ed infine una migliore organizzazione a rete ed un più appropriato utilizzo delle risorse</p>
<p><i>Definizione / descrizione:</i> La Regione Marche dispone di un sistema di teleconsulto neurochirurgico (NCH) regionale di tipo "business to business" che mette in relazione di teleconsulenza due medici secondo una organizzazione dove il richiedente medico di una struttura periferica, nei casi di necessità, attiva una richiesta di teleconsulto ed il consulente specialista in neurochirurgia fornisce una valutazione (ad es. sulla indicazione neurochirurgica urgente ovvero sul trasferimento del paziente verso la sede più appropriata). Il sistema, di tipo <i>hub&spoke</i>, rispetta l'attuale organizzazione delle reti cliniche con la consolidata afferenza degli ospedali periferici (<i>spoke</i>) ai rispettivi <i>hub</i> di riferimento (centri erogatori), sede di funzione specialistica di II livello. Ogni <i>hub</i>, oltre a ricoprire il ruolo di centro erogatore del servizio di teleconsulto, può inoltre attivare richieste di teleconsulto nei confronti di un altro <i>hub</i> (teleconsulenza di II livello). Fanno parte della rete di teleconsulto NCH:</p> <ul style="list-style-type: none"> - le unità organizzative di Pronto Soccorso/Primo Intervento, Terapia Intensiva/Rianimazione, Neurologia, localizzate nei presidi/stabilimenti ospedalieri dotati di diagnostica per immagini (TC, RM, ADG) del SSR della Regione Marche. - le unità organizzative di Neurochirurgia. - le centrali della rete 118 della Regione Marche localizzate presso i centri erogatori. Il 118, oltre alle funzioni istituzionali nell'ambito della rete di Emergenza-Urgenza, ha un ruolo di coordinamento e comunicazione nell'ambito delle attività delle procedure di teleconsulenza. <p>In conformità ai dettami di cui al <i>Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera</i> (D.M. 2 aprile 2015, n. 70) è necessario estendere lo strumento del Teleconsulto specialistico ad altri percorsi di ambito Emergenza/Urgenza ed in particolare ai quelli relativi a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - gestione delle sindromi coronariche acute (IMA-STEMI) - percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale per la gestione in fase acuta dell'ictus cerebrale - percorso Trauma maggiore (non NCH)
<p><i>Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - progettazione ed acquisizione della infrastruttura tecnologica hardware e software) per le reti di teleconsulto specialistico - definizione dei percorsi assistenziali e della organizzazione delle risorse in ambito teleconsulto specialistico - redazione del documento di definizione degli standard di servizio propri delle prestazioni di teleconsulto specialistico - redazione del documento per l'erogazione del percorso clinico assistenziale (PCA o PDTA) integrato con le attività di teleconsulto specialistico - formazione del personale coinvolto nella rete di teleconsulto specialistico - redazione del manuale di autorizzazione e accreditamento delle strutture (organizzazioni) eroganti servizi di teleconsulto specialistico - definizione dei criteri di rimborsabilità e tariffe per le prestazioni di teleconsulto specialistico
<p><i>Target (risultato atteso) da raggiungere:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Avvio dei servizi di Teleconsulto Specialistico per la totalità dei centri individuati dal progetto.
<p><i>Misurazione dei risultati (indicatori):</i> Numero di servizi di Teleconsulto Specialistico avviati rispetto ai progetti avviati</p>

44. Sviluppo del nuovo Sistema Informativo Sanitario di governo regionale.

Area di intervento: assistenza distrettuale - assistenza sociosanitaria, assistenza ospedaliera
Obiettivo strategico di riferimento: la qualità e l'appropriatezza dei servizi e dei trattamenti, l'equità del sistema, la sostenibilità del sistema
Obiettivo specifico: Evoluzione del Sistema Informativo Sanitario Regionale come strumento in grado di integrare la grande mole di informazioni disponibili e supportare, grazie alla analisi avanzata dei dati, le scelte di politica sanitaria e l'evoluzione sostenibile del SSR.
Definizione / descrizione: A partire dal 2012 la Regione Marche ha avviato un piano di interventi di sistema che, attraverso le tecnologie informatiche, hanno innestato e definito nuovi percorsi disegnando processi mirati al miglioramento dei servizi di assistenza sociosanitaria. Tali interventi sono stati indirizzati all'ambito gestionale/amministrativo (Sistema Informativo Amministrativo Unico Regionale, CUP Unico Regionale, dematerializzazione delle prescrizioni), all'ambito infrastrutturale (data center regionale, connettività), all'ambito clinico/assistenziale (Sistema Informativo di Radiologia e di Laboratorio Unici Regionali, Fascicolo Sanitario Elettronico, Anagrafe Sanitaria Unica Regionale). Altri interventi hanno inoltre interessato inoltre le strutture ed i servizi centrali regionali (Servizio Sanità e Agenzia Regionale Sanitaria) mettendo a disposizione strumenti per la gestione del debito informativo (flussi ministeriali e sistema Tessera Sanitaria), per la gestione dei processi amministrativi di ambito sociosanitario, per le attività di rilevazione, registrazione e monitoraggio di eventi di ambito sociosanitario. Nonostante l'ampia disponibilità di informazioni prodotte dai suddetti sistemi ad oggi non è ancora possibile sfruttare compiutamente tale mole informativa a fini di governo. Si rende pertanto necessario predisporre uno specifico piano di sviluppo della sanità digitale che preveda tre distinte azioni: <ul style="list-style-type: none"> - crescente digitalizzazione dei percorsi sanitari (sia clinici che amministrativi) e progressiva dematerializzazione dei documenti al fine di raccogliere e distribuire dati ad alto valore informativo; - evoluzione del Sistema Informativo Sanitario Regionale e dei relativi sottosistemi mirato al consolidamento delle informazioni disponibili; - adozione di nuovi strumenti per l'analisi avanzata dei dati (<i>advanced analytics</i>) per poter non solo analizzare e descrivere i fenomeni sanitari e sociali esistenti (analisi descrittiva) ma anche per sviluppare nuove strategie (analisi predittiva e cognitiva) che mirino alla personalizzazione dei percorsi di assistenza perfezionando l'allocazione delle risorse ed i livelli di appropriatezza.
Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo): <ul style="list-style-type: none"> - Redazione del piano per lo sviluppo del nuovo Sistema Informativo Sanitario di governo regionale - Attivazione delle procedure per l'acquisizione di beni/servizi per l'evoluzione e consolidamento del Sistema Informativo Sanitario Regionale e del suo patrimonio informativo - Formazione e sensibilizzazione del personale coinvolto nei processi del nuovo Sistema Informativo Sanitario Regionale e dei relativi sottosistemi - Adozione di strumenti di analisi avanzata dei dati integrati (<i>data-lake</i>) per: la selezione delle informazioni necessarie per la comprensione del problema; esplorare i dati secondo diversi punti di vista in base alle esigenze dello stesso utente; valutare gli scenari conseguenti alle scelte compiute; interpretare i risultati attraverso percorsi di <i>decision-making</i>; definire modelli per l'analisi di tipo predittivo
Target (risultato atteso) da raggiungere: <ul style="list-style-type: none"> - Avvenuta redazione del piano per lo sviluppo del nuovo Sistema Informativo Sanitario di governo regionale - Attivazione delle procedure per l'acquisizione di beni/servizi per l'evoluzione e consolidamento del SIS Regionale e del suo patrimonio informativo - Adozione di strumenti di analisi avanzata dei dati per le scelte di politica sanitaria
Misurazione dei risultati (indicatori): <ul style="list-style-type: none"> - Nuovo Sistema Informativo Sanitario di governo regionale - Numero procedure per l'acquisizione di beni/servizi per l'evoluzione e consolidamento del Sistema Informativo Sanitario Regionale e del suo patrimonio informativo - Utilizzo di strumenti di analisi avanzata dei dati per le scelte di politica sanitaria

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

<i>Area di intervento:</i> prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale - assistenza sociosanitaria, assistenza ospedaliera
<i>Obiettivo strategico di riferimento:</i> la qualità e l'appropriatezza dei servizi e dei trattamenti
<i>Obiettivo specifico:</i> Evoluzione del FSE come strumento operativo, sincrono, per l'interscambio collaborativo di dati ed informazioni clinico-sanitarie strutturate tra il cittadino, i servizi ospedalieri e il territorio, il medico curante, i <i>caregivers</i> nei diversi settings assistenziali.
<i>Definizione / descrizione:</i> Il fascicolo sanitario elettronico (FSE) è lo strumento digitale messo a disposizione da regione marche per la raccolta di documenti e dati sanitari e socio-sanitari generati da eventi clinici ed episodi assistenziali avvenuti per ciascun assistito, al fine di documentare la sua storia clinica e di salute. Il FSE consente a ciascun cittadino di avere sempre a disposizione le informazioni sanitarie e socio sanitarie a lui riguardanti, tra cui ad esempio: referti di laboratorio e di radiologia, referti specialistici, prescrizioni, nonché le annotazioni di profilo sanitario sintetico effettuate dal medico di famiglia, riprese dalla scheda sanitaria individuale dell'assistito tenuta ai sensi dell'accordo collettivo nazionale vigente. Il fascicolo è uno strumento che facilita l'esercizio del diritto alla salute di ciascun cittadino poiché permette di accedere in modo semplice e sicuro ai propri dati e documenti socio sanitari. Il progetto di evoluzione del FSE prevede la trasformazione funzionale da semplice recipiente di dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi, riguardanti l'assistito a strumento operativo, sincrono, per l'interscambio collaborativo di dati ed informazioni clinico-sanitarie strutturate tra il cittadino, i servizi ospedalieri e del territorio, il medico curante, i <i>caregivers</i> nei diversi settings assistenziali.
<i>Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):</i> <ul style="list-style-type: none"> - definizione del piano di sviluppo del FSE - progettazione e realizzazione delle evoluzioni del FSE (FSE 2.0) - formazione del personale coinvolto nei processi del FSE 2.0
<i>Target (risultato atteso) da raggiungere:</i> <ul style="list-style-type: none"> - avvenuta redazione del piano di sviluppo del FSE - attivazione delle procedure per l'acquisizione di beni/servizi per l'evoluzione e consolidamento del FSE - avvio di tutti i servizi del FSE 2.0.
<i>Misurazione dei risultati (indicatori):</i> <ul style="list-style-type: none"> - numero procedure avviate per l'acquisizione di beni/servizi per l'evoluzione e consolidamento del FSE - numero di servizi del FSE 2.0 attivati

46. Consolidamento sistema di indicatori sanitari e socio sanitari

Area di intervento: prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale - assistenza sociosanitaria, assistenza ospedaliera
Obiettivo strategico di riferimento: appropriatezza dei servizi e dei trattamenti, equità del sistema
Obiettivo specifico: Mettere a sistema un set di indicatori sanitari e socio-sanitari per avere informazioni dettagliate, sistematiche e tempestive sulle condizioni di salute della popolazione marchigiana, e dei servizi assistenziali ad essi dedicati sfruttando i dati esistenti e superando le barriere al <i>linkage</i> tra diversi database.
Definizione / descrizione: Il sistema sanitario regionale ha l'esigenza di poter disporre di dati aggiornati e sistematici sulle condizioni di salute della popolazione, al fine di consentire un'adeguata programmazione dei servizi socio-sanitari. Inoltre ha l'interesse specifico a valutare gli effetti indotti dalla riorganizzazione del SSR tempestivamente con indicatori di facile interpretazione e lettura al fine di evidenziare i profili critici, valutare il grado di implementazione delle iniziative decise a livello di governo, identificare i livelli di raggiungimento dei risultati e delle performance e riscontrare, quindi, se i nuovi modelli assistenziali sono capaci di produrre i risultati di salute attesi e nel contempo corrispondere agli obiettivi di efficienza economica del sistema. Attraverso i flussi amministrativi esistenti è possibile costruire un sistema di indicatori socio-sanitari in continuo aggiornamento che permette la valutazione dei rischi di salute e dei bisogni assistenziali della popolazione al fine di valutare le performance del sistema regionale sanitario e pianificare le conseguenti azioni di programmazione sanitaria. Il modello di analisi della qualità dell'assistenza prevede la misurazione di indicatori afferenti le dimensioni di: efficienza, efficacia, appropriatezza, equità, partecipazione e sicurezza. Il sistema consentirà di: <ol style="list-style-type: none"> 1. dare informazioni di carattere epidemiologico su larga scala tali da permettere la definizione della necessità assistenziali presenti e future della popolazione; 2. valutare le performance del sistema sanitario regionale; 3. identificare e formulare proposte per lo sviluppo di una rete minima assistenziale per garantire l'assistenza continuativa sul territorio; 4. dare la possibilità ai pazienti e al pubblico di usufruire dei dati e delle informazioni prodotte dal sistema.
Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo): Implementare un set minimo di indicatori sanitari e socio-sanitari di efficacia ed efficienza utilizzando flussi informativi correnti: SDO, prestazioni ambulatoriali, farmaceutica, dispositivi medici, Pronto Soccorso, Sistema 118, Hospice, SIAD, CeDAP, cause di morte, sorveglianza PASSI, ORPS, SIAD, SIND, SISM. Tra gli indicatori di efficacia si annoverano quelli di accessibilità e fruibilità dei servizi, appropriatezza delle cure assistenziali ed esiti di salute. Tra quelli di efficienza si annoverano quelli di efficienza economica e organizzativa.
Target (risultato atteso) da raggiungere: Realizzazione di un cruscotto di indicatori sviluppato nel DWH regionale finalizzato alla programmazione socio-sanitaria e alla diffusione delle informazioni al cittadino.
Misurazione dei risultati (indicatori): Calcolo del set minimo di indicatori inerenti i seguenti settori (aggiornamento semestrale): <ul style="list-style-type: none"> • Stili di vita (Indicatori Pass e Passi Argento) • Area Prevenzione (Screening, copertura vaccinale) • Area Ospedaliera (produzione, appropriatezza. Percorso emergenza-urgenza, indicatori di qualità di processo, rischio clinico) • Area Territoriale (assistenza delle patologie croniche, assistenza domiciliare e residenziale, cure palliative, tempi d'attesa, appropriatezza prescrittiva diagnostica) • Assistenza farmaceutica (indicatori di appropriatezza prescrittiva e di governo della spesa farmaceutica e dispositivi)

47. Costituzione del registro di mortalità regionale

Area di intervento: prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale - assistenza sociosanitaria, assistenza ospedaliera
Obiettivo strategico di riferimento: appropriatezza dei servizi e dei trattamenti, equità del sistema
Obiettivo specifico: La costituzione del Registro di Mortalità regionale garantisce un flusso costante di informazioni in grado di ricostruire, in modo completo e uniforme, la mortalità per causa in ogni area geografica del territorio regionale, rendendo così disponibile un potente strumento di analisi epidemiologica della salute della popolazione e dei rischi associati.
Definizione / descrizione: I dati di mortalità sono tra gli indicatori più robusti e consolidati in sanità pubblica. Le statistiche di mortalità forniscono, infatti, un indicatore di effetto globale delle condizioni di vita, dell'esposizione a fattori di rischio e dell'efficacia dell'assistenza socio-sanitaria. Per tale ragione, accanto alla banca dati di mortalità dell'Istat, alimentata dalle "schede di morte" compilate dal medico curante o dal medico che ha prestato assistenza al paziente deceduto, negli ultimi vent'anni si sono create banche dati e registri di mortalità regionali gestiti dalle aziende sanitarie e dalle Regioni. Attualmente, nelle regioni che già da anni hanno istituito questo flusso di dati, i RENCAM (REgistri Nominativi delle CAuse di Morte) sono collegati ai Registri Tumori e ad altri registri di Patologia, la cui gestione è stata affidata alle Regioni con la collaborazione frequente di dipartimenti universitari. I dati di mortalità provenienti dalle Anagrafi Comunali dei comuni, sono incrociati con quelli forniti dall'ISTAT e con quelli ottenuti dalle ASL attraverso le schede di morte. La gestione di un registro di mortalità è piuttosto articolata e si estrinseca nella ricezione e controllo della qualità del dato, nella codifica per fini epidemiologici, nell'inserimento in banca dati e archiviazione, nella diffusione delle informazioni sanitarie certificate sulla scheda di morte agli aventi diritto e, infine, nell'analisi del dato a fini epidemiologici, di programmazione, valutativi, ecc. In particolare, i registri di mortalità assolvono le loro funzioni solo se completi, cioè se contenenti i dati relativi a tutti i deceduti residenti. Gli obiettivi che possono essere raggiunti tramite il Registro di mortalità regionale sono: <ul style="list-style-type: none"> - identificare e quantificare i decessi per causa nella popolazione - valutare la sopravvivenza e l'incidenza delle cause di morte- integrare gli attuali sistemi di sorveglianza epidemiologica - migliorare la conoscenza dei rischi per la salute della popolazione - aggiungere un ulteriore strumento informativo per la programmazione regionale degli interventi sanitari - partecipare a progetti di ricerca scientifica nazionali ed internazionali nell'ambito dell'epidemiologia osservazionale e analitica.
Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo): <ul style="list-style-type: none"> - Ricognizione dello stato attuale dei flussi informativi di mortalità nel territorio regionale; - Definizione delle procedure per l'alimentazione del flusso dei dati di mortalità - Controllo e analisi della qualità dei dati per cause di decesso sul territorio marchigiano - Valutazione dei dati di prevalenza e di incidenza delle cause di morte a fini epidemiologici - Integrazione dei dati di morte con i flussi informativi sanitari correnti
Target (risultato atteso) da raggiungere: Costituzione del Registro Nominativo regionale delle CAuse di Morte (RENCAM)
Misurazione dei risultati (indicatori): Produzione e pubblicazione annuale dei dati di mortalità relativi ai residenti nella regione Marche

48. Accredитamento del Registro Tumori Regionale (RTR)

Area di intervento: prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale - assistenza sociosanitaria, assistenza ospedaliera
Obiettivo strategico di riferimento: appropriatezza dei servizi e dei trattamenti
Obiettivo specifico: Il Registro Tumori Regionale (RTR), istituito con DGR 1629/2013, rappresenta lo strumento fondamentale per la valutazione epidemiologica dei bisogni della popolazione in tema sanitario ed è essenziale per avere a disposizione informazioni sulle specifiche forme di patologia oncologica, sullo studio delle caratteristiche cliniche e patologiche dei casi, sull'efficacia dei percorsi diagnostico-terapeutici. In ragione degli elementi indicati è indispensabile che il RTR consolidi la copertura su tutto il territorio regionale e avvii la procedura di accreditamento all'AIRTUM
Definizione / descrizione: Scopi principali di un Registro Tumori di Popolazione sono: <ul style="list-style-type: none"> - la rilevazione, organizzazione, valutazione, sistematica e continuativa, di informazioni su tutti i casi di neoplasia che insorgono nella popolazione residente nell'area coperta dal Registro per la misurazione dell'incidenza (nuovi casi), prevalenza (casi presenti), sopravvivenza alla patologia neoplastica; - l'osservazione delle variazioni nel tempo di tali indicatori (andamenti temporali) e delle variazioni in aree geografiche (confronti spaziali); - l'utilizzo dei risultati a scopo di programmazione sanitaria e di ricerca, in collaborazione con altri Registri ed Istituzioni Epidemiologiche regionali, nazionali ed internazionali. La presenza di un Registro Tumori di Popolazione permette inoltre una serie di attività quali: <ul style="list-style-type: none"> - il dimensionamento del fenomeno neoplastico, attraverso la stima dell'incidenza per sede, per sesso, per età e per altre caratteristiche della popolazione; - la formulazione di ipotesi circa le cause ed i fattori di rischio cancerogeno e la loro relativa valutazione, anche attraverso la realizzazione di studi epidemiologici ad hoc; - l'identificazione ed il monitoraggio della salute di gruppi di popolazione a rischio di patologia neoplastica, - la programmazione e valutazione dell'efficacia e dell'efficienza del sistema della prevenzione (primaria e secondaria – screening –) e di quello delle cure attraverso lo studio, rispettivamente, dell'incidenza e della sopravvivenza; - la programmazione e valutazione dei costi.
Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo): <ul style="list-style-type: none"> - Ricognizione dello stato attuale dei flussi informativi di mortalità nel territorio regionale; - Definizione delle procedure per l'alimentazione del flusso dei dati di mortalità - Controllo e analisi della qualità dei dati per cause di decesso sul territorio marchigiano - Valutazione dei dati di prevalenza e di incidenza delle cause di morte a fini epidemiologici - Integrazione dei dati di morte con i flussi informativi sanitari correnti
Target (risultato atteso) da raggiungere: Accreditamento all'AIRTUM
Misurazione dei risultati (indicatori): Produzione e pubblicazione annuale dei dati del Registro Tumori della Regione Marche

AREE DI INTERESSE REGIONALE

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

Aree di intervento: Prevenzione, Emergenza urgenza
Obiettivo strategico di riferimento: la qualità e l'appropriatezza dei servizi e dei trattamenti, l'accessibilità e la prossimità
Obiettivo specifico: Sviluppo ed integrazione del modello di intervento per le grandi emergenze da parte del SSR al fine di garantire una gestione efficace dell'intervento sanitario rivolto alla cittadinanza in occasione delle grandi emergenze.
Definizione / descrizione: L'esperienza maturata in ambito regionale negli ultimi anni e comunque almeno dal 2004, anche a seguito della gestione di eventi emergenziali (es. sisma 2016) ed il lavoro svolto a livello nazionale che ha dato luogo a Direttive specifiche sull'argomento, ha evidenziato la necessità di emanare da parte di A.S.U.R. le "Linee Guida per la gestione delle grandi emergenze sanitarie". Con la presente scheda si vuole da una parte integrare all'interno del documento sopra citato le aziende ospedaliere regionali e dall'altra sviluppare e mettere in atto le attività formative legate a tali procedure, oltreché aumentare la consapevolezza a livello territoriale (anche attraverso esercitazioni specifiche) al fine di consolidare e rafforzare la capacità di risposta alle grandi emergenze e catastrofi da parte di tutte le componenti che afferiscono al SSR. In particolare deve essere messa a sistema e consolidata la rete dell'interfaccia strategico – operativa tra la pianificazione intraospedaliera di emergenza (PEIMAF) e le strutture deputate al primo intervento territoriale in caso di emergenza, quindi le Centrali 118 coordinate dalla Centrale Regionale.
Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo): Condivisione e divulgazione delle procedure anche attraverso attività formativa ed esercitativa (anche attraverso il coinvolgimento dei cittadini) tra tutte le aziende del SSR coinvolte nella gestione emergenziale. Al fine di consolidare e formalizzare i contenuti del modello di intervento sopra citato, è necessario introdurre i contenuti dello stesso nell'ambito di revisione della L.R. 36/98. Data la peculiarità degli scenari delle grandi emergenze (tipologia, scenario, territorialità, ecc..) sarà necessario produrre procedure condivise tra tutti i soggetti regionali afferenti al Sistema Sanitario Regionale. Prevedere, sulla base di quanto emerso in fase di definizione dei protocolli e delle procedure, e, ove necessario, adeguamenti organizzativi, tecnici, logistici (dei singoli stabilimenti/presidi ospedalieri unici) per far fronte a situazioni emergenziali. Aumento della capacità di risposta sanitaria all'evento (capacità di soccorso sul territorio, capacità trasporto sanitario, capacità trattamento intra ed extra ospedaliero) Progettazione di una piattaforma univoca a livello regionale <i>web based</i> dalla quale ottenere in tempo reale l'evoluzione sulla disponibilità operativa (es. capacità ricettiva pazienti...) delle strutture ospedaliere collegata al sistema di gestione delle reti di emergenza territoriale per la risposta alle grandi emergenze. Prevedere appositi percorsi formativi finalizzati alla formazione di tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione emergenziale. La formazione dovrà essere erogata a tutti i livelli coinvolti (personale medico ospedaliero, di distretto, personale infermieristico ospedaliero e di distretto, personale tecnico, ecc.).
Target (risultato atteso) da raggiungere: - realizzazione del modello: entro il 31-12-2019.
Misurazione dei risultati (indicatori): - Realizzazione di un modello "a rete" di intervento

50. Lo sviluppo delle Aree Interne

<p>Obiettivo strategico di riferimento: Accessibilità e prossimità</p>
<p>Obiettivo specifico: Valorizzazione dei territori della regione che, per ragioni geografiche o territoriali, risultano marginali o svantaggiati rispetto ad altri per la carenza di servizi e interventi in favore della salute, con particolare attenzione alle aree colpite dal sisma.</p>
<p>Definizione / descrizione: Inserire la Strategia Nazionale per le Aree Interne (SNAI), per lo sviluppo dei territori svantaggiati, nel Piano Sanitario e Sociosanitario Regionale, evidenzia il valore strategico di questi territori e permette di sperimentare, in situazioni di difficoltà, modalità risposta flessibili e azioni innovative in ambiti strategici della salute, in grado di essere estese a tutto il territorio regionale. La SNAI nelle Marche coinvolge l'Area interna basso Pesarese e Anconetano, che ha già firmato l'Accordo di Programma Quadro (APQ) ed è entrata nella fase operativa, e altre due aree interne (maceratese e picena) che sono nella fase della progettazione territoriale. Per migliorare la quantità e qualità dei "servizi di cittadinanza" nell'area della salute, l'Area interna basso Pesarese e Anconetano ha previsto una serie di interventi, che saranno realizzati dall'ASUR e dagli Ambiti Territoriali Sociali interessati, radicati negli Obiettivi e nelle Diretrici di sviluppo alla base del Piano Sanitario e Sociosanitario Regionale.</p>
<p>Azioni da avviare (per direttrice trasversale di sviluppo):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Messa a regime dei quattro interventi dell'area "salute" previsti dall'Accordo di Programma Quadro (APQ) dell'Area interna basso Pesarese e Anconetano: <ul style="list-style-type: none"> o Telemedicina (<i>innovazione e info-telematica</i>); o Gestione delle cronicità (<i>qualificazione scientifica e professionale</i>); o Piattaforma per nuovo Punto Unico di Accesso per Salute e Welfare (<i>integrazione organizzativa</i>); o Rete delle strutture residenziali e semiresidenziali (<i>integrazione organizzativa</i>); - Raccordo con gli indirizzi della programmazione regionale per la salute delle progettazioni locali in corso di definizione negli altri due territori marchigiani ricompresi nella Strategia Nazionale per le Aree Interne.
<p>Target (risultato atteso) da raggiungere: Riequilibrio di servizi e interventi in favore della salute nei territori dell'Area interna basso Pesarese e Anconetano. Completamento della progettazione territoriale negli altri due territori marchigiani ricompresi nella Strategia Nazionale per le Aree Interne, Alto Maceratese e Piceno, che per ampia parte rientrano nel cratere del sisma 2016.</p>
<p>Misurazione dei risultati (indicatori) Per l'Area interna basso Pesarese e Anconetano gli indicatori previsti dal protocollo di rendicontazione della strategia per le aree interne. Firma dell'Accordo di Programma Quadro (APQ) negli altri due territori marchigiani ricompresi nella Strategia Nazionale per le Aree Interne.</p>

APPENDICE 2: IL SSR IN SINTESI

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

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

PERSONALE

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

OFFERTA DI SERVIZI

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

PREVENZIONE COLLETTIVA

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

ASSISTENZA DISTRETTUALE

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

ASSISTENZA SPECIALISTICA

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

ASSISTENZA OSPEDALIERA

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

APPENDICE 3: I CONTRIBUTI AL PSSR

Nella logica della partecipazione e della condivisione, in fase di predisposizione del presente Piano è stata condotta la fase di ascolto e interlocuzione con i diversi stakeholder presenti sul territorio regionale. Nel corso degli incontri e attraverso la scheda messa a disposizione sul sito web dell'ARS, sono quindi pervenuti suggerimenti, osservazioni e indicazioni in merito agli argomenti da inserire e da trattare nel PSSR. Di seguito viene fornito l'elenco degli Enti i cui rappresentanti hanno fornito il loro prezioso contributo, a cui viene rivolto un sentito ringraziamento.

La responsabilità dell'elaborazione dei contenuti del Piano, relativamente al recepimento dei contributi forniti e la traduzione in indirizzi e azioni, è in ogni caso da attribuire esclusivamente agli Uffici regionali competenti.

Hanno inviato un contributo scritto:

AAROI-EMAC Marche (Associazione Anestesisti Rianimatori Ospedalieri Italiani – Emergenza Area Critica)
 ACP (Associazione Culturale Pediatri) Marche
 ADOI (Associazione Dermatologi Ospedalieri Italiani).
 AMCLI (Associazione Microbiologi Clinici Italiani)
 ANDID (Associazione Nazionale Dietisti)
 ANFFAS (Associazione Nazionale Famiglie di Persone con Disabilità Intellettiva e/o Relazionale)
 Associazione Paraplegici delle Marche
 ASUR AV3 Dipartimento Materno Infantile
 ASUR AV1 Distretto di Fano
 Card Marche (Confederazione Associazioni Regionali di Distretto)
 Centro trombosi accreditato FCSA (AOUR Ancona)
 Circolo Partito Democratico di Pergola
 Cittadinanzattiva delle Marche / TDM
 Comitato di partecipazione INRCA
 Comitato per la Salute Pubblica
 Commissione Pari Opportunità Regione Marche (CPO Regione Marche)
 Comune di Fabriano
 Comune di Fossombrone
 Comune di Sassoferrato
 Comune di Sefro
 Conferenza dei Sindaci Area Vasta 1
 Conferenza dei Sindaci Area Vasta 2
 Conferenza dei Sindaci Area Vasta 4
 Conferenza dei Sindaci Area Vasta 5
 Fe.Re.DI c/o Comitato Regionale per lo Sport
 Federfarma Marche
 FIMMG Federazione Italiana Medici di Medicina Generale
 FIMP Marche (Federazione Italiana Medici Pediatri)
 FVM Marche (Federazione Medici e Veterinari)
 Garante dei diritti delle Marche
 MSD Italia S.r.l.
 OPI (Ordine Professioni Infermieristiche)
 Ordine degli Psicologi Marche
 Rappresentante Associazione Maggioremente Rappresentativa (RAMR) AITN nell'Ordine TSRM-PSTRP
 SICCR (Società Italiana di Chirurgia ColoRettale)
 SIEOG (Società Italiana di Ecografia Ostetrico Ginecologica)
 SIFO (Società Italiana di Farmacia Ospedaliera e dei Servizi farmaceutici delle Aziende Sanitarie)

SIMFER Marche (Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitazione)
SIMI (Società Italiana di Medicina Interna)
SINPE (Società Italiana di Nutrizione Artificiale e Metabolismo)
SIRM Marche (Società italiana di Radiologia medica e Interventistica)
SMI Marche (Sindacato Medici Italiani)
Unione Montana dei Monti Azzurri
Università Politecnica delle Marche - Dipartimento di Scienze Economiche e Sociali (DiSES)

Hanno partecipato agli incontri di ascolto:

ADI Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica
AIDI Associazione Igienisti Dentali Italiani
AIDM Associazione Italiana Donne Medico
AIFI Associazione Italiana Fisioterapisti
AIGO Associazione Italiana Gastroenterologi e Endoscopisti Digestivi Ospedalieri
AIOP Associazione Italiana Ospedalità Privata
AIOrAO Associazione Italiana Ortottisti Assistenti in Oftalmologia
AIRO Associazione Italiana di Radioterapia Oncologica
AITN Associazione Italiana Tecnici Neurofisiopatologia
AITO Associazione Italiana dei Terapisti Occupazionali
AlaMMU Sezione interregionale della Società Italiana di Nefrologia
AMD Associazione Medici Diabetologi
AMPI Associazione Mercurio Podologi Internazionale
ANAAO Assomed Associazione Medici dirigenti
ANEP Associazione Nazionale Educatori Professionali
ANPIS Associazione Nazionale Polisportive Dilettantistiche per l'Integrazione Sociale
ANTEL Associazione Italiana Tecnici Sanitari di Laboratorio Biomedico
ARIS Associazione Religiosa Istituti Socio-Sanitari
ASNAS Associazione Nazionale Assistenti Sanitari
Associazione A.L.P.Ha
Associazione Antropos
Associazione Comunità Papa Giovanni XXIII
Associazione Serenamente
Assofarm
CGIL FP
CIDA Confederazione Italiana Dirigenti e Alte Professionalità
CIMO Confederazione Italiana Medici Ospedalieri
CIPe Confederazione Italiana Pediatri
CISL FP
Comitato di partecipazione AOU Ancona
Comitato di partecipazione AV1
Comitato di partecipazione AV4
Comitato di partecipazione AV5
Comitato di partecipazione INRCA
Cooperativa Sociale PARS Onlus
Coordinamento Marchigiano Salute Mentale
COSMED Confederazione Sindacale Medici e Dirigenti
CRPO
ENS Ente Nazionale Sordomuti
FCSA Federazione Centri per la diagnosi delle trombosi e la Sorveglianza delle terapie Antitrombotiche
Federsolidarietà
FLI Federazione Logopedisti Italiani
Grimani Buttari

Istituto Preziosissimo Sangue
Lega COOP marche
Libera.Mente Onlus
NURSIND Sindacato delle Professioni Infermieristiche
Opera Pia Arpili
Opera Pia Mastai Ferretti
Ordine degli Assistenti sociali
Ordine dei Farmacisti
Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri
Ordine dei Medici Veterinari
Ordine dei TSRM e PSTRP
Ordine delle Ostetriche
Ordine delle Professioni Infermieristiche
Psiche 2000 Onlus
SID Società Italiana di Diabetologia
SIDeMaST Società Italiana di Dermatologia e delle Malattie sessualmente trasmesse
SIED Società Italiana Endoscopia Digestiva
SIGG Società Italiana di Gerontologia e Geriatria
SISSET Società Italiana Studio Emostasi e Trombosi
SITI Società Italiana Igiene Medicina Preventiva e Sanità Pubblica
SNAMI Sindacato Nazionale Autonomo Medici Italiani
SUMAI Sindacato Unico Medicina Ambulatoriale Italiana e Professionalità dell'Area Sanitaria
UIL FP
Università di Camerino
Università di Macerata
Università di Urbino
Università Politecnica delle Marche
Università Politecnica delle Marche - Dipartimento di Ingegneria dell'informazione
UNPISI Tecnici della prevenzione nell'ambiente e luoghi e lavoro
UPUPA