

**REGIONE MARCHE
GIUNTA REGIONALE**

UN'ALLEANZA PER LA SALUTE

**Un Welfare Marchigiano universale,
equo, solidale e di qualità
*PSR 2003-2005***

Ancona, 17 dicembre 2002

INDICE

1. Un'Alleanza per la salute	pag	1
1.1. I principi	pag	1
1.2. Dalla Sanità alla Salute	pag	2
1.2.1. Le criticità per la salute	pag	3
1.2.2. La promozione della salute	pag	8
1.2.3. <i>I macrobiettivi per la Salute</i>	pag	10
1.3. Una Sanità che guarda all'Europa	pag	11
1.3.1. Le realizzazioni effettuate	pag	12
1.3.2. I problemi aperti	pag	15
1.3.3. <i>I macrobiettivi per la Sanità</i>	pag	18
1.4. Le Istituzioni e il welfare nelle Marche	pag	19
1.5. L'alleanza per la Salute	pag	24
1.5.1. La condivisione delle scelte e delle azioni	pag	26
1.5.2. La consapevolezza del vincolo economico	pag	29
2. Dalla Sanità alla Salute	pag	31
2.1. SVILUPPARE UNA POLITICA DI PROMOZIONE DELLA SALUTE (Macrobiiettivo 1)		
2.1.1. I piani comunitari di salute	pag	31
2.1.2. Obiettivi specifici di salute		
2.1.2.1. Un sistema di tutela dell'infanzia, dei giovani, della donna, degli anziani	pag	33
2.1.2.2. La sicurezza come elemento di qualità della vita	pag	35
2.1.2.3. Il miglioramento della qualità ambientale come determinante di salute	pag	40
2.1.3. Obiettivi – azioni – soggetti – risorse – indicatori	pag	41
2.2. TUTELARE I SOGGETTI FRAGILI (Macrobiiettivo 2)	pag	50
2.2.1. Salute mentale	pag	50
2.2.2. Esclusione sociale	pag	52
2.2.3. Persone disabili	pag	53
2.2.4. Dipendenze patologiche	pag	55
2.2.5. <i>Obiettivi – azioni – soggetti – risorse – indicatori</i>	pag	62
3. Una Sanità che guarda all'Europa	pag	68
3.1. RIORIENTARE IL SISTEMA DELL'OFFERTA (Macrobiiettivo 3)	pag	68
3.1.1. Un sistema di servizi territoriali integrati e orientati ai processi assistenziali centrati sulla persona	pag	69
3.1.2. Una rete di servizi di prevenzione orientati alla identificazione e controllo dei rischi ed alla promozione della salute	pag	74
3.1.3. Una rete integrata di medici di medicina generale e di pediatri di libera scelta al servizio dell'individuo e della comunità	pag	77
3.1.4. Un'assistenza domiciliare diffusa ed efficace	pag	79
3.1.5. Un'assistenza specialistica di qualità	pag	81
3.1.5.1. Il modello dell'assistenza specialistica ambulatoriale	pag	81
3.1.5.2. Il ruolo del medico specialista	pag	81

3.1.6. Un sistema residenziale della post acuzie polivalente e ad alta umanizzazione	pag	82
3.1.6.1. La lungodegenza post-acuzie	pag	83
3.1.6.2. La Riabilitazione	pag	84
3.1.6.3. Il sistema residenziale	pag	86
3.1.7. Una rete ospedaliera integrata, flessibile e di eccellenza	pag	93
3.1.7.1. Le criticità dell'offerta ospedaliera	pag	93
3.1.7.2. Le linee direttrici della riqualificazione della rete ospedaliera	pag	94
3.1.7.3. IL quadro di riferimento della programmazione ospedaliera	pag	100
3.1.8. Obiettivi – azioni – soggetti – risorse – indicatori	pag	104
3.2. QUALIFICARE IL SISTEMA DELL'OFFERTA (Macroobiettivo 4)	pag	110
3.2.1. La trasparenza nei confronti dei cittadini e dei pazienti	pag	111
3.2.2. Le buone pratiche professionali e la promozione dei professionisti	pag	111
3.2.2.1. La ricerca clinica	pag	112
3.2.2.2. La valutazione delle tecnologie sanitarie e la medicina basata sulle prove di efficacia	pag	112
3.2.2.3. I profili di assistenza	pag	113
3.2.2.4. L'audit clinico	pag	114
3.2.2.5. La formazione permanente degli operatori	pag	114
3.2.2.6. Un sistema informativo per la salute e per la gestione dei servizi	pag	118
3.2.3. Le buone pratiche organizzative		
3.2.3.1. Promuovere un management innovativo	pag	121
3.2.3.2. Lo sviluppo dei sistemi qualità e di accreditamento	pag	123
3.2.3.2. Consolidare il sistema di budgeting	pag	125
3.2.4. Una sanità sicura	pag	126
3.2.4.1. La gestione del rischio (risk management)	pag	126
3.2.4.2. Una politica per l'uso appropriato e sicuro dei farmaci	pag	127
3.2.5. Obiettivi – azioni – soggetti – risorse – indicatori	pag	129
Allegato : Schemi dei Progetto Obiettivo: Riabilitazione e Lungodegenza, Materno Infantile; Salute Mentale	pag	138

1. Un'Alleanza per la salute

E' sempre più evidente come, nelle società moderne, l'organizzazione sociale, il sistema economico – produttivo, l'assetto del territorio abbiano un profondo impatto sulla salute, dato che essi influiscono sulle condizioni di vita, sulla distribuzione dei rischi, sulla distribuzione delle risorse, sulla tipologia dell'offerta.

In questa direzione l'oggetto Salute non è e non può costituire una prerogativa esclusiva del sistema sanitario, dato che nei confronti di questo processo dinamico, individuale e sociale allo stesso tempo, su cui convergono un'infinità di variabili e determinanti, gli effetti reali degli interventi sanitari, anche al massimo della loro appropriatezza, congruenza ed efficienza sono in ogni caso parziali. In altre parole, cioè, le istituzioni sanitarie di per sé hanno raggi di azione abbastanza limitati, visto il valore delle ricadute degli scenari sociali, economici e politici sul rapporto salute/malattia (oltre che sugli assetti, orientamenti, azioni e risultati dello stesso sistema sanitario). Tutto ciò impone lo spostamento su un versante più ampio che includa l'abbandono della esclusiva specificità sanitaria sul fenomeno Salute e inquadri la Sanità del 2000 nell'ambito più ampio del sistema di **welfare** (ovvero del sistema di garanzie che consente il massimo benessere sociale e sanitario alla popolazione nei limiti delle risorse disponibili) che pone al centro la **QUALITA'** complessiva **DELLA VITA** come obiettivo da perseguire con sistemi a rete in grado di sostenere, accompagnare, promuovere le dinamiche di autosviluppo dell'individuo, della famiglia e delle comunità locali.

1.1. I principi

I principi e le scelte di fondo si rifanno, attualizzandoli, a quelli che sono stati alla base del II Piano Sanitario Regionale.

Principio fondante delle future azioni è quello della **salute** come **diritto da promuovere e tutelare** e non bene da negoziare.

Ne deriva un approccio alla salute che ha come requisiti costitutivi e scelte di fondo dell'azione di governo regionale:

- l'**universalismo e l'equità** (pari opportunità di accesso e fruizione dei servizi sanitari da parte dei cittadini) come principi fondanti del nostro sistema sanitario;
- la **solidarietà** come valore espresso dalla storia della Regione Marche;
- la **sussidiarietà** come "principio direttore" per le politiche regionali regionali, sia per l'organizzazione e il funzionamento dei servizi della pubblica amministrazione sia per ispirare i nuovi orizzonti delle politiche sociali del nostro Paese;
- la **programmazione come processo** capace di coinvolgere una **pluralità di soggetti**, di far fronte alle modificate aspettative dei cittadini, alle loro nuove esigenze e ai loro nuovi bisogni, garantendo soprattutto servizi differenziati ad alto contenuto professionale e fortemente personalizzati;

- la **centralità del territorio** (comunità – distretto – dipartimento di prevenzione - medico di medicina generale) nello sviluppo di una politica di **promozione della salute**, che veda coinvolta nelle scelte di fondo tutta la comunità;
- la promozione della **cooperazione** (non concorrenzialità) tra soggetti erogatori per garantire l'integrazione e l'appropriatezza d'uso dei diversi regimi/livelli assistenziali;
- la **globalità** delle prestazioni riletta alla luce dell'**appropriatezza** (fare le prestazioni giuste ed accettabili dal paziente, al momento giusto, nel luogo giusto, al giusto costo) per garantire qualità e compatibilità economica, sviluppando la competenza degli operatori a tutti i livelli del sistema;
- la **centralità del cittadino** come protagonista e principale fruitore dei percorsi assistenziali;
- l'**integrazione interdisciplinare, interprofessionale e intersettoriale** come strategia operativa di fondo per il governo e la gestione della complessità dei fenomeni sanitari a partire dall'**integrazione socio-sanitaria**;
- la **distinzione dei ruoli e delle funzioni di governo e di gestione**: alla Regione il governo della sanità, alle aziende la gestione della sanità, alle reti dei servizi il governo e la gestione clinica, agli enti locali il governo e la gestione della salute;
- l'**uso razionale** (e non il razionamento) **delle risorse**, risorse viste come possibilità e opportunità per lo sviluppo futuro, da trovare prioritariamente all'interno del sistema sanitario.

1.2. Dalla Sanità alla Salute

Come affermato nel 1998 dalla Dichiarazione della Sanità Mondiale, e come ribadito nel documento Health 21 della Regione Europea dell'OMS, *“ godere di un buono stato di salute costituisce uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano. La buona salute è la precondizione per il benessere e la qualità della vita. È il riferimento per misurare la riduzione della povertà, la promozione della coesione sociale e l'eliminazione della discriminazione. La buona salute è fondamentale per una crescita economica sostenibile. L'investimento in salute attraverso un approccio intersettoriale non solo offre nuove risorse per la salute, ma anche ulteriori tipi di benefici importanti, contribuendo nel lungo periodo allo sviluppo sociale ed economico complessivo”*.

La regione Marche, come tutte le aree a sviluppo maturo, è interessata da fenomeni che obbligano a ridisegnare, in tempi medi, una politica per la salute innovativa e più capace di rispondere a nuovi bisogni e tendenze. Infatti il sistema sanitario ha già ampiamente sviluppato le sue potenzialità contribuendo all'aumento complessivo dell' attesa di vita. I macro indicatori dello stato di salute della popolazione (es: mortalità generale, mortalità infantile, anni di vita persi, ecc..) collocano le Marche al livello delle regioni italiane più avanzate.

Tuttavia permangono consistenti differenziali di salute nella popolazione legati da una parte ad una non equa accessibilità e fruibilità dei servizi e dall'altra, e in misura preponderante, a determinanti che non attengono strettamente all'organizzazione sanitaria quali la cultura, intesa in senso lato (conoscenza/informazione), le condizioni socio-economiche (fattori che a loro volta influenzano pesantemente gli stili e le opportunità di vita), l'ambiente inteso come ecosistema.

1.2.1. Le criticità per la salute

Le principali aree di criticità per la salute sono in larga misura concentrate nelle fasce dei soggetti socialmente "fragili" e in alcune specifiche fasce di popolazione.

Salute mentale

I disturbi psichiatrici costituiscono, nel loro insieme, uno dei più diffusi rischi di malattia. L'OMS, infatti, stima che ne soffra circa il 25% dell'intera popolazione dei paesi sviluppati. La valutazione della frequenza dei disturbi psichici rappresenta uno degli obiettivi da raggiungere per colmare una mancanza di dati sistematici. Non esistono dunque dati validati per tutto il paese. Uno studio condotto nel 1998 a Sesto Fiorentino su un campione rappresentativo di 2.366 persone ha dimostrato che il 21,2% delle persone esaminate ha sofferto, nel corso della vita, di un disturbo mentale significativo. Tali percentuali sono in linea con quelle emerse in altre ricerche condotte a livello internazionale, con una metodologia simile (Min Sanità, relazione sullo stato di salute del paese, anno 2000).

Pur in presenza di una carenza di studi epidemiologici nazionale e regionale sui disturbi psichiatrici si può affermare che la psichiatria si occupa di persone, di patologie e di esigenze molto diverse: disturbi d'ansia, disturbi dell'umore, di personalità, dell'adattamento, disturbi psicogeriatrici dell'infanzia e dell'adolescenza, disturbi del comportamento alimentare, disturbi psichiatrici secondari, ecc..

I determinanti delle malattie psichiatriche e delle loro conseguenze in termini di disabilità e di esclusione sociale sono legati a fattori ambientali, sociali e comportamentali.

Va segnalato che in Italia il quadro epidemiologico dei disturbi psicotici è contrassegnato da due opposte tendenze demografiche: l'invecchiamento della popolazione e l'immigrazione. La disabilità dovuta a malattia psichiatrica e quella dovuta all'invecchiamento causano l'incremento di condizioni croniche stabilizzate che esprimono bisogni assistenziali, riabilitativi e residenziali.

L'immigrazione stessa rappresenta un forte rischio di disagio psichico a causa dello sradicamento sociale e delle difficoltà di integrazione.

Un'altra realtà critica da considerare sempre più attentamente, è rappresentata dal disagio psichico dell'area dell'infanzia e dell'adolescenza, disagio che se non individuato ed affrontato precocemente può condurre a gravi quadri psicopatologici: comportamenti antisociali, depressione, aumento dei suicidi, comportamenti tossicomani ecc.. In questo ambito è indispensabile approntare strategie di intervento per la prevenzione, il riconoscimento ed il trattamento precoce dei disturbi.

Esclusione sociale.

La salute è un fattore determinante della crescita economica e dello sviluppo, mentre la malattia è al tempo stesso una causa ed un effetto della povertà. Oltre ad avere gravi conseguenze sul benessere sociale, i problemi sanitari riducono le risorse umane produttive e l'elevato costo delle malattie limita le risorse che le regioni possono dedicare alla sanità.

Pertanto la partecipazione del SSR alla lotta alla povertà ed emarginazione sociale è un elemento chiave per il raggiungimento degli obiettivi di salute.

Nell'ultimo decennio si sono accumulate numerose evidenze epidemiologiche che i poveri, le persone meno istruite, quelle appartenenti alle classi socio-economiche più basse, si ammalano di più e muoiono prima. I determinanti della povertà non sono da intendersi esclusivamente di tipo economico, ma anche di tipo culturale (bassa/assente scolarizzazione), relazionale e sociale ("inconsistenza di status"). Nella categoria delle persone "povere" e "di bassa classe sociale", destinate quindi ad ammalarsi di più e a morire di più, sono gli immigrati che provengono dai paesi poveri.

L'andamento nel tempo delle "disuguaglianze di salute" è molto preoccupante in quanto il divario di salute ed aspettativa di vita tra ricchi e poveri è in aumento, anche nei paesi occidentali.

Come si generano le disuguaglianze nella salute? Perché e in che modo vi sono diseguità tali da portare coloro che appartengono a classi socio-economiche più basse ad una maggiore suscettibilità ad ammalarsi e ad avere un'aspettativa di vita minore?

Le differenze di esito sanitario sono riconducibili ad un insieme di cause: contesto socio-politico, differenze genetiche, differente esposizione a fattori di rischio, stili di vita insalubri, e, per quanto riguarda l'assistenza sanitaria, difficoltà nell'accesso ai servizi sanitari e peggiore qualità delle cure ricevute. A questo proposito, si sa che una persona colta riesce ad utilizzare meglio i servizi sanitari, sa dialogare meglio con il medico, e se è benestante, può rivolgersi a specialisti prestigiosi, pagando e in tempi più brevi. Tra le persone di più basso livello socio-economico la differente percezione del proprio stato di salute può ritardare il ricorso alle cure, c'è una minore propensione ad usare test di screening, ci sono disuguaglianze nell'accesso ai servizi ed è stata rilevata una minore appropriatezza delle cure che vengono somministrate.

Immigrati ed esclusione sociale

La popolazione straniera non comunitaria, proveniente dai paesi in via di sviluppo nella regione Marche, rappresenta, al 31.12.2000, il 2,6% della popolazione residente (37.599 persone), con un trend in costante aumento. Le comunità più numerose sono quelle provenienti dal Magreb (25%), Europa e dall'Albania (19%) e dalla Ex-Jugoslavia (17%). Nel complesso gli stranieri non comunitari provenienti dall'Europa costituiscono il 51% del totale, in continuo incremento nel corso degli anni (41% nel 1997), soprattutto per quanto riguarda la ex-Jugoslavia (9% nel 1997).

In Italia, benché le politiche sanitarie siano orientate verso la comunità e pongono attenzione allo stato sociale, benché il diritto alla salute sia un principio costituzionalmente garantito per tutti ed il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 ha inteso avviare pratiche di realizzazione di questo diritto per tutti, particolarmente per le fasce deboli, e tra queste gli immigrati, vi è ancora molta strada da fare per tutelare realmente la salute degli immigrati.

La migrazione di per sé, anche quando avviene nel migliore dei modi, rappresenta un fattore di rischio per la salute che può essere mitigato solamente da efficaci sistemi di accoglienza e di valorizzazione della cultura di appartenenza dell'immigrato nel paese ospite. Se non si implementano veri percorsi di cittadinanza gli immigrati vengono a trovarsi in una condizione di marginalità sociale e di "deprivazione" che ne determina rapidamente la perdita della salute (relazione sullo stato sanitario del paese, anno 2000), come dimostrato anche per la popolazione immigrata della regione Marche (report osservatorio Epidemiologico sulle Disuguaglianze, REM/ARS). La popolazione immigrata, insomma, rientra nella categoria delle persone "povere" e "di bassa classe socio-economica", destinate quindi ad ammalarsi di più e a morire di più.

I principali problemi di salute degli immigrati sono infatti quelli derivanti da condizioni di povertà ed emarginazione sociale (patologia gastroenterica non infettiva, ulcera duodenale, gastrite, esofagite da ricondursi alla cattiva alimentazione e allo stress, patologia osteoarticolare, nonostante la giovane età, quasi esclusivamente di origine traumatica, evidenziando la mancata tutela della salute negli ambienti di lavoro, patologie da raffreddamento e infettive legate alle pessime condizioni abitative ed il "disagio psichico", problematiche relative alla salute femminile - condizioni svantaggiate della gravidanza, elevato tasso di interruzione di gravidanze, scarso allattamento e problemi nel puerperio).

Una questione cruciale per lo stato di salute dell'immigrato è rappresentata dal grado di accessibilità e fruibilità dei servizi sanitari, la prima dipendendo prevalentemente dalla normativa, la seconda dalla capacità "culturale" dei servizi di adeguare le risposte ad utenti differenti.

Pur essendo stato definito in maniera inequivocabile il diritto all'assistenza sanitaria sia per gli immigrati iscritti al SSN che per coloro in condizioni di irregolarità, (la legge 40/98¹ e le successive deliberazioni), tuttavia a tutt'oggi esistono delle evidenti discriminazioni nell'accesso ai servizi (vedi Indagine Osservatorio Epidemiologico sulle Disuguaglianze, REM/ARS 2000), per la mancanza di adeguamento da parte delle aziende sanitarie alla normativa vigente, per la mancanza di azioni da parte delle organizzazioni sanitarie per facilitare l'uso dei servizi con conseguente difficoltà ad adeguarsi alle caratteristiche dell'utenza e, infine, per la assenza di informazione e di politiche di promozione della salute specificamente rivolte agli immigrati, come dimostrato dal basso numero di iscrizioni al SSN da parte degli aventi diritto (CNEL, 1998) e dall'elevato ricorso al Pronto Soccorso (REM/ARS 2002).

Questi dati ci segnalano che occorre orientare l'attenzione:

- ai percorsi di integrazione e di cittadinanza per aggredire le condizioni di marginalità socio-economica alla base dei problemi di salute degli immigrati
- al miglioramento dell'accesso ai servizi sanitari e alla fruizione dei servizi stessi
- alla implementazione di strategie efficaci di promozione della salute e di offerta attiva degli interventi sanitari

Questo significa non solo lavoro, abitazione adeguata, scolarizzazione ecc. ma anche servizi realmente accessibili e fruibili da parte della popolazione immigrata, significa che occorre implementare azioni di "discriminazione positiva" per offrire reali condizioni di pari opportunità.

¹ L. 40, 6 marzo 1998, N. 40, G.U. N. 59, marzo 1998

Comunità zingare

Il mondo degli zingari è conosciuto attraverso stereotipi e pregiudizi; in generale c'è una notevole ignoranza anche tra le istituzioni e relativi operatori. La povertà, la frammentazione e la riformulazione della loro cultura millenaria nella cultura/subcultura dei "campi", il contesto di separazione, la devianza in risposta all'emarginazione, la provenienza da paesi stranieri, hanno minato le condizioni di vita e di salute di questo gruppo di popolazione.

In Italia le presenze stimate nel 1998 erano 110.000 (0,7% della popolazione) di cui il 63% cittadini italiani ed il resto stranieri. Nella regione Marche si registra la presenza di diversi gruppi Rom: Rom abruzzesi di nazionalità italiana, stanziali, Rom Dassikhne, di origine serba, stanziali, Rom Khorakhanè, di origine bosniaca costretti al nomadismo forzato (campi abusivi). La stima delle presenze va da 6.000-10.000 presenze all'anno. L'integrazione sociale, specie per i Rom Khorakhanè, è inesistente. Spesso sono "clandestini" e quindi costretti alla disoccupazione; la loro tradizione artigianale sta completamente disgregandosi. Tra gli adulti è molto diffuso l'alcoolismo, mentre tra i bambini l'evasione scolastica è elevatissima. L'aspettativa di vita per i Rom Khorakhanè è nettamente inferiore a quella degli italiani. I problemi di salute più frequentemente rilevati sono relativi alla mancanza di profilassi, patologie da freddo, traumi per incidenti domestici e stradali.

Prostituzione e sfruttamento

La tratta a scopo sessuale rappresenta la forma più grave di commercio di esseri umani in quanto il disvalore connesso allo sfruttamento del corpo risulta particolarmente evidente. Vanno inoltre diffondendosi altre forme di sfruttamento quale il lavoro para-schiavistico. Il fenomeno riguarda in particolare donne e minori stranieri, vittime di violenza e sfruttamento ad opera di organizzazioni criminali che ne gestiscono il traffico e la prostituzione forzata. Nella regione Marche il monitoraggio ad opera delle Unità di strada ha stimato nell'anno 2001 che il numero delle persone coinvolte è nel range di 160-240, con provenienza dall'Albania (26%), dalla Nigeria (25%), Est-Europa (17%), Ex-URSS (11%). I travestiti e transessuali (italiani o sudamericani) rappresentano il 4% di tale popolazione. Non si dispone di dati sulla prostituzione minorile che si connota come una vera e propria tratta dei minori. I dati sono in difetto perché non registrano la prostituzione in appartamento, fenomeno in crescita anche tra le donne straniere. La vita di strada, l'elevato numero di clienti e di rapporti, l'uso inappropriato di farmaci (psicofarmaci, droghe, ecc), i rapporti non protetti, la cattiva alimentazione, il difficile accesso ai servizi, la bassa condizione socioeconomica sono i determinanti della malattia in questo gruppo di persone (malattie veneree, MST, epatite B e C, AIDS, malattie infettive).

Detenuti

Nella regione Marche ci sono 6 case circondariali e 2 case di reclusione con un totale di 742 detenuti (stima al 15.6.02). Mancano dati organici nazionali e regionali sullo stato di salute e sulle malattie contratte dai detenuti.

Una larga parte dei soggetti detenuti appartengono alle classi sociali più svantaggiate o sono immigrati e, in generale, conducono uno stile di vita, con scarsa attenzione all'igiene e alle misure preventive con comparsa di malattie tipo TBC, AIDS, denutrizione/malnutrizione ecc. Un sottogruppo molto rappresentato sono i tossicodipendenti per lo più eroinomani che assumono sostanze per via endovenosa. La privazione di libertà che comporta di fatto la perdita dei diritti di cittadinanza, la convivenza coatta, l'inattività, la distanza dagli affetti aumentano il rischio di malattie e creano un forte disagio psicologico che può indurre sindromi psichiatriche e a gravi comportamenti autolesionisti. Tale situazione è aggravata dalla mancata presa in carico da parte del SSN, prevista dalle leggi nazionali, ma mai implementata.

Povertà

Otto milioni di italiani, circa il 14% della popolazione, vive in condizioni di povertà. Le famiglie povere (2.700.000) hanno speso, nel 2000, meno di 1.569.000 L al mese (Istat 200). La prevalenza della povertà è del 9,7% nell'Italia Centrale, del 5,7% nel Nord, con un trend in aumento e del 23,7% nel Sud.

La povertà, secondo l'Istat è pressante nelle famiglie numerose e/ con anziani a carico e per le persone sole con più di 65 anni. L'incidenza di povertà è del 22,8% se un componente della famiglia è in cerca di lavoro e sale al 41,1% se i componenti sono due (Istat 2001).

La condizione di povertà si associa ad una elevata esposizione a fattori di rischio per la salute, ad una maggiore incidenza di malattia e condizioni che richiedono interventi sanitari, quindi ad una bassa speranza di vita. Il rischio di morte, infatti, cresce in ragione inversa alle risorse sociali di cui gli individui dispongono. Queste differenze si osservano per quasi tutte le cause di morte, in modo particolare per quelle associate a stili di vita insalubri, malattie respiratorie, tumore al polmone, cirrosi epatica, a problemi di sicurezza (infortuni sul lavoro e incidenti stradali), al disagio sociale (suicidi, morti per overdose e AIDS), alla difficoltà di accesso all'assistenza sanitaria (morti evitabili perché curabili).

Disoccupazione

Per quanto riguarda i dati occupazionali, alla fine del 2001 si rileva un tasso di disoccupazione del 4,1% (Armal), con un trend in diminuzione rispetto all'anno precedente (4,9%); tuttavia secondo i dati della Confindustria Marche le dinamiche congiunturali internazionali e nazionali si riflettono sull'occupazione nella regione, causando una stagnazione dell'attività economica a causa del calo della domanda proveniente dall'estero. Occorre porre attenzione al fenomeno, non solo per l'evidente impatto sociale, ma anche per le ricadute sulla salute: in uno studio nella città di Torino, nel periodo 1991-95, la mortalità nei maschi tra 18-59 anni in cerca di nuova occupazione e in quelli in cerca di prima occupazione è risultato rispettivamente del 142% e 126% superiore all'analoga fascia di età di soggetti occupati.

Dipendenze patologiche

E' ampiamente condiviso sul piano culturale e scientifico che il fenomeno delle dipendenze patologiche, essendo una problematica multifattoriale, implica necessariamente un approccio multidisciplinare. La complessità dei bisogni di salute, nell'area dell'uso, abuso, dipendenza da droghe illegali e legali impongono la programmazione, l'offerta e la valutazione di una gamma articolata ed integrata di interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale e la definizione di scelte organizzative e funzionali centrate su presupposti culturali e scientifici.

Tali scelte organizzative non possono prescindere da una attenta valutazione dei processi attivati e dai risultati raggiunti e dal confronto tra i diversi soggetti che con competenze e professionalità diverse, del pubblico e del privato sociale, sono impegnate nella tutela del diritto di salute nell'area delle dipendenze. a var

L'utenza totale dei Sert marchigiani nell'anno 2001 è stata di 4.488 unità; i nuovi utenti sono stati 1226.

I bisogni socio-assistenziali riguardano i consumatori di eroina, i consumatori di nuove droghe e gli alcoolisti. Le strategie per affrontare i problemi di salute di questa popolazione devono essere rivolte da un lato alla prevenzione, alla cura alla riabilitazione e reinserimento, dall'altro riduzione del danno. Il fenomeno necessita di interventi integrati tra i vari servizi sanitari (Sert, servizi per l'infanzia e l'età evolutiva, salute mentale, malattie infettive ecc), tra i servizi sanitari e i servizi sociali, enti pubblici (comuni, province, prefetture, tribunale dei minori, forze dell'ordine), e privati (volontariato, cooperative sociali).

Disabilità della fascia d'età giovanile

Tra le patologie più rilevanti si evidenziano i deficit neuromotori, i deficit neuromotori da patologie infiammatorie e degenerative progressive del SNC e muscolari, le menomazioni neurosensoriali (visive e uditive) per le quali non esiste ancora un'offerta sanitaria diffusa che preveda la presa in carico per un percorso riabilitativo.

Un problema emergente nella nostra regione ormai da circa dieci anni è quello relativo alla disabilità in età giovanile da gravi traumi cranio-cerebrali e da gravi traumi vertebro-midollari che vedono entrambi come principale eziologia gli incidenti stradali e gli infortuni sul lavoro oltre a cause sportive od accidentali.

Per ciò che riguarda i traumi vertebro-midollari non sono disponibili dati specifici regionali, ma i dati epidemiologici della letteratura scientifica internazionale riportano dai 10 ai 50 nuovi casi all'anno per milione di abitanti di individui che diventano para o tetraplegici in una fascia di età prevalente che va dai 18 ai 55 anni. Si tratta di un drammatico sconvolgimento dello stile di vita di questi soggetti colpiti, con esiti invalidanti gravissimi e perdita a volte totale dell'autonomia anche nello svolgimento delle comuni azioni della vita quotidiana, il cui impatto psico-biologico e sociale non ha uguali. Se si considera poi che la popolazione colpita è per circa l'80% quella giovanile, cioè persone nel pieno della loro vita produttiva, che vedono compromessa irreversibilmente la loro esistenza nel suo assetto organico-funzionale e psico-affettivo ed il loro ruolo sociale nel suo contesto storico-relazionale. L'onere economico per le famiglie e per le istituzioni è elevatissimo, infatti i soggetti mielolesi necessitano di cure mediche e riabilitative intensive ed altamente specializzate durante tutto l'arco della loro vita, per ridurre al minimo il danno e per ottimizzare le capacità funzionali residue.

Per ciò che riguarda i traumi cranio-cerebrali, pur non essendo disponibili dati regionali, è noto dalla letteratura internazionale che l'incidenza globale della lesione cerebrale traumatica è di circa 200 casi per 100.000 abitanti all'anno; di questi il 20% è rappresentato in maniera equivalente da lesioni cerebrali traumatiche moderate e gravi, quest'ultime con sopravvivenza di solo il 40%. I traumi cranici colpiscono prevalentemente una fascia di età che va dai 18 ai 45 anni, all'interno della quale assumono il primo posto fra le cause di morte. Le sequele da trauma cranico con lesioni cerebrali gravi vanno dalla presenza di importanti deficit neuro-muscolari, cognitivi e psico-affettivi alla situazione estrema dello stato vegetativo persistente.

Infanzia, età evolutiva e giovani

Il fattore sociale protettivo più importante, rappresentato dalla famiglia, è stato messo in crisi da alcuni fenomeni sociodemografici importanti, quali l'invecchiamento della popolazione, la crescita della partecipazione della donna alla vita economica, il calo della nuzialità e della natalità, l'instabilità coniugale, il fenomeno migratorio, che rendono più vulnerabile questa popolazione.

Gli indicatori sanitari tradizionali inerenti l'infanzia sono molto positivi se confrontati con quelli a livello europeo (natimortalità, copertura vaccinale, ecc.), mentre i maggiori problemi emergono nella cosiddetta area del "disagio", suddividibili in psico-sociale, scolastico e giovanile.

Per quanto attiene i disturbi psichici dell'età evolutiva, nella regione Marche si è rilevata una prevalenza del 2,3%, prevalenza che è da ritenersi nettamente sottostimata rispetto al dato nazionale (12%). Inoltre è stato rilevato un ritardo nella diagnosi e negli interventi sul disagio dell'infanzia e dell'adolescenza.

Per quanto riguarda il disagio giovanile, emergono problemi legati ad abbandono scolastico, incidenti stradali, consumo di alcool e sostanze psicoattive, tossicodipendenze, disturbi dell'alimentazione (obesità e anoressia).

Donna

Anche nelle Marche le donne fanno meno figli vivono e lavorano più a lungo, divorziano di più e vivono sempre più spesso da sole. L'indice di fecondità nel 1999, nella regione Marche, è pari a 36 nati vivi/1000 donne in età fertile (41 nel 1981). La modificazione della rete parentale, che ha comportato una minore disponibilità di aiuto, fa sì che il carico della famiglia resti ancora essenzialmente sulle loro spalle. Il conseguente aumento dello "stress" sociale è causa dell'aumento di incidenti domestici e della conduzione di stili di vita insani (fumo ed alcool) e dell'aumentato rischio di incidenti stradali.

Per quanto riguarda la popolazione immigrata, la femminilizzazione dei flussi migratori (la presenza femminile rappresenta attualmente il 46% del totale degli immigrati) ha causato l'arrivo di donne giovani e fertili con problematiche connesse alla salute sessuale e riproduttiva (il 68% dei ricoveri ospedalieri della popolazione immigrata è dovuto alle donne che per il 60% dei casi ricorrono all'ospedale per motivi ostetrico-ginecologici; il tasso di natalità delle donne straniere nella regione Marche, al pari delle altre regioni, è nettamente superiore a quello delle marchigiane (19,6x1000 vs 8,4x1000 ed i parti delle donne straniere rappresentano l'11% del totale dei parti nella regione).

Nel settore materno-infantile si rileva una tendenza alla medicalizzazione della gravidanza ed un alto tasso di parti cesarei (media regionale anno 2000: 33%) dipendente più dal tipo di offerta del servizio che dai bisogni dell'utenza.

Per le donne straniere si aggiungono altri disagi collegati alla diversità dei sistemi di cura nel paese ospite, alla difficoltà di relazione e di comunicazione linguistica e, in molti casi a situazioni sociali di marginalità sociale, isolamento, mancanza di informazioni, lavori pesanti, condizioni di sfruttamento che influenzano negativamente la salute (nella regione Marche il tasso di abortività spontanea delle donne immigrate è 1,5-2 volte superiore rispetto alle marchigiane)

Le IVG nelle donne marchigiane risultano in diminuzione: il tasso di abortività volontaria è pari a 7,5 nel 2000, con una variazione percentuale rispetto al 1999 di - 3,8%, mentre aumentano nelle donne straniere in cui spesso l'IVG si collega ad una situazione sociale precaria, di prostituzione o sfruttamento (le IVG delle donne immigrate rappresentano il 18% del totale delle IVG effettuate nelle strutture marchigiane).

Anziani

La popolazione ultrasessantatrenne della regione Marche rappresenta il 21,5% della popolazione totale. Il dato italiano è pari al 18%. Molto elevato risulta anche l'indice di vecchiaia, infatti il rapporto tra il numero di ultrasessantatrenni e la popolazione tra 0 e 14 anni è pari al 166,4% (39,3 punti percentuali in più rispetto al dato nazionale), con punte che superano il 190% nelle città di Ancona, Macerata e Senigallia. A Jesi il rapporto tra residenti di età superiore a 64 anni e residenti di età compresa tra 0 e 14 anni è addirittura di 2 a 1 (indice di vecchiaia pari al 205,3%).

All'1.1.2001 il numero di persone di sessantacinque anni e più ammonta a 315.933 unità.

Secondo le stime ISTAT il numero di ultrasessantatrenni crescerà a 354.102 unità nel 2011, e tale crescita dovrebbe toccare il picco delle 531.381 unità nel 2045 per poi calare negli anni successivi.

L'aumento della longevità comporta l'aumento della percentuale di non autosufficienza fisica e/o psichica che influenza sia la qualità della vita dell'anziano, sia un aumento della domanda di servizi socio-assistenziali.

Particolarmente rilevanti, anche nella regione Marche, sono la disabilità per patologie croniche dell'apparato osteomuscolare, malattie cardiovascolari, le malattie respiratorie croniche ed il decadimento cognitivo.

Nella regione Marche si evidenzia inoltre una crescente istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti a testimonianza del fatto che la soluzione del ricovero appare percorsa soprattutto quando il soggetto anziano diviene meno autonomo.

Per quanto riguarda il problema delle demenze, all'inizio degli anni 90, in Italia, si stimavano circa 700.000 persone affette da demenza (malattia di Alzheimer e demenza vascolare), con un'incidenza di 100.000 nuovi casi/anno.

L'incremento demografico della popolazione anziana fa sì che il problema assuma una sempre maggiore rilevanza. Attualmente la demenza è una drammatica forma di cronicità invalidante il cui carico ricade quasi esclusivamente sulla famiglia.

Incidenti stradali e incidenti domestici

Gli **incidenti stradali** costituiscono in Italia un fenomeno di rilevante importanza sanitaria. Ogni anno si verificano 200.000 incidenti stradali con circa 8.000 morti, 20.000 invalidi, 170.000 ricoverati e 500.000 prestazioni di PS senza ricovero (dati ISS). Nell'anno 1997 gli incidenti stradali verificatisi nella regione Marche sono stati 6.330 con 203 morti e 9.113 feriti (il 63,5% nelle strade urbane). Le classi di età più coinvolte sono tra i 14 e 17 anni. Le patologie più frequenti sono in ordine decrescente: traumi cranici, frattura arti, traumi toracici e addominali. I ricoveri sono più frequenti nel fine settimana particolarmente nella fascia tra i 18-29 anni. Gli anziani in genere sono vittime, più che responsabili di incidenti.

L'**incidente domestico** più frequente nei due sessi e nelle varie età è la caduta (nel 50% dei casi) con punte di 70% nei bambini piccoli e 80% negli anziani

Infortuni sul lavoro

Il problema è particolarmente rilevante in Italia dove ogni anno si registrano più di 1.000 morti "bianche", migliaia di feriti ed invalidi, con danno economico stimato di 30.000 miliardi di lire. Nella regione Marche il tasso di infortuni gravi sul lavoro (69% in più nell'industria e tasso di incidenza 3 volte superiore in agricoltura rispetto ai dati italiani) e di malattie professionali è più elevato rispetto al dato nazionale. Il fenomeno è abbastanza preoccupante, anche perché è stato riscontrato dopo l'entrata in vigore delle nuove norme che impongono una maggiore attenzione ai problemi della sicurezza nei luoghi di lavoro. Forte attenzione occorre inoltre porre alle nuove tendenze del mercato del lavoro come il lavoro interinale sui quali non esistono ancora dati consolidati. Tuttavia alcune indagini parziali (es. ASL-Città di Milano) hanno registrato un rapporto di frequenza (n° infortunio su ore lavorate) pari a 100,7 contro una media di 50 indicati dall'INAIL. I motivi sono da ricercarsi nell'immissione di manodopera giovane a basso livello di addestramento, per periodi di tempo troppo limitati per acquisire la capacità di gestire i rischi lavorativi.

Salute e stili di vita

Alimentazione - La dieta dei marchigiani è orientata ad un regime di tipo "mediterraneo" che trova riscontro nella produzione alimentare locale. I dati ISTAT sulle abitudini alimentari dei marchigiani per gli anni '93-'94 e '95-'96 mostrano una diminuzione dei soggetti che identificano il pranzo come pasto principale della giornata. La prevalenza di persone sopra ai 15 anni in soprappeso ed obese è pari all'8,3%, in eccesso al dato nazionale (7,3%). I dati disaggregati per sesso evidenziano percentuali del 9,8% di obesi nella pop maschile marchigiana (7,5% in Italia) e del 6,9% nella pop femminile (7,0% dato italiano). Una indagine condotta nella ASL 7 su giovani di 9 e 12 anni ha evidenziato in aggregato complessivo nei maschi valori di soprappeso ed obesità del 24,9% mentre nelle femmine tale valore si è assestato al 20%. Tali dati debbono essere considerati quali forti indicatori di rischio per l'insorgenza o aggravamento patologie di natura varia (cardiaca, vascolare, renale, neoplastica, ecc.).

Alcool - Si registra una riduzione dei forti consumi di alcool ed in particolare di vino un incremento del consumo di bevande alcoliche fuori pasto, soprattutto birra.

Fumo - Si rileva una stabilità della percentuale dei forti fumatori, un calo dei medi fumatori ed un incremento di coloro che fumano meno di 10 sigarette al giorno. I maschi con l'abitudine al fumo sono il 31,9%, valore doppi rispetto a quello delle donne fumatrici. L'indagine ISTAT '99-'00 sulla Salute e Stili di Vita degli italiani mostra per la nostra Regione i seguenti dati: il 48,1% dei marchigiani fuma mediamente da 1 a 10 sigarette al giorno; -il 38,2% ne fuma da 11 a 20; il 4,3% più di 20.

1.2.2. La promozione della salute

Per affrontare i "nuovi" bisogni è evidente che occorre spostare l'asse dell'intervento dalla componente sanitaria a quella di un intervento capace di mobilitare risorse (pubbliche, private, del terzo settore, del volontariato, ecc.) verso una reale integrazione delle politiche sanitarie con le politiche sociali, ambientali, abitative, formative, occupazionali in una azione

complessiva di **promozione della salute**² sviluppando i principi delineati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nella *Carta di Ottawa* del 1986.

Tali politiche si fondano su cinque grandi direttrici.

1) Costruire una politica pubblica per la tutela della salute

La promozione della salute va oltre la mera assistenza sanitaria. Essa porta il problema all'attenzione dei responsabili delle scelte in tutti i settori, a tutti i livelli, invitandoli alla piena consapevolezza delle conseguenze, sul piano della salute, di ogni loro decisione e a una precisa assunzione di responsabilità in merito. Nella politica di promozione della salute si fondono componenti diverse ma complementari, quali la legislazione, i provvedimenti fiscali e la modifica dei criteri organizzativi, in un'azione coordinata diretta a imporre politiche sanitarie, sociali e dei redditi ispirate ad una maggiore equità. L'azione comune contribuisce a garantire prodotti e servizi più salubri e sicuri, servizi pubblici più sani e ambienti più igienici e accoglienti. La politica di promozione della salute richiede di individuare gli ostacoli che impediscono l'adozione di una politica pubblica che tuteli la salute in tutti i settori non sanitari e i modi migliori per rimuoverli. Occorre far sì che anche per i responsabili politici la scelta della tutela della salute divenga la scelta più vantaggiosa.

2) Creare ambienti capaci di offrire sostegno

Le società contemporanee sono complesse e interdipendenti. La salute non può essere un obiettivo isolato. Il legame inestricabile tra l'uomo e l'ambiente costituisce la base di un approccio socio-ecologico al problema della salute. Si tratti del mondo intero, di una nazione, di una regione o di una comunità, il principio informatore generale deve tendere sempre al sostegno reciproco: "dobbiamo aver cura gli uni degli altri, della nostra comunità e dell'ambiente naturale". La tutela delle risorse naturali in tutto il mondo va ribadita come responsabilità globale. Il mutare dei modelli di vita, del lavoro e del tempo libero influisce in modo decisivo sulla salute. Lavoro e tempo libero devono divenire fonti di benessere per tutti. Il modo stesso in cui la società organizza il lavoro deve contribuire a renderla più sana. Dalla promozione della salute derivano condizioni di vita e di lavoro più sicure, stimolanti, gratificanti e piacevoli. Una valutazione sistematica dell'incidenza sulla salute di un ambiente di vita in rapida trasformazione - in particolare nei settori della tecnologia, del lavoro, della produzione di energia e dell'urbanizzazione - risulta indispensabile e ad essa deve seguire un'azione tesa a garantire sicuri benefici per la salute di tutti. Ogni strategia di promozione della salute deve tener conto della tutela dell'ambiente naturale e degli insediamenti, nonché della conservazione delle risorse naturali.

3) Rafforzare l'azione della comunità

È attraverso l'azione comunitaria concreta ed efficace che la promozione della salute può stabilire priorità, prendere decisioni e progettare e realizzare strategie tese al miglioramento della salute. Momento centrale di questo processo è il potenziamento della comunità, per renderla veramente padrona e arbitro delle sue aspirazioni e del suo destino. Lo sviluppo della comunità attinge alle risorse umane e materiali esistenti nella comunità stessa per favorire l'autosufficienza e la solidarietà sociale e per elaborare sistemi flessibili diretti al rafforzamento della partecipazione e della gestione diretta per quanto riguarda i problemi relativi alla salute. Per questo occorre garantire l'accesso libero e costante a tutte le informazioni e opportunità di conoscenza in tema di salute, nonché un adeguato supporto finanziario.

4) Sviluppare le capacità personali

La promozione della salute favorisce lo sviluppo personale e sociale fornendo informazione, istruzione sul problema della salute e preparazione generale. Aumenteranno così per tutti le possibilità di esercitare maggiore controllo, e di operare scelte precise, riguardo alla propria salute e all'ambiente. È essenziale fare in modo che tutti possano continuare ad apprendere per tutto il corso della vita, preparandosi ad affrontarne le diverse fasi e l'eventualità di malattie o invalidità croniche, apprendimento che dovrà essere favorito dalla scuola, dall'ambiente di lavoro e dalle associazioni comunitarie. Occorre intervenire sugli organismi scolastici, professionali e commerciali, e su quelli del volontariato, nonché sulle istituzioni stesse.

5) Riorientare i servizi sanitari

La responsabilità per la promozione della salute all'interno dei servizi sanitari ricade ad un tempo sugli individui, sui gruppi comunitari, sugli operatori della sanità, sulle istituzioni del servizio sanitario e

² Per promozione della salute si intende il processo che consente alla gente di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute e di migliorarla. Per conseguire uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, l'individuo o il gruppo devono essere in grado di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni, di modificare l'ambiente o di adattarvi. La salute vista, dunque, come risorsa di vita quotidiana, non come obiettivo di vita: un concetto positivo, che insiste sulle risorse sociali e personali, oltre che sulle capacità fisiche. Di conseguenza, la promozione della salute non è responsabilità esclusiva del settore sanitario, ma supera anche la mera proposta di modelli di vita più sani, per aspirare al benessere.

sui governi. Solo dalla loro collaborazione potrà nascere un sistema di assistenza capace di contribuire al conseguimento degli obiettivi di salute. Il settore sanitario dovrà agire in misura sempre maggiore nella prospettiva della promozione della salute, al di là della mera offerta di servizi clinici e curativi. Il mandato dei servizi sanitari dovrà estendersi a comprendere la ricettività e la sensibilità alle esigenze culturali, rispondendo al bisogno individuale e comunitario di una vita più sana, e aprendo canali di comunicazione tra il settore sanitario e le più vaste componenti sociali, politiche, economiche e ambientali. Riorientamento dei servizi sanitari significa anche più attenzione per la ricerca e per l'innovazione nella preparazione e nell'addestramento professionale. L'atteggiamento e l'organizzazione dei servizi sanitari dovranno cambiare, restituendo la priorità ai bisogni globali della persona intesa nella sua totalità.

1.2.3. I macrobiettivi per la Salute

Sulla base del quadro dei bisogni della comunità locale e delle indicazioni nazionali ed internazionali, la Regione Marche individua quattro macrobiettivi per il prossimo triennio, due macrobiettivi "per la Sanità" (presentati nel paragrafo 1.3.3) e due macrobiettivi "per la Salute", presentati di seguito:

1. SVILUPPARE UNA POLITICA DI PROMOZIONE DELLA SALUTE (Macrobiettivo 1)

Si tratta dell'obiettivo fondamentale che deve permeare l'intera politica (sanitaria e non) della Regione al fine di:

- lottare contro i determinanti negativi per la salute, riducendo i differenziali tra gruppi sociali con grado di istruzione, condizioni lavorative, fasce di reddito, ecc. diverse per ottemperare al principio dell'**equità** nei confronti dei bisogni;
- ridurre le disuguaglianze nelle opportunità di accesso e di utilizzo dei servizi e quindi rendere cogente il principio della **universalità** del SSN;
- ridurre la cosiddetta "asimmetria" dell'informazione tra domanda e offerta che pone il paziente-consumatore nella condizione di non poter di regola esprimere preferenze "valide" di consumo nel rapporto con i fornitori di prestazioni
- promuovere la qualità della vita ("*aggiungere più vita agli anni*") contrastando le patologie prevalenti del nostro tempo: malattie cardio-vascolari, malattie cerebro-vascolari, tumori, malattie dell'apparato digerente e respiratorio.

Tale macrobiettivo verrà realizzato con progetti comunitari complessivi (i Piani Comunitari di Salute) e di area (infanzia, giovani, donne, anziani, sicurezza, qualità ambientale).

2. TUTELARE I SOGGETTI FRAGILI (Macrobiettivo 2)

Tutti i soggetti che, per qualsiasi motivo, perdono la condizione di buona salute entrano in uno stato di "fragilità". Ma tra questi, esistono nella società soggetti che aggiungono a questa fragilità fisica una "fragilità" sociale che predispone, incrementa, aggrava il già precario stato di salute. Il porre queste aree di fragilità (le persone disabili, le dipendenze patologiche, il disagio psichico, l'esclusione sociale) al centro degli interventi di tutela della salute rappresenta

l'impegno etico primario della Regione. Migliorare i servizi lavorando in questa direzione significa migliorarne complessivamente la qualità a vantaggio di tutti i cittadini. In un sistema sanitario universalistico e solidaristico, una discriminazione nell'accesso alle cure appare ingiustificabile. L'obiettivo del servizio sanitario regionale non è quello di offrire cure uguali per tutti, cure estese ugualmente a tutti, ma cure tali per cui tutti risultano avere uguali probabilità di godere di buona salute. Se il sistema sanitario regionale fallisse questo obiettivo, ne verrebbe meno il motivo di esistere.

Per garantire la disponibilità di risorse adeguate al perseguimento degli obiettivi relativi ad alcune aree critiche si prevedono i seguenti incrementi annuali finalizzati, privilegiando gli ambiti territoriali più svantaggiati in termini di copertura dei bisogni e di sviluppo delle attività.

AREA	2001 ³	2003	2004	2005
Dipartimento di Prevenzione⁴	52.5	+ 7%	+ 8%	+ 9%
	mil.€	+ 3.7 mil.€	+ 4.5 mil.€	+ 5.5 mil.€
SERT	7.7	+ 5%	+ 5.5%	+ 6%
	mil.€	+ 0.4 mil.€	+ 0.4 mil.€	+ 0.5 mil.€
Dipartimento salute mentale	51.8	+ 5.5%	+ 6%	+ 6.5%
	mil.€	+ 2.8 mil.€	+ 3.3 mil.€	+ 3.8 mil.€
Cure domiciliari integrate	17.2	+ 6%	+ 6.5%	+ 7%
	mil.€	+ 1.0 mil.€	+ 1.2 mil.€	+ 1.4 mil.€

1.3. Una Sanità che guarda all'Europa

Se i macroobiettivi promozione della salute e tutela dei soggetti fragili ridefiniscono il target dell'azione regionale sul versante dei bisogni, occorre contestualmente rimodulare il sistema dell'offerta che sia coerente con tale quadro di riferimento, appropriato rispetto al quadro dei bisogni attualmente espressi, innovato negli aspetti strutturali, tecnologici, operativi e organizzativi per rispondere adeguatamente alle sfide poste dall'evoluzione delle scienze biologiche, mediche e sociali.

Tale processo di trasformazione del sistema sanitario è stato già avviato con il II PSR. Nel prossimo paragrafo (1.3.1) si riporterà una sintesi dei risultati di tali trasformazioni, in larga misura rappresentate alla I Conferenza regionale sulla Sanità a Loreto (giugno 2001) che ha avviato il percorso di ridefinizione del PSR.

Nella stessa Conferenza furono individuate le criticità presenti nel sistema, che a distanza di un anno vengono ridefinite (cfr. § 1.3.2.) al fine di individuare le azioni di riqualificazione del sistema dell'offerta che dovranno permettere di perseguire i macroobiettivi di salute all'interno di un quadro di sostenibilità economica.

³ Fonte: flussi ministeriali LA (prima sperimentazione), da verificare con i dati di Co.An. 2002

⁴ Nel triennio rimane fissa la quota del FSN destinata all'ARPAM

1.3.1. Le realizzazioni effettuate

Nella Tabella 1 vengono riportate sinteticamente le realizzazioni conseguenti al II PSR e le altre leggi di programmazione sanitaria (es. Legge sull'emergenza) della passata legislatura.

Tabella 1 – Realizzazioni del II PSR (viene riportata la numerazione del PSR 1998-2000)

2. IL GOVERNO DELLA SANITA'
2.2. Gli ambiti territoriali della sanità
Sono stati definiti 36 ambiti distrettuali
Autorizzazione e accreditamento
Tutti gli obiettivi sono stati raggiunti. Sono stati approvati tutti i dispositivi legislativi previsti: LR 20/2000; DGR 2200 (requisiti minimi di autorizzazione delle strutture sanitarie, successivamente modificati con la DGR 1579 del luglio 01); DGR 2090/00 (determinazione del fabbisogno di strutture sanitarie nella Regione Marche); DGR 1889/01 (requisiti di accreditamento); DGR 1887/01 (costituzione funzionamento del Gruppo di Accreditamento Regionale). Dal 2001 sono state avviate le procedure di autorizzazione e nel 2002 quelle di accreditamento. Sono stati formati oltre 140 operatori del GAR (Gruppo Accreditamento Regionale).
I rapporti con l'Università, i privati e altri soggetti fornitori SSR
Sono stati realizzati i protocolli di intesa previsti sulle scuole di specializzazione e sui diplomi universitari. Sono stati siglati (annualmente) accordi con i privati. Sono stati siglati gli accordi regionali per la medicina generale, la pediatria di base e la specialistica ambulatoriale.
2.4.1.1. Sistema Sanitario Informativo
A livello regionale sono state create e consolidate le basi dati delle principali prestazioni sanitarie (SDO, farmaceutica, specialistica ambulatoriale, ecc.), quelle dell'anagrafe degli assistiti e tra le altre, anche l'anagrafe del personale dipendente.
2.4.1.2. Osservazione epidemiologica
Dopo una sperimentazione sono stati messi a punto i flussi informativi relativi agli indicatori ex art. 10 (attività), ex art. 14 (umanizzazione) e gli indicatori ospedalieri. Tali flussi sono in fase di ulteriore revisione. E' stata redatta la 1° Relazione sullo Stato di Salute della popolazione marchigiana. E' stata creata , previo un master annuale di formazione, la REM (rete epidemiologica marchigiana) coordinata dall'ARS e formata da <i>Centri Epidemiologici Regionali (Osservatori regionali su: Disuguaglianze, Materno-Infantile, Patologia Neoplastica Patologia Neonatale, Ictus, Sistema regionale dell'emergenza/urgenza) e dai Centri Epidemiologici Aziendali.</i> La REM ha attualmente in corso di realizzazione alcune indagini, anche in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, su aspetti particolarmente "critici" dell'assistenza: <ul style="list-style-type: none"> • percorso nascita (fino al primo anno di vita); • indagine Argento (anziani e solitudine, utilizzo farmaci, cadute); • l'accesso improprio al pronto soccorso degli stranieri (per mancanza di un servizio agli STP alla medicina di base); • indagine sulle disuguaglianze nella salute in relazione alle condizioni socioeconomiche della popolazione della città di Ancona in collegamento con il progetto nazionale "aree metropolitane"; • Indagine RESCA = ritardo evitabile sindromi coronariche acute; • Indagine sulle "dimissioni impossibili" in rianimazione. Il progetto di formazione-intervento sugli immigrati coordinati dall'Osservatorio delle disuguaglianze è stato uno dei progetti premiati nel 2002 al Forum della PA "Cento progetti al servizio dei cittadini.
2.5. La promozione della qualità
Sono stati costituiti gli Uffici Qualità in tutte le Aziende Sanitarie con personale appositamente formato dalla Regione. E' stato avviato il Centro di documentazione regionale su Qualità e Evidence Based Medicine. E' stato avviato dal 1999 il programma VEQ (Verifica Esterna della Qualità) e Costi dei laboratori di analisi in collaborazione con Toscana e Umbria ed è stato completamente rinnovato il nomenclatore delle prestazioni di laboratorio. E' stata effettuata un'indagine regionale PRUO. La metodologia viene attualmente utilizzata da diverse aziende per il monitoraggio dell'appropriatezza dei ricoveri. Sono attivi gli Uffici Relazioni con il Pubblico in tutte le aziende sanitarie, che hanno concluso un'indagine sullo stato di attuazione della Carte dei Servizi in regione ed in seguito ad essa hanno elaborato un sistema di classificazione regionale integrato e di monitoraggio dei reclami. E' stato progettato e realizzato il monitoraggio delle liste di attesa. E' in corso di sperimentazione un modello di indagine sulla soddisfazione degli utenti in collaborazione con il Picker Institute di Londra e l'Università di Bologna Sono state effettuate 2 indagini regionali sulla qualità percepita dagli operatori.

2.6. La formazione continua
<p>Sono stati perseguiti tutti gli obiettivi regionali previsti in tema di formazione continua, che focalizzavano l'attenzione su:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ lo sviluppo delle competenze degli uffici di staff aziendali (Controllo di gestione - Sviluppo della qualità - Osservazione Epidemiologica - Gestione dei flussi informativi – Formazione); ▪ lo sviluppo di skill professionali per la costruzione di percorsi assistenziali integrati (Corso di Formazione "Profili di assistenza e Medicina Basata sull'Evidenza nel sistema organizzativo aziendale"); ▪ lo sviluppo delle competenze manageriali degli operatori dei distretti Corso di Formazione Manageriale per Responsabili di Distretto (9 giugno 2000 -18 sett 2001) ▪ lo sviluppo delle competenze professionali della rete dell'emergenza (Corso di Formazione per i Medici della Emergenza Territoriale ; Corso di Formazione per i Referenti della Formazione nei Dipartimenti di Emergenza -sett. 2000- giugno 2001). <p>I partecipanti ai corsi hanno costituito gruppi di lavoro per la produzione di strumenti operativi (es.: Regolamento contabilità; Relazione sullo Stato di Salute; Indagine PRUO; Progetti aziendali sui profili di assistenza; Relazione di Distretto; Guida alla valutazione e al monitoraggio dei progetti formativi; Indagini del Clima Aziendale nelle Aziende Sanitarie e Ospedaliere ai fini dell'Analisi del fabbisogno formativo; ecc.).</p> <p>E' stato inoltre effettuato il monitoraggio delle attività di formazione, sono stati definiti i percorsi formativi per le figure professionali sanitarie e non sanitarie del Sistema per l'Emergenza Sanitaria della regione Marche (del. G.R.n.1405 del 19. 6. 2001); sono state redatte le Linee Guida alle Aziende Sanitarie e Ospedaliere Inrca e Arpam per la gestione delle attività di Formazione (delib. G.R. n.2673 del 11.12. 2000) .</p> <p>La spesa per la formazione è passata da 0.6 mld di £ nel 1996 a 6.2 mld di £ nel 2001, pari allo 0.7% del monte salari (obiettivo 1%)</p>
2.7. Le sperimentazioni e la ricerca
<p>Nel 1999 sono stati finanziati 36 progetti di ricerca aziendali:</p> <p>10 su Distretti (1.2 mld £); 8 su Anziani (1.7); 2 su Dipartimenti ospedalieri (4.5); 9 sui Integrazione A.S. (0.9); 7 su nuove tecnologie (0.7) per un totale di 4.95 mld.</p> <p>Nel 2000 14 progetti:</p> <p>3 su Patologie ad alto impatto sociale (0.7); 2 su nuove tecnologie (0.6); 6 su Integrazione socio-assistenziale(0.9), 3 su integrazione Aziende Sanitarie (0.7) per un totale di 2.95 mld £.</p>
2.8. Il governo economico e il controllo della spesa
<p>Nel triennio si è passati dal sistema di contabilità finanziaria a quello economico con l'implementazione della contabilità generale ed analitica. I principali strumenti contabili e gestionali sviluppati dal 1999 fino ad oggi necessari per la programmazione ed il controllo della gestione sono stati:</p> <ul style="list-style-type: none"> • piano dei fattori produttivi; • aree di attività omogenee sulle quali distribuire i fattori produttivi; • linee guida per il budget; • criteri di ripartizione dei fattori produttivi sulle aree di attività omogenee; • modelli di report trimestrale omogenei; • linee guida per il regolamento organizzativo aziendale. • procedure di raccordo tra Contabilità generale e contabilità analitica .
2.8.2.1. Piano delle prestazioni e 2.8.2.2. Politica delle tariffe
<p>Sono stati redatti gli atti relativi ai criteri di riparto, al piano delle prestazioni e al sistema tariffario.</p>
2.8.2.4. Osservatorio dei prezzi e delle tecnologie
<p>E' stato avviato e messo a regime l'Osservatorio Prezzi (10 report regionali semestrali e 3 report interregionali con Toscana e Umbria. E' stata effettuata una rilevazione di "inventariazione" sulle tecnologie sanitarie "pesanti". Sono stati redatti due report sulle risorse umane del SSR.</p>
Piano degli investimenti
<p>Nel periodo 1996- ottobre 2002 sono state assegnati alle Aziende Sanitarie 501.5 milioni di € (971.6 miliardi di £): 241.5 mil €, ex art.20); 16.8, AIDS; 6.8, sicurezza ospedali; 5.1, ospedali minori; 26.8 conto capitale ordinario; 42.9 INRCA (frana); 25.7, art. 71 aree metropolitane; 13.5, incendi Ancona; 44.3, spazi libera professione; 0.3, radioterapia; 77.8, altro.</p>
3. LA GESTIONE DELLA SANITA'
3.1. Il Piano Strategico aziendale
<p>Annualmente sono stati redatti i PSA.</p>
3.2.1. L'integrazione organizzativa: i dipartimenti
<p>Sono stati costituiti i Dipartimenti in tutte le aziende. E' in fase di conclusione la sperimentazione del dipartimento tecnico scientifico regionale di Cardiologia. Sono state attivate alcune sperimentazioni di dipartimenti interaziendali.</p>
3.2.2. Le integrazioni operative e il governo tecnico professionale

<p>E' stato avviato e implementato il progetto sui profili di assistenza. Sono stati formati 200 operatori. Sono stati costruiti 88 profili (il progetto ha ricevuto nel 2001 il 1° premio assoluto nel Forum della PA).</p>
<p>4. IL GOVERNO DELLA SALUTE</p>
<p>4.1. La rete per la Prevenzione collettiva</p>
<p>L'attivazione dei Dipartimenti di Prevenzione Aziendali si è mossa su tre linee fondamentali:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Istituzione in ogni azienda del dipartimento, con la nomina del Direttore e relativo Comitato Dipartimentale. Inoltre sono stati formalizzati i Servizi ed i relativi Direttori o Responsabili dando almeno applicazione alle linee guida di cui alla DGR 828/97, anche se nella realtà si lamentano a tutt'oggi ritardi ed anomalie. 2. E' stata curata dai Dipartimenti di prevenzione la formazione del personale sugli specifici compiti di vigilanza e da parte della Regione la formazione dei referenti aziendali dell'epidemiologia. Derivata direttamente dalla formazione e delle linee guida sono state attivate in diverse realtà esperienze di integrazione tra i servizi con particolare riguardo ai sopralluoghi congiunti e alla espressione congiunta o contemporanea di pareri. In previsione dell'accreditamento delle strutture sanitarie si è proceduto alla sperimentazione della procedura sui Dipartimenti di Prevenzione, con relative visite da parte di personale dei dipartimenti stessi formato ad hoc. Inoltre, per le autorizzazioni non dipendenti da verifica regionale, i dipartimenti si sono attrezzati per effettuare le specifiche visite ispettive. 3. Sono stati attivati progetti di notevole rilevanza tra i quali il Monitoraggio della 626, il Piano Amianto con relativo censimento, inoltre sono stati attuati interventi di rilevazione epidemiologica riferita ad aspetti territoriali locali atti a far emergere alcune criticità di rilievo (ad esempio per la sicurezza alimentare e nutrizionale) che sono state prese come base per la impostazione di interventi di informazione, educazione e formazione. Inoltre sono stati instaurati rapporti con le Associazioni di categoria e dei Consumatori per una sinergia di intenti e di azioni.
<p>4.2 La rete per l'assistenza territoriale</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Istituzionalizzazione dei 36 distretti; nomina e formazione dei responsabili di distretto. • Finalizzazione di risorse dell'accordo integrativo regionale dei medici di medicina generale per aumentare la disponibilità nei confronti dei cittadini, per favorire le diverse forme di associazionismo e l'integrazione del loro ruolo nell'ambito dei servizi territoriali. • ADI: Approvazione linee guida regionali sulle cure domiciliari; Sistema di monitoraggio; Attività 2000: ADI domicilio 12.662, ADP domicilio 15.735, ADI case riposo 1.802, ADP case di riposo 2061; • Sportello della salute: sperimentazioni; • Unità di Valutazione Distrettuale: attivate in tutti i distretti; • Sistema residenziale: attivati circa 500 nuovi PL; ridefinito fabbisogno.
<p>Aree di tutela</p> <p>Salute mentale: implementazione funzioni accoglienza e residenziali; superamento definitivo degli ex ospedali psichiatrici; progetto prevenzione suicidi, sistema informativo psichiatria; regolamento tipo del Dipartimento; circolare sui TSO; linee di indirizzo in materia di integrazione sociale e sanitaria; attivazione della consulta per la salute mentale; destinazione degli immobili degli ex Ospedali Psichiatrici alla produzione di reddito; programma di interventi in conto capitale per il completamento della <i>rete delle strutture</i>: di tale rete risultano funzionanti: n. 13 DSM su 13 previsti, anche se con caratteristiche funzionali non ancora omogenee; n. 12 SPDC; n. 22 strutture psichiatriche residenziali territoriali, su 26 previste; n. 17 centri diurni su 19 previsti; n. 54 punti ambulatoriali per complessive 1255 ore settimanali di apertura (il primo progetto obiettivo ne prevedeva un minimo di 37 ed un massimo di 67 ambulatori).</p>

Tossicodipendenze

Sviluppo strutture di accoglienza e trattamento residenziale anche con accordo con privati; iniziative di formazione operatori su profili qualità e formazione operatori senza specifica qualifica; attuazione di progetti triennali e/o annuali in ordine a:

prevenzione, centri di aggregazione, centri diurni, inclusione sociale e lavorativa, operatori di strada, accoglienza a "bassa soglia", centro di ascolto telefonico, tossicodipendenti con figli minorenni, comunità terapeutica residenziale per soggetti con comorbidità psichiatrica, formazione permanente attraverso la supervisione clinica delle équipe, informazione monotematica (seminari di studio), promozione della gestione del fondo "lotta alla droga" secondo modalità operative che prevedono linee di intervento regionale (per progetti che riguardano l'intero territorio regionale) e linee di intervento di ambito, inter-ambito e provinciale (per progetti di livello locale, opportunamente concertati).

La rete dei servizi è al momento così costituita:

n. 14 SERT, con 180 operatori; 29 strutture terapeutiche residenziali e semiresidenziali, per un totale di 485 posti residenziali e 77 semiresidenziali; una C.T. per madri con bambini; una C.T. per soggetti minorenni; n. 9 unità di strada; n. 6 punti di accesso a bassa soglia, presso le comunità terapeutiche; la rete dei Centri di informazione e consulenza presso la quasi totalità delle scuole medie superiori (CIC); circa n.30 sedi operative di enti ausiliari per funzioni di supporto socio-assistenziale, ascolto, ecc.

Materno-infantile

Promozione e messa a regime screening cervicale e mammario. Prima dell'avvio del nuovo programma regionale la situazione nella Regione Marche era così sintetizzabile:

Screening cervicale: solo nel 50% delle aziende esisteva una chiamata attiva diretta delle donne per il pap-test di screening, veniva rilevata l'adesione delle donne e l'esito dei pap-test;

Screening mammografico: solo nel 25% delle aziende esisteva una chiamata attiva diretta delle donne per la mammografia di screening; veniva rilevata l'adesione delle donne e l'esito della mammografia.

Le azioni si sono quindi concentrate sul punto che appariva più critico e cioè la generalizzata mancanza nelle aziende regionali di una organizzazione dedicata alla gestione attiva dei programmi di screening, in pratica una segreteria organizzativa con operatori dedicati incaricati di:

- a. garantire l'accessibilità agli screening gestendo gli inviti diretti e i solleciti;
- b. costituire il primo punto di contatto fra le donne e il programma di screening mediante una linea telefonica dedicata;
- c. archiviare i dati necessari al controllo dell'esito degli screening. Al momento attuale tutte le aziende stanno eseguendo il primo round di screening inviando inviti personali alle donne comprese nella fascia di età della popolazione bersaglio degli screening oncologici.

Per l'anno 2001 i dati *preliminari* relativi al monitoraggio del progetto indicano una percentuale di adesione del 34.8% (32.585 donne su 93.641 inviti) per lo screening cervicale e del 45.2% (18.077 su 39.975) per lo screening mammografico, quindi per entrambi al di sopra dei valori definiti come accettabili dai rispettivi Gruppi nazionali per gli screening.

Piano investimenti: accelerazione realizzazione piano investimenti per servizi sul territorio e residenziali.

4.3 La rete ospedaliera

- Realizzazione della rete dell'emergenza sanitaria (Centrali operative 118, POTES, Terapie intensive e UTIC in tutti gli ospedali di rete).
- Attivazione Radioterapia Macerata e in fase di avvio a AP e Pesaro.
- Diffusione delle specialità di fascia B in tutte le sedi previste.
- Adeguamento dell'attività ospedaliera agli standard del PSR:
 - dal 1998 al 2001 il totale dei letti ospedalieri si è ridotto da oltre 8.800 a 7.100,
 - il tasso di ospedalizzazione dal 217 ogni mille abitanti a 209,
 - il numero di giornate di degenza da 2.200.000 a 2 milioni.
- Integrazione di alcuni ospedali di polo con le funzioni distrettuali e a supporto degli ospedali di rete.
- Linee guida e criteri per la disincentivazione delle prestazioni inappropriate.

Piano investimenti: forte accelerazione delle realizzazioni in particolare per la messa a norma delle strutture negli ospedali di rete.

1.3.2. I problemi aperti

A fronte delle realizzazioni effettuate permangono tuttavia alcuni elementi di criticità che se non risolti potrebbero portare a situazioni di non sostenibilità complessiva del sistema regionale. I punti di criticità che saranno di seguito evidenziati attanagliano, in questo momento storico di profonda transizione, tutte le regioni italiane, ma ciò non deve rappresentare un alibi per i singoli sistemi regionali. E' questo un momento nel quale bisogna sapersi "rimboccare le maniche" ed intraprendere percorsi risolutivi della profonda crisi che

attraversa il sistema di welfare nella sua complessità. Si tratta di riuscire ad individuare e ad agire soluzioni fattibili e contestualizzate, che sappiano mettere in ogni caso al centro i bisogni complessi della comunità e dei singoli pazienti, pur rispondendo adeguatamente ai bisogni di economicità e di uso razionale del sistema assistenziale. Il primo passo in questa direzione è proprio quello di saper riconoscere le proprie criticità e di saper superare le logiche autodifensive e abitudinarie, storicizzatesi nei contesti istituzionali. A partire da questa premessa, i punti critici con i quali la Regione Marche dovrà confrontarsi nel prossimo futuro sono i seguenti.

A) Criticità dal punto di vista economico-finanziario:

- una spesa pro-capite che si mantiene superiore alla media nazionale di circa il 3%. L'eccesso di spesa è riconducibile ad alcuni elementi strutturali presenti nel nostro sistema regionale (eccesso di offerta e quindi di spesa nel macrolivello ospedaliero) e nella sottostima storica del FSN accompagnata da una penalizzazione delle Marche, per la perequazione al tasso di mortalità, nel riparto del FSN;
- la spesa sanitaria pubblica che, anche in presenza di una adeguata attenzione a livello regionale ed aziendale al suo contenimento, nella nostra regione cresce tendenzialmente di almeno il 6-7% ogni anno, con punte che possono essere anche superiori come nel 2000 e nel 2001 (riconducibili anche a decisioni politiche nazionali come le norme sulla eliminazione del ticket per l'assistenza farmaceutica, il rinnovo dei contratti e delle convenzioni lavorative con gli operatori);
- la disponibilità delle risorse è parametrabile invece negli ultimi anni alla crescita del Prodotto Interno Lordo, anche per gli impegni assunti dal governo italiano nei confronti dell'Europa con il patto di stabilità della spesa. Tale situazione induce un andamento della disponibilità tendenziale complessiva che si può collocare in modo ottimistico tra il 3 ed il 4% di aumento annuo (salvo il riconoscimento ex-post delle maggiori occorrenze legate a particolari decisioni governative e al ripiano dei disavanzi). Ciò provoca un allargamento tendenziale della forbice tra disponibilità complessiva e spesa;
- il costo dell'assistenza ospedaliera è ancora superiore al 50% della spesa sanitaria, mentre il finanziamento attraverso il FSN è determinato sulla percentuale del 46%; nel 2001 le strutture pubbliche ospedaliere hanno registrato costi di gestione pari a 1.037 mil. €, di cui 403 mil. € nelle aziende ospedaliere e INRCA, 507 mil. € negli ospedali di rete e 127 mil. € negli ospedali di polo; solo una riqualificazione dell'offerta ospedaliera che ridefinisca i ruoli degli ospedali di rete (da potenziare ed ammodernare) e dei poli ospedalieri (da riqualificare) potrà accelerare il passaggio verso un nuovo equilibrio tra ospedale e assistenza territoriale-residenziale, risultando in una migliore allocazione delle risorse;
- assistenza residenziale e integrazione socio-sanitaria: le dinamiche demografiche e migratorie modificano il quadro di riferimento per l'assistenza sanitaria e sociale; il processo di integrazione socio-sanitaria richiederà risorse aggiuntive che dovranno essere recuperate all'interno del contesto regionale; indicativamente, per la sola assistenza agli anziani non autosufficienti saranno necessarie risorse aggiuntive nell'ordine dei 25-30 mil. € l'anno;
- spesa farmaceutica: il 2001 ha registrato un elevato incremento della spesa farmaceutica a livello nazionale dovuto all'abolizione delle compartecipazioni (ticket) a carico dei cittadini, l'allargamento delle Note CUF e le nuove ammissioni alla rimborsabilità; i conseguenti provvedimenti nazionali (Legge 405) e regionali (distribuzione diretta, limiti alla validità della prescrizione e alla multiprescrizione, prescrizione riservata esclusivamente ai MG, adozione del prezzo più basso dei farmaci ad uguale composizione) hanno contribuito a rallentare la dinamica della spesa farmaceutica nel corso del 2002; il nuovo prontuario farmaceutico, in corso di predisposizione a livello nazionale, e il continuo coinvolgimento dei MGG e dei PLS nel

monitoraggio delle prescrizioni dovrebbe rafforzare l'azione di contenimento nei prossimi anni.

B) Criticità dal punto di vista delle funzioni assistenziali:

- l'elevato (anche se in riduzione) tasso di ospedalizzazione, legato ad un livello ancora insoddisfacente di appropriatezza dei ricoveri;
- il ritardo nella costruzione di una rete adeguata di servizi e strutture di riabilitazione e lungodegenza ospedaliera;
- un ritardo, imputabile peraltro alla disponibilità reale di finanziamenti nazionali, nella costruzione della rete della residenzialità extraospedaliera;
- il processo di realizzazione della rete territoriale si è avviato, ma è ancora "debole" la collocazione del distretto nella struttura organizzativa delle aziende che rimane ancora a forte caratterizzazione ospedaliera; inoltre la ridotta dimensione dei distretti non permette di fatto la realizzazione locale di tutte le attività e funzioni previste dal PSR per quel livello;
- una evidente difficoltà dei Dipartimenti di prevenzione che, fortemente penalizzati da una insufficienza di risorse legata all'assorbimento da parte del macrolivello ospedaliero, non hanno potuto, anche per la loro frammentazione e quindi per la loro insufficiente dimensione, raggiungere livelli accettabili di qualità complessiva; sono ancora fortemente oberati da incombenze di "polizia" giudiziaria e stentano ad aggredire le tematiche della promozione della salute e di prevenzione comunitaria, con particolare riguardo a quella degli infortuni sul lavoro, che rappresentano un punto critico dello stato di salute dei marchigiani;
- lo sviluppo non ancora maturo delle politiche di integrazione socio-sanitaria che, avviate nel corso degli ultimi 10 anni, si sono sostanziate nel 2000 con l'approvazione del Piano Socio-Assistenziale (PSA) regionale e degli atti conseguenti; i percorsi già avviati necessitano di un potenziamento organizzativo interno e di un conseguente potenziamento delle politiche locali di integrazione relativamente all'intera riqualificazione delle residenzialità sociali, alla ridefinizione delle figure professionali socio-sanitarie, alla sperimentazione di piani comunitari per la salute, alla costruzione di modelli di qualità sociale e sanitaria condivisi, alla realizzazione di accessi unici alla rete dei servizi socio-sanitari, al potenziamento degli interventi di sostegno alla domiciliarità.

C) Criticità dal punto di vista delle funzioni di supporto alle attività cliniche e delle funzioni di staff:

- la duplicazione/ridondanza dei servizi amministrativi e tecnici (si pensi alla evidente diseconomicità di un gruppo di aziende nel quale operano 18 uffici di approvvigionamento che spesso si rivolgono ai medesimi fornitori spuntando condizioni economiche differenti e comunque poco vantaggiose, 18 uffici di amministrazione del personale, 18 uffici tecnici e così via) e la disomogeneità delle scelte organizzative adottate per la gestione dei medesimi;
- la frammentazione degli investimenti: si pensi soltanto al provvedimento sul finanziamento per gli investimenti per la libera professione intramuraria, che ha dovuto necessariamente, sulla base delle indicazioni ministeriali, polverizzare i finanziamenti per ciascuna azienda;
- la frammentazione dei sistemi informativi sanitari che porta inevitabilmente a diseconomie e difficoltà nella creazione di un valido sistema informativo regionale sanitario capace di monitorare tempestivamente e con la necessaria precisione i fenomeni economici e quelli sanitari;
- uno sbilanciamento della lettura della produzione delle aziende sanitarie solo sul versante quantitativo ed economico e non sui risultati in termini di salute (efficacia): da questo discende una scarsa attenzione alla funzione epidemiologica, che rimane funzione residuale dei sistemi aziendali;
- non completa maturazione della funzione di pianificazione della **formazione** a livello aziendale (analisi bisogni, definizione obiettivi, ecc.) e inadeguatezza dei sistemi di valutazione di impatto organizzativo delle attività formative; permanenza della

separazione tra formazione del personale dipendente del SSR e dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta;

- sul versante della qualità un atteggiamento tra responsabili dell'organizzazione e professionisti di non pieno coinvolgimento/convincimento sui processi avviati, come se le metodologie e gli strumenti proposti fossero un "lusso" per le attuali organizzazioni e non una delle principali leve strategiche per l'innovazione organizzativa e operativa.

D) Criticità dal punto di vista strutturale:

- la dimensione media delle aziende territoriali, che da confronto nazionale risulta al secondo posto dopo il Molise per popolazione media (n. 111.958 abitanti/ASL) e con un forte scostamento dalla media nazionale (n. 289.511 abitanti/ASL);
- l'elevato numero di strutture ospedaliere (doppio ad esempio rispetto a quello della Regione Friuli Venezia-Giulia, che ha una popolazione minore di appena 250.000 abitanti) ed in particolare di piccole strutture al di sotto dei 120 posti letto (39% del totale);
- un elevato numero di Unità Operative ospedaliere (20,6 ogni 100.000 abitanti contro una media nazionale di 13,8).

E) Criticità dal punto di vista programmatico:

- una visione fortemente particolaristica delle singole aziende che hanno sviluppato e investito fortemente sulle proprie strutture (in particolare quelle ospedaliere) contro un'impostazione sistemica e sinergica della rete raccomandata fortemente dalla regione, creando inevitabilmente ridondanze e duplicazione di servizi senza ottenere un sufficiente grado di esaustività nella risposta ai bisogni, come dimostrato anche dagli elevati volumi di mobilità sanitaria;
- alcuni momenti istituzionali di indirizzo e programmazione, come ad esempio la individuazione degli obiettivi, la definizione del piano delle prestazioni e delle regole di finanziamento, l'attribuzione di contributi destinati ad investimento, l'attribuzione di contributi a copertura di precedenti risultati negativi ecc.;
- l'adeguamento agli standard amministrativi e contabili previsti dalla capogruppo per il regolare funzionamento del modello di controllo.

1.3.3. I macrobiettivi per la Sanità

Sulla base dei macrobiettivi di Salute delineati nel paragrafo 1.2.3, e a fronte dello scenario (realizzazioni/criticità) delineato nel paragrafo precedente, si individuano due macrobiettivi sul versante dell'offerta sanitaria.

1. RIORIENTARE IL SISTEMA DELL'OFFERTA (MACROBIETTIVO 3)

Tale riorientamento avverrà perseguendo le seguenti direttrici di azione.

- 1) **Ricondizionamento della spesa dei macrolivelli**, con spostamento nel triennio del 3% della spesa (50-60 mil €) dal macrolivello ospedaliero a quello territoriale e della prevenzione.
- 2) **Riqualificazione della rete ospedaliera** attraverso:
 - a. il **potenziamento degli ospedali di rete** come strutture ad alta intensità assistenziale e sviluppo del modello *hub e spoke* (mozzo e raggi) a livello regionale e provinciale;
 - b. il **ricondizionamento degli ospedali di polo** che dovranno assumere la valenza di complessi polifunzionali come già previsto nel II PSR: strutture ad alta integrazione con i servizi territoriali con lo sviluppo di funzioni di: medicina generale/lungodegenza; chirurgia nei diversi regimi; riabilitazione; postazioni per la copertura della rete dell'assistenza dell'emergenza; residenzialità sanitaria; semiresidenzialità; funzione di "ospedale di comunità" (gestione M.M.G.); poliambulatorio specialistico; altre funzioni distrettuali.

- 3) **Riassetto della residenzialità extraospedaliera** a forte contenuto di integrazione socio-sanitaria per i soggetti fragili cronici: anziani non autosufficienti, disabili fisici e psichici, ecc., attuabile con le risorse liberate dal macrolivello ospedaliero con l'obiettivo di garantire la copertura residenziale (a diversi livelli di intensità):
 - a. al 60% degli anziani non autosufficienti,
 - b. al 100% degli altri soggetti fragili.
- 4) Valorizzazione del ruolo della rete **dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta**.
- 5) Potenziamento dell'**assistenza domiciliare** e degli strumenti di **supporto alla famiglia** (assegno servizi).
- 6) Qualificazione della capacità di **presa in carico socio-assistenziale territoriale** con lo sviluppo integrato degli strumenti previsti dal PSR e PSA (sportello della salute e sportello sociale).
- 7) Potenziamento della funzione di **prevenzione**, vigilanza e controllo negli **ambienti di lavoro**.
- 8) Potenziamento e integrazione delle attività di **controllo alimentare** lungo tutta la filiera volto alla conoscenza ed alla valutazione del rischio.

2. QUALIFICARE IL SISTEMA DELL'OFFERTA (*Macroobiettivo 4*)

Tale obiettivo verrà perseguito sviluppando tutte le metodologie, strumenti e azioni che mettano in discussione la "autoreferenzialità" (degli operatori, delle discipline, dei gruppi, ecc) che ancora pervade il sistema sanitario, a tutti i livelli dell'organizzazione. Tali azioni si svilupperanno attraverso:

- il **potenziamento** del **ruolo dei cittadini** ed utenti nella valutazione dei servizi sanitari e dei **sistemi di sicurezza/protezione** dei pazienti (es.: risk management);
- la diffusione delle metodologie atte a valorizzare le buone **pratiche professionali** e a promuovere i professionisti (es.: la ricerca clinica; la valutazione delle tecnologie sanitarie e la medicina basata sulle evidenze; l'audit clinico; i profili di assistenza; la formazione permanente degli operatori, ecc.);
- la diffusione delle metodologie atte a **migliorare le funzioni organizzative** (es.: lo sviluppo dei sistemi qualità e di accreditamento; il consolidamento il sistema di budgeting; lo sviluppo e l'adozione di un modello innovativo di management).

1.4. LE ISTITUZIONI E IL WELFARE NELLE MARCHE

Ricostruire un modello complessivo di **welfare** significa, per la nostra regione, operare un cambiamento culturale ed operativo funzionale alla definizione di quel ruolo di programmazione e coordinamento che la riforma delle autonomie locali e la recente modifica del Titolo V della Costituzione affida a questo livello istituzionale. In pratica, questo significa inserire la politica dei servizi alla persona all'interno di un processo di sviluppo complessivo del sistema Marche che, se è originale nel campo economico, lo è altrettanto, in fatto e potenzialità, in quello

sociale e sanitario. Impegno della Regione è quindi quello di dare unitarietà al sistema delle pluralità marchigiane coordinando la qualità e l'originalità del sistema sociale e sanitario con quello produttivo, del lavoro, della formazione e con il sistema educativo nel suo complesso.

Questo l'obiettivo di fondo che la programmazione regionale si è voluta dare in questi anni per valorizzare il sistema municipalistico così forte nella nostra regione e ricco di creatività, superando però quelle logiche di frammentazione che sono alla base di inefficienze anche gravi nella rete dei servizi esistenti.

Un passo importante in questo senso riguarda il processo di integrazione sociale e sanitaria che è un elemento sostanziale nella riforma della organizzazione delle Aziende Sanitarie e delle funzioni stesse dei Comuni in materia sociale. La Regione non ha infatti nessuna intenzione di separare un percorso di *riqualificazione* degli ospedali di piccole dimensioni da un corrispondente sviluppo dei servizi territoriali che non solo saranno garantiti nelle dimensioni attuali, ma incrementati sia in termini quantitativi che in efficacia per il bene delle persone che ne usufruiscono. Dobbiamo superare un sistema sanitario ospedalocentrico, poco interessato al territorio e alla prevenzione, per ampliare il sistema a rete che è composto da una molteplicità di risorse sulle quali si lavorerà anche in termini finanziari.

Molti passi sono stati compiuti per avviare una concreta azione di integrazione socio-sanitaria.

Alcuni elementi di sistema:

- con la nomina dei Coordinatori di ambito da parte dei Comitati dei Sindaci sono stati posti gli elementi di coordinamento delle funzioni di governo e di programmazione nei territori congiuntamente ai responsabili dei Distretti sanitari;
- con la stesura delle linee guida per la predisposizione e l'approvazione dei Piani di Zona sociali sono stati individuati percorsi concreti di armonizzazione delle politiche sociali con le politiche sanitarie territoriali dei Distretti per arrivare alla definizione del "piani comunitari della salute";
- con la costituzione dell'Osservatorio regionale per le politiche sociali e le sperimentazioni di sistema informativo avviate congiuntamente ai sistemi di rilevazione già presenti presso l'Agenzia Regionale Sanitaria sono stati posti gli elementi costitutivi per sistemi congiunti di osservazione necessari per la programmazione regionale e per la costruzione di "profili di comunità" congiunti e partecipati nei Piani di Zona e nella programmazione di Distretto;
- con l'individuazione di un modello condiviso di Uffici di promozione sociale sono stati definiti i presupposti per la creazione di accessi unici alla rete dei servizi. La funzionalità degli UPS comprende al suo interno le funzioni degli "sportelli della salute";
- con l'individuazione di un "Gruppo per l'integrazione socio-sanitaria" supportato da tecnici dell'Agenzia Sanitaria Regionale preposti al recepimento di atti di governo nazionali e all'armonizzazione degli atti di governo regionale tra componente sanitaria e componente sociale si è voluto infine dare stabilità al processo anche nei suoi aspetti più particolari riguardanti atti di programmazione di settore (Progetto obiettivo materno infantile con programmazione delle politiche per l'infanzia, progetto obiettivo salute mentale con interventi sulla disabilità e centri di sollievo etc.).

Alcuni percorsi riorganizzazione del sistema degli interventi:

- la legge regionale 20/2002 "Disciplina in materia di autorizzazioni e accreditamento delle strutture e dei servizi a carattere residenziale e semiresidenziale" è stata elaborata congiuntamente da operatori del servizio sanità, tecnici dell'Agenzia Regionale Sanitaria e operatori del servizio servizi sociali che si sono ricollegati all'esperienza realizzata con la legge regionale 20/2000;
- nelle "Linee guida per la predisposizione e l'approvazione dei Piani di Zona", nella parte dedicata alla "Organizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali nelle Marche" si è proceduto ad una classificazione dei servizi esistenti secondo una terminologia e criteri organizzativi condivisi tra sociale e sanitario;

- nella legge regionale “Sistema integrato dei servizi per l’infanzia, per lo sviluppo di politiche a favore degli adolescenti, di sostegno alla genitorialità e alle famiglie” è stato previsto un percorso di classificazione, di autorizzazione e di accreditamento dei servizi all’infanzia e all’adolescenza in accordo con l’esperienza sanitaria della legge regionale 20/2000 tenuto conto delle relative differenze;

Alcuni percorsi di collaborazione su progettazione specifica:

- L’elaborazione e l’avvio del “Progetto di sostegno alle persone autistiche” è avvenuta in stretta consonanza tra servizi sociali e sanitari. Lo stesso è stato articolato in una prima fase relativa alla istituzione di un servizio regionale con funzione di diagnosi, presa in carico e ricerca dei disturbi generalizzati dello sviluppo in età evolutiva, con particolare attenzione al disturbo autistico e in una seconda fase dedicata alla istituzione di servizi per adolescenti ed adulti con disturbi autistici;
- una eguale collaborazione è avvenuta nella definizione delle “Linee di indirizzo sull’adozione internazionale” che prevedono una stretta collaborazione operativa tra équipes distrettuali e servizi sociali comunali
- la collaborazione si è inoltre realizzata nell’emanazione delle linee guida per la costituzione delle Unità Multidisciplinari per la presa in carico dei soggetti disabili

Due sono gli elementi su cui si intende lavorare in questo percorso di integrazione per avviare un processo discusso e partecipato e che orienterà l’attenzione sulla qualità dei servizi e del personale preposto agli stessi (sia pubblici che privati) e sul ruolo che in questo processo dovranno svolgere i vari livelli istituzionali ed organizzativi, in particolare i Distretti Sanitari e gli Ambiti Territoriali. Si tratta:

- della ridefinizione del ruolo delle istituzioni pubbliche nello sviluppo complessivo di una politica per la salute;
- degli strumenti di governo locale della rete dei servizi.

Come già ricordato, è evidente come sia possibile migliorare la salute dei cittadini solo in un quadro di azioni ed alleanze fortemente partecipate tra gli enti locali, i gruppi organizzati, i cittadini assieme al sistema sanitario così come espresso anche dalla stessa legge quadro nazionale n. 328/2000. Per questo motivo si è voluto ribadire nelle linee guida applicative del Piano Regionale per un Sistema Integrato di Interventi e Servizi Sociali la centralità dell’ente locale e si è costruito in questi mesi l’organizzazione degli ambiti territoriali e della rete dei servizi sociali e sanitari in quella prospettiva.

Un ruolo strategico centrale nella programmazione delle politiche pubbliche è affidato ai Sindaci. Il Comitato dei Sindaci è individuato come il soggetto politico di riferimento deputato:

- a definire le modalità istituzionali e le forme organizzative gestionali più adatte alla organizzazione dell’Ambito Territoriale e della rete dei servizi sociali,
- a nominare il Coordinatore di Ambito;
- a definire
 - le forme di collaborazione fra i Comuni e l’Azienda Sanitaria di riferimento,
 - i contenuti degli accordi di programma,
 - le possibili collaborazioni tra Comuni e Comunità Montane,

- le eventuali forme di collaborazione tra ambiti diversi (compresa la possibilità di elaborare un unico Piano sociale di Zona e di nominare un unico Coordinatore);
- a elaborare ed approvare il Piano sociale di Zona.

A tal fine è prevista l'istituzione di un apposito "tavolo di concertazione"

- per garantire il coinvolgimento dei soggetti di cui all'art. 1, comma 5, della legge 328/2000 nella progettazione e realizzazione degli interventi;
- per promuovere la partecipazione attiva dei cittadini ai sensi dell'art. 1, comma 6, della legge medesima;
- per elaborare ed approvare il Bilancio Sociale;
- per approvare il Programma delle Attività Distrettuali. per la parte relativa all'integrazione socio-sanitaria (ai sensi dell'art. 3 quater, comma 3, del D.lvo 229/99 e del DPCM del 14.02.2001, con oggetto l' "Atto di coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie"), che è parte integrante del Piano sociale di Zona.

Queste articolazioni geografiche costituiscono il livello di governo locale delle politiche di *welfare*. La centralità del ruolo dell'ente locale, assieme all'esistenza nella nostra regione di tanti piccoli Comuni, ha portato a ricercare in aggregazioni intercomunali – l'Ambito Territoriale appunto - il livello minimo per avviare nuove forme di progettazione, organizzazione e gestione dei servizi.

L'Ambito Territoriale costituisce il livello ottimale di programmazione "dal basso" dove costruire un rapporto integrato tra servizi sanitari e servizi sociali e alla persona, lavorando in sede di programmazione di zona all'analisi dei bisogni, all'offerta dei servizi, alla individuazione di obiettivi di crescita del benessere territoriale. L'analisi parte dalla identificazione delle possibili determinanti della salute nelle seguenti categorie: genetica, sesso, età, povertà, occupazione, esclusione sociale, qualità dell'aria e dell'acqua, condizioni abitative, ambiente sociale e culturale, istruzione, alimentazione, attività fisica, fumo, alcool, farmaci, il tipo di sistema sanitario e sociale, i trasporti, le attività ricreative e altre.

L'ambito territoriale è dotato di una rete di servizi essenziali che consente ad ogni persona, che vive e lavora nella regione, uguali opportunità di accesso ai servizi e la stessa qualità delle prestazioni a prescindere dal luogo di residenza. L'ambito territoriale è il luogo di collaborazione tra il Coordinatore di ambito e il Direttore di Distretto⁵ nella elaborazione dei Piani sociali di Zona e dei Programmi delle attività distrettuali e nella gestione dei fondi del Bilancio Sociale, di cui i Budget di Distretto sono parte integrante. Entro il 2003 bisogna far

⁵ I Coordinatori di ambito e i Direttori di Distretto costituiscono l'elemento di raccordo tecnico-operativo tra componente sanitaria e componente sociale. Il Distretto Sanitario è la struttura dell'Azienda USL finalizzata a realizzare nel territorio un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi che erogano le prestazioni sanitarie e tra questi e i servizi socio-assistenziali, in modo da consentire una risposta coordinata e continuativa ai bisogni sanitari della popolazione. Allo stesso modo l'ambito territoriale è il livello minimo per l'avvio di nuove forme di progettazione, organizzazione e gestione dei servizi. Considerato che il criterio di fondo per la costruzione di un welfare partecipato è il funzionamento dei "Tavoli territoriali" di concertazione diventa inevitabile che i ruoli istituzionali di coordinamento di questa porzione di territorio operino in questo senso sulla base delle indicazioni dei Comitati dei Sindaci. La verifica di questa sinergia troverà attuazione nella elaborazione concreta dei Piani che saranno frutto anche della partecipazione del territorio nei suoi vari aspetti.

coincidere i Distretti Sanitari con gli ambiti territoriali del sociale. L'ambito territoriale è il luogo di attuazione dei processi di integrazione attraverso protocolli operativi in cui vengono definite le modalità tecnico-organizzative con le quali i servizi sanitari e socio-assistenziali svolgono in modo coordinato e unitario compiti dedicati a problemi di comune competenza con particolare riferimento alle aree materno-infantili, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative così come indicato nel D.Lvo 229/99 e nel DPCM 14.02.2001.

La costruzione a regime di un *Piano Comunitario di Welfare* in grado di valorizzare le capacità locali di definizione e promozione del benessere dei cittadini si realizzerà attraverso il progressivo coordinamento di alcuni strumenti (Piani per la salute, Piani sociali di Zona, Programmi delle attività distrettuali, Bianci sociali), che dovranno diventare prassi abituale di programmazione delle politiche pubbliche.

Nella fase attuale il Piano sociale di Zona è lo strumento di programmazione a disposizione dei Comuni per avviare nei diversi Ambiti Territoriali la progettazione e la realizzazione della rete dei servizi e interventi sociali. La programmazione è lo strumento indispensabile per creare una rete di servizi che dia a tutti i cittadini le stesse opportunità di accesso e per attivare un sistema di protezione sociale universalistico, cioè aperto a tutte le situazioni di vita dei cittadini marchigiani, ma con priorità di accesso ai soggetti deboli. L'efficacia di questo strumento è strettamente correlata alla capacità dei territori di programmare con modalità di partecipazione che consentano la collaborazione non subordinata e la valorizzazione di tutti gli attori sociali, stimolando un coinvolgimento concreto di chi è in una posizione di passività. In questa prospettiva i Piani di zona sono la risultanza di un processo di responsabilizzazione dei soggetti locali tant'è che in sede di elaborazione degli stessi abbiamo previsto che:

- il Comitato dei Sindaci definisca un proprio percorso di coinvolgimento delle realtà locali pubbliche o private che concorrano alla progettazione e alla realizzazione concertata degli interventi ai sensi dell'art. 1, comma 5, della L. 328/2000 quale valore aggiunto che qualifica il Piano;
- lo stesso Comitato dei Sindaci definisca altresì le sedi per garantire la partecipazione dei cittadini, il contributo delle organizzazioni sindacali, delle associazioni sociali e di tutela degli utenti ai sensi dell'art. 1, comma 6, della legge 328/2000.

Per promuovere scelte finalizzate all'integrazione socio-sanitaria è nostro intendimento garantire unitarietà al processo programmatico rendendo tra loro compatibili e complementari le scelte previste dal Piano sociale di Zona e dal Programma delle attività distrettuali, che devono coincidere nelle aree previste dal DPCM del 14/2/2001 e dal Piano attuativo di zona per le materie non di competenza del Distretto che comunque hanno una ricaduta significativa negli Ambiti Territoriali. Considerato che il Programma delle attività distrettuali rappresenta le

scelte di salute a livello distrettuale in cui sono definiti i bisogni prioritari e gli interventi di natura sanitaria e socio-sanitaria e che il Piano sociale di Zona è lo strumento per definire le strategie di risposta ai bisogni sociali e socio-sanitari, diventa consequenziale e necessario gestire i due strumenti all'interno di un'unica strategia programmatica attuata in modo integrato tra Sanità ed Enti locali, tra Distretti e Ambiti Territoriali soprattutto attraverso lo strumento del Bilancio Sociale. Questo rappresenta anche lo strumento di verifica del rapporto tra obiettivi del Piano di Zona, risorse impegnate e risultati. In questo contesto è verificabile il livello di compartecipazione alle spese dei servizi tra Servizio Sanitario Nazionale, Comuni e utenti attraverso il concorso al costo delle prestazioni sociali. Il budget dei Distretti entra quindi a pieno titolo in questa compartecipazione dovendosi definire in sede di elaborazione del Piano quanto ricadrà su questa fonte finanziaria accanto a quella messa a disposizione direttamente dai bilanci comunali e la quota parte a carico di altre agenzie di finanziamento quali le fondazioni bancarie o altri enti privati. Diventa quindi indispensabile nel bilancio sociale una sezione specifica che renda visibile l'integrazione delle risorse. Ai sindaci verranno forniti gli strumenti necessari per assolvere al ruolo assegnato.

1.5. Un'Alleanza per la Salute

Una politica orientata alla salute comporta, come si è visto, un significativo allargamento dell'orizzonte operativo e il suo successo non può che implicare la piena assunzione del concetto di limite nei e dei sistemi sanitari e l'affermarsi di una cultura dell'essenzialità dei consumi sanitari. Ciò è tanto più vero se consideriamo che il continuo aumento della quantità delle prestazioni sanitarie produce effetti non sempre positivi sulla salute, qualche volta dubbi (si pensi alla crescente medicalizzazione degli stati di disagio), qualche volta negativi (malattie iatrogene). Spesso i più significativi livelli di mortalità e di morbosità si registrano per fattori di rischio che possono essere rimossi con interventi prevalentemente non sanitari. Al guadagno di salute atteso corrisponde anche il minor costo dell'investimento, il maggior risultato di sistema.

Dati i limiti e la complessità delle sfide che I SSR ha di fronte, per mantenere fede agli impegni assunti, è indispensabile costruire un'**alleanza per la salute** fondata sulla responsabilizzazione dei soggetti coinvolti e sulla loro capacità di collaborare e su una conseguente politica concertata ai diversi livelli, tra i diversi sistemi della rappresentanza istituzionale, economica e sociale, dell'associazionismo diffuso.

Un'alleanza con i cittadini

La promozione della salute non può prescindere dalla maturazione di una coscienza civile e dalla assunzione da parte di tutti i cittadini di una responsabilità personale diretta e consapevole nei confronti del proprio benessere fisico, psichico e sociale, in termini di diritti

così come di doveri, avvalendosi di tutti gli organismi di partecipazione e concertazione utili per una gestione territoriale della salute.

Un'alleanza con gli operatori

Gli operatori sanitari sono lo strumento essenziale per assicurare il buon funzionamento del servizio, l'efficacia degli interventi e la soddisfazione dei cittadini. L'umanizzazione del rapporto medico-paziente e di tutte le situazioni di incontro fra cittadini e Servizio sanitario nazionale è la strada prioritaria per realizzare il patto di solidarietà per la salute. Gli sforzi in questa direzione costituiscono un investimento etico, qualificano la relazione terapeutica e la rendono più efficace.

Un'alleanza con le istituzioni

La salute, intesa come benessere fisico, psichico e sociale, non è il mero prodotto dell'amministrazione sanitaria e dei correlati servizi articolati nel Paese. Deve rappresentare, piuttosto, un obiettivo perseguito da tutte le istituzioni che, pur non avendo una diretta competenza sanitaria, esercitano funzioni che possono incidere sullo stato di salute della popolazione.

Un'alleanza con le rappresentanze sociali

Le rappresentanze sociali giocano un ruolo fondamentale nello sviluppo di una politica per la salute in termini di capacità di lettura dei bisogni/rischi, di identificazione delle priorità e di supporto determinante alle azioni di miglioramento del sistema.

Un'alleanza con il terzo settore

Una realtà ricca e complessa all'interno della quale va ribadita la giusta distinzione tra **cooperative sociali**, che oltre ad essere soggetti gestori di servizi sono attivi anche nella partecipazione ai Piani di Zona e ai patti per la salute, e il **volontariato** il quale rappresenta un momento forte dell'alleanza, in ragione del suo contributo alla umanizzazione del servizio e per le istanze etiche di cui è portatore. La loro presenza contribuisce a dar voce ai bisogni dei soggetti svantaggiati e svolge un ruolo importante nella valutazione consensuale della qualità dell'assistenza.

Un'alleanza con i produttori

La tutela del diritto del cittadino a prestazioni tempestive e qualificate implica che i pubblici poteri non solo erogano direttamente tali servizi, ma definiscano gli spazi in cui si sviluppano il settore pubblico e il privato. I produttori di beni e servizi sanitari (non profit e profit) sono elementi rilevanti del panorama sanitario e, nel contesto di una definizione strategica degli obiettivi, sono chiamati a concorrere al progetto di tutela e promozione della salute.

Un'alleanza con il mondo della comunicazione

Il mondo della comunicazione riveste un ruolo rilevante nel diffondere l'informazione e le conoscenze scientifiche, nel favorire l'adozione di modelli di comportamento e di stili di vita, nel determinare aspettative e bisogni nei confronti della salute e dei servizi sanitari. La crescente attenzione dei mezzi di informazione ai fenomeni della sanità, nella cronaca quotidiana e nella divulgazione scientifica, richiede un impegno preciso del mondo

dell'informazione in termini di equilibrio, obiettività e completezza e un loro coinvolgimento attivo nel progetto di promozione e tutela della salute.

1.5.1. La condivisione delle scelte e delle azioni

Già il II PSR ha definito il percorso per arrivare ad una alleanza per la salute, che comporta la condivisione delle scelte e delle azioni, descrivendo le forme della concertazione che l'esperienza concreta di questi anni ha rivelato densa di grandi potenzialità, ma anche di estreme fragilità e criticità, sia per i diversi livelli di convinzione con cui si è praticata, sia per l'inevitabile margine di indeterminatezza nelle modalità di attuazione di una fase da considerare comunque sperimentale. Tale modello si sviluppava su due assi: quello dei soggetti (concertazione tecnica, istituzionale e di comunità) e degli ambiti (distretti, ASL, area vasta, regione).

Le criticità fondamentali possono essere così riassunte:

- scarso sviluppo della concertazione di comunità a livello di tutti gli ambiti e quella degli ambiti di distretto e di area vasta per tutti i soggetti,
- scarso supporto ed apporto conoscitivo nella definizione degli obiettivi,
- scarsa complementarietà tra concertazione e contrattazione,
- eccessiva concentrazione sulla dimensione tecnico-istituzionale,
- sfasatura tra gli obiettivi della programmazione e gli strumenti della gestione,
- assenza di verifica sui risultati attesi.

La concentrazione delle relazioni sulla dimensione tecnico-istituzionale ha di fatto prodotto un significativo indebolimento degli effetti attesi dalla morfologia generale della concertazione.

Da una parte ha marginalizzato le potenzialità dei sistemi di rappresentanza sociale e "di comunità", dall'altra ha finito paradossalmente, per allentare una rigorosa distinzione delle funzioni di governo da quelle di gestione.

L'indirizzo politico programmatico di una politica di promozione della salute sempre più deve guidare il sistema aziendale nella gestione per evitare i rischi di esserne guidato.

Per queste ragioni occorre stabilire una relazione certa e coerente tra i contenuti degli strumenti di programmazione, la ripartizione delle risorse regionali, il processo di budgeting aziendale inteso come strumento in grado di guidare una gestione coerente tra obiettivi, azioni, risorse, risultati.

Su questi assi fondamentali si deve ri-orientare l'opportunità, e non l'obbligo, per i diversi soggetti, di confermare, aggiornandola, la scelta di uno strumento che deve tendere a massimizzare i risultati di sistema.

La concertazione riguarda l'azione dell'insieme dei soggetti della rappresentanza sui macro-obiettivi della programmazione, i risultati attesi e si dovrà esercitare in momenti specifici (trimestrali e/o semestrali) ai diversi livelli. Naturalmente ciò non esaurisce l'area delle

competenze e le titolarità della contrattazione, il cui esercizio (in particolare sulle “azioni di piano”) deve essere facilitato dalla preventiva concertazione sugli obiettivi e sulla verifica dei risultati attesi in una logica assolutamente complementare e coerente.

Per poter dispiegare tali funzioni la concertazione ha bisogno di un supporto e di un apporto che può derivare soltanto dallo sviluppo della Rete Epidemiologica Regionale, del Sistema Informativo Regionale Integrato, della Comunicazione Sanitaria e del coordinamento che deve essere assicurato dall’istituzione di un **Comitato Tecnico Permanente (CTP) per la realizzazione del Piano** sviluppando gli strumenti operativi, le funzioni di monitoraggio e verifica del perseguimento degli obiettivi generali e specifici delle quattro macroaree di intervento. La costituzione del CTP, che vedrà coinvolti i soggetti dell’alleanza, verrà formalizzato da un apposita delibera della Giunta Regionale.

All’interno di tale logica e con lo sviluppo degli strumenti e delle modalità individuate l’apporto dei vari soggetti dell’alleanza nei processi di pianificazione e programmazione viene sintetizzata nella Tabella 2.

Tabella 2 – Ruoli dei soggetti nelle funzioni e fasi di pianificazione e programmazione sanitaria regionale

FUNZIONI	FASI	REGIONE	ENTI LOCALI	AZIENDE SANITARIE	ORGANISMI DI RAPPRESENTANZA SOCIALE, DI VOLONTARIATO E DI TUTELA DEGLI UTENTI	ORGANISMI DI RAPPRESENTANZA ECONOMICA ED AUTONOMIE FUNZIONALI
Pianificazione Strategica e Programmazione pluriennale	Piano Sanitario Regionale	X	X	X	X*	X
	Atti di indirizzo	X				
	Definizione criteri di riparto	X		X	X	
	Definizione macroobiettivi e allocazione risorse	X	X	X	X	
Programmazione annuale	Definizione obiettivi operativi annuali		X	X	X	
	Predisposizione del piano di zona			X	X	
	Predisposizione sistema monitoraggio			X		
	Approvazione piano di zona integrato con le altre programmazioni territoriali	X	X			
Attuazione	Gestione			X		
	Monitoraggio periodico	X	X	X	X*	X
	Coordinamento con le altre programmazioni territoriali		X			
	Predisposizione bilancio d'area			X		
Valutazione	Valutazione risultati	X	X	X	X*	X

- Fasi di interesse degli organismi di rappresentanza di volontariato e di tutela degli utenti

1.5.2. LA CONSAPEVOLEZZA DEL VINCOLO ECONOMICO

La cornice delle risorse economiche entro la quale il piano sanitario dovrà essere realizzato è oggettivamente preoccupante, so non fortemente governata.

Le entrate previste per il SSR della regione Marche per il prossimo triennio, a legislazione invariata (L. 405/2001) sono le seguenti (in milioni di €):

	ENTRATE COMPLESSIVE			
	2002	2003	2004	2005
	2.025	2.101	2.178	2.260
Var. %		3.8%	3.7%	3.8%

Alcune variabili esogene quali il tasso di inflazione, lo sviluppo tecnologico, i rinnovi contrattuali e l'aumento della domanda legata al progressivo invecchiamento della popolazione potrebbero portare ad un trend tendenzialmente analogo a quello nazionale dell'ultimo quinquennio (+8% annuo).

	SCENARIO ANDAMENTO COSTI <u>TREND STORICO</u>			
	2002	2003	2004	2005
Trend storico	2.134	2.305	2.489	2.688
Disavanzo	-109	-204	-311	-428

Tale scenario non è economicamente sostenibile dal sistema anche nel breve-medio termine. Due sono le alternative:

- i) impoverire il sistema drenando le risorse "in eccesso" rispetto alle entrate oppure
- ii) trasformare il vincolo in un'opportunità per razionalizzare e migliorare l'allocazione delle risorse esistenti.

Il presente piano sanitario opta chiaramente per la seconda ipotesi che richiederà una forte alleanza e un forte impegno dei soggetti coinvolti per identificare e intervenire nelle aree di possibile miglioramento dell'efficienza, selezionando e promovendo gli interventi appropriati, gli investimenti tecnologici di provata costo-efficacia e, complessivamente, dedicandosi ad una gestione attenta e rispettosa delle risorse pubbliche.

Per abbassare progressivamente la percentuale di deficit, l'obiettivo di crescita dei costi del sistema dovrà essere contenuto al di sotto di quella prevista dal finanziamento governativo e dovrà avere il seguente andamento:

	<u>OBIETTIVO</u> ANDAMENTO COSTI			
	2002	2003	2004	2005
Costi	2.134	2.192	2.250	2.307
Var. %		2.7%	2.6%	2.5%
Disavanzo	-109	-91	-72	-47
Incidenza disavanzo sui costi		4%	3%	2%

Per perseguire tali obiettivi di contenimento dei costi, attraverso il processo di budgeting aziendale, e contestualmente riqualificare il quadro dell'assistenza del SSR si prevede:

a) il recupero di risorse all'interno del sistema attraverso riorganizzazione, riqualificazione e appropriatezza dell'offerta :

	2003	2004	2005
Riorganizzazione e semplificazione amministrativa-aziendale	-15	-25	-30
Riqualificazione rete ospedaliera	-10	-20	-20
Miglioramento dell'uso di regimi assistenziali e tecnologie sanitarie (appropriatezza)	-15	-20	-20
Razionalizzazione della spesa farmaceutica	-	-20	-20
Totale cumulato	-60	-85	-90

b) il potenziamento delle attività del SSR delineate nel presente PSR (prevenzione, ADI, salute mentale, ecc):

	2003	2004	2005
Totale cumulato	+25	+55	+90

Questo significa che dovranno essere i guadagni di efficienza e la razionalizzazione dei servizi a fornire le risorse necessarie alla realizzazione delle nuove azioni previste ed al conseguente potenziamento dei servizi sanitari.

Inoltre il combinato delle suddette azioni permetterà una **riallocazione** tendenziale delle **risorse tra i livelli assistenziali** del SSR in linea con i macroobiettivi programmatici:

	2001	2003	2004	2005
Prevenzione e Promozione della salute	3.4%	3.6%	3.8%	4.0%
Assistenza Territoriale	47.8%	48.0%	48.5%	49.0%
Assistenza Ospedaliera	48.8%	48.4%	47.7%	47.0%
Spesa sanitaria regionale⁶	100%	100%	100%	100%

La sfida e lo sforzo dell'alleanza per la salute consiste, quindi, anche in una programmazione e gestione a tutti i livelli di responsabilità e di organizzazione del sistema regionale che valuti attentamente le alternative disponibili e che sia in grado di intervenire tempestivamente per garantire un'azione gestionale, di allocazione e di riqualificazione delle risorse in linea con i macroobiettivi programmatici.

⁶ Al netto della mobilità attiva e dei progetti regionali

2. Dalla Sanità alla Salute

Le linee direttrici della Carta di Ottawa sono state riconfermate dall'OMS nel 1998, nelle *quattro strategie per l'azione* per perseguire gli obiettivi di HEALTH21:

1. strategie multisettoriali per affrontare i determinanti della salute, tenendo in considerazione le prospettive fisiche, economiche, sociali, culturali e relative alle differenze di sesso, e assicurando l'adozione della valutazione di impatto sulla salute;
2. sviluppo di programmi e di investimenti in salute e assistenza clinica orientati ai risultati in termini di salute;
3. assistenza sanitaria di primo livello integrata e orientata alla famiglia e alla comunità, sostenuta da una rete ospedaliera flessibile ed efficiente;
4. processo di partecipazione allo sviluppo della sanità che coinvolga partner specifici per la salute nelle abitazioni, negli ambienti scolastici e di lavoro, a livello di comunità e nazionale, in grado di promuovere decisioni congiunte, implementazione e responsabilità.

2.1. SVILUPPARE UNA POLITICA DI PROMOZIONE DELLA SALUTE (*Macroobiettivo 1*)

2.1.1. I Piani Comunitari per la Salute (PCS)

Per concretizzare una politica complessiva di intervento intersettoriale, si prevede l'attivazione dei **Piani Comunitari per la Salute** (PCS) definibili come "piani pluriennali di azione elaborati e realizzati da una pluralità di soggetti, coordinati dal governo locale, che impegnano risorse umane e materiali allo scopo di migliorare la salute della comunità".

Gli obiettivi cui tendere sono:

- l'individuazione di alcuni macro obiettivi di salute (es. tutela degli anziani soli; prevenzione del disagio adolescenziale; tutela dei lavoratori di uno specifico comparto; tutela delle donne immigrate; ecc.) su cui concentrare gli sforzi della comunità in un arco di tempo pluriennale (3-5 anni);
- l'ampliamento della consapevolezza da parte della comunità sul ruolo dei diversi determinanti nella crescita della salute, della conseguente corretta ricollocazione in questa logica delle attività sanitarie e dei guadagni complessivi in termini di crescita economica di una collettività sana ;
- l'ampliamento della consapevolezza da parte dei decisori che ogni scelta che tocca i settori dell'economia, del lavoro, dell'educazione, dei trasporti, dell'ambiente e della protezione sociale deve prendere in considerazione, prima di essere adottata, anche le ripercussioni sulla salute che essa può comportare.

L'ambito territoriale di avvio di questi piani viene individuato nella Zona in cui il Comitato dei Sindaci offre la sede "istituzionale" di governo della sperimentazione.

I soggetti chiamati a partecipare alla stesura del PCS, oltre gli Enti Locali (EELL) aggregati in ambiti territoriali sociali, sono: l'Azienda Sanitaria, le organizzazioni non profit, l'associazionismo strutturato, le organizzazioni sindacali, le associazioni imprenditoriali, le organizzazioni di categoria, la Regione, ecc.

Il PCS dovrebbe svilupparsi attraverso le seguenti fasi:

1. incontri propedeutici tra i diversi soggetti aderenti al PCS, finalizzati alla condivisione dei valori di riferimento della comunità, delle finalità del progetto e del percorso, dei ruoli e dei "capitali" di conoscenze e percezione dei problemi a disposizione del gruppo;
2. individuazione, quantificazione e descrizione dei bisogni e dei problemi, utilizzando tutte le fonti informative formali e informali disponibili all'interno della comunità;
3. individuazione delle risorse potenzialmente disponibili (economiche, umane, strutturali, tecnologiche, professionali, informative, ecc.);
4. selezione delle priorità effettuata sulla base di criteri espliciti che tengano conto anche della efficacia degli interventi e della sostenibilità attuativa;
5. progettazione che comprende: obiettivi generali, obiettivi specifici, risorse in campo, programma operativo (chi fa cosa, dove, quando, come), pianificazione del sistema di valutazione (criteri e indicatori di processo e risultato);
6. attuazione del PCS e monitoraggio del processo;
7. verifica dei risultati.

Il governo e la gestione del PCS sono affidati al Comitato dei Sindaci.

La realizzazione concreta dei PCS si realizzerà, in prima istanza, a partire dall'esperienza di lavoro congiunto tra le diverse responsabilità sociali e sanitarie presenti sui territori della regione. Per questo motivo sarà di grande importanza l'avvio, nel corso del 2003, dei primi Piani sociali di Zona previsti dal Piano Regionale per un Sistema Integrato di Interventi e Servizi Sociali e dell'attività dei Coordinatori di ambito che dovranno armonizzare la propria programmazione territoriale con quella dei responsabili di Distretto sulla base delle indicazioni riportate sulle "linee guida" regionali che affidano al Comitato dei Sindaci la funzione di *"approvare il programma delle attività territoriali di Distretto per la parte relativa alla integrazione socio-sanitaria (ai sensi dell'art. 3 quater, comma 3, del D.Lvo 229/99 e del DPCM del 14.02.2001) che è parte integrante del Piano di Zona"*.

2.1.2. Obiettivi specifici di salute

2.1.2.1. Un sistema di tutela dell'infanzia, dei giovani, della donna, degli anziani

Infanzia, età evolutiva, giovani, donne

Gli obiettivi e i programmi d'azione verranno dettagliati nel Progetto Obiettivo Materno-Infantile (POMI) di cui vengono riportati in Allegato 1 gli elementi costitutivi.

Nelle schede del § 2.1.3 vengono sintetizzati i principali obiettivi da perseguire e le conseguenti azioni da sviluppare.

Per quanto riguarda l'**infanzia** si prevedono, tra gli altri: interventi socio-sanitari di sostegno alle famiglie "vulnerabili"; il coinvolgimento delle scuole per una cultura della salute come bene da preservare, e, nel campo prettamente sanitario con il coinvolgimento del pediatra di base per il riconoscimento dei disturbi del linguaggio e dell'apprendimento.

Per il **disagio giovanile**, che si esprime attraverso comportamenti definibili come autolesivi, dovrà essere compiuto un grande sforzo delle comunità locali (comuni, entri locali, provveditorati) per promuovere la salute giovanile attraverso lo sviluppo di reti sociali di sostegno e luoghi di aggregazione alternativi. Per il problema dei disturbi del comportamento alimentare (DCA) si propone la realizzazione di una regionale integrata di servizi multidisciplinari (internisti, nutrizionisti, psicologi, psichiatri, ecc.).

Per le **donne** in un'ottica della promozione della genitorialità e di inversione di tendenza della natalità sono diventati indispensabili servizi sociali di supporto. Anche nel nostro territorio le donne hanno necessità di offerte differenziate dei servizi sociali e di reti informali di supporto (nidi a fasce orario, nidi condominio, scuole a tempo pieno, banche del tempo, collaborazioni nel quartiere ecc) che costituiscano una concreta collaborazione per alleggerire il peso dei vari ruoli a cui sono chiamate.

In ambito più strettamente sanitario è necessario consolidare gli interventi per la prevenzione dei tumori femminili (screening), avviare percorsi assistenziali volti alla demedicalizzazione della gravidanza/parto riqualificando la rete dei consultori con l'obiettivo di renderli pienamente funzionanti per operare la presa in carico dei problemi della salute femminile e formulare l'offerta attiva.

Per le donne straniere si richiedono servizi di mediazione linguistico culturale presso i servizi socio-sanitari del territorio per facilitare l'ingresso, il percorso e l'integrazione nel contesto locale in un'ottica di conoscenza reciproca, di rispetto e di valorizzazione delle differenze.

Anziani

Le strategie di sviluppo di una politica per gli anziani nella Regione Marche si costruiscono a partire da due assunti fondamentali che riguardano:

- da una parte l'inserimento delle politiche di settore all'interno di una programmazione sociale territoriale più complessiva finalizzata alla elaborazione di Piani comunitari della salute da parte degli enti locali e delle Aziende Sanitarie in maniera congiunta e condivisa con gli attori sociali territoriali;
- dall'altra i contenuti di un intervento che individua nell'anziano una risorsa in quanto cittadino che a tutti gli effetti partecipa alla vita della città.

Questo assunto politico di fondo ha portato la Regione ad individuare alcuni obiettivi precisi sui quali si sta creando un intenso lavoro di integrazione socio-sanitaria.

Le prospettive di costruzione di una politica per gli anziani quindi sono fortemente collegate con la elaborazione congiunta degli strumenti di programmazione regionale, sia sanitaria che sociale, sia generali (Piano Sanitario e Piano Sociale) che specifici (normativa sulle autorizzazioni, progetti di intervento settoriale, collaborazione tra direttori di distretto e coordinatori di ambito).

Obiettivi di salute della popolazione anziana

L'obiettivo primario nell'area anziani deve essere quello di aumentare la quota di anni "liberi" da una situazione di non autosufficienza. Alla luce di questa considerazione sono individuati alcuni campi di intervento:

- prevenzione del decadimento cognitivo: all'anziano fragile va rivolta un'azione di prevenzione che richiede cultura e strumenti innovativi per favorire il suo ruolo attivo all'interno della comunità, favorire l'aggregazione sociale, stimolare le attività cognitive;
- semplificazione dell'accesso ai servizi per le persone anziane: rendere più visibili i percorsi assistenziali disponibili (burocratizzazione delle procedure) per accedere ai servizi e ad una comunicazione chiara alla persona anziana e alla sua famiglia;
- riduzione del rischio di caduta e conseguente invalidità favorendo una maggiore attività motoria;
- favorire la massima permanenza a domicilio dei soggetti anziani fragili e disabili, attraverso un articolato programma di interventi assistenziali, terapeutici e riabilitativi erogati a domicilio.

Gli obiettivi operativi sono così identificati:

Riorganizzazione del sistema delle residenzialità e delle semiresidenzialità sociali per anziani nell'ambito di una rete integrata socio-sanitaria attraverso:

- applicazione della normativa in corso di approvazione sui criteri per le autorizzazioni e gli accreditamenti dei servizi e delle strutture a carattere residenziale e semiresidenziale;
- elaborazione dei requisiti minimi per le autorizzazioni e gli accreditamenti delle strutture per anziani e riorganizzazione delle funzioni della rete dei servizi e del ruolo delle unità valutative geriatriche nella elaborazione del progetto di vita della persona;
- progressivo completamento della rete residenziale anche attraverso la riqualificazione della rete sociale esistente delle case di Riposo; la dizione "Casa di Riposo" dovrà infatti essere limitata alle strutture per autosufficienti, mentre la gestione della non autosufficienza, con bassi bisogni sanitari, dovrà essere delegata ad una rete di Residenze Protette, con retta a parziale carico del FSN, da realizzarsi prioritariamente come riqualificazione delle Case di Riposo che svolgono già funzione di assistenza a non autosufficienti; la rete residenziale si completerà peraltro con le RSA, che sono strutture destinate alla gestione di pazienti non autosufficienti con più elevati bisogni sanitari;
- articolazione delle strutture all'interno della programmazione di ambito, ferme restando indicazioni regionali (atto di fabbisogno – politiche tariffarie).

Attivazione di interventi di sostegno alla domiciliarità dell'anziano attraverso la sperimentazione del progetto "assegno di servizi nella regione Marche" finalizzato a sostenere e a incrementare la crescente domanda di prestazioni sociali domiciliari per la cura delle persone anziane. L'iniziativa, finanziata congiuntamente da servizi sociali e servizio sanità, prevede l'avvio, entro breve, di una sperimentazione su alcuni territori in collaborazione con i servizi per l'impiego, gli enti locali e le realtà associative presenti negli ambiti territoriali.

Sostegno alla partecipazione dell'anziano alla vita sociale attraverso l'avvio del progetto per la valorizzazione della risorsa anziani nella regione Marche in collaborazione con le organizzazioni sindacali, con gli enti locali, gli ambiti territoriali già approvato dalla Giunta regionale.

Al fine di costruire una strategia condivisa tra gli obiettivi del servizio sanitario regionale e quelli del servizio servizi sociali si prevede la costituzione di un tavolo congiunto con la presenza di rappresentanze sociali per definire, in tempi ristretti, le linee di intervento regionali in materia di politiche per anziani.

Tale strategia dovrà portare alla definizione di un progetto organico per gli anziani della regione Marche articolato nella ridefinizione complessiva della residenzialità e della semiresidenzialità, nella riqualificazione e potenziamento dell'assistenza domiciliare integrata anche attraverso la sperimentazione dell'assegno servizi e nella valorizzazione dell'anziano come risorsa.

2.1.2.2. La sicurezza come elemento di qualità della vita

L'incidenza delle patologie e degli infortuni di qualsiasi origine, come riportato nel punto 1.2.1, è causa di un numero di eventi mortali o permanentemente invalidanti che generano costi sociali e sanitari non compatibili con le risorse a disposizione. Non potendo per ovvi motivi etici ridurre il livello di copertura assistenziale al di sotto di livelli con provata efficacia, l'unica strada percorribile è quella della prevenzione primaria e secondaria sulle problematiche di sicurezza. Tali indicazioni d'intervento debbono superare l'attuale divisione rigida per competenze e divenire, nell'ambito di iniziative regionali o locali, momenti di integrazione fra istituzioni, ribadendo la centralità del cittadino-utente.

L'ambito della sicurezza implica un percorso che parte dall'acquisizione dei dati sui singoli eventi, cercando di adoperare per quanto possibile fonti già esistenti e consolidate, per addivenire ad una soluzione del problema, da ricercarsi sia nelle applicazioni già presenti sia nella costruzione di nuove soluzioni. Tale processo, costituito sostanzialmente su un meccanismo di feed-back e quindi per approssimazioni successive, non può assolutamente prescindere da una funzione di monitoraggio.

A) SICUREZZA STRADALE

La problematica va referenziata su tre quote del sistema che si integrano tra loro:

- quota *fissa* del sistema, costituita dalle infrastrutture viarie e loro annessi;
- quota *mobile* del sistema, costituita dal veicolo;
- la quota *umana*.

Un'analisi sanitaria del sistema parte obbligatoriamente dalla valutazione dei danni all'uomo, sia in forma temporanea che permanente, ma in ottica di salute debbono essere programmati gli interventi nelle tre quote di sistema al fine di evitare/ridurre i danni. Fermo restando che la quota mobile del sistema non è in alcun modo aggredibile da parte degli operatori della prevenzione, in quanto normato da specifiche disposizioni di settore, le altre due quote sono aggredibili sia in forma diretta che indiretta dal sistema sanitario. Specificatamente, l'obbligo di esprimere parere sui piani urbanistici, che sono comprensivi anche del piano del traffico, pur sottolineando che trattasi di parere, costituisce un momento di valutazione dell'impatto sulla salute della programmazione di altri enti e quindi promozione di comportamenti decisionali più consoni all'obiettivo del presente progetto.

D'altra parte, eventi di promozione di comportamenti sicuri alla guida, pur non essendo competenza esclusiva del comparto sanità, non possono non vedere un atteggiamento attivo in

tale ambito degli operatori della prevenzione. Punto di partenza di tutto il progetto è quello della individuazione dei “punti neri”, intesi come precisi riferimenti spaziali ad eccesso di eventi, sui quali tentare, in collaborazione con gli altri enti competenti, di ricostruire un nesso causale, per lo meno negli eventi più frequenti, nei singoli punti neri.

B) SICUREZZA DOMESTICA

L'ambito domestico o di civile abitazione, sia individuale che collettiva, presenta ancora una suddivisione su tre quote:

- parte *fissa*, legata al dato strutturale del contenitore edilizio, compresi gli impianti;
- parte *variabile*, collegata alle scelte di arredamento;
- quota *umana*, collegata ai comportamenti dell'utilizzatore.

Un ruolo importante deve essere giocato sulla parte fissa, prevedendo anche qui una funzione attenta nella emissione di pareri, derivando questo da apposite linee guida a produzione regionale. Per le altre due l'unico ruolo possibile è quello di analizzare i dati di danno per classi d'età individuando precise azioni di modifica comportamentale da parte dell'“uomo”. E' da sottolineare come dati sul livello di sicurezza dell'abitazione nel suo complesso sia difficilmente disponibili per cui un'indagine campionaria che tenga presente il diverso target legato all'età è l'unico sistema per attivare un minimo di scenario.

C) SICUREZZA SUL LAVORO

Riproponendo anche in questo ambito un'analisi per livelli, si propone:

- quota *fissa*, legata alle strutture, agli impianti, alle macchine, alle attrezzature, alle materie prime e agli intermedi;
- quota *variabile*, legata alla organizzazione del lavoro, comprendente anche i DPI;
- quota *umana*, legata al comportamento individuale, tenendo presente il ruolo importante della formazione/informazione e della responsabilità del datore di lavoro sui comportamenti degli addetti di sua competenza.

Dando per consolidate sia la metodologia che le relative procedure per quanto concerne la parte fissa ed in gran parte dell'“uomo”, un ambito assolutamente innovativo si riscontra nella organizzazione del lavoro. Sottolineando che quest'ultima è finalizzata al recupero di efficienza del sistema produttivo, è importante considerare come il fattore di organizzazione di uomini e mezzi abbia nei primi una componente che scaturisce dal rapporto con le attrezzature, il posto di lavoro, le relazioni interumane da cui deriva l'incidenza di “infortuni e incidenti”, intesi come danni conseguenti alla non conformità alla sicurezza, e quindi il benessere lavorativo. Inoltre, in ottica di applicazione del D.Lgs 626/94, non solo la organizzazione della sicurezza, ma anche la tipologia del rapporto di lavoro e le specifiche modalità organizzative, determinano una variazione dell'andamento infortunistico e del mancato benessere nel suo complesso. In particolare, il cosiddetto “modello marchigiano”, caratterizzato dalla piccola e piccolissima dimensione aziendale e frazionamento del ciclo lavorativo può modificare l'incidenza

infortunistica e dei “nuovi rischi”. In questa ottica la vigilanza, pur importante e sicuramente efficace su alcuni aspetti più “strutturali”, presenta limiti di efficacia quando diviene valutazione di una valutazione (Leggasi Art.4 comma 1 e 2 del D.Lgs 626/94) e non presenta elementi consolidati di analisi dell’organizzazione del lavoro e, quindi, del benessere.

E’ quindi importante relazionare il processo di sicurezza sul piano tecnico e del confronto tra tutte le parti interessate, direttamente o con le relative rappresentanze (cfr. §3.1.2.). Va quindi rafforzato sia il ruolo di indirizzo e coordinamento tra gli enti attraverso il Comitato previsto dall’art. 27 del D. Lgs 626/94, che il confronto con le parti sociali, non solo con specifiche iniziative ma anche tramite le strutture bilaterali già operanti.

Da ultimo bisogna relazionare il processo di sicurezza con la gestione del comparto produttivo, che cammina sui binari del relativo bilancio; per cui la valutazione economica delle non conformità a livello di singola unità produttiva e di sistema regione diviene uno strumento che, integrato con la valutazione del benessere lavorativo, costituisce elemento importante dell’azione preventiva in ambiente di lavoro.

Nelle schede allegate nel paragrafo 2.1.3. vengono presentate, in modo schematico, le iniziative da intraprendere nel triennio. Poiché solamente dal primo bimestre 2003 saranno fruibili per la programmazione operativa nuovi flussi informativi, derivanti dal progetto INAIL – ISPESL – Regioni (contenente dati di estrema rilevanza per la programmazione operativa, come ad esempio gli indici infortunistici per singole aziende del territorio regionale) e dalla relazione finale del “monitoraggio 626”, gli obiettivi ed i programmi di azione saranno dettagliati in uno specifico progetto triennale “Tutela della salute nei luoghi di lavoro”, che sarà formalizzato tramite D.G.R. entro il primo semestre 2003. Comunque i dati disponibili consentono di delineare fin d’ora alcune priorità di intervento da ricomprendere nel progetto esecutivo, che però andranno riverificate sulla base dei nuovi dati e, durante la fase applicativa, sulla base degli obiettivi intermedi raggiunti.

Ciò premesso, nel progetto triennale possono essere individuati le seguenti azioni.

1. Azione d'intervento sull'andamento infortunistico:
 - sui comparti con indici infortunistici generali e/o di gravità più elevati, quali Edilizia, Legno, Trasporto;
 - in aziende singole con indici infortunistici particolarmente elevati (a partire da quelle che hanno indici superiori al doppio di quelli medi nazionali di comparto).
2. Azione d'intervento sui bisogni di salute emergenti dai trends statistici INAIL di patologie professionali e lavoro correlate. In particolare sull'aumento delle neoplasie per le quali viene riconosciuto una probabile eziologia professionale e di patologie dell'apparato muscolo scheletrico legate alla organizzazione del lavoro, patologie del rachide e patologie degli arti superiori da movimenti ripetitivi che hanno avuto un aumento quasi esponenziale dal 1999 ad oggi.
3. Azione sui bisogni emergenti già individuati dall'analisi dei dati raccolti con il piano triennale per il monitoraggio sulla applicazione del D.Lvo 626/94, il cui report finale è in corso di redazione:
 - carenze nella organizzazione del sistema di sicurezza delle Aziende con effetti sulla capacità programmatoria degli interventi di miglioramento;
 - carenza delle procedure per il lavoro in sicurezza;
 - carenza quali/quantitativa dei processi formativi aziendali orientati al lavoro in sicurezza.

4. Azione di sostegno a "livello uomo" che, sempre dall'analisi dei risultati del "monitoraggio 626", sembrano essere determinanti positivi per una buona applicazione della sicurezza nelle aziende:
 - presenza di RR.LL.SS. formati ed incentivati a partecipare attivamente ai processi di miglioramento aziendale;
 - presenza di RSPP "con esperienza specifica";
 - integrazione dei preposti nei sistemi di sicurezza delle aziende.
5. Azione di studio e sperimentazione di modelli per il contenimento di rischi legati alle nuove tendenze organizzative, del lavoro e del mercato del lavoro, ed ai bisogni già identificati nella letteratura internazionale e nazionale quali ad esempio il lavoro interinale ed atipico, lavoro minorile, Burn –out e mobbing.
6. Azione sulla percezione e comunicazione del rischio, tenendo anche presente il ruolo, su questo argomento come su tutta la problematica della salute in ambiente di lavoro, della formazione professionale dei lavoratori.
7. Azione di verifica e valutazione dei possibili miglioramenti implementabili negli strumenti di confronto, con particolare riguardo agli organismi bilaterali e agli strumenti di programmazione tra Enti.
8. Azione di implementazione di strumenti incentivanti il sistema produttivo sulla base di valutazione economica dell'impatto della non-sicurezza e tenendo presenti esperienze già in atto per altri settori. (vedasi Ambiente).
9. Azione di collaborazione con altre strutture operative regionali per il supporto alle fragilità, con particolare attenzione alla problematica del lavoro degli immigrati.

D) SICUREZZA NEI COMPORAMENTI INDIVIDUALI

Ferma restando la presenza di oggettive correlazioni tra ambiente nella sua accezione più vasta e comportamenti individuali, si deve comunque lavorare anche sul singolo comportamento indipendentemente dalla sua collocazione spazio-temporale, vista anche la sua residualità rispetto alle valutazioni espresse nei precedenti punti. Oltre agli interventi sui comportamenti ormai accettati come a rischio (fumo, sedentarietà, obesità, disturbi dell'alimentazione e della nutrizione) si deve valutare la massa di dati sul danno desumibile dai correnti flussi informativi sanitari per determinare:

- dimensione della popolazione interessata rispetto ai rischi "storici";
- individuazione di danni non correlabili a rischi comportamentali definiti ma non correlati alla valutazione di esposizione negli ambiti presi in considerazione nei precedenti punti.

Pur di fronte ad una oggettiva difficoltà di una analisi epidemiologica su bassi numeri con presenza di numerosi confondenti, si ritiene di dover tenere presente tale ipotesi di lavoro, collocando però la prevalente massa di risorse sulla attivazione di progetti di educazione sanitaria sulla correzione degli stili di vita, anche sulla base delle indicazioni del PSN.

E) SICUREZZA ALIMENTARE

Riproponendo anche in questo ambito un'analisi per livelli, si individua:

- La parte *fissa* legata al dato strutturale della produzione primaria;
- La parte *variabile* collegata alla trasformazione e commercializzazione degli alimenti;
- La quota *umana* collegata ai comportamenti del consumatore.

Ciò comporta la piena attuazione alle raccomandazioni del "Libro bianco sulla sicurezza alimentare" e del Regolamento n.178/2002 CEE, creando sinergie tra le diverse componenti

della catena alimentare al fine di dar vita ad un contesto completo ed integrato nel quale anche i produttori primari assumano responsabilità in prima persona della qualità sanitaria degli alimenti.

Per giungere a tali risultati dovrà essere impostato un sistema di controllo alimentare espletato dall'Autorità Competente (Servizi Veterinari e SIAN) basato sull'analisi del rischio nell'ambito dei limiti di accettabilità sanitaria, e sempre con l'attenzione rivolta ai possibili effetti esercitabili sulla salute umana.

Nella parte variabile un aspetto fondamentale lo riveste avere la conoscenza completa ed integrata dei meccanismi di funzionamento dell'industria di trasformazione e commercializzazione. Per giungere a ciò è determinante attivare un sistema di conoscenza dell'attività espletata quale presupposto per l'analisi del rischio. Tale compito implica un controllo basato su un rapporto di tipo informativo con gli Operatori alimentari al fine di consentire ad essi di poter operare in termini probabilistici di minimizzazione del rischio. Un corretto sistema di controllo consentirà, inoltre, di esplicitare un rapido ed efficace intervento in caso di emergenza alimentare eventualmente anche attivando lo stato di allerta (art. 11 D.Lvo 123/93).

Si può ben comprendere come il conseguimento di tali risultati possa generare la possibilità dei Servizi del Dipartimento di Prevenzione, che operano nelle filiere alimentari, di poter agire non solo attraverso operazioni ispettive

La quota umana è strettamente correlata alla corretta comunicazione del rischio la quale consiste nello scambio di informazioni tra le parti interessate sulla natura dello stesso e sulle misure necessarie per minimizzarlo.

F) SICUREZZA NEI RAPPORTI UOMO/ANIMALE

La sicurezza uomo/animale presenta ancora una suddivisione su tre quote:

- parte *fissa*, legata al dato strutturale dell'allevamento animale e dell'ambiente in cui questo vive;
- parte *variabile*, collegata alla gestione delle malattie infettive;
- quota *umana*, collegata ai comportamenti dei cittadini.

L'evoluzione della società ha modificato notevolmente il rapporto uomo-animale creando nuovi rischi e diversa complessità nella materia. Basti pensare all'importanza in ambito familiare di animali domestici, alla convivenza in ambito urbano con animali sinantropi.

La nascita di allevamenti intensivi ha creato problematiche di non sempre facile soluzione e spesso la gestione delle malattie infettive risulta difficile e complessa.

E' necessario agire sulla parte fissa attuando piani di monitoraggio e linee guida di bio-sicurezza che garantiscano un elevato standard di garanzia sanitaria.

E' difficile pensare di eliminare totalmente le zoonosi. Va quindi perseguita la strada della conoscenza della situazione epidemiologica locale e della riduzione dell'incidenza.

Vanno quindi messi in atto programmi di eradicazione delle principali antropozoonosi.

Una corretta educazione al rapporto uomo-animale effettuata sistematicamente nelle scuole può portare inoltre ad una informazione approfondita dell'intero sistema.

2.1.2.3. - Miglioramento della qualità ambientale come determinante di salute

L'inserimento in un ambiente di qualità, o comunque il miglioramento della qualità ambientale, determina una sopravvivenza maggiore ed una incidenza minore di patologie cronico-degenerative. L'intervento nei settori dell'aria, acqua, suolo, alimenti, rumorosità ambientale, esposizione a campi elettromagnetici e radiazioni ionizzanti in maniera integrata tra il Dipartimento di Prevenzione e le altre strutture, sanitarie e non, diviene elemento determinante nella reale efficace prevenzione ambientale. L'attuale situazione di frammentazione degli interventi e l'insufficiente coordinamento tra i singoli enti, senza una valutazione complessiva del sistema "ambientale" regionale, determina interventi di scarsa efficacia prevenzionistica. Si propone di creare una base dati comune a livello regionale tra i vari enti interessati, da cui derivare accordi di programma tramite conferenze di servizio o accordi congiunti di programma. Per il perseguimento di tali obiettivi occorre attivare in sede regionale gruppi di lavoro formalmente costituiti, orientati per funzioni e costituiti da rappresentanti dei Servizi del Dipartimento di Prevenzione e degli altri Enti di volta in volta chiamati in causa, aventi la finalità di supporto tecnico operativo alle funzioni di coordinamento, indirizzo e controllo proprie della Regione.

2.1.3. Schede Obiettivi-azioni-tempi-risorse-indicatori macroobiettivo 1: SVILUPPARE UNA POLITICA DI PROMOZIONE DELLA SALUTE

OBIETTIVO GENERALE	UN SISTEMA DI TUTELA DELL'INFANZIA, DEI GIOVANI, DELLA DONNA, DEGLI ANZIANI				
AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	AZIONI /STRUMENTI	TEMPI	RISORSE	INDICATORI*
Anziani	- prevenzione del decadimento cognitivo; - riduzione del rischio di caduta; - permanenza a domicilio dei soggetti anziani fragili e con disabilità lievi; - semplificazione dell'accesso ai servizi.	1. sostegno alla partecipazione dell'anziano alla vita sociale (accordi ASL-Comuni per attività ricreative e socialmente utili); 2. promozione di iniziative per l'effettuazione dell'attività motoria; 3. riconoscimento precoce dei problemi alla deambulazione e dei deficit neurosensoriali (vista e udito) attraverso l'offerta attiva di controlli; 4. Indagine sulla prevalenza del deterioramento cognitivo lievo (Mild Cognitive Impairment) e sui relativi fattori di rischio, in collaborazione con l'INRCA	- Entro 2003 - 2003-2005 - 2003-2005 - 2003-2004	Risorse aggiuntive da ricavare dall'incremento previsto per il macrolivello territoriale	a) n. interventi realizzati; b) 2. n. partecipanti attività motoria; c) n. controlli effettuati; d) n. soggetti sottoposti a screening

* In questa sezione viene fatto riferimento ad aree di indicatori generali. Indicatori più specifici saranno di volta in volta individuati per valutazioni più dettagliate

Regione Marche – Giunta Regionale

<p>Bambini e adolescenti</p>	<ul style="list-style-type: none"> - prevenzione delle violenze e degli abusi sessuali; - prevenzione, riconoscimento e presa in carico precoce del disagio psichico; - prevenzione. - riconoscimento precoce e trattamento dei disturbi del comportamento alimentare (DCA: bulimia/anoressia) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. realizzazione di programmi di intervento tra Regione, ASL e provveditorati per la tutela della salute dei minori; 2. creazione di reti di collegamento stabili tra ASL, comuni, scuola, carceri e prefetture per la realizzazione di programmi di prevenzione delle violenze; 3. indagini rivolte all'individuazione dei minori "a rischio"; 4. interventi integrati socio-sanitari a supporto di minori svantaggiati (famiglie povere, o con presenza di alcolismo, tossicodipendenza, malattia mentale, monoparentali, immigrati, basso livello culturale dei genitori); 5. interventi educativi sulla alimentazione nella scuola e ad associazioni di genitori; 6. progettazione e implementazione di una rete integrata di attività/servizi per il trattamento dei DCA 	<ul style="list-style-type: none"> - Entro 2003 - Entro 2004 - Entro 2004 - 2003-2005 - 2003-2005 - entro 2003 	<p>Per l'avvio del progetto DCA le risorse sono previste nel progetto aree metropolitane,</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.n. interventi 2. n. equipe funzionanti stabilmente <ol style="list-style-type: none"> a) n. indagini b) n. interventi 3. Corrispondenza ai tempi di sviluppo del progetto DCA
-------------------------------------	--	--	--	---	--

Regione Marche – Giunta Regionale

Giovani	<ul style="list-style-type: none"> - prevenzione, riconoscimento precoce e presa in carico del disagio psichico; - prevenzione delle dipendenze; - prevenzione e riduzione degli incidenti stradali - tutela del lavoro giovanile - migliorare la conoscenza per lo sviluppo di una sessualità consapevole e sicura 	<ol style="list-style-type: none"> 1. definizione di percorsi assistenziali per la prevenzione, diagnosi e cura delle malattie psichiatriche; 2.interventi di educazione e promozione della salute nelle scuole e luoghi di ricreazione (per la prevenzione delle dipendenze, incidenti stradali, e sessualità cosciente); 3.accordi ASL-Comuni e province per incentivare i giovani all'uso di mezzi pubblici e per l'attivazione di trasporti ad hoc nei luoghi di incontro di massa del sabato sera; 4. creazione di reti stabili di collegamento tra ASL e servizi scolastici, province e sindacati per la prevenzione dello sfruttamento del lavoro minorile. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entro 2004 2. 2003-2005 3. 2003-2005 4. 2003-2005 	Risorse aggiuntive da ricavare dall'incremento previsto per il macrolivello territoriale	<ol style="list-style-type: none"> 1.n. percorsi implementati; 2.n. giovani beneficiari/totale giovani; 3.n. accordi ed iniziative.
----------------	--	--	---	--	--

OBIETTIVO GENERALE	TUTELA DELLA SALUTE DELLA DONNA (Applicazione e monitoraggio del al P.O.M.I.)				
AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	AZIONI /STRUMENTI	TEMPI	RISORSE	INDICATORI
Adolescenti	<ul style="list-style-type: none"> - prevenzione del disagio adolescenziale; - prevenzione dei disturbi dell'alimentazione; - miglioramento della conoscenza per lo sviluppo di una sessualità consapevole e sicura e prevenzione del ricorso alla IVG. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. creazione di reti di collegamento stabile con la scuola per la promozione della salute nelle scuole e l' individuazione dei soggetti a rischio; 2. creazione di una rete regionale per i Disturbi del Comportamento alimentare; 3. potenziare e riqualificare gli interventi consultoriali sull'educazione alla sessualità, alla genitorialità responsabile, alla contraccezione, con specifici programmi di offerta attiva per le fasce meno "raggiungibili" (poveri, immigrate, detenute); 4.aumentare la presa in carico delle donne che richiede IVG (percorso IVG); 5. applicazione del P.O.M.I. 	Entro 2003	Risorse aggiuntive da ricavare dall'incremento previsto per il macrolivello territoriale	Indicatori P.O.M.I.

Regione Marche – Giunta Regionale

Donna in età fertile	- Realizzazione del percorso nascita. - Demedicalizzare il percorso della gravidanza fisiologica.	1. Potenziare il ruolo dei consultori e le attività consultoriali: corsi preparatori al parto e assistenza nel puerperio. 2. Realizzazione di specifici programmi per le donne immigrate (anche mediante mediatrici culturali). 3. Applicazione e monitoraggio del P.O.M.I. (Osservatorio materno-infantile Rete Epidemiologica ARS Marche).	Entro 2003		Indicatori P.O.M.I.
	Promozione e sostegno allattamento al seno.	Potenziare l'assistenza ostetrica nel puerperio, con particolare attenzione alle donne immigrate	Entro 2003		Indicatori P.O.M.I.
	Diminuire la frequenza dei Tagli Cesarei , arrivando entro il triennio di validità del PSR a valori del: ➤ 15-18% per il I livello ➤ 18-22% per il II livello ➤ 22-30% per il III livello.	1. Offrire attivamente nelle sedi consultoriali i corsi di preparazione alla nascita. 2. Offrire percorsi demedicalizzati per il parto. 3. Revisione dei DRG relativi. 4. Qualificare il personale. 5. Elaborare protocolli regionali validati di assistenza alla gravidanza, parto e neonato fisiologici.	Entro 2005		Indicatori P.O.M.I.
	Garantire l'assistenza di III livello per le gravidanze a rischio.	1. Potenziamento del servizio di trasporto assistito materno. 2. Elaborazione di linee guida regionali con criteri ed indicatori per il trasferimento e le modalità di trasferimento.	Entro 2003		Indicatori P.O.M.I.
	Aumentare l'accessibilità al ricorso di IVG.	1. Costruzione del percorso IVG. 2. Effettuazione dell'IVG in tutte le ASL. 3. Applicazione del P.O.M.I.	Entro 2004		Indicatori P.O.M.I.
	Miglioramento della adesione agli screening oncologici.	Ripetizione della campagna regionale di sensibilizzazione	Raggiungimento delle percentuali ottimali entro il 2004	Si (per la ripetizione della campagna regionale di sensibilizzazione)	Raggiungimento delle percentuali di adesione ottimali: > del 50% per il pap-test; > del 70% per la mammografia
	Realizzazione dei controlli di qualità esterni tra i laboratori di citologia della Regione.	Individuazione dei laboratori della Regione deputati al controllo di qualità esterno e delle modalità di revisione dei campioni	Entro luglio 2003	No	Avvio dei controlli di qualità esterni

Regione Marche – Giunta Regionale

	Sperimentazione della centralizzazione delle segreterie organizzative in area provinciale.	Individuazione della provincia, ridefinizione delle modalità organizzative, ridefinizione della modalità di gestione informatica (collegamento tra le sedi)	Avvio entro luglio 2003; valutazione della sperimentazione entro dicembre 2003	No	Avvio della sperimentazione in una provincia
	Miglioramento della valutazione dell'outcome degli screening oncologici.	Attivazione di registri di patologia per le neoplasie della cervice uterina e per le neoplasie della mammella	entro il 2003	No (sfruttare l'integrazione tra segreterie organizzative degli screening e rete epidemiologica aziendale)	Costituzione e avvio dell'attività dei due registri di patologia
	Prevenzione e riduzione della violenza contro la donna.	1. Riconoscimento della reale diffusione del fenomeno. 2. Riconoscimento, potenziamento e realizzazione di "centri antiviolenza" e sviluppo del lavoro di rete (ASL-consultori, -MMG, -PS, comuni, operatori sociali, volontariato).	Entro 2004		1.n. indagini 2. n. servizi attivi

OBIETTIVO GENERALE	LA SICUREZZA COME ELEMENTO DI QUALITA' DELLA VITA				
AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	AZIONI /STRUMENTI	TEMPI	RISORSE	INDICATORI
Sicurezza stradale	Individuazione dei punti critici di viabilità.	1. Recupero dei dati sia dalla rete sanitaria (P.S. e SDO) che dalle altre fonti disponibili. 2. Georeferenziazione del dato. 3. Analisi per "Punti neri".	<input type="checkbox"/> I° Semestre '03 <input type="checkbox"/> II° Semestre '03 <input type="checkbox"/> II° Semestre '03	<input type="checkbox"/> RISORSE UMANE: costanti <input type="checkbox"/> RISORSE TECNOLOGICHE: HW costante SW costante <input type="checkbox"/> RISORSE ECONOMICHE AGGIUNTIVE: nessuna	1. Report 2. Mappa 3. Relazione con individuazione di almeno un "punto nero" per provincia.
	Promozione della sicurezza stradale.	1. Intervento sugli atti Urbanistici di programmazione. 2. Coordinamento con i Mobility Manager. 3. Interventi di promozione dei comportamenti sicuri alla guida.	<input type="checkbox"/> I° Semestre '03 <input type="checkbox"/> II° Semestre '03 <input type="checkbox"/> II° Semestre '03	<input type="checkbox"/> RISORSE UMANE: costanti <input type="checkbox"/> RISORSE TECNOLOGICHE: HW costante SW costante <input type="checkbox"/> RISORSE ECONOMICHE AGGIUNTIVE: nessuna	1. Produzione linea guida regionale 2. Relazione 3. Relazione di avvenuta attività con presenza di indicatori di risultato atteso

Regione Marche – Giunta Regionale

Sicurezza domestica	Analisi dell'andamento infortunistico in ambito domestico e individuazione di patologie correlate con l'esposizione in ambiente domestico.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recupero dei dati dalla rete sanitaria (P.S. e SDO). 2. Costruzione di un'indagine campionaria del livello di sicurezza in ambiente abitativo. 	<input type="checkbox"/> I° Semestre '03 <input type="checkbox"/> II° Semestre '03	<input type="checkbox"/> RISORSE UMANE: costanti. <input type="checkbox"/> RISORSE TECNOLOGICHE: HW costante SW costante . <input type="checkbox"/> RISORSE ECONOMICHE AGGIUNTIVE: nessuna RISORSE UMANE.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Report. 2. Progetto della indagine campionaria con relazione di avvenuto avvio nel VI° Trimestre.
	Promozione della sicurezza domestica.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Interventi di promozione dei comportamenti sicuri. 2. Costruzione di Linea guida regionale per l'emissione di pareri e sorveglianza nelle civili abitazioni correlate con i dati rilevati. 	<input type="checkbox"/> I° Semestre '03 <input type="checkbox"/> II° Semestre '03	<input type="checkbox"/> RISORSE UMANE: utilizzo delle risorse che si liberano con il recupero dell'appropriatezza <input type="checkbox"/> RISORSE TECNOLOGICHE HW costante SW costante <input type="checkbox"/> RISORSE ECONOMICHE AGGIUNTIVE: da valutare sullo stato di avanzamento del progetto e da ripartire tra quota regionale e aziendale (stimate in circa 250.000 Euro)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Relazione di avvio con presenza di indicatori di risultato. 2. Adozione delle linee guida, per lo meno per la parte non influenzata dalla indagine campionaria.
Sicurezza sul lavoro	Analisi dell'andamento infortunistico in ambito lavorativo e individuazione di patologie correlate con l'esposizione in ambiente lavorativo.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definizione del ruolo tecnico, diretto e di supporto, e di coordinamento del progetto di riordino della Sanità Pubblica 2. Recupero dei dati dalla rete sanitaria (P.S. e SDO) 3. Uso dei dati INAIL 4. Partecipazione al progetto nazionale INAIL-ISPEL-Regioni 5. Costruzione del Sistema informativo Regionale finalizzato alla riduzione degli infortuni domestici, degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali (DGR 3168/2001) 6. Strutture regionali di supporto ai Servizi 7. Definizione di un progetto obiettivo "tutela della salute nei luoghi di lavoro". 	<input type="checkbox"/> I° Bimestre '03 Punto 1 <input type="checkbox"/> I° Semestre '03 (Punti: 2-3-4-7) <input type="checkbox"/> II° Semestre '03 (Punti: 5-6) <input type="checkbox"/> 2004-2005: Verifica dell'attuazione dei punti 2-3-4-5-6. Per i Punti 3-4-5 adesione alle indicazioni nazionali	<input type="checkbox"/> RISORSE UMANE: incremento della dotazione organica dei Servizi PSAL sulla base di una dotazione di struttura e di particolarità dei comparti presenti nell'ambito di competenza <input type="checkbox"/> RISORSE TECNOLOGICHE: Potenziamento della dotazione strutturale per l'igiene industriale (in forma diretta e di servizi di cui al punto 6) <input type="checkbox"/> RISORSE ECONOMICHE AGGIUNTIVE da valutare sullo stato di avanzamento del progetto e da ripartire tra quota regionale e aziendale	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atto d'indirizzo 2. Report 3. Report 4. Relazione 5. Relazione 6. Attivazione 7. Atto approvato

Regione Marche – Giunta Regionale

Sicurezza sul lavoro	Azioni individuate sulla base delle informazioni aggiuntive.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Piani mirati di comparto. 2. Azioni mirate su rischio. 3. Azioni di supporto agli attori della "626" con particolare riferimento agli RLS/RLST. 	<input type="checkbox"/> Redazione del progetto entro il I° bimestre '03. <input type="checkbox"/> Relazione di avvio entro il I° semestre '03. <input type="checkbox"/> Valutazione dell'anno entro il 31.01.04. <input type="checkbox"/> Prosecuzione nel 04 e 05 dei piani e delle azioni mirate con valutazione dei risultati ottenuti con invio agli SPSAL ed agli altri soggetti coinvolti entro il 31.12 con implementazione dei correttivi entro il I° bimestre di ogni anno.	<input type="checkbox"/> RISORSE UMANE: vedi punto precedente <input type="checkbox"/> RISORSE TECNOLOGICHE: esistente <input type="checkbox"/> RISORSE ECONOMICHE AGGIUNTIVE: costanti	<ol style="list-style-type: none"> 1. Relazione 2. Relazione 3. Relazione a livello regionale delle iniziative intraprese
	Promozione della sicurezza sul lavoro.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Verifica dei risultati ottenuti con i Piani mirati di comparto. 2. Valutazione ed ulteriore implementazione del Monitoraggio 626. 3. Attuazione di programmi di informazione/formazione partendo dalle risultanze dei piani di comparto e dalle azioni mirate a rischio, oltre agli specifici interventi di vigilanza. 	<input type="checkbox"/> 2003 <input type="checkbox"/> 2004 <input type="checkbox"/> 2005	<input type="checkbox"/> RISORSE UMANE: vedi punto precedente <input type="checkbox"/> RISORSE TECNOLOGICHE: esistente <input type="checkbox"/> RISORSE ECONOMICHE AGGIUNTIVE: costanti	<ol style="list-style-type: none"> 1. Relazione 2. Report 3. Relazione a livello regionale delle iniziative intraprese
Sicurezza nei comportamenti individuali	Analisi dei comportamenti individuali a rischio.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recupero dei dati dalla rete sanitaria rispetto al danno. 2. Quantificazione della popolazione a rischio. 3. Piano mirato di intervento. 4. Promozione dei comportamenti in sicurezza. 	<input type="checkbox"/> I° Semestre '03 (Punto 1) <input type="checkbox"/> II° Semestre '03 (Altri punti)	<input type="checkbox"/> RISORSE UMANE: utilizzo risorse che si liberano con recupero dell'appropriatezza <input type="checkbox"/> RISORSE TECNOLOGICHE: materiale multimediale per la comunicazione (Stimato in 10.000 Euro ad ambito) <input type="checkbox"/> RISORSE ECONOMICHE AGGIUNTIVE: costo formazione e materiale cartaceo di promozione stimato in 30.000 Euro ad ambito.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Report 2. Relazione 3. Adozione del piano 4. Avvio attività

Regione Marche – Giunta Regionale

Sicurezza alimentare	Introdurre misure complete di salvaguardia sanitaria che coprano l'intera catena alimentare, compresi i mangimi	1) Revisione del sistema informativo ed epidemiologico con implementazione della raccolta dei dati. 2) Analisi dei dati raccolti e programmazione della sorveglianza sanitaria basata su dati reali. 3) Revisione delle procedure di autorizzazione e controllo negli stabilimenti riconosciuti CE. 4) Programmi per la ricerca di residui e di sostanze non consentite negli alimenti e nei mangimi. 5) Revisione delle procedure di sorveglianza e controllo di prodotti alimentari e mangimi. 6) Programma di informazione sulla qualità nutrizionale degli alimenti e di rilevazione epidemiologica sulle abitudini alimentari delle popolazioni in una fascia di età scolastica.	II semestre 2003 II semestre 2003 II semestre 2003 II semestre 2003 II semestre 2003	RISORSE UMANE: costanti RISORSE TECNOLOGICHE: potenziamento della dotazione strutturale per il sistema informativo regionale veterinario RISORSE ECONOMICHE AGGIUNTIVE: nessuna	
	Garantire un sistema d'allarme rapido che copra tutte le emergenze in materia di alimenti e di mangimi	1) Stabilire procedure che garantiscano una efficace e rapida azione in caso di allerta alimentare. 2) Stabilire responsabilità, ruoli e funzioni nella gestione delle emergenze. 3) Dare piena applicazione al Decreto legislativo 123/93 4) Studio di sistemi di comunicazione del rischio di dimensione interattiva caratterizzati da un dialogo e da un feed back con tutti gli interessati	II semestre 2003 II semestre 2003 II semestre 2003 II semestre 2003	<ul style="list-style-type: none"> • RISORSE UMANE: costante • RISORSE TECNOLOGICHE: costante • RISORSE ECONOMICHE AGGIUNTIVE: formazione operatori 	
Sicurezza nei rapporti uomo/animale	Migliorare il sistema di monitoraggio e di notifica delle malattie trasmissibili dagli animali all'uomo e ridurre la prevalenza di zoonosi specifiche	1) Revisione del sistema informativo. 2) Organizzazione di piani di monitoraggio delle malattie infettive degli animali a maggiore rilevanza epidemiologica e del benessere animale. 3) Integrazione tra l'Osservatorio epidemiologico regionale dell'IZS ed il Sistema informativo veterinario regionale. 4) Definizione delle azioni necessarie per migliorare l'eradicazione delle malattie degli animali (brucellosi, tubercolosi, ecc) 5) Definizione delle modalità di intervento nelle emergenze di sanità pubblica veterinaria.	II semestre 2003 II semestre 2003 II semestre 2003 II semestre 2003	<ul style="list-style-type: none"> • RISORSE UMANE: costanti • RISORSE TECNOLOGICHE: • RISORSE ECONOMICHE AGGIUNTIVE: 	

Regione Marche – Giunta Regionale

OBIETTIVO GENERALE	MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ AMBIENTALE COME DETERMINANTE DI SALUTE				
AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	AZIONI /STRUMENTI	TEMPI	RISORSE	INDICATORI
Protezione ambientale	Costruzione di un sistema informativo basato sulle basi dati attualmente presenti nei vari enti .	Accordo con ARPAM	I° Semestre '03	RISORSE UMANE: costanti RISORSE TECNOLOGICHE: HW costante SW costante RISORSE ECONOMICHE AGGIUNTIVE: nessuna	Formalizzazione accordo
	Individuazione di aree geografiche e tematiche di intervento su cui procedere agli accordi di programma.	Verifica dei dati in possesso e segnalazioni da parte di enti e associazioni.	III° trimestre	RISORSE UMANE: costanti RISORSE TECNOLOGICHE: HW costante SW costante RISORSE ECONOMICHE AGGIUNTIVE: nessuna	Relazione
	Sviluppo di programmi con le singole realtà territoriali dipartimentali.	Costruzione con le strutture periferiche di procedure operative di intervento	IV° Trimestre	RISORSE UMANE: costanti RISORSE TECNOLOGICHE: HW costante SW costante RISORSE ECONOMICHE AGGIUNTIVE: nessuna	Formalizzazione delle procedure

2.2. TUTELARE I SOGGETTI FRAGILI (*Macroobiettivo 2*)

L'incremento costante delle diseguaglianze nella salute deriva da un insieme complesso di fattori socio-economici che producono emarginazione.

La tutela dei soggetti fragili da parte del SSR comporta l'adozione di interventi atti a facilitare l'accesso e la fruizione dei servizi che va a beneficio di tutti i cittadini.

2.2.1. Salute mentale

L'elevata frequenza e l'origine multifattoriale dei disturbi psichici rendono inefficace qualunque strategia tesa ad affrontare il problema sulla base dei soli interventi di carattere sanitario. Pertanto occorre implementare strategie per passare dalle politiche dei servizi psichiatrici alle politiche per la salute mentale con il coinvolgimento di una pluralità di soggetti sociali (famiglia, scuola, associazioni del terzo settore, enti locali ecc) insostituibili per rendere efficaci i processi di integrazione o reintegrazione, oltre che per rendere economicamente compatibile il soddisfacimento dei bisogni di salute.

Inoltre, le persone affette da disturbi psicotici, svantaggiate in termini di capacità lavorativa, relazionale, sociale in genere, determinano spesso un elevatissimo carico familiare sia di tipo emotivo che materiale, per cui dovrà essere formulata una strategia socio-assistenziale complessiva, non limitata solamente ai servizi specialistici.

Nelle A.U.S.L. delle Marche è stato avviato, pur con differenti gradi di realizzazione, il processo di riorganizzazione dei Servizi per la tutela della Salute Mentale, secondo il modello dipartimentale di tipo strutturale imperniato sul territorio, così come già definito nel primo Progetto Obiettivo regionale che rimane pertanto riferimento organizzativo e culturale attuale.

Pertanto con il futuro Progetto Obiettivo (di cui viene riportato lo schema in allegato) verranno fornite solo più puntuali indicazioni: sull'articolazione organizzativa del DSM e delle caratteristiche funzionali e strutturali delle singole componenti; sui modelli operativi, sulle funzioni di supporto; sulle relazioni con le altre componenti sociali. Obiettivo di assoluta importanza è quello teso a valorizzare le risorse umane e materiali territoriali attraverso un "patto per la salute mentale" da attuarsi in tutte le aree A.S.L., tra molteplici attori (sanitari e sociali, pubblici e privati, enti locali, forze della cittadinanza attiva, volontariato, ecc...) Tale patto" dovrà divenire parte integrante nella realizzazione del sistema integrato degli interventi sociali e sanitari, quale presupposto per una presa in carico forte dell'utenza.

In accordo con il progetto obiettivo nazionale sulla salute mentale, i principali obiettivi di salute che devono essere perseguiti, attraverso l'azione complementare e coordinata di tutti i soggetti e le istituzioni che, a vario titolo, concorrono alla tutela della salute mentale, sono i seguenti:

- a) promuovere la salute mentale nell'intero ciclo di vita, anche all'interno dei programmi di medicina preventiva e di educazione sanitaria;

- b) assicurare la prevenzione primaria e secondaria dei disturbi mentali, con particolare riferimento alle culture a rischio, attraverso l'individuazione precoce specie nella popolazione giovanile, delle situazioni di disagio ;
- c) ridurre i suicidi ed i tentativi di suicidio nella popolazione a rischio, per specifiche patologie mentali e/o per appartenenza a fasce d'età particolarmente esposte (adolescenti e persone anziane);
- d) assicurare la prevenzione terziaria, ovvero ridurre le conseguenze disabilitanti attraverso la ricostruzione del tessuto affettivo, relazionale e sociale delle persone affette da disturbi mentali, tramite interventi volti all'attivazione delle risorse degli individui e del contesto di appartenenza, al fine di favorire l'inclusione sociale nella comunità locale;
- e) salvaguardare la salute mentale e la qualità di vita del nucleo familiare del paziente e migliorare il funzionamento globale dei nuclei familiari con gravi problemi relazionali.

Nella progettazione delle attività atte a contrastare la diffusione dei disturbi mentali, i servizi di salute mentale, pur senza trascurare la domanda portatrice di disturbi mentali medio-lievi, devono però dare, nell'arco del triennio, priorità ad interventi di prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi mentali gravi, da cui possono derivare disabilità tali da compromettere l'autonomia e l'esercizio dei diritti di cittadinanza, con alto rischio di cronicizzazione e di emarginazione sociale.

Per il perseguimento degli obiettivi evidenziati i D.S.M. delle Marche debbono innanzitutto:

- attuare, tramite specifici protocolli di collaborazione fra i servizi per l'età evolutiva e per l'età adulta, dell'Azienda USL e dei Comuni associati negli Ambiti Territoriali, interventi di prevenzione mirati alla individuazione nella popolazione giovanile, soprattutto adolescenziale, dei soggetti, delle culture e dei contesti a rischio, con lo scopo di contenere e ridurre evoluzioni più gravemente disabilitanti;
- assicurare la presa in carico e la risposta ai bisogni di tutte le persone malate o comunque portatrici di una domanda di intervento.

Le azioni più opportune, per realizzare tali interventi, sono:

- a) l'attuazione da parte dei servizi di salute mentale di una prassi e di un atteggiamento non di attesa, ma mirati ad intervenire attivamente e direttamente nel territorio (domicilio, scuola, luoghi di lavoro ecc.), in collaborazione con le associazioni dei familiari e di volontariato, con i medici di medicina generale e con gli altri servizi sanitari e sociali;
- b) la formulazione di piani terapeutico-preventivi o terapeutico-riabilitativi personalizzati, con assegnazione di responsabilità precise e di precise scadenze di verifica;
- c) l'integrazione in tali piani dell'apporto di altri servizi sanitari, dei medici di medicina generale, dei servizi socio-assistenziali e di altre risorse del territorio, in particolare per quanto riguarda le attività lavorative, l'abitare e i cosiddetti beni relazionali (produzione di relazioni affettive e sociali);
- d) il coinvolgimento delle famiglie nella formulazione e nella attuazione del piano terapeutico; si sottolinea che tale coinvolgimento è essenziale in quanto la responsabilità dell'assistenza, che è del servizio, non può prescindere dalla collaborazione dei familiari;
- e) l'attivazione di programmi specifici di recupero dei pazienti che non si presentano agli appuntamenti o che abbandonano il servizio, in modo anche da ridurre l'incidenza di suicidi negli utenti;
- f) il sostegno alla nascita e al funzionamento di gruppi di mutuo-aiuto di familiari e di pazienti e di cooperative sociali, con finalità di inserimento lavorativo;
- g) l'effettuazione di iniziative di informazione, rivolte alla popolazione generale, sui disturbi mentali gravi, con lo scopo di diminuire i pregiudizi e diffondere atteggiamenti di maggiore solidarietà. Ciò aumenterebbe, fra l'altro, la possibilità di indirizzare i malati gravi ai servizi di salute mentale.

Tra gli obiettivi prioritari da perseguire nel triennio, oltre allo sviluppo delle azioni sopra ricordate, sono da segnalare:

- a) portare a conclusione la realizzazione delle strutture assistenziali residenziali differenziandone i programmi, contrastando comunque ogni forma di "nuova istituzionalizzazione" all'interno di tali strutture;
- b) rinnovare ed articolare l'offerta formativa degli operatori dei servizi, ma anche dei soggetti che, a diverso titolo, concorrono a pianificare e/o programmare, realizzare e valutare progetti di promozione e di mantenimento della salute mentale (enti locali, ONLUS, privato imprenditoriale);
- c) determinare, per le attività complessive dei DSM, una quota dedicata del finanziamento regionale, per riequilibrare il sistema dell'offerta sul territorio e permettere il progressivo raggiungimento degli obiettivi fissati.

2.2.2. Esclusione sociale

Se dunque la salute non può essere intesa solamente come il risultato delle cure mediche ma di vari elementi strettamente intrecciati tra loro quali la struttura sociale, la biografia della persona, la cultura ed il paese di provenienza, la posizione socio-economica, l'esposizione a fattori di rischio o di protezione, diventa fondamentale per il SSR attuare politiche per contrastare le disuguaglianze che si generano ai vari livelli. Il SSR intende:

- costruire e diffondere l'informazione scientifica sulle disuguaglianze;
- agire interventi per contrastare le disuguaglianze generate dal sistema sanitario;
- vincolare i programmi della aziende sanitarie ad azioni concrete per combattere le disuguaglianze;
- supportare la creazione di reti di attori locali, professionali ed istituzionali per la lotta alla povertà.

Immigrati

La strategia per la salute degli immigrati comporta il perseguimento dei seguenti obiettivi/azioni:

- completare le informazioni relative alla popolazione immigrata presente nel territorio regionale e negli ambiti territoriali per comprenderne le caratteristiche, la domanda espressa ed i bisogni non solo sanitari ma anche sociali;
- pianificare e programmare interventi complessivi di accoglienza e di integrazione (mediante una rete strutturata fra i diversi attori pubblici e del volontariato) volti al miglioramento delle condizioni di vita, al superamento della marginalità sociale e alla tutela della salute;
- implementare percorsi assistenziali semplificati, chiari ed omogenei sul territorio regionale e facilitare l'accesso ai servizi anche mediante l'utilizzo di mediatori linguistico-culturali;
- promuovere tra gli operatori la circolazione delle informazioni riguardanti i diritti degli immigrati;
- implementare strategie a supporto dei servizi e degli operatori che operano con gli immigrati (formazione interculturale, mediatori linguistico-culturali ecc);
- promuovere interventi di offerta attiva e di informazione degli immigrati stessi nell'ottica di una prevenzione efficace e di un uso appropriato dei servizi.

Comunità zingare

I servizi sanitari, sociali e scolastici non sempre sono consapevoli della differenza della cultura zingara e delle specificità socio-culturali di questa etnia, del diverso vissuto della malattia e dei loro diversi sistemi di cura.

Per intervenire efficacemente sulla qualità di vita e per la tutela della salute degli zingari occorre progettare interventi a vari livelli sociali e sanitari con il diretto coinvolgimento degli zingari stessi ed in particolare dei minori.

Prioritari sono gli interventi di informazione, educazione che consentano loro di riconoscere i veri bisogni di salute e l'uso dei servizi.

Prostituzione e sfruttamento

- Riduzione del danno con ricorso alle Unità di strada, cioè equipe di operatori che svolgono attività di contatto precoce, informazione e prevenzione sanitaria, accompagnamento ai servizi, mediazione linguistico-culturale.
- Progetti di accoglienza, accompagnamento ed educazione all'accesso ai servizi.
- Percorsi di protezione sociale per la presa in carico delle donne che vogliono uscire dallo sfruttamento e dalla prostituzione.
- Rete dei servizi sanitari territoriali ed ospedalieri per costruire dei percorsi specifici per le donne straniere e azioni di raccordo tra la strada, i servizi ed i percorsi di uscita (supporto sociale, legale, sanitario, abitativo ecc).
- Formazione degli operatori sociali e mediazione sociale dei conflitti (sensibilizzazione delle comunità locali interessate dal fenomeno).

Povertà

Compito prioritario del SSR è di promuovere interventi che vedano impegnate ASL, enti locali e soggetti del terzo settore per rispondere a bisogni di prima necessità (mense, posti letto, servizi per l'igiene della persona, alfabetizzazione), offerta di servizi sanitari gratuiti, interventi di reinserimento sociale e lavorativo. La molteplicità e la diversa natura degli interventi richiedono una rete operativa integrata di vari soggetti per interventi di reale efficacia.

Detenuti

E' necessario:

- implementare compiutamente l'assistenza sanitaria da parte del SSR;
- sviluppare flussi informativi stabili sulle condizioni di salute e sui bisogni socio-sanitari dei detenuti;
- avviare in collaborazione con il Servizio Sociale, gli organismi del volontariato, programmi per la piena attuazione dei diritti dei detenuti, quali la difesa legale, il diritto alla salute, alla formazione, al lavoro, alla professione religiosa ecc.;
- promuovere interventi integrati per favorire atteggiamenti di autotutela dei propri diritti;
- utilizzo di mediazione linguistico-culturale per detenuti immigrati e implementazione di percorsi informativi e formativi ad hoc.

2.2.3. Persone disabili

Il grande panorama dell'handicap impone una generale revisione delle politiche di intervento nei confronti delle disabilità congenite e di quelle acquisite con programmi di recupero funzionale, sviluppo delle autonomie, acquisizione di ausili, inserimento scolastico, sociale e lavorativo, assistenza alla persona.

Una particolare attenzione dovrà essere posta ai seguenti obiettivi:

- sviluppare una rete equilibrata e diffusa di servizi riconducibili alle Unità multidisciplinari per l'età evolutiva per la "presa in carico" di soggetti in età evolutiva, con particolare riferimento al recupero psico-funzionale ed all'inserimento scolastico, sociale;
- ampliare il campo di intervento dei servizi riabilitativi verso settori "orfani" (autismo, dislessie etc.);
- Attuare pienamente la rete dei servizi (Unità multidisciplinari per l'età adulta) per la presa in carico del disabile adulto e della sua famiglia;
- sviluppare programmi organici di inserimento lavorativo comprendenti la fornitura di ausili tecnologici, la riabilitazione e formazione finalizzata, la riprogettazione dei luoghi di lavoro;
- favorire la collaborazione con i familiari per la realizzazione di strutture (case alloggio e comunità protette) destinate a sostituire progressivamente l'assistenza familiare a portatori di handicap che vivono con i genitori la cui capacità assistenziale tende fatalmente a ridursi con l'avanzare dell'età (progetto "dopo di noi").

Programmi mirati dovranno peraltro riguardare le **disabilità acquisite**. La gravità e la complessità delle problematiche nel soggetto disabile con para-tetraplegia post-traumatica impongono la realizzazione di un progetto globale di cura che deve avere come obiettivo il recupero del massimo di autonomia della persona e come presupposto teorico la centralità dell'individuo mieloleso nella sua globalità. L'offerta sanitaria, esistente attualmente solo in forma frammentaria e parziale, deve prevedere la presa in carico del soggetto con trauma vertebro-midollare per un percorso unitario terapeutico-riabilitativo globale, da realizzare presso il polo regionale dell'emergenza, capace di dare risposte efficienti ed efficaci, dal momento in cui l'evento lesivo accade, alle tappe successive del trattamento in fase acuta, subacuta, del reinserimento familiare e sociale ed anche oltre (follow-up periodici e problematiche intercorrenti che possano in qualche maniera sopraggiungere ad aggravare la situazione di disabilità). La cura ed il reinserimento del soggetto con sequele da trauma cranico moderato e grave deve prevedere la presa in carico del soggetto traumatizzato (e spesso politraumatizzato) già nella fase dell'emergenza in un percorso terapeutico da realizzarsi presso il polo regionale dell'emergenza e da proseguire presso strutture dedicate (unità di risveglio; e servizi di riabilitazione intensiva ed estensiva). Complementare al percorso terapeutico-riabilitativo delle mielolesioni traumatiche e delle cerebrolesioni traumatiche, va allestito un osservatorio epidemiologico permanente sulla incidenza ed eziologia dei traumi vertebro-midollari e dei traumi crani-cerebrali nel territorio regionale, per una conoscenza sull'origine e l'entità del fenomeno, da utilizzare per la programmazione sanitaria e da trasferire nell'ambito di un progetto di medicina preventiva (controllo della sicurezza nei posti di lavoro; progetti educativi nelle scuole per la prevenzione degli incidenti stradali).

Politiche per la disabilità. La questione dell'integrazione dei disabili nella società, è stata da lungo tempo, oggetto di dibattiti sia a livello nazionale che internazionale, soprattutto nei paesi ad economia avanzata. Negli ultimi anni, le politiche sociali hanno accennato ad evolversi verso una politica di integrazione effettiva dei disabili, integrazione basata sul concetto dei diritti dei cittadini e, quindi, della difesa delle pari opportunità.

La Regione Marche è stata una delle prime regioni d'Italia a promulgare, sin dal 1982, una legge con l'obiettivo specifico di rimuovere le cause dell'emarginazione di qualunque tipo prevedendo, in favore delle persone in situazione di handicap, una serie di interventi mirati ad eliminare gli ostacoli di ordine sociale ed economico e sanitario che limitano, di fatto, la libertà e l'uguaglianza dei cittadini e ne impediscono il pieno sviluppo delle potenzialità.

Successivamente nel giugno del 1996 è stata approvata una nuova Legge regionale sull'handicap, la N. 18/96 "Promozione e coordinamento delle politiche di intervento in favore delle persone in situazione di handicap".

Questa nuova legge promuove la partecipazione coinvolgendo enti pubblici ed istituzioni del privato sociale operanti sul territorio e considera di valore preminente tutte le iniziative rivolge a realizzare la piena integrazione delle persone in situazione di handicap e, tra i settori in cui vengono promosso gli interventi e coordinati i servizi, sono posti in primo piano quelli finalizzati al "mantenimento della persona nel proprio nucleo familiare e il suo inserimento nel normale ambiente di vita...".

A quattro anni dall'entrata in vigore della L.r. n. 18/96, in seguito all'evolversi della normativa nazionale e regionale, si è proceduto ad una sua revisione emanando la L.r. n. 28/2000. Uno degli obiettivi principali della L.r. n. 18/96 modificata ed integrata, è quello di individuare, quale luogo privilegiato di programmazione e gestione degli interventi e servizi per i disabili, gli Ambiti territoriali sociali, istituendo il Coordinamento d'ambito per la tutela delle

persone in situazione di handicap. La L.r. n. 18 individua poi la responsabilità dell'intervento sanitario nella tutela della salute delle persone disabili nelle Unità Multidisciplinari per l'Età Evolutiva (UMEE) e nelle Unità Multidisciplinari per l'Età Adulta (UMEA).

La Deliberazione della Giunta regionale n. 1965 del 12.11.02 stabilisce i criteri per la costituzione delle Unità Multidisciplinari, Unità operative semplici con personale dedicato, dotate di autonomia gestionale e tecnico professionale, collocate a livello distrettuale o interdistrettuale quali Servizi Integrati Territoriali. Tali Unità Operative hanno compiti di informazione, prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione nonché di valutazione, programmazione e verifica degli interventi educativi, riabilitativi, d'integrazione scolastica, sociale e lavorativa dei soggetti in condizione di difficoltà, di menomazione o disabilità. Per quanto attiene, specificatamente, le Unità Multidisciplinari per l'Età Evolutiva si rimanda al Progetto Materno Infantile comunque sia le UMEE che le UMEA hanno il compito di effettuare la presa in carico del disabile e della sua famiglia predisponendo un progetto di vita che integri l'intervento sanitario nel suo complesso all'intervento socio-assistenziale e abbia, come obiettivo, l'attivazione di tutte le risorse individuali e della comunità per un'effettiva integrazione del disabile.

Gli obiettivi da perseguire per il miglioramento della condizione dei disabili sono i seguenti:

- dare piena attuazione alla costituzione e dotazione organica delle UU.MM., come previsto nella deliberazione della Giunta regionale n. 1965 del 12.11.02;
- realizzare sul territorio un'effettiva integrazione tra interventi sanitari e socio-assistenziali riconoscendo che la disabilità è il risultato dell'interazione tra la condizione di salute e i fattori ambientali;
- promuovere l'utilizzo da parte degli operatori di un linguaggio standard ed unificato che serva da modello di riferimento nella diagnosi e nella classificazione delle disabilità, rifacendosi all'ICD ("Classificazione Internazionale delle Malattie"), per gli aspetti eziologici ai fini della formulazione della diagnosi e all'ICF ("Classificazione internazionale del funzionamento della salute e disabilità", pubblicato nel maggio 2001 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità), per la descrizione della salute e degli stati ad essa correlati;
- provvedere ad un monitoraggio costante degli interventi e della condizione dei disabili attivando un percorso informativo che possa permettere l'acquisizione e l'elaborazione di una serie di informazioni indispensabili a comprendere l'incidenza della legge, i servizi erogati, i loro costi, l'utenza e tutti i dati relativi alla rispettiva programmazione dei servizi per l'handicap da effettuare in collaborazione con il Servizio Servizi Sociali, con il Servizio Sistema Informativo Statistico e con il Coordinamento regionale per la tutela delle persone in situazione di handicap.

2.2.4. Dipendenze patologiche

La recente produzione normativa nazionale e regionale in materia di welfare ha introdotto sostanziali mutamenti nello scenario dei servizi alla persona ed alla comunità. Basti pensare all'impatto della L. 328/00, al Piano Sociale Nazionale, all'Accordo Stato-Regioni del 15.03.1999, al DPCM 14/02/01 sull'integrazione socio-sanitaria, al DPCM 29/11/01 sui livelli essenziali di assistenza, ma soprattutto al Piano Sociale Regionale 2000/2002.

Anche a livello sovranazionale, nel settore specifico delle dipendenze patologiche, il Piano d'azione dell'UE 2000/2004 ha trasposto la strategia in azioni concrete indicando precisi obiettivi agli Stati membri.

Gli interventi per le dipendenze rientrano infatti pienamente nel sistema generale di riordino del welfare, e vanno sempre più ad integrarsi con le azioni e le risorse di altri settori quali l'istruzione, la formazione lavoro, le politiche di promozione di diritti ed opportunità per gli adolescenti ed i giovani, le politiche per l'immigrazione, le attività trattamentali e di tutela della popolazione detenuta, il fenomeno della prostituzione.

Proprio in materia di dipendenze si assiste ai seguenti nuovi orientamenti degli interventi

DA	A
<ul style="list-style-type: none"> • protetti, • specifici per il settore, • avulsi dai comuni percorsi di cura e di assistenza, • non operanti in regime di programmazione, • con costi ed investimenti limitati e determinati 	<ul style="list-style-type: none"> • interventi integrati, • autorizzati, • accreditati, • valutabili in termini di qualità; • riconoscibili nella rete dei servizi territoriali.

Si registra inoltre il ruolo strategico e sussidiario degli enti locali e del terzo settore nella rilevazione dei bisogni e nella erogazione di servizi, soprattutto attraverso l'attribuzione ai Sindaci delle principali funzioni di governo e di azione socio-sanitaria locale.

Altro passaggio fondamentale, peraltro già avviato e sperimentato attraverso la gestione del Fondo Nazionale Lotta alla Droga relativo all'esercizio 2000, è quello dal finanziamento "per servizi" al co-finanziamento "di progetti" ed infine al co-finanziamento di "politiche e servizi integrati territoriali" nell'ambito dei Piani.

Nuovi sono anche gli strumenti di programmazione: in luogo del bando è stato adottato il metodo della progettazione concertata, declinata poi in precisi impegni attraverso Protocolli d'intesa ed Accordi di programma tra enti pubblici e del Terzo Settore.

Risulta inoltre meglio definita a livello nazionale l'attribuzione delle competenze in materia sociale ed in materia sanitaria (DPCM 14/02/01).

In questo contesto, e per recepire il nuovo corso legislativo, sono stati posti in essere atti contenenti indirizzi e modalità di coordinamento per la progettazione in materia di dipendenze patologiche all'interno dei Piani Territoriali, in attuazione del Piano Sociale Regionale.

Le finalità dei programmi

Le linee d'intervento in materia di dipendenze sono articolate su due livelli finanziari e di responsabilità:

- 1) il livello regionale, con obiettivi ed iniziative specifiche istituzionalmente coerenti con la missione dell'Ente, finanziabili o co-finanziabili con risorse Regionali, tenendo conto che alcuni interventi nel campo delle dipendenze sono a forte integrazione socio-sanitaria e riguardano l'intero territorio regionale;
- 2) i livelli di ambito, inter-ambito e provinciale, con iniziative locali finanziabili con le risorse già trasferite ai Comuni, sulla base delle priorità stabilite dal Comitato dei Sindaci con i Coordinatori d'ambito.

Gli obiettivi di livello regionale

- Formazione ed aggiornamento degli operatori;
- Continuità delle attività dei Centri Diurni;
- Sviluppo dei progetti regionali in corso;
- Interventi strutturali ed organizzativi ai fini dell'autorizzazione ed accreditamento socio-sanitario (L.R. 20/00);
- Interventi in materia di alcolologia (a cura della Regione);
- Interventi in materia di tabagismo (a cura della Regione);
- Interventi integrati di prevenzione nel "mondo della notte" (discoteche, sicurezza stradale, prostituzione, sostanze), (a cura della Regione);
- Servizio di operatori di strada, previa definizione delle Linee Regionali in materia;
- Prosecuzione dell'attività di monitoraggio dei progetti finanziati nel '97/99 e dei Piani 2000.

Gli obiettivi di livello locale

- Prevenzione del consumo di droghe lecite ed illecite (riduzione della domanda), promozione della salute;
- Azioni specifiche all'interno di particolari istituzioni (carceri, caserme);
- Inclusione sociale, lavorativa, abitativa;
- Formazione locale integrata;
- Accoglienza a "bassa soglia";
- Raccolta di informazioni attendibili e comparabili sul fenomeno, in collaborazione con gli Osservatori Provinciali.

L'integrazione socio-sanitaria

Le prestazioni in materia di dipendenze patologiche sono da considerarsi socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria (DPCM 14/02/01).

I luoghi dell'integrazione socio-sanitaria sono l'Ambito Territoriale e il/i Distretto/i Sanitario/i coincidente/i.

I Direttori Generali delle A.USL o i Responsabili dei Ser.T. partecipano a pieno titolo al processo di rilevazione del bisogno, di concertazione, di co-progettazione degli interventi e di allocazione delle risorse, in stretto rapporto con il Coordinatore d'Ambito e con il Comitato dei Sindaci.

Stante la complessa fase di riassetto dell'intero sistema sanitario regionale, le competenze sociali e le competenze sanitarie nel settore delle dipendenze, con la ripartizione dei relativi oneri, sono comunque definite dal DPCM 14/02/01 (Atto d'indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie) come segue:

- 100% a carico del SSN le prestazioni terapeutico-riabilitative e i trattamenti specialistici, compreso il periodo di disassuefazione in comunità terapeutica;
- 100% a carico dei Comuni i programmi di reinserimento sociale e lavorativo, allorché sia superata la fase di dipendenza.

Per gli aspetti più squisitamente sanitari, è utile ricordare che la dipendenza patologica è individuata dall'OMS come una patologia con caratteristiche croniche ad andamento tendenzialmente recidivante, per la quale vanno predisposti profili di cura appropriati, che tengano conto della specifica patologia, delle caratteristiche della persona inserita nel suo contesto psicoaffettivo, sociale e relazionale e del momento evolutivo sia della persona che della patologia, con una metodologia "per progetti personalizzati" che definisca obiettivi a breve, medio e lungo termine e fornisca indicatori, anche di esito.

I profili vanno definiti a partire da procedure omogenee di “presa in carico” che garantiscano la completezza diagnostica dal punto di vista biologico/medico specialistico, psicologico e sociale, che quindi consentano l’elaborazione di “progetti terapeutici individualizzati e condivisi” che contengano la definizione di obiettivi graduati, per raggiungere i quali dovranno essere individuati i trattamenti disponibili più appropriati, nonché definiti indicatori di processo e di esito.

Attualmente il territorio marchigiano può contare su una rete di servizi, sia pubblici che privati che restano gli attori principali per assicurare le risposte ai complessi bisogni di salute nel settore, rete così costituita:

- rete dei SERT,
- rete dei servizi dedicati alle problematiche alcolcorrelate (U.O. specifiche interne ai servizi aziendali, C.A.T., Alcolisti Anonimi, ecc),
- rete delle Comunità terapeutiche residenziali e semiresidenziali,
- rete delle unità di strada o unità mobili territoriali,
- rete dei punti di accoglienza a bassa soglia,
- rete dei Centri di informazione e consulenza (CIC),
- rete delle strutture di ascolto e di reinserimento sociale e lavorativo.

Tale rete, che ha comunque bisogno di modalità organizzative ed operative meglio raccordate ed integrate (intendendo per integrazione non la perdita di identità e specificità, ma la condivisione e il potenziamento delle peculiarità, connesse in reciproca complementarietà, tramite una efficace co-progettazione), costituisce lo strumento per perseguire i seguenti **obiettivi prioritari**.

1. Potenziare gli interventi di prevenzione primaria, anche attraverso collaborazioni interistituzionali (comuni, provveditorati agli studi, ecc.), riconoscendo agli ambiti la funzione di co-progettazione delle azioni di salute rivolte alla prevenzione primaria. E’ necessario stabilire profili di assistenza che attraversino diversi servizi (materno-infantile, età evolutiva, dsm, malattie infettive, servizi per le dipendenze patologiche, centri e strutture del privato sociale e del volontariato organizzato, ecc.) e siano fondati sulla centralità di funzione dei MMG e dei PLS.
2. Evitare la cronicizzazione dello stato di tossicodipendenza.
3. Incrementare la presa in carico dei soggetti tossicodipendenti.
4. Riquilibrare l’offerta complessiva della cura e dei trattamenti riabilitativi attraverso la ridefinizione di *profili di assistenza* integrati medico/farmacologici, psicologici e sociali, che, a partire da procedure di “presa in carico” strutturate, consentano l’individuazione (all’interno di una vasta gamma di protocolli resi disponibili da una riorganizzazione dipartimentale dei Ser.T) di *percorsi individualizzati* calibrati sulla diagnosi di stato bio/psico/sociale del soggetto e inseriti in una *cultura sanitaria “per progetti”* che consenta, per ognuno dei soggetti in trattamento, la determinazione di obiettivi di breve, medio e lungo termine e fornisca indicatori di processo e di risultato. Farà parte della riqualificazione dell’offerta una approfondita riflessione clinica, di livello regionale, sulle modalità più appropriate di assistenza anche in regime ospedaliero, di degenza e di D.H., con la definizione di profili di assistenza sia per le detossificazioni (per le quali la prestazione ambulatoriale o comunitaria appare inappropriata), sia per la definizione delle “urgenze” non esauribili in protocolli di pronto soccorso, così come per le disfunzioni comportamentali gravi da craving.
5. Potenziare e/o stabilizzare la prevenzione nei luoghi maggiormente frequentati dai giovani, la prevenzione dei rischi ed altresì la prevenzione del danno tra i soggetti già tossicodipendenti, che hanno in comune l’obiettivo di limitare o minimizzare gli effetti sfavorevoli dell’abuso, sul piano sanitario, sociale ed economico. A tal fine sarà utile valorizzare, migliorandolo, l’attuale apporto di strumenti quali Unità di strada o Unità mobili territoriali.
6. Affrontare come problema rilevante quello del contatto precoce con soggetti consumatori di vecchie e nuove droghe “all’inizio di carriera”, che rappresentano una consistente fascia di sommerso e non hanno ancora impoverito le proprie risorse personali, familiari e sociali, per i quali gli interventi di prevenzione e contrasto sarebbero molto più efficaci laddove fosse possibile raggiungerli tempestivamente. L’approccio, per essere efficace, ha bisogno di riorientarsi dalla

esclusiva "lettura del disagio" come unica matrice dei comportamenti, allo studio degli atteggiamenti, consumi e modalità, che fanno parte del mondo giovanile, dove il consumo occasionale o continuato di sostanze psicoattive, legali e non, rientra ormai in una "rappresentazione sociale giovanile" di "normalità", non oggetto di riflessione o criticità di alcun tipo e che anzi si traduce in un modo di intendere il bisogno di relazioni sociali e di salute, che impone ai servizi la necessità di individuare modalità efficaci di contatto precoce, più articolate e diversamente modulate.

7. Riproporre la campagna di informazione-prevenzione in materia di AIDS, secondo il modello sperimentato nell'anno 2000; ciò in considerazione dell'alto numero di soggetti tossicodipendenti ancora toccati da tale infezione.
8. Assicurare una risposta esauriente e qualificata ai soggetti con doppia diagnosi ed ai bisogni di cura delle dipendenze indotte dalle cosiddette "nuove droghe". A tal fine andranno predisposti protocolli diagnostici di valutazione condivisi con i servizi contigui DSM, per l'individuazione della prevalenza patologica (tossicomania o psichiatrica); nonché per la definizione di trattamenti adeguati ai soggetti che presentano caratteristiche effettive di "duplice diagnosi", per i quali risulta impossibile stabilire una prevalenza e che si sono rivelati difficilmente trattabili all'interno dei tradizionali protocolli sia dei DSM che dei Servizi per le dipendenze patologiche. Relativamente ai bisogni di cura indotti dall'uso/abuso di "nuove droghe" sarà indispensabile orientare la ricerca di trattamenti appropriati, coniugandola alla sperimentazione di formule capaci di attrarre precocemente i soggetti, per lo più giovanissimi, che, non riconoscendosi portatori di patologia pertinente, sfuggono i luoghi tradizionali dei Ser.T. e connettendosi a sperimentazioni regionali, nazionali ed internazionali nonché agli approfondimenti delle società scientifiche maggiormente accreditate.
9. Potenziare qualitativamente le opportunità di reinserimento sociale, lavorativo ed abitativo, con modalità integrate sin dalla fase progettuale, in sinergia con gli Enti locali e le Agenzie territoriali (sindacati, associazioni degli imprenditori, istituti formativi ecc..).
10. Consolidare le Modalità Operative di cui alla D.G.R. 1069 dell'11.06.02 per l'assistenza sanitaria ai detenuti tossicodipendenti ed alcooldipendenti negli Istituti penitenziari delle Marche, riorganizzando anche questa attività all'interno del coordinamento dei servizi per le dipendenze.
11. Potenziare l'operatività dei servizi per l'individuazione, l'orientamento, il trattamento ed il monitoraggio nel tempo dei soggetti con problemi alcool correlati.

Le **azioni** ritenute necessarie per il conseguimento di tali obiettivi sono quelle di seguito indicate.

- a) Adeguare, potenziare ed ottimizzare le risorse esistenti attraverso la realizzazione di un *modello organizzativo* aperto, eventualmente sovraziendale che, mantenendo come focus principale l'utente e le sue necessità di cura, sia in grado di ottimizzare la capacità produttiva e di uniformare gli indirizzi strategici ed i comportamenti operativi. A tal fine, per ogni area di competenza dei singoli SERT, verranno istituiti dipartimenti funzionali denominati "Dipartimento delle Dipendenze Patologiche", con compiti di co-programmazione, indirizzo, coordinamento e valutazione delle altre Unità Operative e/o "aree di progetto", intra ed extra aziendali, in cui il "SISTEMA DEI SERVIZI" verrà articolato, per assicurare percorsi e luoghi diversificati e appropriati alle diverse e complesse forme, e momenti, della patologia da dipendenza, con modalità di integrazione interistituzionale tra i servizi aziendali, il privato sociale autorizzato ed accreditato, gli enti ausiliari, le cooperative sociali, il volontariato e rappresentanza degli Enti locali, ecc.. I Dipartimenti che risulteranno articolati su un'estensione comprendente più ambiti territoriali, dovranno poter coniugare la necessaria contestualizzazione territoriale dei presidi e delle unità operative con una logica di processi terapeutici e di aree di intervento trasversali ai vari settori operativi.
- b) Promuovere la formazione integrata degli operatori pubblici e privati, che sia coerente con i nuovi bisogni e i nuovi obiettivi.
- c) Creazione di un Osservatorio Regionale Dipendenze Patologiche, all'interno della Rete Epidemiologica Marchigiana, preposto anche allo sviluppo di progetti di ricerca all'interno delle linee finanziate dall'OMS, dall'Unione Europea, dai Ministeri, ecc, al fine di reperire risorse economiche, professionali e professionalizzanti, che consentano la ripresa e lo sviluppo della qualità del Sistema dei Servizi per le Dipendenze Patologiche.
- d) Potenziare la raccolta informatizzata dei dati (hardware e software) anche in conformità agli indicatori fissati a livello europeo.
- e) Qualificare e adeguare l'offerta assistenziale e, ove necessario, riconvertire le strutture terapeutico riabilitative per una migliore risposta ai bisogni emergenti quali: gestione doppia diagnosi, minori, alcoolismo, nuove dipendenze (droghe di sintesi, gioco d'azzardo ecc..).

- f) Assicurare la supervisione clinica a tutte le équipes del settore (SERT, Comunità terapeutiche, Centri diurni, Unità di strada, ecc), intendendo la supervisione uno strumento necessario a garantire:
- la prevenzione del burn out e del turn over degli operatori;
 - il miglioramento continuo della gestione del caso;
 - un supporto qualificato nel processo di riorganizzazione della rete dei servizi.
- g) Verificare ed eventualmente attuare un piano di interventi migliorativi per ciò che riguarda gli aspetti strutturali delle sedi operative, in rispetto delle normative regionali per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento.
- h) Garantire per ogni Dipartimento un organico multidisciplinare, e pluriprofessionale, rapportato al bacino di utenti e sulla base dei parametri previsti nel DM 444/90 e successive revisioni.
- i) Effettuare una ricognizione, a partire dagli adeguamenti degli organici strutturati sulla base del punto precedente, sulle necessità di utilizzo, per attività e progetti specifici, di personale non di ruolo, per il quale potranno essere attuate convenzioni dirette in rispetto delle normative e degli accordi collettivi nazionali relativi ai rapporti convenzionati autonomi.
- j) Prevedere, per tutte le forme di progettazione integrata di ambito per le attività pertinenti, e per le articolazioni del "sistema dei servizi", la possibilità di attuazione di "appalti di servizi" che rispettino l'accordo regionale 16/7/2001 (OOSS, AGCI, Confcooperative e Legacoop), in particolare al terzo paragrafo, in cui viene precisato che "... In tema di cooperazione sociale le parti ritengono che, in coerenza con quanto previsto all'art. 5 della legge 328/2000, gli enti pubblici debbano promuovere azioni per favorire il ricorso a forme di aggiudicazione o negoziali che consentano ai soggetti operanti nel terzo settore la piena espressione della propria progettualità, avvalendosi di analisi e verifiche che tengano conto della qualità e delle caratteristiche delle prestazioni offerte e della qualificazione del personale".

Risulta necessario procedere alla definizione di un piano pluriennale (progetto obiettivo) in un tempo ridotto (sei mesi) per articolare una programmazione, di governo e di gestione, che consenta di adeguare i servizi delle Marche a quelli più avanzati sul territorio nazionale e, anche, alle sperimentazioni extra nazionali.

Gli attori che dovranno essere chiamati ad una intensa e qualificata produttività sono: il Coordinamento dei Responsabili degli attuali SERT delle Marche; la Consulta Regionale Dipendenze Patologiche (all'interno della quale sono rappresentate tutte le organizzazioni e agenzie coinvolte nei processi); il Dipartimento "Servizi alla Persona"; l'ARS; le OOSS.

I dati e gli elaborati già in possesso degli assessorati Sanità e Servizi Sociali e dell'ARS, prodotti all'interno di vari progetti nazionali e regionali anche sulla qualità, nonché i documenti prodotti dalla "Conferenza Interregionale sulle Dipendenze", con sede a Perugia, alla quale aderisce la Regione Marche, (già presentati al Ministero Sanità il 31 maggio 2002), costituiranno efficacemente una base di lavoro che potrà essere implementata dalla eventuale consulenza di esponenti delle Società Scientifiche più accreditate sul territorio nazionale (recentemente riunite in "Consulta delle Società Scientifiche nel campo dei comportamenti compulsivi, di abuso e di dipendenza"), o da personalità scientifiche autorevoli.

Il gruppo di lavoro dovrà produrre un "Progetto di riordino del Sistema Regionale dei Servizi per le Dipendenze Patologiche", in grado di declinare i contenuti individuati in questo paragrafo del Piano Sanitario Regionale, articolando efficacemente (e quindi modulando diversamente in relazioni alle varie specificità, anche geografiche, del bacino di utenza), il principio del "Sistema dei Servizi per le Dipendenze Patologiche", e di rispondere anche ad ulteriori elementi di criticità quali:

- necessità di formazione congiunta, pubblico/privato sociale accreditato, anche per l'avvio delle progettazioni di ambito. (Relativamente alla formazione, va affrontato e risolto il problema della qualifica universitaria degli educatori professionali del settore Sanitario);
- progettazione di forme innovative di collaborazione, omogenee a livello Regionale, con le agenzie di tutela dell'ordine pubblico e della sicurezza, nonché con i Tribunali, le Procure minorili e i Servizi Sociali dei Comuni, al fine di definire linee generali che consentano, in ognuno dei territori dei

Dipartimenti, di integrare i bisogni sociali di sicurezza e di tutela con le occasioni di cura che il Sistema dei Servizi rende disponibile;

- individuazione di settori e percorsi di ricerca e sperimentazione, recuperando la qualificazione pregressa dei Servizi della Regione anche come soggetti propositivi all'interno del panorama nazionale e internazionale; a questo riguardo vanno individuate forme adeguate per la rimotivazione/incentivazione degli operatori pubblici e privati, al fine di concorrere al sostegno del burn-out e ridurre, per questa parte, il fenomeno del turn-over: le formule potrebbero prevedere anche incentivazioni economiche legate a progetti regionali e aziendali allineati con le linee strategiche, supervisioni mirate, formazione congiunta, sistemi formativi utili anche ai fini dell'accreditamento dei professionisti dei profili sanitari, ecc.

2.2.4. Schede Obiettivi-azioni-tempi-risorse-indicatori macroobiettivo 2: TUTELARE I SOGGETTI FRAGILI					
OBIETTIVO GENERALE	TUTELA DELLE FRAGILITA' SOCIALI				
AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	AZIONI/STRUMENTI	TEMPI	RI SORSE	INDICATORI
Anziani non autosufficienti	Prevenzione della non autosufficienza	1. Realizzazione di campagne di informazione ed promozione della salute rivolte alla popolazione anziana (prevenzione delle cadute e del decadimento cognitivo)	Entro 2004		n. campagne attivate
	Riabilitazione della non autosufficienza non stabilizzata	1.Attivazione di profili di assistenza riabilitativi 1 A) Regione: Formalizzazione gruppo di lavoro -Emanazione Linee guida regionali - Monitoraggio 1 B) Aziende: Stesura profilo di assistenza- Implementazione - monitoraggio 2 Ridefinizione e qualificazione delle RSA anziani 2 A) Regione: Definizione caratteristiche strutturali e funzionali RSA 2 B) Regione: Sperimentazione RUG 2 C) Aziende: Adeguamento RSA	1 A) Febbraio 2003 1 B) Entro 2003 2 A) Febbraio 2003 2 B) 2003 2 C) entro 2004	1 A) NO risorse aggiuntive 1 B) NO risorse aggiuntive 2 A) NO risorse aggiuntive 2 B) Risorse aggiuntive ministeriali 2 C) da stabilire in base ai piani di adeguamento agli standard di cui al punto 2A	Di processo: a) rispetto dei tempi delle azioni previste attraverso un monitoraggio semestrale (report); b) corresponsione agli standard Di risultato a) Percentuale di applicazione dei profili; b) Grado di miglioramento scale valutazione multidimensionali
	Assistenza della non autosufficienza stabilizzata	1. Monitoraggio della domanda attuale e potenziale della popolazione anziana non autosufficiente e a rischio di non autosufficienza 2. Sostegno alle famiglie (supporto psicologico, assistenziali, giuridico-legali, formazione dei familiari, sperimentazione dell'assegno servizi) 3. Ridefinizione e qualificazione delle Case protette 4. Potenziamento delle forme di assistenza "di sollievo" a ciclo diurno 5. Potenziamento dell'ADI 6. Realizzazione di specifici percorsi assistenziali per gli anziani affetti da demenza	- Entro giugno 2003 - Dal 2003 al 2005 - entro 2003 - entro 2004 - Entro 2003 - Entro 2003	Da definire e individuare nell'ambito della riduzione della spesa ospedaliera	1) 1.Report 2) n. famiglie con supporto/totale famiglie bisognose 3) Linee guida sull'utilizzo delle strutture e definizione dei criteri di appropriatezza d'uso 4) n. servizi offerti 5) n. pazienti in ADI/anziani > 65 anni 6) n. paziente con demenza presi in carico/totale paz dementi

Regione Marche – Giunta Regionale

	Progetto Alzheimer	Realizzazione di un modello di Disease Management socio-sanitario delle DEMENZE da realizzarsi attraverso un ampliamento della competenze delle UVA, la forte integrazione tra Distretto ed Ambito territoriale, lo sviluppo di servizi integrati	Entro marzo 2003 tutte le UVA formate Entro dicembre 2003 una rete completa al 70%	Finanziamento Ministero della Sanità Integrazioni aziendali nell'ambito dei fondi contrattuali Attivazione di servizi territoriali utilizzando risorse liberate dalla riduzione della rete ospedaliera	Tutte le UVA formate entro aprile 2003 Almeno 1500 pz valutati dalle UVA nel 2003 Almeno 4 centri diurni attivati entro giugno 2003
	Assicurare la continuità assistenziale tra i diversi ambiti di assistenza	1. Potenziamento funzioni UVD e case-manager 2. Definizione accordi di programma con comuni	- Entro 2003 - Entro 2003	Da definire e individuare nell'ambito della riduzione della spesa ospedaliera	- n. pazienti presi incarico/totale -anziani >65 anni - n persone prese in carico in SAD
Disabilità delle fasce in età evolutiva, giovanile e lavorativa	Potenziamento delle strategie per il recupero psico-funzionale e per l'inserimento scolastico, sociale e lavorativo degli handicap gravi (menomazioni neuro-sensoriali, distrofie, autismo, ecc)	1. Sviluppo servizi territoriali di presa in carico riabilitativo (centri ambulatoriali) nelle aree carenti 2. Definizione di protocolli per la presa in carico 3. Costruzione di percorsi assistenziali con integrazione di servizi pubblici, privati e scolastici 4. Progetto Mirato Handicap e Lavoro (in collaborazione con Ministero del Lavoro ed INAIL)	1. Marzo 2003 2. Marzo 2003 3. Giugno 2003 4. Giugno 2003	1. Da definire e individuare nell'ambito della riduzione della spesa ospedaliera 2. No risorse aggiuntive • No risorse aggiuntive • Su finanziamenti comunitari e nazionali	
	Assistenza e recupero dei gravi traumi cerebrali e midollari Prevenzione traumi da incidenti stradali e infortuni sul lavoro	1. Monitoraggio degli eventi traumatici e loro cause 2. Interventi integrati per la riduzione degli incidenti stradali e infortuni sul lavoro (accordi ASL-Enti locali e sindacati) 3. Implementazione di un percorso unitario terapeutico-riabilitativo globale per il trattamento della fase acuta, subacuta, reinserimento familiare, sociale e follow-up periodico dei traumatizzati 4. Attivazione Unità spinale multipolare	1. Entro 2003 2. Entro 2004 3. Entro 2004 4. Entro 2004		1. 1.Report 2. Programmi di intervento 3. N° profili applicati Unità spinale integrata
Immigrati e comunità zingare	- Miglioramento delle condizioni di salute degli immigrati - Tutela del diritto alla salute	1. accordi ASL-Comuni, (prefetture, uffici per l'impiego ecc) per interventi di prima e seconda accoglienza "complessiva" 2. interventi specifici per migliorare le condizioni igienico-sanitarie nei campi nomadi 2. interventi integrati per la prevenzione e riduzione del "disagio psichico" e delle dipendenze patologiche (alcool) 3. facilitazione all'iscrizione al SSN, all'accesso ai servizi (percorsi facilitati) 4. promozione interventi di offerta attiva (anche con inserimento di mediatori)	1. Entro 2003 2. Entro 2003 3. Entro 2003 4. Entro 2004 5. Entro 2003 6. 2003-2004		1. Report 2. n. servizi accoglienza 3. n. interventi nei campi nomadi 4. n. persone prese in carico dai servizi di etnopsichiatria 5. n. iscritti SSN/totale immigrati 6. n. ASL con mediatori culturali 7. n. operatori formati

Regione Marche – Giunta Regionale

		linguistico-culturali nei servizi) 5. informazione e formazione interculturale degli operatori socio-sanitari			
Prostituzione	Riduzione del danno sulla salute	1. Sviluppo di azioni di raccordo tra la strada, i servizi ed i percorsi di uscita (supporto sociale, legale, sanitario, abitativo, ecc.) 2. Interventi di offerta attiva per la tutela della salute (anche attraverso l'utilizzo di mediatori culturali) 4. Percorsi facilitati ai servizi sanitari (prevenzione e cura delle malattie infettive, malattie da strada, raffreddamento ecc) 5. accordi ASL-Comuni, uffici per l'impiego, sindacati, volontariato, prefetture ecc	1. Entro 2003 2. Entro 2004 3. Entro 2003 4. 2003-2005		a) n. equipe Unità di strada b) n. interventi c) n. protocolli d) n. protocolli di intesa
Detenuti	Tutela della salute dei detenuti	1. Implementazione dell'assistenza sanitaria da parte del SSR 2. Prevenzione e riduzione delle malattie infettive(miglioramento delle condizioni igieniche ambientali e personali), della tossicodipendenza e delle patologie da autolesionismo 3. Supporto specifico ai detenuti immigrati (mediazione culturale) 4. Realizzazione di percorsi socio-assistenziali (accordi ASL-Comuni, uffici per l'impiego, sindacati, volontariato ecc)	1. entro 2003 2. entro 2004 3. entro 2004 4. entro 2004		- n. detenuti iscritti SSN - n. protocolli applicati - n. interventi di mediazione culturale - n. accordi
Povertà	Contribuire all'attivazione della rete sociale di sostegno	1. Attivare specifici protocolli di intervento (es abolizione di ticket) 2. Interventi di promozione della salute	- Entro 2003 - Entro 2004		- Esenzioni introdotte

Regione Marche – Giunta Regionale

OBIETTIVO GENERALE	TUTELA DELLE FRAGILITA' SOCIALI – <u>LE DIPENDENZE PATOLOGICHE</u>			
OBIETTIVI SPECIFICI	AZIONI/STRUMENTI	TEMPI	RISORSE	INDICATORI
Potenziare gli interventi di prevenzione primaria	Finanziare a carico del Fondo sociale progetti che risultino integrati e complementari ai bisogni di prevenzione generali della popolazione.	2003-2005	Vincolo di risorse (cfr. § 1.2.3)	N° progetti promossi (almeno 1 per ogni Az. USL)
Potenziare e/o stabilizzare la prevenzione nei luoghi maggiormente frequentati dai giovani, e la prevenzione del danno tra i soggetti già tossicodipendenti	<ul style="list-style-type: none"> - Valorizzare, migliorandolo e definendone i campi di azione, l'attuale apporto di strumenti quali Unità di strada o Unità mobili territoriali; - Riproporre la campagna di informazione-prevenzione in materia di AIDS ,secondo il modello sperimentato nell'anno 2000, ciò in considerazione dell'alto numero di soggetti tossicodipendenti ancora toccati da tale infezione 	Entro 2003	Parte del finanziamento è a carico dell' ex Fondo Lotta alla Droga per un ammontare da definire La campagna AIDS è a carico dei fondi vincolati ai sensi della L. 135/90.	-Definizione linee di indirizzo entro i tempi stabiliti e n° Unità Mobili territoriali attivate. -Attivazione del progetto regionale entro il termine fissato
Migliorare la qualità del servizio reso	<ul style="list-style-type: none"> - Adottare un Atto di Coordinamento circa le modalità di attuazione della assistenza in regime ospedaliero. - Garantire per ogni SERT un organico minimo, multidisciplinare, rapportato al bacino di utenza. - Verificare gli aspetti strutturali delle sedi operative.ed eventualmente predisporre un piano di interventi - Promuovere la formazione integrata degli operatori, pubblici e privati. - Assicurare la supervisione clinica a tutte le equipe del settore al fine di prevenire il burn out e il turn over degli operatori, migliorare la gestione del caso nonché supportare il processo di riorganizzazione della rete dei servizi. - Programmare, in casi di finanziamento a favore del Privato Sociale autorizzato e accreditato, iniziative di prevenzione, cura/riabilitazione/reinserimento che abbiano caratteristiche di continuità a medio /lungo termine (durata tre anni) 	2003 2005 2003 2003-2005 2003-2005 2003-2005		Adozione Linee di Indirizzo entro il termine previsto " " " " Relazione sull'esito delle verifiche N° operatori coinvolti nella formazione Percentuale equipes a cui è stata assicurata la supervisione N° progetti di durata triennale finanziati
Rendere più efficiente struttura e comportamenti organizzativi	- Realizzare un modello organizzativo sovraaziendale per ottimizzare la capacità produttiva e di uniformare gli indirizzi strategici ed i comportamenti operativi.	2004		Adozione del regolamento regionale entro il termine fissato. N° dipartimenti funzionali attivati
Assicurare una risposta qualificata ai soggetti con doppia diagnosi e alle dipendenze da "nuove droghe";	- Qualificare e adeguare l' offerta assistenziale e, ove necessario, riconvertire le strutture terapeutico-riabilitative al fine di migliorare la risposta di fronte all'emergere di nuovi bisogni e di complessità: doppia diagnosi, minori, alcolismo, nuove dipendenze(droghe di sintesi, gioco d'azzardo,)	2003-2005		Adozione Linee Guida per la riconversione
Potenziare le opportunità di reinserimento sociale, lavorativo ed abitativo,	- Adozione di modalità operative e collaborazioni continuative ,condivise tra i vari soggetti coinvolti.	2003-2005		Adozione Linee guida; N° protocolli locali attivati, n° soggetti inseriti .

Regione Marche – Giunta Regionale

Consolidare l'assistenza sanitaria ai detenuti tossico ed alcooldipendenti	- Monitorare la corretta applicazione	2003-2005	Parte della spesa è a carico del Ministero della Giustizia: Euro 88.586	Relazione sulla corretta applicazione e valutazione percentuale dell'applicazione delle modalità operative
Potenziare l'operatività servizi per individuazione, orientamento e monitoraggio dei soggetti con problemi alcool correlati.	Individuare e definire una rete regionale integrata di servizi dedicata ai soggetti con problemi alcool correlati per prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione. - Predispone iniziative di aggiornamento e formazione mirate rivolte agli operatori e a vari livelli.	2003 2004	Parte della spesa è a carico dell'ex Fondo Lotta alla Droga per un ammontare da definire	Adozione linee di indirizzo entro la data prefissata. Adozione progetto di formazione mirata e n° operatori coinvolti
Aumentare la conoscenza epidemiologica sul fenomeno	- Istituire all'interno della rete epidemiologica marchigiana un "Osservatorio Regionale delle dipendenze patologiche" e mettere in rete le informazioni e i dati prodotti in materia di dipendenza, devianza e disagio; - Potenziare la raccolta informatizzata dei dati (hardware e software) anche in conformità agli indicatori fissati a livello europeo.	2003 2004	Utilizzo del portale "Dronet Marche" già attivato. Parte della spesa, pari a Euro 54.012 è a carico del Ministero della Salute	N° aree notizie attivate. Attivazione della rete e percentuale delle strutture in rete.
OBIETTIVO GENERALE	TUTELA DELLE FRAGILITA' SOCIALI – SALUTE MENTALE			
OBIETTIVI SPECIFICI	AZIONI/STRUMENTI	TEMPI	RISORSE	INDICATORI
assicurare la prevenzione primaria e secondaria dei disturbi mentali, con particolare riferimento alle culture a rischio;	-Attuare, tramite specifici <u>protocolli di collaborazione</u> fra i servizi per l'età evolutiva e per l'età adulta, dell'Azienda USL e dei Comuni associati negli Ambiti Territoriali, <u>interventi di prevenzione</u> mirati alla individuazione nella popolazione giovanile, soprattutto adolescenziale, dei soggetti, delle culture e dei contesti a rischio, con lo scopo di contenere e ridurre evoluzioni più gravemente disabilitanti.	2003-2005	Vincolo di risorse (cfr. § 1.2.3)	N° protocolli attivati N° interventi di educazione sanitaria effettuati presso sedi operative di istituzioni scolastiche, sociali ed Enti Locali. N° interventi di prevenzione mirata effettuati
assicurare la prevenzione terziaria;	- Formulare piani terapeutici-preventivi o terapeutico-riabilitativi personalizzati, con assegnazione di responsabilità precise e di precise scadenze di verifica; - Coinvolgere le famiglie nella formulazione e nella attuazione del piano terapeutico; il coinvolgimento è essenziale in quanto la responsabilità dell'assistenza, che è del servizio, non può prescindere dalla collaborazione dei familiari; -Assicurare una presenza di strutture terapeutiche riabilitative differenziate per prestazioni ; -Sviluppare la collaborazione con le associazioni dei familiari e degli utenti, riconoscendone il ruolo attivo ed il valore fondamentale come risorsa al fianco delle équipes dei servizi;	2003-2004		Sulla base dei dati acquisiti dal Sistema Informativo regionale (SISP Marche) : n° prestazioni rivolte alla famiglia, n° prestazioni di riabilitazione, n° attività di supporto, n° medio prestazione per utente

Regione Marche – Giunta Regionale

Salvaguardare e migliorare la salute mentale e la qualità di vita del nucleo familiare	- Sostenere la nascita ed il funzionamento di gruppi di mutuo-aiuto di familiari e di pazienti e di cooperative sociali, con finalità di inserimento lavorativo; - Attivare e/o capillarizzare, con la collaborazione degli Enti Locali, progetti almeno triennali di strutture di sollievo;	2003-2005		N° gruppi di mutuo aiuto attivati per DSM N° utenti inseriti al lavoro N° strutture sollievo attivate
Ridurre i suicidi ed i tentativi di suicidio	- Attivare programmi specifici di recupero dei pazienti che non si presentano agli appuntamenti o che abbandonano il servizio, in modo anche da ridurre l'incidenza di suicidi negli utenti; - Mantenerne e stabilizzare gli attuali ambulatori per i disturbi di personalità e per gli adolescenti.	2003-2005		N° degli utenti in carico in rapporto agli utenti in contatto N° ambulatori per disturbi di personalità e per adolescenti (almeno 1 per DSM) e n° per ogni struttura
Migliorare la qualità e valutare l'efficacia degli interventi attuati	- Attivare il Nucleo di Valutazione e miglioramento continuo della qualità, con il compito di valutare l'efficace e l'efficienza delle attività del DSM; - Attivare idonei progetti di formazione, linee guida, profili di assistenza e procedure di consenso professionali per una buona pratica clinica; - Predisporre un piano annuale di formazione e aggiornamento del personale del Dipartimento; tale piano deve soddisfare il bisogno formativo specifico delle varie figure professionali, e nello stesso tempo favorire la capacità di lavoro in équipe, in una prospettiva progettuale ampia, aperta al collettivo e al sociale. - Predisporre progetti formativi concordati con altri servizi (materno - infantile, tossicodipendenze, distretto, ecc...) su tematiche inerenti le patologie di confine (disagi dell'adolescenza, doppie patologie, demenze, A.I.D.S., ecc...).	2003 2003-2005 2003-2005 2003-2005		N° RISQ individuati N° profili di assistenza adottati N° progetti di formazione per le singole figure professionali attivati. N° supervisioni di equipe attivate N° progetti formativi sulle patologie di confine N° operatori frequentanti
Assicurare, in modo omogeneo e capillare nelle aree regionali, la presa in carico e la risposta ai bisogni di tutte le persone malate o comunque portatrici di una domanda di intervento	- Dare, nell'arco del triennio, <u>priorità</u> ad interventi di prevenzione, cura e riabilitazione dei <u>disturbi mentali gravi</u> , da cui possono derivare disabilità tali da compromettere l'autonomia e l'esercizio dei diritti di cittadinanza, con alto rischio di cronicizzazione e di emarginazione sociale. - Attuare, da parte dei Servizi di Salute Mentale una prassi e un atteggiamento non di attesa, ma mirati ad intervenire attivamente e direttamente nel territorio (domicilio, scuola, luoghi di lavoro ecc.), in collaborazione con le associazioni dei familiari e di volontariato, con i medici di medicina generale e con gli altri servizi sanitari e sociali del territorio;	2003-2005		Modalità Operative per presa in carico globale e per interventi strutturati di rete; N° medio di interventi complessivi per utente; N° interventi a domicilio.
Conoscere le caratteristiche dell'utenza e la storia assistenziale dei singoli assistiti	<ul style="list-style-type: none"> Completare e mettere a regime il sistema informativo psichiatrico (SISP Marche) 	2003		N° nuove funzioni introdotte nel SISP N° postazioni di lavoro attivate

3. Una Sanità che guarda all'Europa

La strategia di fondo delle politiche europee sulla salute⁷ è quella di riorientare il sistema dell'offerta spostando le risorse dall'assistenza ospedaliera, se inappropriata, verso la **prevenzione** e l'**assistenza sanitaria di primo livello**.

Al centro dell'assistenza sanitaria di primo livello si colloca il medico di famiglia responsabile della erogazione delle cure primarie e, in collaborazione con gli altri operatori territoriali in particolare la componente infermieristica, e capace di offrire consigli sugli stili di vita, sostegno attivo all'autocura, sostegno alla famiglia e servizi di assistenza domiciliare. Le strutture per anziani e le altre strutture di lungodegenza dovrebbero avere una maggiore "atmosfera casalinga" ed essere affidate alla responsabilità della comunità locale.

L'assistenza medico-specialistica di secondo livello, erogata nell'ospedale e nei suoi ambulatori, vicaria e supporta l'assistenza sanitaria di primo livello, operando con funzioni diagnostiche e terapeutiche che non possono essere adeguatamente realizzate nelle strutture di primo livello.

Flessibilità nello sviluppo e nella collocazione dei servizi ospedalieri è una caratteristica fondamentale della programmazione e della gestione ospedaliera che sarà in grado di affrontare le sfide future dell'evoluzione tecnologica e della pratica clinica.

3.1. RIORIENTARE IL SISTEMA DELL'OFFERTA (*Macroobiettivo 3*)

Il processo di riorganizzazione e riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale passa attraverso l'introduzione sistematica e formalizzata del cosiddetto "governo clinico" nei processi decisionali. Con il termine di governo clinico si intende quel processo, che deve essere assunto pienamente dai diversi attori decisionali del sistema assistenziale, fondato sull'applicazione di tutti quegli strumenti che utilizzano i dati della ricerca scientifica, e più in generale delle "evidenze", per un miglior utilizzo delle risorse e delle tecnologie disponibili ai fini di un'assistenza più efficace e più "rispettosa" dei vincoli economici.

La necessità del ricorso agli strumenti del governo clinico nasce da diversi ordini di considerazioni:

- a) l'evidente crescita della domanda e della offerta di prestazioni sanitarie al di là dei livelli economicamente sostenibili (si prenda ad esempio la crescente spesa farmaceutica ed il persistente elevato tasso di ospedalizzazione);
- b) l'esigenza di selezionare quelle prestazioni che risultano più efficaci e contemporaneamente meno costose a parità di efficacia;

⁷ Carta di Lubiana sulle Riforme della Sanità (giugno 1996); Health21: La salute per tutti nel 21° secolo (maggio 1998)

- c) la naturale tendenza del sistema sanitario alla innovazione tecnologica con conseguente potenziale aumento della spesa e quindi la necessità di governare anche in questo caso le scelte sulle innovazioni "mature" in grado ancora una volta di coniugare efficacia e rispetto dei vincoli economici;
- d) la esigenza di pianificare la distribuzione delle attività, in particolare di quelle ospedaliere, in modo da collocare al livello organizzativo appropriato attività che mal distribuite o mal collocate comportano potenzialmente perdita di efficacia e di economicità;
- e) la esigenza di costruire reti cliniche che mettano in collegamento tutti i punti del sistema che si occupano della stessa disciplina/attività/problematica clinica;
- f) la esigenza di monitorare la qualità tecnico-professionale degli interventi in modo da riconoscere tempestivamente le aree in cui i risultati o i processi vanno modificati e migliorati.

In estrema sintesi la razionalizzazione istituzionale ed organizzativa del sistema deve essere integrata con il miglioramento di tutti i processi decisionali di rilevanza economica che coinvolgono delle scelte cliniche.

Tutto ciò richiede l'attivazione formale di iniziative per il governo clinico a livello delle varie articolazioni del sistema (Regione Aziende Distretti e singole strutture). Queste iniziative potranno consistere:

- nel rafforzamento del ruolo di Collegio di Direzione;
- nel rafforzamento delle funzioni/uffici di staff delle Direzioni Aziendali/Dipartimentali che si occupano di qualità;
- nella promozione a tutti i livelli di iniziative di formazione e di sperimentazione sul campo, come positivamente già avvenuto con i profili di assistenza;
- nello sviluppo di sistemi di prevenzione e gestione del rischio clinico (Risk management).

L'introduzione del governo clinico servirà a costruire e rafforzare l'alleanza con il mondo professionale chiamato a partecipare alle grandi scelte di rilevanza assistenziale.

3.1.1. Un sistema di servizi territoriali integrati e orientati ai processi assistenziali centrati sulla persona

La riqualificazione dell'assistenza ospedaliera non è possibile e non è utile se non correttamente inserita all'interno di una progressiva ridefinizione dell'organizzazione dei servizi di Welfare. Non si tratta infatti di sottrarre servizi al territorio ed alla comunità regionale in ragione del principio di economicità, quanto piuttosto di incrementare e qualificare le possibilità di interazione tra cittadinanza e servizi sviluppando una rete di presenze che trovi le ragioni della sua adeguatezza all'interno dei principi di flessibilità e modulabilità organizzativa, di efficienza prestazionale, di prossimità e di integrazione. La razionalizzazione dell'offerta ospedaliera, con il relativo recupero di risorse, permetterà di imprimere una spinta decisiva alla realizzazione del **Distretto integrato**, snodo cruciale del governo della salute come previsto dal II PSR.

La maggiore attenzione al Distretto, ed ai servizi di livello territoriale ed integrato, risponde a due esigenze: in primo luogo occorre riconoscere fattivamente il superamento di una

impostazione organizzativa della sanità basata sulla centralità delle acuzie, a favore di una modellizzazione fondata invece sulla rilevanza di cronicità e non autosufficienza da un lato, e della prevenzione dall'altro; in secondo luogo, occorre predisporre e potenziare gli strumenti che consentano concretamente di interpretare processi partecipati per la salute, in cui possano avere ascolto e risposta le diverse esigenze dei cittadini, ma anche spazio e possibilità di espressione le peculiari risorse e capacità e le preferenze dei cittadini stessi.

La fase che si apre richiede non tanto di declinare le funzioni del distretto che sono quelle già definite dal II PSr e ribadite nel D.l.vo sui Livelli Essenziali di Assistenza, quanto, in primis, di ridefinire le modalità di accesso al sistema dei servizi, e conseguentemente le concrete forme in cui si possa esprimere la responsabilità del sistema di Welfare nei confronti della comunità territoriale. Il Distretto deve quindi riqualificarsi come luogo fisico ed organizzativo in cui avviene la **“presa in carico”** dei bisogni del cittadino strutturando **percorsi di cura ed assistenza** che utilizzano al meglio il ventaglio dell'offerta sanitaria (funzioni di base e specialistiche, intensive ed estensive, sanitarie e socio-sanitarie, rete delle farmacie territoriali). Fondamentale in questo processo è il ruolo del **medico di medicina generale**, che dovrà tornare ad essere il vero *case-manager* dei percorsi assistenziali e lettore/interprete dei bisogni sanitari della comunità: dovendosi qualificare, in tal senso, le relazioni con le componenti di Welfare (servizi specialistici, servizi sociali, ecc.). Relazioni che saranno orientate al raccordo informativo ma anche e soprattutto operativo, utilizzando i diversi strumenti disponibili: dai protocolli agli strumenti di intesa fino all'utilizzo della Information and Communication Technology (ICT) già disponibili.

Le priorità di sviluppo

- **Qualificare la capacità di presa in carico territoriale**. Le funzioni chiave in tal senso sono quelle, già descritte dal PSR vigente, di Sportello per la Salute e di Valutazione (Unità Valutative Distrettuali). Per quanto riguarda gli Sportelli per la Salute, questi si realizzeranno non come semplici CUP, ma valorizzando le figure di Base (MMG e PLS, ma anche Consultori Familiari e Uffici di Promozione Sociale che dovranno diventare il punto unico di accesso alla rete dei servizi), ai quali occorrerà provvedere un efficace sistema di relazioni verticali (con le strutture dipartimentali e ospedaliere) ed orizzontali (sviluppando il raccordo con le strutture ambulatoriali ed i setting di lavoro integrato fra le diverse figure), sviluppando la possibilità di accedere per via telematica alle disponibilità del sistema complessivo dell'offerta. Rispetto alla UVD, questa si articolerà secondo schemi costitutivi elastici, valorizzando le esperienze condotte rispetto alla ADI e nei settori della Salute Mentale, delle Tossicodipendenze, del Materno infantile, ecc.
- **Dare priorità alle rilevanze epidemiologiche e sociali**. I percorsi di assistenza devono realizzarsi prioritariamente in risposta ai problemi portati dalle patologie più

diffuse, ma anche alle condizioni dei soggetti più fragili (anziani non autosufficienti, portatori di handicap, portatori di malattie croniche, indigenti).

- **Completamento della rete della residenzialità e semiresidenzialità**, con l'obiettivo da una parte di decongestionare il livello ospedaliero, dall'altro di fornire una risposta più appropriata e di prossimità ai bisogni prevalenti dei pazienti e ai bisogni anche di natura sociale delle famiglie: il tutto nell'ottica di rendere fattuale la logica dell'integrazione socio-sanitaria fornendo strumenti alla progettazione personalizzata dei percorsi di cura e di assistenza. Particolare attenzione dovrà essere posta a non creare nuovi luoghi di emarginazione ed esclusione, per cui è necessario che lo sviluppo della rete dei servizi residenziali e semiresidenziali sia accompagnato dall'incremento delle funzioni di valutazione, e sia inserito all'interno dei processi di presa in carico territoriale.
- **La ICT per la salute.** Occorre sfruttare al massimo le potenzialità delle *nuove tecnologie* per decentrare al massimo l'utilizzazione delle funzioni. Nel quadro delle iniziative per l'e-government potranno essere sviluppate applicazioni che vanno dalla possibilità di prenotazione ai servizi specialistici e ospedalieri in tutti i punti di contatto del servizio sanitario alla accessibilità al *teleconsulto* e alla *telediagnosi* nei territori più problematici, costituendo una rete di supporto agli operatori ed ai servizi di base, ma anche incrementando le possibilità di conoscenza ed informazione da parte della cittadinanza e delle organizzazioni di terzo settore.
- **Potenziare le opportunità per le famiglie**, sia riqualificando una serie di servizi specifici, sia impostando i servizi di carattere generale secondo modalità organizzative friendly, capaci cioè di affiancare le famiglie nei loro impegni di cura, ma anche di fornire occasioni di sollievo, procedendo dalla esperienza maturata al riguardo della salute mentale. Tale esperienza dovrà essere incrementata nei confronti di tutte le famiglie che abbiano componenti con problemi di natura cronica o di tecno-dipendenza tali da compromettere la normalità del ciclo di vita familiare (dipendenze patologiche, handicap, nefropatie, malattie dismetaboliche gravi, ecc.). Un impegno specifico sarà poi destinato alla questione del "dopo di noi", elaborando proposte per l'autonomia dei disabili ma anche per una concreta e responsabile presa in carico comunitaria dei portatori di handicap che non dispongano del supporto familiare. All'interno di un percorso di costruzione complessiva di un sistema integrato di cure domiciliari e in stretto collegamento con l'offerta di Assistenza Domiciliare Integrata già attiva si è pensato di sviluppare, ancora al riguardo delle famiglie, le iniziative connesse all'**assegno servizi**. Si tratta di uno strumento nuovo, aggiuntivo rispetto agli interventi di sostegno alla domiciliarità, rilevante per consentire alle famiglie di riorganizzare, adeguandolo alle proprie necessità e possibilità, il sistema delle prestazioni all'interno dei percorsi di cura ed assistenza definiti con gli operatori distrettuali. L'*assegno servizi* è una proposta che parte dalle indicazioni riportate all'art.

17 della legge 328/2000 che introduce i "Titoli per l'acquisto dei servizi" e demanda alle Regioni la disciplina dei criteri e delle modalità di erogazione. La sperimentazione, che verrà inizialmente attivata all'interno di alcuni ambiti sociali per poi essere allargata all'intero territorio regionale, offrirà al cittadino e alla famiglia la possibilità di scegliere direttamente, in una lista accreditata, il singolo operatore e/o l'impresa che dovrà prestare il servizio a domicilio. L'assegno servizi non consiste in semplici erogazioni monetarie alle famiglie, ma in un incentivo pubblico finalizzato all'acquisto di servizi specifici accreditati dall'ente locale. L'accesso alle prestazioni socio-sanitarie, fornite con l'assegno servizi, avviene sulla base della valutazione multidimensionale geriatrica e prevede la predisposizione di un progetto personalizzato di intervento per garantire piena integrazione tra gli interventi sociali, tutelari e sanitari nonché la verifica costante dei risultati attesi. Lo strumento dell'assegno servizi interviene inoltre nell'emersione del lavoro nero che caratterizza, da sempre, gran parte dei prestatori d'opera impegnati in questo settore anche se con la nuova legge sulla immigrazione si è proceduto alla regolarizzazione dei cittadini stranieri immigrati che costituivano la componente più rilevante dell'offerta stessa. Dato che questo strumento non riguarda però solo gli immigrati, la sperimentazione avvierà comunque, da una parte, il processo di regolarizzazione dell'offerta proveniente da cittadini italiani attualmente impegnati "in nero" e dall'altra il passaggio, per gli immigrati regolarizzati, alla fase riguardante l'avvio della formazione e la creazione della lista accreditata. Offrire servizi domiciliari di buona qualità, introdurre possibilità di decisione e di scelta dei cittadini/utenti, intervenire sulla emersione del lavoro irregolare è una delle condizioni per realizzare pari opportunità non solo formali, ma concrete sia sul fronte della domanda che in quello dell'offerta.

- Altro elemento su cui si intende investire per sostenere il processo di integrazione/partecipazione alla elaborazione delle strategie di benessere è quello della creazione e del funzionamento di **accessi unici alla rete dei servizi**. In questa prospettiva le indicazioni dei due Piani regionali concordano prevedendo: a) la creazione di Sportelli della Salute, vere e proprie "Accettazioni territoriali", intesi come finestra attraverso la quale il cittadino accede non solo ai servizi distrettuali, ma alla rete generale dei servizi sanitari e viene preso in carico dagli stessi; b) l'avvio degli Uffici di Promozione Sociale, intesi a loro volta come servizi-funzione presenti sul territorio finalizzati a promuovere e supportare l'azione di rete coinvolgendo persone e famiglie, gruppi e associazioni, soggetti istituzionali e non che operano a livello locale; c) il raccordo tra i due servizi, a configurare una integrazione delle funzioni di accesso alla rete del Welfare territoriale e Regionale. L'avvio di questo "accesso unico" di comune accordo anche con le altre realtà territoriali che svolgono mansioni simili comporterà una più efficace e diffusa risposta ai bisogni del cittadino. Su questo sono già state

definite Linee guida operative che entro breve diventeranno un vero e proprio atto di indirizzo a disposizione delle figure territoriali di Coordinamento.

Per favorire e accelerare in maniera decisiva questo percorso occorre:

- sviluppare la **programmazione locale**, attraverso la maturazione dei momenti topici dell'attività manageriale, caratterizzati dalla funzione di committenza e di coordinamento della produzione. Tale percorso presuppone il puntuale esercizio della:
 - *Programmazione organizzativa*, che attraverso la definizione del budget di distretto consente di rendere esplicita la committenza, intesa come la definizione quali-quantitativa dei servizi necessari per rispondere ai bisogni di salute della popolazione. A tal fine risulta pertanto necessario integrare i processi di committenza socio-sanitaria, per addivenire alla definizione di un **budget "non virtuale"** che consenta alla comunità locale una più incisiva partecipazione al processo di programmazione e controllo delle risorse allocate nell'ambito territoriale integrato (distretto-ambito sociale);
 - *Programmazione operativa*, che attraverso la definizione di piani lavoro coerenti con i volumi quali-quantitativi stabiliti in sede di programmazione organizzativa, consente di adeguare l'allocazione delle risorse (che nei servizi territoriali è quasi esclusivamente umana) in forma speculare ai bisogni attesi. A tal fine è necessario che a livello locale possa concretizzarsi l'unificazione socio-sanitaria della programmazione operativa, rendendosi quindi occorrente la *comunanza lavorativa* dei direttori di distretto e dei coordinatori di ambito sociale. In tal modo si potrà procedere all'applicazione coordinata e coerente delle indicazioni del PSR e del PSA in merito all'**integrazione socio-sanitaria**, che ha i suoi strumenti operativi più qualificanti nello sviluppo delle funzioni di accesso, valutazione e presa in carico, e tra quelli di governo i Piani territoriali ed il Bilancio Sociale di Area, strumento di trasparenza e di verifica che consente la partecipazione e la concertazione degli impegni per il Welfare;
- attivare con i medici di medicina generale di tutto il territorio regionale un percorso che riconduca alle cure primarie la responsabilità di:
 - dare una risposta esaustiva al bisogno assistenziale della cronicità, e quindi inserire il MMG quale interprete attivo non solo nella selezione dei bisogni sanitari ma anche di quelli sociali;
 - selezionare percorsi assistenziali adeguati al livello di bisogno;
- coordinare le procedure per l'accreditamento delle strutture socio-sanitarie integrate, istituendo dei riferimenti univoci, ma garantendo anche l'interazione tra governo regionale e governo locale nella valutazione dei requisiti, affinché siano riconosciute le specifiche utilità di rete.

3.1.2. Una rete di servizi di prevenzione orientati alla identificazione e controllo dei rischi ed alla promozione della salute

La missione del Dipartimenti di Prevenzione è quella di agire per garantire la tutela dello stato di benessere e della salute collettiva e di dare una risposta unitaria ed efficace alla domanda, anche inespressa, di salute della popolazione perseguendo le strategie di :

- conoscenza epidemiologica dei bisogni della popolazione;
- conoscenza epidemiologica della salute delle popolazioni animali;
- promozione della salute attraverso processi di educazione, informazione e formazione;
- prevenzione degli stati morbosi;
- miglioramento della qualità della vita e degli stili di vita attraverso la conoscenza, il controllo e la gestione dei rischi per la salute e la sicurezza, la definizione degli obiettivi e la programmazione delle azioni e la verifica dei risultati.

II Quadro Regionale. Le principali criticità evocate dalle “Linee Guida per la prevenzione sanitaria e per lo svolgimento delle attività del Dipartimento di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali” riconoscibili nella Regione Marche sono state:

a) Il ritardo nella istituzione dei Dipartimenti.

Tale ritardo va letto in senso sostanziale. Infatti, formalmente, tutti i Dipartimenti sono stati attivati nelle tredici ASL marchigiane ma, nella realtà, troppo spesso tale attivazione è risultata essere soltanto una operazione di facciata.

Troppo spesso i Servizi del Dipartimento di Prevenzione hanno stentato ad assumere una fisionomia compiuta.

Troppo spesso, in nome della “integrazione”, si è assistito all’interno del Dipartimenti di Prevenzione al mantenimento della figura “totipotente” saltellante tra un Servizio e l’altro, incapace, quindi, di acquisire la ormai indispensabile specifica professionalità, attraverso una formazione ed esperienza adeguata. In risposta a tale situazione troppo spesso si sono create “barriere” tra i Servizi che, pur ottenendo il rispetto delle professionalità o meglio delle competenze, hanno creato forti ostacoli all’integrazione stessa.

Tali errori hanno, in diversi casi, compromesso la credibilità dei Dipartimenti di Prevenzione, oltre ad avere reso impraticabile l’ottica della professionalità nella interdisciplinarietà, l’unica che può consentire, oggi, lo svolgersi degli interventi di prevenzione, peraltro, sempre più complessi.

Infine tale atteggiamento è stato di chiaro ostacolo allo svilupparsi della indispensabile mentalità di Dipartimento, risultando, quindi, in chiara antitesi con le logiche della L.R. 26/96.

b) Scarso investimento di risorse.

La L.R. 26/96 ha stabilito per i Dipartimenti di Prevenzione un appannaggio del 5,11% del Fondo Sanitario Regionale: la situazione al 2001 ha registrato una spesa per il Dipartimenti di Prevenzione del 2,8% del FSR.

E' evidente come tale carenza di investimento abbia contribuito alla limitazione dello sviluppo dei Dipartimenti di Prevenzione con una implosione delle iniziative e delle potenzialità di prevenzione.

c) Scarsa capacità di gestire la comunicazione del rischio.

Nel quinquennio si è evidenziata la incapacità di saper gestire la comunicazione del rischio in assenza di una precedente cultura consolidata in tal senso nei Dipartimenti di Prevenzione.

Queste scelte hanno obbligato i Dipartimenti di Prevenzione a ridurre la loro effettiva capacità di intervento e di proposizione dovendosi comunque, far fronte anche alle esigenze "correnti" scaturenti dai bisogni della popolazione.

Di tutto ciò hanno fatto le spese alcune funzioni (prima tra tutte quella epidemiologica e quelle di educazione e di promozione della salute) che sono state oggetto di possibilità di intervento soltanto presso i Dipartimenti di Prevenzione in cui la singola ASL ha investito, consentendo alla prevenzione di poter sviluppare anche programmi ed interventi esorbitanti l'ordinaria amministrazione.

Tali esempi hanno però, dimostrato la capacità dei Dipartimenti di Prevenzione di allestire la loro attività evidenziando ambiti positivi di gradimento e di riscontro sicuramente superiori alle stesse aspettative.

Pertanto, nonostante tutti gli evidenti limiti cui si è fatto cenno, possiamo affermare con certezza che la L.R. 26/96 ha ormai piantato radici tra gli attori dei Dipartimenti di Prevenzione ed acquisito il sostegno del mondo esterno in una logica di consolidamento costante.

Per cercare di portare a soluzione le criticità evidenziate e ridare vigore ad una politica di prevenzione è evidente che il passo fondamentale è quello di riorientare il Sistema Sanitario Regionale verso una politica di promozione della salute improntandolo sulla conoscenza epidemiologica delle problematiche: queste si dovranno considerare quale base di programmi a breve/medio/lungo periodo da articolarsi secondo priorità determinate dalle valutazioni del rischio emerso, oltreché raffrontate con le disponibilità economiche.

All'interno di tale scenario si propone di proseguire un percorso di qualificazione dei Dipartimenti di Prevenzione mirato:

- a) all'adeguamento strutturale dei Dipartimenti di Prevenzione al nuovo assetto istituzionale della sanità marchigiana, con i vincoli di cui al D.Lgs. 229/99 ed alle recenti raccomandazioni delle linee guida nazionali sui Dipartimenti di Prevenzione;
- b) al potenziamento della Promozione della salute quale mission dell'area della prevenzione;

- c) alla rivisitazione delle procedure e degli adempimenti attuali, al fine di identificare quelli di dubbia o nulla utilità preventiva (Appropriatezza, Evidence Based Preventive Health;
- d) alla implementazione di metodologie di valutazione e comunicazione del rischio ed alla loro conseguente applicazione nei rapporti con l'utenza e gli enti, al fine di produrre una corretta e puntuale informazione attraverso i canali di maggior efficacia;
- e) alla definizione del modello organizzativo tenendo presente la necessità del rispetto della singola professionalità nell'ottica del team multidisciplinare;
- f) alla definizione della dotazione di risorse umane, come peraltro perseguito nei servizi SPSAL nel precedente PSR, per ogni struttura semplice e/o complessa.
- g) alla suddivisione del lavoro, come previsto dal comma 2 articolo 7 quater del d.l. 229/99 per aree dipartimentali e strutture organizzative nell'ambito delle suddivisioni territoriali.

Da questa chiave di lettura discendono aggregazioni funzionali di aree dipartimentali, intese come aree omogenee di produzione, e Servizi, che dovranno tenere conto per la loro strutturazione e dotazione del bacino di utenza locale in un contesto di specificità professionale orientata verso una forte interdisciplinarietà.

Da quanto sopra deriverà un modello di attuazione da implementare nell'Atto Aziendale che, tenendo conto delle dimensioni aziendali, della reale domanda di prestazioni, dell'evoluzione nei singoli ambiti professionali, dell'appropriatezza e dei LEA, diventa flessibile e coerente con l'assetto istituzionale e con la mission primaria della prevenzione che si ribadisce essere quella della promozione della salute.

A tale ultima affermazione corrisponde una precisa funzione che, seppur collocata funzionalmente nell'ambito della prevenzione, costituisce momento di operatività di ogni Servizio in un quadro di diffusa competenza di promozione della salute. Tale funzione esce dallo stesso Dipartimento di Prevenzione coinvolgendo anche l'area territoriale ed ospedaliera e quindi assumendo, in tale circostanza, il ruolo di momento di integrazione di vari livelli assistenziali.

“La prevenzione è oggi considerata una attività complessa che richiede strategie capaci di coinvolgere professionalità diverse in azioni a largo raggio quali, per esempio, le campagne di promozione della salute. Infatti, la moderna definizione di Sanità Pubblica pone l'accento sulle capacità di organizzare gli sforzi della società sulla base di obiettivi condivisi e diversificati quali, ad esempio, quelli della modifica degli stili di vita, del miglioramento dell'ambiente per non parlare dei fattori di malattia emergenti quali quelli sociali e quelli direttamente legati al concetto di equità. Questi nuovi confini della prevenzione accentuano il ruolo che la ricerca, sia relativa alla misura dei bisogni che alla valutazione di impatto degli interventi, assume all'interno dei servizi di prevenzione.

Se i Dipartimenti di Prevenzione devono rispondere ad un mandato così ambizioso devono operare secondo moderne metodologie di lavoro; fra questi, quella che viene oggi riconosciuta più efficace è il lavoro per obiettivi. Il suo significato è quello di riunire gruppi multidimensionali (multidisciplinari, multiprofessionali, multisetoriali) che siano in grado di definire gli obiettivi tenendo conto dei problemi di salute prioritari; inoltre i gruppi dovranno occuparsi della progettazione di interventi basati sulle prove di efficacia, i cui esiti di salute siano misurabili. Questo richiede che i dipartimenti di prevenzione siano dotati di una

organizzazione flessibile, a geometria variabile, capace di riunire intorno ad obiettivi complessi professionalità diverse, anche esterne al SSN.” (Linee guida per la prevenzione sanitaria per lo svolgimento delle attività del dipartimento di prevenzione delle ASL)

Tale impostazione delle attività dei Dipartimenti di Prevenzione può essere perseguita solo prevedendo una integrazione tra strutture periferiche e regionali, tra strutture del comparto sanitario e esterne allo stesso, integrazione, quindi, tra gli attori diretti ed indiretti della prevenzione e la società marchigiana.

Fermo restando che con specifici atti verrà normato quanto previsto dall’art. 7 quinquies e sexsies del DLgs 229/99, tale integrazione vedrà come protagonisti il DSPC regionale ed i Dipartimenti di Prevenzione che dovranno necessariamente cooperare con le molteplici altre P.A. con compiti importanti nella gestione della complessa tematica della prevenzione dei rischi per la collettività (tra le quali l’ARS, l’ARPAM, l’IZS, l’INAIL, l’ARMAL, l’ISPESL ecc.)

3.1.3. Una rete integrata di medici di medicina generale e di pediatri di libera scelta al servizio dell’individuo e della comunità

Con l’evoluzione delle conoscenze medico-scientifiche e la maggiore attenzione ai bisogni globali di salute, l’attenzione si è spostata sugli interventi di governo della domanda e sullo sviluppo di strutture di offerta ritenute idonee a far fronte alla dinamica della domanda stessa.

In particolare il focus è rappresentato dalla:

- differenziazione delle strutture di offerta in relazione alla segmentazione dei bisogni;
- ricerca di coerenti equilibri tra sviluppo della domanda e dell’offerta;
- definizione di strumenti adeguati a definire le priorità dei bisogni e per regolare la competizione tra le strutture di offerta nella presa in carico del paziente.

E’ evidente che il miglioramento del rapporto costo-efficacia delle attività sanitarie non può prescindere dallo sviluppo della prassi del coinvolgimento operativo globale della medicina generale e della pediatria di libera scelta nelle scelte assistenziali attraverso l’inclusione a pieno titolo nell’ambito dei servizi territoriali organizzati nel distretto e lo sviluppo della integrazione con la macrostruttura ospedaliera. Rendere il medico di medicina generale ed il pediatra di libera scelta parte integrante e partecipante delle logiche di sistema, rappresenta il prerequisito per realizzare le condizioni favorevoli l’orientamento appropriato della domanda in grado di determinare la traslazione di parte delle attività dall’ospedale al territorio e l’incremento dell’efficienza e dell’efficacia del sistema.

Per fare ciò è necessario valorizzare gli aspetti multidimensionali di un complesso - quello della medicina generale e della pediatria di libera scelta – che, attraverso le specifiche competenze professionali, siano in grado di sviluppare funzioni di produzione, committenza e integrazione:

- **Funzione di PRODUZIONE.** Consiste nella capacità di dare **risposte di tipo primario** ai bisogni, attraverso un processo di **presa in carico** delle problematiche di salute espresse dai cittadini. Queste risposte possono rappresentare volumi diversi di attività a seconda degli assetti organizzativi in cui il MMG ed il PLS si trovano ad operare. Potranno essere risposte più propriamente *di base* nel caso in cui il MMG ed il PLS operino singolarmente, oppure secondo un gradiente di complessità crescente, *organizzate* nel caso in cui il professionista operi in una delle forme previste dell'associazionismo e/o nel caso in cui si avvalga di operatori di studio appositamente formati (Collaboratori e Infermieri), oppure *integrate* attraverso la sperimentazione delle equipe territoriali finalizzate alla realizzazione di forme di integrazione professionale idonee a collegare l'attività dei singoli operatori tra loro con gli obiettivi e i programmi distrettuali operando in un ambito territoriale di riferimento a valenza infradistrettuale.
- **Funzione di COMMITTENZA.** Rappresenta la capacità di interpretare il bisogno di salute e saperlo trasformare in domanda di salute adeguata, **attivando** quei **percorsi assistenziali** che il "Sistema Distretto" con la sua rete assistenziale mette a disposizione. Nella sua componente macro tale funzione appartiene al Distretto che provvede a fornire risposte complessive ai bisogni di salute attraverso il programma delle attività territoriali. Nella sua componente parcellare o micro, riconducibile allo specifico bisogno di ogni singola persona, è assegnata al MMG ed al PLS.
- **Funzione di INTEGRAZIONE.** Rappresenta la capacità di saper attivare tutte quelle **relazioni e connessioni tra il sociale ed il sanitario** che costituiscono la trama della rete assistenziale socio-sanitaria esistente tra Distretto e Ambito sociale. In particolare questa funzione viene coordinata dall'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali (art. 3-sexies 229/00) che presente in ogni Distretto garantisce la partecipazione progettuale della medicina di famiglia alla realizzazione e al monitoraggio delle attività del piano di salute.

Attraverso queste funzioni il Medico di Famiglia ed il Pediatra di Libera Scelta assicurano, unitamente alle altre figure operanti nel SSN, l'applicazione di percorsi di **l'appropriatezza clinico-assistenziale** ovvero coniugare la disponibilità delle risorse di sistema con il grado di utilità per il cittadino in una ottica di proporzionalità diagnostico-terapeutica, operando quindi nel senso di un generale riequilibrio dell'intero sistema. In particolare questa importante funzione è supportata dalla Commissione distrettuale per l'appropriatezza delle cure e dell'uso delle risorse di cui all'art. 15 bis del DPR 270/00 che nella articolazione dell'Accordo Integrativo Regionale per la Medicina Generale viene ulteriormente supportata dall' Osservatorio Regionale per l'Appropriatezza il cui obiettivo generale è quello di armonizzare le attività orientate ad assicurare una maggiore appropriatezza delle cure e dell'uso delle risorse.

Appare peraltro conseguente un ulteriore contributo al sistema regionale dei servizi alla persona ed alla comunità, che è l'apporto primario ai **processi di programmazione** delle Aziende Sanitarie, rappresentato dal patrimonio informativo sui bisogni di salute della popolazione assistita. In tal senso appare critica la funzione degli strumenti manageriali che

possano supportare le aziende nel governo della medicina generale e che sono valorizzati dall'accordo nazionale e regionale quali l'associazionismo, l'architettura del budget distrettuale, l'integrazione professionale, il confronto tra pari, le équipes territoriali. Tali strumenti rappresentano il substrato con il quale gli accordi aziendali possono diventare la cornice operativa entro la quale coniugare le strategie aziendali con le esigenze specifiche della medicina generale, presupposto irrinunciabile per dare sostanza al concetto di continuità assistenziale integrata, conditio sine qua non per realizzare una rete territoriale di risposta ai bisogni di salute.

3.1.4. Un'assistenza domiciliare diffusa ed efficace

Il P.S.R. 1998-2000 aveva già sottolineato la necessità, nell'ambito del macrolivello Territorio, di sviluppare e diffondere un modello di erogazione di cure a domicilio modulato sui bisogni socio –sanitari dei cittadini, organizzato su principi di efficacia degli interventi e di efficienza nell'utilizzo delle risorse, integrato funzionalmente nella rete dei servizi territoriali a livello distrettuale. Il tutto con l'obiettivo di evitare il ricorso improprio al ricovero, assicurando la continuità assistenziale, favorendo il recupero delle capacità di autonomia e relazionali, sostenendo la famiglia e facilitando l'accesso alla erogazione di presidi e degli ausili (pannoloni, carrozzine ecc...).

Le azioni che hanno fatto seguito a questa scelta strategica sono state:

- 1) L'elaborazione, nel dicembre 1999, del 1° Rapporto sulla Assistenza domiciliare nelle Marche che ha fornito un quadro sia organizzativo-strutturale che delle attività del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata, per ASL
- 2) La definizione, nell'ambito del set di indicatori regionali per il monitoraggio e la programmazione delle attività sanitarie (D.G.R. n. 938/00), di alcuni indicatori per il monitoraggio del Sistema delle Cure erogate a domicilio nella regione Marche.
- 3) La predisposizione ed approvazione delle "Linee Guida regionali per le Cure Domiciliari" (D.G.R. n. 606/01). Le linee di indirizzo contenute in tale provvedimento propongono un modello unico di assistenza basato su diversi livelli di intensità delle cure con l'obiettivo di soddisfare i bisogni di cura di tutti i soggetti di qualsiasi età secondo i principi dell'approccio multidimensionale e multiprofessionale.

Ad un anno di distanza dall'approvazione della suddetta delibera, dalla lettura dei dati a disposizione, si osservano le seguenti criticità:

- una variabilità di comportamenti, tra ASL, circa l'adozione di criteri riguardanti l'eleggibilità dei pazienti ADI;
- una disomogeneità dei modelli organizzativi del Servizio di Assistenza domiciliare integrata

- l'integrazione tra aree di competenza amministrativa, Aziende Sanitarie e Servizi Sociali degli EE.LL., come parte dell'integrazione socio-sanitaria.
- Una prevalente erogazione di tale regime di assistenza nelle case di riposo, piuttosto che nel domicilio domestico dei soggetti

Riguardo il sistema delle cure domiciliari le priorità per il prossimo futuro sono essenzialmente quelle di sviluppare "criteri di appropriatezza" di questa modalità di assistenza attraverso:

- la piena applicazione delle linee guida regionali per un'uniforme interpretazione dei criteri di eleggibilità dei pazienti in ADI e per dare un significato omogeneo alle caratteristiche di questo tipo di assistenza;
- lo sviluppo di percorsi assistenziali per alcune tipologie di pazienti (ad esempio pazienti oncologici e affetti da malattia di Alzheimer) con l'obiettivo di un'equità di erogazione delle prestazioni e di garanzia della continuità terapeutica;
- il progressivo ampliamento dell'erogazione delle cure nel domicilio familiare degli assistiti, finalizzando quindi l'incremento previsto degli stanziamenti per tale regime di assistenza;
- una valutazione dell'efficacia ed efficienza attraverso la lettura degli esiti raggiunti da coloro che utilizzano tale forma di assistenza.
- l'integrazione, sia in termini di programmazione che di erogazione, dell'assistenza realizzata dalle risorse del SSR e degli EE.LL. con le reti sociali di solidarietà attraverso forme di collaborazione sviluppate dai soggetti presenti nel territorio.

3.1.5. Un'assistenza specialistica di qualità

La riorganizzazione e qualificazione delle attività ambulatoriali acquista oggi una rilevanza non dissimile da quella delle attività di ricovero, anche se tutta l'attenzione mediatica si concentra solo su quest'ultime. In realtà, dal punto di vista del cittadino/utente, la riorganizzazione delle attività ambulatoriali è forse più rilevante, dal momento che è a questo livello che la lunghezza delle liste di attesa pone più seri problemi ai cittadini.

3.1.5.1. Il modello dell'assistenza specialistica ambulatoriale

Nel settore della ambulatorialità occorre procedere:

- allo sviluppo della ambulatorialità integrata secondo il modello del day-service, con cui un centro ambulatoriale gestisce i percorsi dei pazienti con problemi complessi garantendo risposte tempestive senza ricorrere al ricovero;
- alla riorganizzazione delle attività di laboratorio che concentra le risorse a livello degli ospedali di rete, mantenendo a livello periferico i centri prelievi ed una risposta alle urgenze;
- alla riorganizzazione delle attività di medicina trasfusionale, che concentra le attività di "produzione" e mantiene periferiche le funzioni di raccolta e distribuzione;
- alla razionalizzazione delle risorse della rete delle radiologie, con lo sviluppo di attività di teleconsulto;
- ad un progetto "alta specialità" per alcuni settori come la biologia molecolare, la genetica medica, la radiologia interventistica, la radioterapia, la medicina nucleare del tutto equivalente a quello nel settore della attività di ricovero;
- alla messa a regime di un sistema di monitoraggio sul fenomeno delle liste di attesa;
- alla messa a regime del sistema informativo delle prestazioni ambulatoriali;
- alla regolamentazione del rapporto con i privati secondo le modalità già discusse per le case di cura private.

In questo contesto assume particolare rilevanza la profonda trasformazione organizzativa che sta assumendo la struttura ospedaliera. Questa ha ormai cessato di funzionare come sede prevalentemente dedicata alle attività di ricovero per diventare la sede principale di svolgimento delle attività ambulatoriali, specie di quelle di maggiore complessità tecnologica. Diventa a questo punto prioritario integrare l'offerta di prestazioni ambulatoriali intra ed extra ospedaliera. Va in particolare sviluppata una attività ambulatoriale di secondo livello nelle strutture ospedaliere "alimentata" dai casi che le strutture ambulatoriali territoriali di primo livello non riescono autonomamente a gestire.

3.1.5.2. Il ruolo del medico specialista

Uno dei nodi funzionali critici del sistema è rappresentato dal corretto rapporto tra medici di medicina generale (MMG), i Pediatri di Libera Scelta (PLS) e medici specialisti, in particolare ospedalieri. Come delineato nel § 3.1.3 il MMG ed il PLS sono garanti della *presa in carico globale* del paziente e dell'attivazione dei percorsi assistenziali. La responsabilità dello specialista è quella di offrire una risposta per tutti quei casi nei quali l'intervento del MMG e del PLS non può essere esaustivo e comporta una *delega temporanea della presa in carico* per la risoluzione di problematiche di particolare complessità. Un corretto gioco delle parti deve

evitare la duplicazione delle prestazioni e, soprattutto, disagi all'utenza per un continuo passaggio dall'una all'altra figura spesso solo per motivi amministrativi.

Questa integrazione merita una specifica attenzione e va garantita attraverso la istituzione di specifiche commissioni e gruppi di lavoro finalizzati alla definizione di comuni percorsi assistenziali.

3.1.6. Un sistema residenziale della post-acuzie polivalente e ad alta umanizzazione

Lo sviluppo dei servizi di assistenza in regime di ricovero per Lungodegenza e Riabilitazione costituisce un complemento essenziale del programma di riqualificazione della rete ospedaliera e di riduzione dei posti letto per acuti sotto la soglia del 4 x 1000. L'offerta dei servizi di lungodegenza e riabilitazione deve essere definita in relazione alla tipologia di prestazioni garantite, che possono essere erogate sia all'interno di strutture ospedaliere che di presidi extra-ospedalieri, mantenendo fermi gli obiettivi di cura propri dello specifico livello assistenziale.

La scelta di localizzare questi servizi all'interno degli ospedali per acuti trova una motivazione nel garantire la migliore fruibilità dei servizi diagnostici e delle consulenze specialistiche multiprofessionali. Tuttavia la effettiva necessità di una localizzazione di questo tipo è circoscritta ai servizi di alta specializzazione, ove sia previsto un intervento riabilitativo già nella fase acuta, e comunque in condizioni di instabilità clinica tali da richiedere il continuo contatto con i reparti clinici specialistici di riferimento.

Appare peraltro evidente che è sconsigliabile prevedere moduli di degenza a lungo termine - che necessitano di ampi spazi interni ed esterni e di particolari modalità di organizzazione della giornata e delle occasioni relazionali - in strutture ospedaliere concepite ed organizzate per interventi mirati, selettivi, di breve durata e di elevata complessità tecnologica e specialistica.

Nella realtà la localizzazione di questa tipologia di servizi, dentro o fuori l'ospedale per acuti, andrà valutata caso per caso, in rapporto alla vocazione del servizio, alle condizioni strutturali ed organizzative del complesso, ai percorsi assistenziali in esso attivati, garantendo comunque una equilibrata distribuzione territoriale dei servizi tra complessi ospedalieri con caratteristiche idonee e strutture esterne specializzate, in grado di garantire i necessari supporti diagnostici e specialistici ed in ogni caso il collegamento operativo con i servizi ospedalieri di primo intervento.

Appaiono del resto maturi i tempi per superare i parametri programmatori previsti nel II Piano Sanitario Regionale, che prevedeva una progressiva attuazione di questi servizi, puntando a rispettare l'obiettivo di 1 posto letto per 1000 abitanti, seppure secondo un programma che prevedeva la preventiva riconversione di un numero almeno pari di posti letto

per acuti, con conseguente riallocazione di risorse. Lo standard programmatico andrà peraltro realizzato prevedendo servizi di lungodegenza (0,5x 1000) e di riabilitazione (0,5 x 1000) da localizzare di volta in volta dentro o fuori dagli ospedali in rapporto alle specifiche caratteristiche e finalità del servizio ed alle condizioni strutturali ed operative realizzabili nelle diverse realtà.

Al fine di evitare confusione con le prestazioni per acuti i flussi informativi relativi a questi servizi andranno analizzati separatamente da quelli delle unità operative per acuti, e non concorreranno al calcolo del tasso di ospedalizzazione.

3.1.6.1. La lungodegenza post-acuzie

Alla Lungodegenza post-acuzie afferiscono pazienti stabilizzati dopo una fase acuta di malattia ma che presentano problemi clinici ancora attivi e che richiedono una competente e continua sorveglianza medica ed un nursing non erogabile in regimi extraospedalieri.

L'assistenza medica è garantita da personale di formazione internistica-geriatrica in integrazione funzionale con l'unità di medicina generale. Le consulenze specialistiche sono garantite dal personale del reparto specialistico da cui proviene il paziente.

E' riservata a:

- Pazienti con malattia ad andamento cronico – recidivante, ben definita sul piano diagnostico, che necessitano di accertamenti di I livello (difficilmente eseguibili in altro regime assistenziale) per il controllo periodico della malattia, che siano difficilmente eseguibili in altro regime assistenziale.
- Pazienti con pregressa malattia acuta e clinicamente stabilizzati, non autonomi, in cui persiste la necessità di verifica medica quotidiana per l'aggiustamento della terapia ed il recupero dell'autonomia in tempo contenuto.
- Pazienti convalescenti con esiti non stabilizzati di malattia, non autonomi, con deficit funzionali emendabili.
- Pazienti destinati a trattamenti periodici ad elevata frequenza.
- Pazienti con deficit funzionale lieve e prognosi favorevole per il recupero a breve termine, che necessitano prevalentemente di assistenza internistica oltre ad interventi riabilitativi mirati.

Per ogni ulteriore approfondimento si fa riferimento allo schema di "atto di coordinamento in materia di attività di organizzazione e funzionamento delle unità di lungodegenza ospedaliera" nonché alla DGR Marche 2200 del 24/10/2000 "L.R. 20/2000, art. 6 – Determinazione dei requisiti minimi richiesti per l'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio di strutture sanitarie e socio-sanitarie" e alla DGR Marche 1889 del 31/07/2001 "L.R. 20/2000 – Determinazione dei requisiti richiesti per l'accreditamento e la classificazione delle strutture sanitarie e socio-sanitarie".

Lo standard programmatico di 0,5 posti letto per 1000 abitanti (735 posti letto per l'intera regione) deve comprendere anche i posti letto di "Hospice" (87 posti letto). La restante quota

di posti letto (648) andrà realizzata in modo equilibrato nel territorio regionale scegliendo idonee localizzazioni all'interno degli ospedali di rete, nelle case di cura private o in poli ospedalieri (purché presenti funzioni di medicina generale o purché la struttura sia vicina/contigua ad un ospedale di rete)

La permanenza dei pazienti in tali strutture è prevista per una durata non superiore ai 60 giorni.

3.1.6.2. La Riabilitazione

I Servizi di Riabilitazione sono costituiti da un complesso setting di attività che ha l'obiettivo di garantire il massimo recupero funzionale, e socio-relazionale, a soggetti affetti da menomazioni e limitazioni funzionali congenite od acquisite. Caratteristica essenziale dei programmi riabilitativi è la individuazione di un obiettivo terapeutico da conseguire, in un tempo più o meno predeterminato, mediante una successione di prestazioni specialistiche mirate e coordinate.

Gli aspetti qualificanti della programmazione regionale dei servizi di riabilitazione dovranno ruotare intorno ai seguenti obiettivi:

- Costruzione di percorsi riabilitativi multidisciplinari "integrati", secondo il modello del Disease Management, realizzati attraverso l'intervento coordinato di più soggetti erogatori, pubblici e privati, lungo il percorso di malattia e di recupero funzionale del soggetto. Nelle tabelle 3 e 4 vengono riportati i setting operativi e il percorso di assistenza "tipo" sulla base dei quali costruire i profili di assistenza specifici.
- Orientamento degli interventi ai principi della appropriatezza e della efficacia documentata, individuando per ogni percorso riabilitativo specifici esiti misurabili
- Stretto collegamento con i servizi sociali, sia in una ottica assistenziale che in una prospettiva di massimo reinserimento socio-lavorativo dei pazienti.

Lo standard programmatico della riabilitazione è fissato in 0,5 posti letto per 1000 abitanti (735p.l.) I servizi di degenza riabilitativa saranno realizzati presso strutture ospedaliere pubbliche per acuti o presso strutture specializzate esterne (accreditate come tipologie ospedaliere o residenziali), in rapporto alla specificità ed alle finalità del servizio erogato.

Gli interventi riabilitativi vengono usualmente classificati in tre principali tipologie:

- i servizi di Alta Specialità (III livello riabilitativo e unità funzionalmente integrate);
- i servizi di Riabilitazione Intensiva (II livello riabilitativo);
- i servizi di Riabilitazione Estensiva (I livello riabilitativo).

Tra i servizi di **Alta Specialità** (tasso 0,04 X 1000) vengono classificati:

- L'Unità Spinale (USP) da realizzarsi presso il polo regionale dell'emergenza e destinata alla gestione della fase acuta ed immediatamente post-acuta delle gravi

lesioni midollari (da sviluppare come modello multipolare con il coinvolgimento di altre strutture e/o privati);

- l'Unità per le Disabilità Gravi in Età Evolutiva (UDGE), da realizzarsi in collaborazione con l'ospedale Salesi;
- Unità di Risveglio (URI);
- Unità di terapia Neurologica Intensiva post-critica (UNI), destinata ad accogliere, nella fase immediatamente post-acuta, i pazienti mielolesi e craniolesi provenienti da strutture di 3° livello (USP, UDGE e URI).
- Unità per Sordociechi e pluriminorati sensoriali, con caratteristiche degenziali di residenzialità, per cui verranno classificate come "Unità Speciali" tra le strutture extra-ospedaliere residenziali

I servizi di **Riabilitazione Intensiva** (tasso 0,3 X 1000) verranno sviluppati garantendo una migliore distribuzione tra le province, con un significativo incremento dei posti letto nelle province di Pesaro ed Ascoli, presso strutture pubbliche o in case di cura in riconversione.

I servizi di **Riabilitazione Estensiva** (tasso 0,160 X 1000) verranno riarticolati prevedendo una parziale riclassificazione verso la tipologia delle Residenze per Disabili, a vari gradi di intensità assistenziale, di diversi moduli già accreditati su questo livello.

I dettagli sulla organizzazione dei moduli, sulla loro integrazione funzionale, sulla costruzione dei percorsi riabilitativi, sulla individuazione degli obiettivi di cura e di alcuni esiti misurabili, saranno compitamente esposti nel Progetto Obiettivo "ORGANIZZAZIONE E SVILUPPO DELLA RIABILITAZIONE E DELLA POST ACUZIE NELLE MARCHE", i cui elementi costitutivi vengono riportati in allegato.

Una attenzione particolare dovrà essere rivolta allo sviluppo di servizi ambulatoriali e domiciliari di riabilitazione multidisciplinare (Centri Ambulatoriali di Riabilitazione (CAR), delle linee guida ministeriali) che costituiscono un essenziale terminale della rete dei servizi riabilitativi. I CAR, a gestione diretta o convenzionata, hanno il compito di completare il setting riabilitativo con particolare riferimento alla presa in carico del soggetto in età evolutiva ed alla gestione delle fasi di dimissione dalle strutture ospedaliere e residenziali.

La disomogenea distribuzione di questa rete di offerta sul territorio impone il progressivo riequilibrio della rete di offerta regionale con particolare riferimento alla provincia di Pesaro.

3.1.6.3. Il sistema residenziale

Una adeguata programmazione del sistema della Lungodegenza e Riabilitazione impone una parallela revisione del sistema della residenzialità. Il Piano Sanitario Regionale tratta diffusamente il tema delle residenze descrivendo moduli definiti RSM (RSR e RST) da organizzare e gestire all'interno di complessi polifunzionali residenziali dove le integrazioni reciproche consentano il massimo di economie di scala e di guadagni di processo.

Sulla scorta delle difficoltà di realizzazione del modello delle RSM, appare necessario aggiornare tale modello separando gli aspetti organizzativi assistenziali da quelli riabilitativi e di lungodegenza. L'assistenza a pazienti in condizioni cliniche non stabilizzate andrà garantita in strutture di Lungodegenza che riassorbiranno la tipologia delle RST e potranno essere realizzate all'interno di complessi ospedalieri per acuti, in case di cura private, in ospedali in riconversione o in strutture residenziali particolarmente attrezzate. Questi posti letto andranno comunque conteggiati tra i posti letto della lungodegenza.

L'assistenza riabilitativa in regime residenziale, fatte salve le strutture extraospedaliere accreditate per la riabilitazione intensiva ed estensiva (RSR), verrà erogata presso le RSA attraverso programmi riabilitativi gestiti e finanziati con le stesse modalità della terapia domiciliare. La Residenza Sanitaria Assistenziale va infatti considerata come una "residenza speciale" per soggetti non autosufficienti non assistibili a domicilio, con elevati livelli di tutela sanitaria in rapporto alle oggettive condizioni degli ospiti, che dovrebbero essere comunque caratterizzati dalla stabilità delle condizioni cliniche.

Su un diverso livello assistenziale dovranno invece essere posti i pazienti non autosufficienti, non assistibili a domicilio, che necessitano di un basso livello di tutela sanitaria e le cui problematiche sono sostanzialmente di ordine socio-assistenziale.

Per questi pazienti viene prevista una degenza presso Residenze Protette, che dovranno realizzarsi in primis come moduli residenziali all'interno dei poli ospedalieri, nonché nelle case di cura, o come riconversione parziale o totale delle case di riposo (di fatto costituiscono l'evoluzione dei nuclei assistenziali residenziali previsti nel PSR 1998-2000).

Una classificazione più analitica potrà avvenire con strumenti di analisi del case-mix assistenziale: l'applicazione del sistema RUG potrebbe consentire di indirizzare al ricovero in RSA i pazienti compresi tra la classe RUG 18 e la classe RUG 30, mentre saranno più propriamente destinati alle Residenze Protette pazienti inseriti in classi RUG dalla 35 alla 44⁸

⁸ Il sistema RUG (Resource Utilization Group) è un sistema di classificazione dei pazienti ricoverati in strutture lungodegenziali e riabilitative ospedaliere ed extraospedaliere, basato sul fabbisogno assistenziale dei pazienti e finalizzato alla remunerazione dei relativi costi

RUG n.	Descrizione	Struttura
RUG 1-14	Riabilitazione	Riabilitazione
RUG 15-17	Terapia Intensiva e Cure Mediche Complesse	Comi Permanenti
RUG 18-20	Cure Mediche Complesse	Lungodegenza, poi RSA
RUG 21-26	Polipatologie ed instabilità clinica	Lungodegenza, poi RSA
RUG 27-30	Deficit Cognitivo	RSA Alzheimer
RUG 31-34	Disturbi del Comportamento	SRR psichiatriche
RUG 35-44	Disabilità Fisica	Residenza Protetta

Le diverse tipologie di Residenze Sanitarie dovranno essere tarate in rapporto alle specifiche necessità degli ospiti, individuando almeno quattro tipologie principali di residenze:

- Unità Speciali Residenziali
- Residenze Sanitarie per Disabili;
- Residenze Sanitarie Assistenziali;
- Residenze Sanitarie per Disabili Psicici.

Questa differenziazione ha l'obiettivo di realizzare, in ogni singolo contesto, le migliori condizioni strutturali, organizzative e relazionali in rapporto alle specifiche esigenze degli ospiti. Per ogni tipologia di residenze è necessario prevedere differenti livelli assistenziali in rapporto al grado di disabilità dei pazienti.

Le **Unità Speciali Residenziali** ricomprendono due tipologie di struttura ad elevato impegno assistenziale riabilitativo e sanitario. Si tratta: 1) dell'Unità Speciale per sordociechi e minorati plurisensoriali del Filo d'oro, che si caratterizza per altri aspetti come centro di riabilitazione di terzo livello in senso psico-educativo, pur avendo una spiccata caratteristica di taglio residenziale anche in rapporto ai lunghi periodi di permanenza; 2) delle Unità per Comi e Stati Vegetativi persistenti, che è caratterizzata da un elevato impegno sanitario, ma la cui degenza a tempo indeterminato la pone fuori dalla tipologia della "lungodegenza" per cui è stato individuato il criterio derimente della "degenza e termine".

Le **Residenze Sanitarie per Disabili** costituiscono una tipologia di strutture con una spiccata vocazione alla gestione a lungo termine di pazienti, non assistibili a domicilio, ove l'impegno di assistenza e cura della persona sia costantemente accompagnato da interventi psico-educativi, di stimolo relazionale e di socializzazione. Dovranno essere assimilate alle Residenze Sanitarie per Disabili molte strutture tradizionalmente classificate come "Istituti di Riabilitazione ex art. 26", con riferimento a quei moduli ove il principale obiettivo di trattamento sia quello dell'assistenza sostitutiva familiare e di mantenimento, essendosi completati i programmi di trattamento riabilitativo finalizzati al massimo recupero funzionale ed reinserimento psico-sociale e riabilitativo (assolti dai livelli di intervento della terapia riabilitativa intensiva ed estensiva). In questa ottica, e per dar conto delle particolari situazioni di complessità assistenziale cui questi moduli degli Istituti di Riabilitazione si sono fatti tradizionalmente carico, è necessario prevedere almeno due tipologie di moduli assistenziali riferiti alle Residenze Sanitarie per Disabili:

- residenza per pazienti disabili molto gravi (assenza di tre autonomie nelle attività quotidiane: mangiare, vestirsi, camminare, lavarsi, andare al bagno, comunicare);
- residenze sanitarie per disabili – nuclei di accoglienza.

La ripartizione tra posti letto per Gravi Disabilità e di posti letto di Accoglienza e mantenimento devono intendersi intercambiabili tra le due tipologie a seconda delle necessità.

Una più articolata classificazione dei pazienti verrà effettuata con l'adozione dei RUG. Per la applicazione di questo modello e per la trasformazione in questa tipologia dei posti letto già classificati come riabilitazione estensiva, sarà necessario comunque risolvere prioritariamente il problema della partecipazione alle spese da parte dell'ospite. Fino a tale momento i costi della degenza dei pazienti provenienti dalle strutture di Riabilitazione Estensiva rimarranno a totale carico del Servizio Sanitario Regionale.

Le **Residenze Sanitarie Assistenziali** sono strutture per soggetti non autosufficienti, non assistibili a domicilio, che necessitano di assistenza a medio termine a carattere prevalentemente sanitario.

E' necessario definire nel dettaglio i criteri di accesso e le modalità di partecipazione alla spesa, quantificando con esattezza il livello di intervento sanitario, in rapporto agli specifici bisogni, che giustifica la permanenza a lungo termine dei pazienti non autosufficienti nelle Rsa (strutture a prevalente contenuto sanitario), rispetto alle Residenze Protette (strutture a prevalente contenuto sociale).

Il nuovo modello che viene proposto assegna:

- alle **Lungodegenze** il compito di gestire con degenze a termine (fino a 60gg) la fase della post-acuzie,
- alle **RSA** la gestione a medio termine (con degenza media di 60-120 gg) di pazienti in via di stabilizzazione a prevalente impegno sanitario;
- alle **Residenze protette (RP)** l'accoglienza, anche permanente, di pazienti non autosufficienti cronici e stabilizzati con basso carico sanitario

Il numero di posti letto necessari per le **RSA** (destinati ad accogliere prevalentemente pazienti **anziani**) è stato stimato sulla base dei seguenti criteri e parametri.

- nella Regione Marche il numero di pazienti anziani non autosufficienti viene stimato intorno ai 6.300 soggetti;
- l'obiettivo è quello di programmare un numero complessivo di posti letto di RSA e di Residenze protette in grado di fornire risposta ad almeno il 60% della popolazione anziana gravemente disabile (3.800 posti letto), non istituzionalizzando quindi il restante 40%, supportando la famiglia (ADI, Assegno servizi, ecc.) nella funzione di cura;
- i dati della prima sperimentazione dei RUG (1998-2000), della sperimentazione RUG in corso e di un flusso informativo attivato da 6 mesi su una serie di attività socio-sanitarie mostrano che fino al 20-25% dei pazienti presenti nelle case di riposo, presentano un quadro patologico che richiederebbe il loro trasferimento in un regime assistenziale più intensivo (le RSA), mentre un 18-22% presenti nelle RSA dovrebbe più appropriatamente essere trattato in residenze protette (RP);

- attualmente sono attivati ca. 750 PI di RSA (551 sono in via di attivazione e per altri 240 sono ancora da avviare le procedure previste dall'art.20);

Sulla base di tali criteri e parametri il fabbisogno stimato è conseguentemente di 1.300 pl di RSA e 2.500 pl in RP.

Come per tutte le altre residenze al termine del 2003, con la copertura totale della residenzialità tramite il sistema RUG, la Regione avrà un quadro esaustivo (e non più campionario) delle caratteristiche dell'utenza e si potrà definire un quadro più preciso del fabbisogno per il futuro.

Per quanto attiene alle problematiche assistenziali dell'**Alzheimer** è in corso una apposita sperimentazione finanziata dal Ministero della Salute sul Disease Management dell'Alzheimer (sperimentazione sui centri diurni, avviata nel 2000 nelle ASL di Pesaro, Civitanova Marche, Fermo e INRCA con ulteriori sperimentazioni avviate lo scorso anno). I risultati permetteranno di definire il percorso assistenziale "standard" consentendo, nel contempo, di individuare i regimi assistenziali più appropriati per tali pazienti. Gli ambiti, le dimensioni e le caratteristiche dotazionali dei Nuclei residenziali Alzheimer verranno definiti al termine della sperimentazione.

Le **Residenze Sanitarie per Disabili Psicici** sono strutture che devono trovare una coerente collocazione nell'ambito del setting dei servizi afferenti al Dipartimento di Salute Mentale e le cui funzioni e caratteristiche sono regolamentate nell'ambito del **Progetto Obiettivo Salute Mentale**.

Il riepilogo complessivo della classificazione e del fabbisogno di posti letto per tutta la residenzialità è schematizzato nella Tabella 5. La distribuzione tra province è stata effettuata sulla base della distribuzione della popolazione in generale (es. lungodegenza) e per specifiche classi di età (> 65 anni per le RSA e RP). Nell'area riabilitativa la distribuzione tra province tiene naturalmente conto della presenza di strutture (es. Istituto S.Stefano, Bignamini, ecc.) che storicamente hanno garantito la copertura e lo sviluppo di tale funzione nella regione, assistendo nel contempo anche numerosi utenti di altre regioni.

TABELLA 3 – Setting operativi della riabilitazione

TIPOLOGIA DI SETTING E STRUTTURA ORGANIZZATIVA DI RIFERIMENTO	CRITERI GENERALI DI SCELTA DELLA TIPOLOGIA DI SETTING
Ricovero in Unità Operative ospedaliere per acuti i cui bisogni riabilitativi sono soddisfatti da un servizio specialistico riabilitativo (MFeR)	Quando i pazienti sono in fase acuta, e clinicamente instabili o moderatamente stabili, ma con problematiche cliniche la cui gestione richiede un intervento continuativo da parte di specialisti di discipline diverse dalla Medicina Fisica e Riabilitativa. Gli interventi riabilitativi hanno l'obiettivo di collaborare alla prevenzione dei danni e delle menomazioni secondarie nelle patologie disabilitanti o a rischio di disabilità. È compito del servizio riabilitativo attivare le procedure e prendere i contatti necessari per garantire la continuità assistenziale attraverso la presa in carico del paziente da parte delle strutture riabilitative della rete assistenziale regionale, in modo adeguato al soddisfacimento dei bisogni assistenziali del paziente stesso.
Ricovero ordinario in Unità Operative ospedaliere di riabilitazione intensiva (codice disciplina 56)	Quando i pazienti hanno superato la fase acuta della malattia disabilitante e permangono a rischio potenziale di instabilità clinica tale da rendere necessaria una tutela medica specialistica riabilitativa e necessitano di interventi di nursing specificatamente dedicato ed articolato nell'arco delle 24 ore. I pazienti possono giovare, inoltre, di un intervento riabilitativo intensivo nell'arco dell'intera giornata, e/o di monitoraggio continuo durante o dopo definiti interventi riabilitativi (di trattamento o di valutazione), nonché di un supporto multispecialistico e tecnologico di livello ospedaliero.
Ricovero in day hospital in Unità Operative ospedaliere di Riabilitazione intensiva (codice disciplina 56)	Quando i pazienti, affetti da disabilità modificabile di varia origine, hanno superato la fase acuta della malattia disabilitante e si trovano in condizioni da richiedere un intervento riabilitativo intensivo multicomprendivo distribuito nell'arco delle ore diurne ed un supporto multidisciplinare e tecnologico ospedaliero, senza la necessità di una tutela medica ed interventi di nursing per l'intero arco delle 24 ore.
Degenza in Residenze Sanitarie Riabilitative Estensive	Quando i pazienti, affetti da disabilità modificabile di varia origine, hanno superato la fase acuta della malattia disabilitante e sono a basso rischio potenziale di instabilità medica oppure si trovano in condizione di non autosufficienza con disabilità croniche, abbisognevole nell'arco delle 24 ore di interventi di nursing infermieristico di base, non erogabili al proprio domicilio e di un intervento riabilitativo estensivo multicomprendivo distribuito nell'arco dell'intera giornata, e/o di monitoraggio continuo durante o dopo definiti interventi riabilitativi (di trattamento o di valutazione).
Degenza in Residenze Sanitarie Assistenziali, e Residenze Sanitarie per Disabili (gravi e accoglienza)	Destinata a soggetti non autosufficienti con scarse prospettive di recupero, non gestibili al proprio domicilio, per i quali non è indicata la realizzazione di un progetto riabilitativo individuale, ma è necessario un progetto riabilitativo di struttura finalizzato al mantenimento e promozione dei livelli di autonomia e delle abilità comunicativo-relazionali.
Intervento ambulatoriale	Per pazienti in grado di vivere con sicurezza nel proprio ambiente di vita ed ambulanti, che necessitano di completare il processo di recupero e/o di prevenire il degrado delle abilità acquisite, nonché per coloro che sono affetti da menomazioni e disabilità di modesta entità e gravità, abitualmente segmentarie, transitorie e/o croniche. L'erogazione degli interventi riabilitativi ambulatoriali si caratterizza in due ben distinte tipologie generali di intervento: <ul style="list-style-type: none"> • Attività ambulatoriali finalizzate alla realizzazione di programmi riabilitativi nell'ambito di progetti riabilitativi individuali, relativi a soggetti affetti da disabilità importanti, spesso multiple, con possibili esiti permanenti, che richiedono una presa in carico onnicomprensiva nel lungo termine da parte di un team riabilitativo multiprofessionale quali, ad esempio, i pazienti affetti da paralisi motorie, deficit di coordinazione, disturbi del linguaggio e della comunicazione, deficit sensoriali, amputazioni, ecc. Tale attività individua i Centri Ambulatoriali di Riabilitazione (CAR) secondo il DM 14.01.1997. • Attività ambulatoriali finalizzate all'erogazione di semplici prestazioni valutative e terapeutiche nei confronti di disabilità transitorie, croniche, e/o minimali quali le artropatie degenerative segmentali, esiti di fratture scheletriche e traumatismi articolari gravi, tendinopatie, lombalgie, cervicalgie, ecc. che richiedono l'esecuzione di brevi programmi terapeutico-riabilitativi e sono orientate ad un largo numero di utenti. Tale attività individua i Presidi Ambulatoriali di Recupero e Rieducazione Funzionale secondo il DM 14.01.1997.
Intervento domiciliare	Per pazienti in grado di vivere con sicurezza nel proprio ambiente di vita che debbono acquisire abilità specifiche nell'ambiente in cui vivono, nonché per soggetti con difficoltà di trasporto e che necessitano di completare il processo di recupero e/o di prevenire il degrado delle abilità acquisite.

TABELLA 4. - Profilo Assistenziale Riabilitativo Tipo (Base)

FASE	DIMENSIONE / target principale/i	OBIETTIVI (finalità principali degli interventi riabilitativi)	AZIONI
ACUTA: dal momento dell'insorgenza della lesione fino alla stabilizzazione delle problematiche internistiche (stabilità o miglioramento dei parametri vitali, nelle condizioni generali e locali)	<ul style="list-style-type: none"> • danno • menomazione 	<ul style="list-style-type: none"> • supporto agli interventi assistenziali nella prevenzione dei danni e delle menomazioni secondarie • minimizzazione delle menomazioni • predisporre il percorso paziente garantendo la continuità assistenziale 	<ul style="list-style-type: none"> • identificare e prevenire i potenziali danni e menomazioni conseguenti alla malattia ed alle procedure assistenziali • effettuare una prognosi di recupero ed individuare i bisogni riabilitativi futuri del paziente (Diagnosi riabilitativa e delineazione di massima del progetto/percorso riabilitativo) • attivare e predisporre quanto necessario per una tempestiva consegna del paziente alle strutture della rete
POST-ACUTA: dalla stabilizzazione delle funzioni vitali e del danno fino al raggiungimento di un livello di autonomia in grado di permettere di vivere in sicurezza nel proprio ambiente di vita	<ul style="list-style-type: none"> • menomazione • attività 	<ul style="list-style-type: none"> • trattamento delle menomazioni • minimizzazione della disabilità residua • informazione ed addestramento alla gestione delle problematiche disabilitanti inemendabili 	<ul style="list-style-type: none"> • effettuare una completa diagnosi riabilitativa • formulazione ed avvio del progetto riabilitativo individuale, articolato in programmi specifici per le diverse aree di intervento. • pianificazione della dimissione: <ul style="list-style-type: none"> - predisposizione dell'ambiente di vita - addestramento del paziente e dei famigliari alla gestione delle problematiche residue - adeguata riconsegna del paziente al MMG - informazione e coinvolgimento dei servizi e delle strutture sociali necessarie a facilitare la vita nel proprio ambiente - formalizzazione di indicazioni per l'ulteriore realizzazione del progetto riabilitativo individuale - programmazione del follow up
DEL COMPLETAMENTO DEL RECUPERO: dal raggiungimento del livello di autonomia in grado di permettere di vivere in sicurezza nel proprio ambiente di vita, fino al raggiungimento del massimo livello di autonomia possibile in funzione delle menomazioni residue	<ul style="list-style-type: none"> • menomazione • attività • partecipazione • fattori contestuali 	<ul style="list-style-type: none"> • trattamento delle menomazioni • minimizzazione della disabilità residua • informazione ed addestramento alla gestione delle problematiche disabilitanti inemendabili 	<ul style="list-style-type: none"> • attualizzazione del progetto riabilitativo individuale • realizzazione dei programmi riabilitativi necessari al completamento del progetto riabilitativo individuale
DEGLI ESITI: dalla stabilizzazione della disabilità residua al raggiungimento e mantenimento del massimo livello di integrazione sociale e la migliore qualità di vita possibile, in funzione delle menomazioni e disabilità	<ul style="list-style-type: none"> • partecipazione • fattori contestuali • attività 	<ul style="list-style-type: none"> • facilitazione all'utilizzo ottimale delle abilità e competenze acquisite in ambito familiare, sociale e lavorativo • modificazione ed adattamento dell'ambiente di vita per favorire al meglio l'utilizzo delle capacità residue • mantenimento del livello di abilità e di competenze acquisito 	<ul style="list-style-type: none"> • controlli periodici • predisporre e realizzare gli interventi previsti nel progetto riabilitativo individuale e quanti si rendessero necessari per il mantenimento della funzionalità e della qualità di vita raggiunti

TABELLA 5 - Posti letto Lungodegenza post acuzie, riabilitazione e residenziali

	PS	AN	MC	AP	REGIONE
LUNGODEGENZA POST-ACUZIE					735
LUNGODEGENZA	153	203	128	164	648
HOSPICE	21	26	19	21	87
RIABILITAZIONE (tutte le tipologie)					735
RIABILITAZIONE ALTA SPECIALITA' (3° livello Linee Guida nazionali)					60
Unità spinale	6				6
Gravi Disabilità età Evolutiva (UGDE)	8				8
Unità di Risveglio (URI)	21				21
Intensiva neuromotoria postcritica (UNI)	25				25
RIABILITAZIONE INTENSIVA Osp e Extra-Osp (2° livello Linee Guida nazionali)	100	146	101	94	441
RIABILITAZIONE ESTENSIVA (RSR) (1° livello Linee Guida nazionali)	35	44	120	35	234
RESIDENZIALITA' (tutte le tipologie)					5.470
RESIDENZE SANITARIE ASSISTITE					3.800
Residenze Sanitarie e Nuclei speciali Alzheimer	300	402	278	320	1300
Residenze Protette (ex NAR)	576	772	536	616	2.500
UNITA' SPECIALI RESIDENZIALI					140
Unità Sordociechi e pluriminorati* (FILO D'ORO)	80				80
Stati comatosi persistenti	60				60
RSA DISABILI FISICI					520
Gravi disabilità	30	40	140	30	240
Accoglienza e mantenimento	70	80	60	70	280
RESIDENZE DISABILI PSICHICI					
RST disabili psichici cronici					
SRR psichiatriche	104	138	87	111	440
Comunità alloggio					
RSA TOSSICODIPENDENTI	135	176	111	148	570
<i>* 65 PL sono a valenza nazionale</i>					6.940

3.1.7. Una rete ospedaliera integrata, flessibile e di eccellenza

Il quadro della domanda di ricovero ospedaliero nelle Marche si concentra, come nel resto d'Italia, su alcune macro patologie: 40 DRG su 429 comprendono il 46% dei ricoveri effettuati nel 2001. Di questi 40 DRG, 18 (per un totale di 63.750 ricoveri) sono patologie tendenzialmente trattabili in regime di Day Hospital o Day Surgery (L.E.A.); tra gli altri 22 DRG la frequenza maggiore spetta al parto (normale o cesareo, 20.425 ricoveri), alla patologia neoplastica (12.221 ricoveri), alla patologia cardiaca (insufficienza cardiaca/shock, infarto, angina pectoris: 13.746 ricoveri), alle patologie cerebro vascolari (ictus e T.I.A: 10.224 ricoveri), alle patologie maggiori dell'apparato locomotore (6.841 ricoveri) e alle malattie polmonari cronico – ostruttive (3.507 ricoveri).

3.1.7.1. Le criticità dell'offerta ospedaliera

La Regione Marche deve rivedere e riqualificare la organizzazione della funzione ospedaliera per i seguenti motivi in aggiunta alle criticità strutturali evidenziate al § 1.3.2.

- Un eccesso di posti letto per acuti: nel 2001⁹ i **pl. totali acuti e non** sono stati **7.589** (pari a 5,2 per mille abitanti, di cui 86% pubblici); i **pl per acuti 6.908**, di cui pubblici 6.068, pari all'88%. Il D.L. n. 347/2001 "Interventi urgenti in materia sanitaria" stabilisce l'obiettivo del 4‰ di PL per acuti (per le Marche: **5876 PL** per acuti).
- Un tasso di ospedalizzazione elevato¹⁰, che tuttavia converge lentamente verso l'obiettivo del 160‰ proposto dagli atti nazionali (217‰ nel 1998, 214‰ nel 1999, 210‰ nel 2000, 209‰ nel 2001).
- Un basso tasso di occupazione medio regionale pari al 71%: nel 2001, sui 6908 PL per acuti, la presenza media giornaliera è stata di 4939 pazienti. In 13 strutture la presenza media ha oscillato tra 15-30 pazienti; in 9 strutture tra 31-50 pazienti; in 10 strutture tra 51-100 pazienti; in 6 strutture tra 101-200 pazienti; in 9 strutture è superiore a 200 pazienti.
- Un tasso di inappropriatazza eccessivo, anche se in riduzione¹¹, dell'uso del regime di ricovero ordinario in confronto a quello di day hospital e day surgery nei 43 DRG definiti ad "alto rischio di inappropriatazza" del decreto sui Livelli essenziali di assistenza. Limitandosi ai soli ricoveri in reparti per acuti di cittadini marchigiani, si sono verificati nel 2001: a) 23.863 ricoveri ordinari per i DRG medici dei LEA nelle strutture pubbliche, pari al 17% del totale dei ricoveri per DRG medici; b) 3.440 ricoveri ordinari per i DRG medici dei LEA delle strutture private, pari al 31% del totale dei ricoveri ordinari per i DRG medici; un 36% dei ricoveri per i DRG chirurgici dei LEA nelle strutture pubbliche sono stati effettuati con un ricovero di durata pari a superiore a due giorni; un 50% dei ricoveri per i DRG chirurgici dei LEA nelle strutture private sono stati effettuati con un ricovero di durata pari a superiore a due giorni.
- Un eccesso di mobilità negativa fuori Regione che per il 2000 è stata di 139 miliardi, con un saldo negativo di 40 miliardi tra mobilità positiva e negativa. La mobilità

9 Fonte: Modello HSP ministero 2001

10 Sono esclusi dal calcolo i neonati normali e i ricoveri nei reparti di lungodegenza e riabilitazione

11 Potenziale inappropriatazza dei DRG chirurgici compresi nei LEA - Anno 2000: AA.OO. 16.3%; H di rete, 28%; Poli H, 38%; Privati, 53%; Anno 2001: AA.OO. 15.9%; H di rete, 25.4%; Poli H, 33.2%; Privati, 47%; Potenziale inappropriatazza dei DRG medici compresi nei LEA - Anno 2000: AA.OO. 16.6%; H di rete, 21.9%; Poli H, 25.1%; Privati, 39.8%; Anno 2001: AA.OO. 16%; H di rete, 20.3%; Poli H, 25.5%; Privati, 36.9%

negativa si caratterizza nella Regione Marche per due fenomeni. Il primo, quantitativamente più rilevante, è rappresentato dalla fuga per prestazioni di bassa specializzazione nelle regioni confinanti, specie per attività chirurgiche di base, come la chirurgia della cataratta. Il secondo, molto meno rilevante in termini economici, ma pur sempre significativo, è rappresentato dalla fuga per interventi di alta specialità di tipo chirurgico o comunque invasivo e per trattamenti riabilitativi complessi.

- Un eccesso di incidenza della spesa per la funzione ospedaliera rispetto al totale della spesa complessiva (50% vs il 46% erogato in sede di ripartizione del FSN). Occorre peraltro tenere presente che i criteri di attribuzione al macrolivello territoriale dei costi che l'ospedale sostiene per le attività di tipo ambulatoriale tende a sottostimare questi ultimi, già oggi rilevanti ed in futuro ulteriormente crescenti.
- Il mancato sviluppo delle funzioni che compongono i processi assistenziali di media e alta specialità nelle diverse aree territoriali e, più in generale, la inadeguatezza degli standard organizzativi ed operativi in alcune alte specialità e aree critiche.

In estrema sintesi, la Regione Marche presenta un eccesso di offerta nel settore delle basse e medie specialità, con naturali problemi di utilizzo appropriato dei corrispondenti posti letto. Ciò condiziona al momento la possibilità di investire sulle alte specialità e sulle funzioni "critiche" (terapie intensive, neonatologie, area dell'emergenza, ecc.) costrette, in alcune situazioni, ad operare in condizioni di insufficienza di personale e, di conseguenza, con standard organizzativi e livelli operativi non conformi.

3.1.7.2. Le linee direttrici della riqualificazione della rete ospedaliera

La riqualificazione della rete ospedaliera si svilupperà lungo le due linee direttrici della razionalizzazione con riduzione dell'offerta nelle aree a maggior rischio di inappropriata e del potenziamento delle funzioni tipiche.

1) **Lo sviluppo della rete ospedaliera regionale come sistema integrato.** E' necessario creare le condizioni perché il sistema degli ospedali della Regione funzioni secondo i principi della massima integrazione e della razionale distribuzione delle attività in base alla loro complessità ed al tipo di disciplina. E' opportuno sottolineare la distinzione tra attività di **alta complessità** e attività di **alta specialità**. Le attività di **alta complessità** si caratterizzano per la severità dei quadri clinici e per la complessità delle tecnologie diagnostico-terapeutiche utilizzate. Queste attività possono rientrare tra quelle svolte anche da discipline "di base" o comunque a larga diffusione. Con attività di **alta specialità** ci si riferisce ad attività di discipline ad ampio bacino d'utenza per loro natura fortemente specialistiche (cardiochirurgia, neurochirurgia, etc.).

Occorre che tutte le attività vengano svolte in ospedale secondo il modello dipartimentale che prevede l'aggregazione di discipline accomunate da modelli organizzativi e tipologie di attività simili o di discipline che condividono le stesse problematiche cliniche affrontate in modo complementare e con tecnologie ed approcci diversi. Nel caso delle alte specialità è questo secondo modello a dover esser preso di riferimento.

Lo sviluppo del sistema integrato delle funzioni ospedaliere deve avvalersi del cosiddetto modello **hub and spoke** (mozzo e ruota), che prevede il collegamento tra una sede centrale di riferimento e più sedi periferiche per lo svolgimento di attività della stessa disciplina o della stessa area dipartimentale che in base alla loro complessità vengono distribuite tra le varie sedi con una unitarietà dei modelli tecnico-professionali, l'utilizzo di équipes integrate e chiari percorsi assistenziali. E' questo il modello delle **reti cliniche**, che va sviluppato in tutti i settori a partire da quelli di alta complessità (emergenza, oncoematologia, patologia cardiovascolare, patologia neuro-cerebrovascolare, etc.). E' importante che le reti vengano sviluppate in ciascun settore con il coinvolgimento di tutte le discipline interessate. Ad esempio appartengono all'area oncoematologica le seguenti funzioni: oncologia medica, chirurgia oncologica, radioterapia, medicina nucleare, ematologia, centro trapianti di midollo, laboratorio cellule staminali e altre funzioni trasversali ad altre aree come la medicina trasfusionale.

Il **progetto specifico "alte specialità" della rete ospedaliera regionale** prevedrà quindi la distribuzione delle funzioni tenuto conto degli standard di processo (razionalità di percorso, dimensione epidemiologica, compatibilità economica) e delle caratteristiche della struttura ospedaliera. Sulla base della domanda e dell'evoluzione della stessa si prevede la progressiva attivazione della funzione di *emodinamica* nelle sedi di Ascoli Piceno e Macerata, legando tali realizzazioni al recupero effettivo di risorse dal macrolivello ospedaliero regionale.

Il progetto conterrà inoltre gli indirizzi per la razionalizzazione dei servizi a valenza regionale quali ad esempio il sistema immuno-trasfusionale e il piano sangue, la donazione e le attività di prelievo d'organi e tessuti, la riabilitazione intensiva e le relazioni con l'assistenza estensiva.

In questo contesto acquista particolare rilevanza la ulteriore caratterizzazione delle attività delle attuali AA.OO. e dell'INRCA, la cui produzione va sempre più orientata verso l'alta specialità e l'alta complessità a partire da quelle aree in cui si registra un saldo di mobilità negativo e da quelle funzioni che già costituiscono punto di riferimento regionale (neonatologia, cardiocirurgia, neurochirurgia, centro per gli accessi vascolari per i pazienti nefropatici, microchirurgia della mano, trapianti di midollo, ecc.)

2) L' **articolazione organizzativa delle attività ospedaliere di ricovero** deve perseguire l'obiettivo della massima razionalizzazione delle risorse. A tale scopo l'articolazione delle funzioni di ricovero distingue le unità operative previste nelle diverse sedi secondo il seguente schema:

- **Unità operativa complessa con posti letto autonomi**: specifica articolazione organizzativa e strutturale con propria area di degenza riservata e autonomia organizzativa, all'interno sempre di strutture dipartimentali per garantire condivisione di risorse e modelli organizzativi. La dotazione in posti letto corrisponde almeno a quello definito "minimo" dal II Piano Sanitario Regionale per la specifica disciplina. Corrisponde di solito ad una disciplina prevista per quella tipologia di ospedale nel II Piano Sanitario Regionale ed è diretta da un direttore di struttura complessa;

- **Unità operativa complessa senza posti letto autonomi**: specifica articolazione organizzativa che pur in presenza di spazi, tecnologie, personale specificamente dedicati, e quindi di una propria autonomia organizzativa, utilizza posti letto indistinti dipartimentali. Corrisponde di solito ad una disciplina prevista come unità operativa con area di degenza riservata ad un livello di ospedale più complesso. In alcuni casi può corrispondere ad una disciplina con bacino di utenza anche provinciale o regionale, ma con necessità limitata di posti letto. Va garantita l'integrazione dipartimentale con altre unità operative complesse e semplici con condivisione di risorse e modelli organizzativi. Il numero di posti letto è inferiore a quello del modulo minimo del II piano sanitario regionale ed è di regola diretta da un responsabile di struttura complessa;
- **Funzioni specialistiche o unità operative semplici**: specifica articolazione organizzativa che pur in presenza di spazi, tecnologie, personale specificatamente dedicati, non si sviluppa con una propria autonomia organizzativa ed utilizza posti letto indistinti dipartimentali. Corrisponde di solito ad una disciplina prevista come unità operativa ad un livello di ospedale più complesso. Il numero di posti letto è inferiore a quello del modulo minimo del piano sanitario regionale ed è diretta da un responsabile di struttura semplice. Nel caso di discipline che accanto alla attività di ricovero ordinario svolta secondo il modello della funzione specialistica, svolgono una rilevante attività di day hospital (es.: oncologia) o di tipo ambulatoriale (es.: emodialisi) è possibile una direzione di struttura complessa, in base ai volumi di attività ed alle risorse gestite

Tale distinzione, già operante in alcuni settori, verrà applicata a livello provinciale per alcune specialità chirurgiche (ad esempio otorinolaringoiatria, oculistica, urologia) e mediche.

Tale riclassificazione consentirà di iniziare a risolvere il problema dell'elevato numero di strutture complesse presenti in alcuni ospedali e la problematica dei cosiddetti *doppioni* nell'ambito dei presidi presenti nella stessa località. Entrambi i fenomeni sono il risultato di situazioni storiche, quali la frammentazione dell'assistenza in un numero elevato di ospedali, l'assenza del riferimento organizzativo dipartimentale e la crescita del sistema degli ospedali di Ancona, in cui alla struttura del vecchio e unico ospedale regionale si è aggiunta la componente universitaria. Entrambi i fenomeni vanno recuperati, ma va sottolineato che il loro peso economico si è già nel tempo ridimensionato a causa dei processi di integrazione organizzativa già avvenuti, che hanno annullato molti dei potenziali effetti negativi dei cosiddetti *doppioni*. Ulteriori benefici potranno conseguire al consolidamento dell'organizzazione dipartimentale, che deve essere orientata alla massima integrazione delle risorse, mediante la ristrutturazione delle aree di degenza che consenta la creazione di vere aree dipartimentali nelle quali effettuare le attività di ricovero delle Unità operative complesse senza posti letto autonomi e delle Unità operative semplici o funzioni specialistiche come sopra definite. E' compito delle Aziende al proprio interno e in raccordo con le altre che insistono sullo stesso ambito territoriale, con particolare riferimento all'area di Ancona che si avvale anche del progetto "Aree metropolitane", portare avanti questa opera di razionalizzazione e semplificazione del sistema. La presenza di più unità operative della stessa disciplina in

un'azienda dovrà essere giustificata sia dai volumi di attività che dalla specializzazione e differenziazione delle attività svolte.

3) Il **potenziamento degli ospedali di rete**, che rappresentano il cardine del sistema integrato regionale, per garantire la presenza in queste strutture delle condizioni strutturali, tecnologiche e organizzative capaci di fornire risposte di qualità alle zone servite. E' negli ospedali di rete che vanno concentrate tutte le attività in urgenza, quelle chirurgiche complesse e, più in generale, quelle di tipo semi-intensivo ed intensivo. Negli ospedali di rete l'articolazione strutturale-organizzativa in Unità operative e Funzioni specialistiche della funzione di ricovero, è quella presentata in Tabella 7. Gli investimenti nelle strutture saranno prioritariamente orientati alle situazioni che necessitano di un adeguamento del parco tecnologico e/o del consolidamento delle attività di eccellenza attualmente presenti. Tale potenziamento permetterà la costruzione di una vera rete integrata delle attività specialistiche, basata sul modello dei dipartimenti gestionali da costruire in ciascun Ospedale di rete e sull'integrazione funzionale degli stessi in scala sovrazonale

4) L'articolazione delle attività in **dipartimenti strutturali**, ovvero dipartimenti "forti" dotati di autonomia gestionale, fortemente integrati da un punto di vista organizzativo ed orientati alla massima condivisione dei percorsi assistenziali. Il dipartimento diventa la sede in cui si garantisce l'operatività degli indirizzi di governo clinico che emergono dal collegio di Direzione.

5) La **riqualificazione delle attività chirurgiche** attraverso, in primo luogo, l'**aggregazione delle attività di chirurgia generale** negli ospedali di rete e nelle AA.OO. Il mantenimento nei poli della funzione chirurgica potrà avvenire solo in presenza dei seguenti requisiti e precondizioni:

- inadeguatezza strutturale ed organizzativa degli ospedali di rete ad accogliere tutta l'attività chirurgica "pertinente" del proprio bacino di utenza;
- impossibilità a garantire percorsi dedicati all'attività chirurgica "minore" negli ospedali di rete;
- adeguatezza strutturale, organizzativa e professionale della sede periferica che si intende utilizzare;
- integrazione professionale ed organizzativa delle équipes chirurgiche "centrali" e "periferiche";
- rigorosa ed esplicita selezione della casistica "minore" ammessa al trattamento chirurgico nel polo periferico;

Nello stesso ambito vanno previsti lo **sviluppo delle attività di day surgery** con l'obiettivo di posizionare le Marche entro le prime cinque regioni ad alto utilizzo di tale regime di ricovero, e l'**ottimizzazione dell'utilizzo delle sale operatorie e delle tecnologie complesse** per ridurre le liste di attesa per interventi chirurgici e le procedure diagnostiche e terapeutiche più critiche

6) La **riduzione del numero di posti letto per acuti** fino alla soglia massima del 4‰. **(Tabella 6)**. Tale riduzione è stata effettuata sulla base dei dati di appropriatezza e di utilizzo delle diverse strutture e riequilibrando l'offerta tra le diverse province¹². L'adeguamento dei posti letto riguarda tutte le strutture: pubbliche, private e universitarie. Per le **AFO di chirurgia e medicina** dovranno essere comunque previsti almeno il **20% di PL dipartimentali**, su cui sviluppare le funzioni specialistiche e le attività di Day Surgery e Day Hospital.

7) La **verifica e revisione del sistema di emergenza sanitaria**. Strettamente integrata con la riqualificazione dell'offerta ospedaliera è l'aggiornamento del sistema di emergenza sanitaria. La LR 36/98 ha portato alla diffusione capillare su tutto il territorio regionale del sistema dell'emergenza (POTES) e la creazione e/o potenziamento in tutti gli ospedali di rete delle attività del dipartimento di emergenza. Con la messa a regime del sistema, si è attivato un sistema di monitoraggio (ad es. sull'appropriatezza dei ricoveri in terapia intensiva) che dovrà consentire di completare quanto previsto dalla LR 36/98 e di apportare le eventuali modifiche nei punti in cui essa, sulla base dell'esperienza di questi primo anni, va opportunamente corretta. Nel sistema dell'emergenza andrà particolarmente sviluppato il modello delle reti cliniche, ad esempio quella del Sistema Regionale Integrato del Trauma

8) **La forte integrazione tra Università e Servizio Sanitario Regionale**. Pur essendo evidente che l'integrazione tra Università e Servizio Sanitario ha un significato ben più generale, è a livello della funzione ospedaliera che deve prevalentemente esprimersi l'integrazione con la Facoltà di Medicina di Ancona. La Facoltà medica di Ancona costituisce una risorsa importante del Servizio Sanitario Nazionale con cui mantenere e sviluppare un rapporto sempre più stretto che tenga conto dei nuovi modelli ed orientamenti organizzativi e funzionali e del nuovo quadro normativo ed istituzionale (D.L.vo 517/99). Per quanto riguarda i posti letto a fronte del potenziale n° di 513 posti letto (D.L.vo 517/99 e DPCM 24/5/2001¹³) si proporrà, in commissione paritetica, una contrazione dell'attuale dotazione di 447 posti letto e una contestuale ridefinizione delle attuali unità operative secondo le indicazioni di cui al punto 2).

9) La **riqualificazione dei poli ospedalieri**.

La caratterizzazione delle nuove patologie, non permette di esaurire il bisogno di assistenza all'interno dell'ospedale per acuti (ancorché abbia differenziato i regimi dell'offerta).

¹² Escludendo dal computo 30 PL della Provincia di PU e 428 PL della Provincia di Ancona (tutti i PL di fascia C regionali del II PSR) i PL x 1000 ab risultano nella proposta di: 3.42 per PU (-0.39 PL x 1000 ab. rispetto ai PL risultanti dai modelli HSP 2001); 3.75 per AN (-1.04); 3.77 per MC (-0.85) e 3.62 per AP (-0.64).

¹³ Il DPCM prevede all'art.3 comma 1 che il fabbisogno di posti letto è "determinato, di norma, in 3 pl per ogni studente iscritto al 1° anno del Corso di Laurea in medicina e chirurgia" e all'art. 7 comma 5, "l'individuazione di posti letto rapportato al numero di specializzandi ammessi al primo anno di frequenza". La Facoltà di Medicina di Ancona ammette ogni anno 130 (+8 extra CE) iscritti al 1° anno del Corso di Laurea in medicina e chirurgia e 99 posti nelle diverse scuole di specializzazione.

Occorre affrontare in modo nuovo e qualificato le esigenze che derivano dalle condizioni di cronicità e disabilità, destinate a aumentare progressivamente nei prossimi anni, garantendo:

- la continuità e la qualità dell'assistenza nel lungo periodo;
- l'appropriatezza dei regimi assistenziali offerti (residenza, semiresidenza, domicilio, ecc.);
- il decentramento della risposta che favorisca il permanere del soggetto nel proprio contesto sociale;
- l'integrazione socio-sanitaria.

Per quanto attiene ai **“poli ospedalieri”** è palese la loro difficoltà di acquisire le caratteristiche di complessità di “veri” ospedali per acuti, stante i limitati bacini di utenza degli stessi, che non riuscirebbero, per la tipologia e numerosità della casistica trattata, a garantire nel tempo la manutenzione e il perfezionamento dell'expertise dei professionisti e a raggiungere quei livelli di soglia necessari a ridurre i rischi per i pazienti, e per gli stessi operatori.

Il PSR prevedeva per i “piccoli ospedali” lo sviluppo della duplice integrazione con gli ospedali di rete e con le funzioni assistenziali distrettuali e quindi la salvaguardia del *patrimonio storico* rappresentato da questi presidi per le rispettive comunità locali, presidi che hanno sempre rivestito, oltre a un ruolo assistenziale più largo di quello strettamente inteso come ospedaliero, anche una risorsa importante per le economie locali. Il PSR stesso (§. 4.3.4. ultimo comma) prevedeva che la *“trasformazione delle strutture individuate dovrà essere avviata contestualmente all'avvio base dei progetti e completata in relazione alla realizzazione nell'area interessata:*

- delle attività delle UVD e dell'ADI;
- dei servizi integrati territoriali;
- della rete dell'emergenza”.

Considerando che queste tre realizzazioni/precondizioni sono oramai in larga misura attuate, si ritiene che possa essere accelerato e portato a termine il processo di riqualificazione di queste strutture verso funzioni più appropriate: medicina generale/lungodegenza; chirurgia nei diversi regimi ; riabilitazione; postazioni per la copertura della rete dell'assistenza dell'emergenza; residenzialità sanitaria; semiresidenzialità; funzione di “ospedale di comunità” (gestione m.m.g.); poliambulatorio specialistico; altre funzioni distrettuali.

10) Il **potenziamento e sviluppo della lungodegenza ospedaliera e della riabilitazione ospedaliera ed extraospedaliera**. (cfr. § 3.1.6).

11) La **ridefinizione del sistema di assistenza alla donna e ai bambini**. Tale sistema è contenuto del **Progetto Obiettivo Materno-infantile**, (cfr. Schema in allegato) fondato

sulle linee guida nazionali, che prevede, tra l'altro, il superamento di tutti i punti nascita nei poli ospedalieri

12) La **riqualificazione delle attività delle case di cura** private. Le case di cura private rappresentano una importante risorsa del sistema, ma devono riorientare la loro offerta in modo da allineare le loro attività ai modelli di appropriatezza che il sistema pubblico persegue. Per quanto riguarda i PL per acuti questi verranno concordati a livello regionale con apposito accordo da definire entro febbraio 2003, sulla base della produzione richiesta dal SSR in modo da perseguire gli obiettivi generali di sistema. Oltre alla dotazione necessaria per tale produzione viene data la possibilità di accreditamento di posti letto in soprannumero, per garantire prestazioni non per conto del SSR, ma che comunque necessitano (es. prestazioni per i fondi integrativi) di accreditamento. Naturalmente è prevista per le case di cura private la possibilità di riconversione dei posti letto per acuti in PL di lungodegenza, riabilitazione e di residenzialità in genere da concordare a livello regionale e locale.

13) La **sistematica verifica dell'appropriatezza delle attività di ricovero**. La riduzione del tasso di ospedalizzazione e, di conseguenza, la riduzione di posti letto per acuti si dovrà realizzare attraverso l'introduzione di strumenti organizzativi e di controllo sul ricorso appropriato ospedaliero sia diurno che ordinario. La riqualificazione ad esempio dell'attività ambulatoriale attraverso il modello organizzativo del cosiddetto **day-office** o **day-service** dovrà ridurre i ricoveri programmati con finalità diagnostiche e di monitoraggio. Tutti gli ospedali pubblici e privati dovranno stipulare contratti di fornitura con una specifica attenzione all'appropriatezza del livello di erogazione delle prestazioni.

14) Lo sviluppo delle **procedure di valutazione delle tecnologie (technology assessment - TA)**. L'attivazione di nuove funzioni ad elevato costo e ad alto contenuto professionale e/o l'introduzione di nuove tecnologie "pesanti" dovrà essere preceduta da una formale procedura di TA, i cui elementi costitutivi e tappe di sviluppo verranno precisate in un apposita delibera regionale.

3.1.7.3. - Il quadro di riferimento della programmazione ospedaliera

Si è già ampiamente sottolineato come gli ospedali devono essere sottoposti ad un "imponente" lavoro di reingegnerizzazione con poche fondamentali direttrici:

- riduzione e razionalizzazione dell'offerta nelle discipline a bassa media specialità con recupero di risorse, specie infermieristiche
- sviluppo delle alte specialità
- sviluppo delle attività della post-acuzie
- sviluppo e razionalizzazione delle attività ambulatoriali

In questa situazione, in cui gli investimenti sono resi possibili solo dai processi di razionalizzazione e del conseguente recupero di risorse, occorre graduare gli obiettivi nel tempo e darsi strumenti agili di programmazione.

Una programmazione puntuale per posti letto per specialità e presidio ingesserebbe il sistema per lungo tempo e non corrisponderebbe a quelle esigenze di flessibilità che un processo di riqualificazione, come quello descritto richiede, e sarebbe anche contrasto con il continuo processo di innovazione tecnologica presente nel mondo sanitario. Solo cinque anni fa non era prevedibile, nelle dimensioni macro, lo sviluppo poi realizzatosi a livello nazionale e mondiale della day surgery, tecnologia che comporta la reingegnerizzazione completa del sistema di offerta del settore chirurgico (generale e specialistico).

I posti letto complessivi a disposizione vanno distribuiti tra le diverse funzioni in modo da consentire a ciascuna di esse l'erogazione di volumi di attività atti a soddisfare i bisogni del bacino di utenza. Nella ripartizione dei posti letto si dovrà tenere conto della possibilità di integrazioni inter-dipartimentali favorendo al massimo la condivisione delle risorse. Ad ogni funzione si dovrà dare un numero di posti letto tarato su una ipotesi di massima appropriatezza sia in termini di ammissione che di durata della degenza. Una organizzazione per aree funzionali omogenee (o dipartimentali) della degenza consentirà continui adattamenti nel tempo alla evoluzione della domanda e della offerta.

Nelle tabelle seguenti sono riportati: i posti letto complessivi previsti per ciascuna ASL (Tabella 6) e i criteri per l'articolazione organizzativa delle diverse funzioni in termini di Unità operativa complesse (U.O.C.) con o senza posti letto autonomi e Funzioni specialistiche come definite al punto 2) del § 3.1.7.2. (Tabella 7).

Sulla base dei parametri di programmazione suesposti le direzioni aziendali¹⁴, a livello locale prima e provinciale dopo, formulano entro gennaio 2003, con il parere delle Conferenze dei sindaci, la proposta di riordino. La proposta di riordino dovrà:

- indicare la distribuzione, nei diversi presidi, delle Unità operative e delle Funzioni specialistiche con l'obiettivo per area vasta di una riduzione complessiva delle Unità Operative stesse;
- prevedere, per ciascun presidio, la stima dei costi nel rispetto della compatibilità economica della funzione ospedaliera di area vasta;
- evidenziare il costo delle attività specialistiche ambulatoriali e, per i poli ospedalieri, il costo della funzione chirurgica, dove prevista, ai fini della valutazione della compatibilità economica della stessa all'interno di ciascun presidio.

La Giunta Regionale procederà quindi entro febbraio 2003 alla proposta complessiva dell'assetto ospedaliero (tenendo conto dei parametri di spesa per macrolivello riportati nel § 1.5.2.) che verrà sottoposta all'approvazione della Commissione consiliare competente. Qualora il presente Piano non sia stato ancora varato dal Consiglio Regionale, la Commissione

¹⁴ Le AA.OO. e l'INRCA fanno riferimento per la programmazione delle funzioni ospedaliere **non** di alta specialità alle ASL territoriali su cui insistono.

consiliare procederà all'esame della proposta e alla sua integrazione all'interno del presente PSR.

Tabella 6 – Posti letto per acuti, per ASL/AO e per AFO

ASL/AO	AFO				Totale acuti
	AFO CHIRURGIA	AFO EMERGENZA	AFO MATERNO INFANTILE	AFO MEDICINA	
ASL 1 - Pesaro	15	-	-	45	60
ASL 2 - Urbino	100	13	30	133	276
ASL 3 - Fano	155	16	40	203	414
ASL 4 - Senigallia	100	16	35	124	275
ASL 5 - Jesi	111	18	42	189	360
ASL 6 - Fabriano	56	12	17	65	150
ASL 7 - Ancona	80	5	30	107	222
ASL 8 - Civitanova	131	16	46	170	363
ASL 9 - Macerata	173	20	56	299	548
ASL 10 - Camerino, S. Severino	60	12	33	83	188
ASL 11 - Fermo	153	21	40	277	491
ASL 12 - San Benedetto	135	19	55	195	404
ASL 13 - Ascoli Piceno	138	24	42	245	449
Umb I-Torrette - Dip. Lancisi	352	73	6	344	778
Salesi		4	201	-	205
INRCA	40	6	-	119	165
AO Pesaro	130	33	45	259	467
TOTALE REGIONE	1.929	308	718	2.857	5.812

Tabella 7 – Criteri per l'articolazione organizzativa della funzione di ricovero ospedaliero

AFO	Funzione Specialistica	U.O.C. con o senza PL autonomi
AFO CHIRURGIA		
cardiologia*		Lancisi
chirurgia generale	Alcuni poli ospedalieri in base alla programmazione su base locale e provinciale	Ospedali di rete e AA.OO.
chirurgia maxillo facciale*		Umberto I°
chirurgia plastica*		Umberto I°
chirurgia toracica*		Umberto I°
chirurgia vascolare*		Umberto I°
neurochirurgia*		Umberto I°
oculistica	Ospedali di rete	una per provincia
odontostomatologia - chirurgia orale	Attuali sedi ed eventuali altri H rete	
ortopedia		Ospedali di rete e AA.OO.
otorinolaringoiatria	Ospedali di rete	una per provincia
urologia	Altri ospedali di rete in base alla programmazione su base locale e provinciale	due per provincia
AFO EMERGENZA **		
Anestesia e rianimazione cardiologica		Lancisi
Medicina d'urgenza/Pronto soccorso		Ospedali di rete e AA.OO.
Terapia intensiva		Ospedali di rete e AA.OO.
Unità spinale*		Umberto I°
UTIC		Ospedali di rete e AA.OO.
AFO MATERNO - INFANTILE		
Anestesia e rianimazione pediatrica		Salesi
chirurgia pediatrica***		Salesi
neonatologia*		Salesi
neuropsichiatria infantile*		Salesi
ostetricia		Ospedali di rete e AA.OO.
pediatria		Ospedali di rete e AA.OO.
UTIC pediatrica		Lancisi
AFO MEDICINA		
allergologia	Umberto I°	
cardiologia		Ospedali di rete e AA.OO.
dermatologia	Attuali sedi ed eventuali altri H rete	
ematologia*		Attuali sedi
endocrinologia e mal. met.	Eventuali altri H rete	INRCA - Umberto I°
gastroenterologia	una per provincia	Umberto I°
geriatria		Attuali sedi
mal. infettive		Attuali sedi
medicina del dolore	Umberto I°	
medicina generale	Alcuni poli ospedalieri in base alla programmazione su base locale e provinciale	Ospedali di rete e AA.OO.
nefrologia	Attuali sedi	Attuali sedi
neurologia	Altri ospedali di rete in base alla programmazione su base locale e provinciale	Attuali sedi
oncologia*	Attuali sedi	Attuali sedi
pneumologia	Altri ospedali di rete in base alla programmazione su base locale e provinciale	Attuali sedi
psichiatria		Attuali sedi
reumatologia		ASL 5

*Lo sviluppo del progetto ALTE SPECIALITA' (che coinvolge anche funzioni correlate quali: radiologia interventistica, radioterapia, medicina nucleare/PET, centri trapianti, biologia molecolare, ecc.) potrà prevedere ulteriori sedi oltre a quelle già indicate.

** Da ridefinire nell'ambito della rivisitazione della LR 26/98; *** generale e specialistiche

3.1.8. Schede Obiettivi-azioni-tempi-risorse-indicatori macroobiettivo 4: RIORIENTARE IL SISTEMA DELL'OFFERTA					
AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	AZIONI /STRUMENTI	TEMPI	RISORSE	INDICATORI
Servizi territoriali integrati e orientati ai processi assistenziali centrati sul paziente	Qualificare la capacità di presa in carico territoriale	<p>1. Attivazione sportello salute quale centrale operativa unica di accoglienza</p> <p>1 A) Aziende – EE.LL.: organizzazione strutturale (luoghi, linee telef., accesso telematico);</p> <p>1 B) Aziende – EE.LL.: materiale informativo su modalità accesso, strutture, prestazioni offerte, eventuali oneri;</p> <p>1 C) Aziende – EE.LL.: messa a dispos. del personale</p> <p>2. Sviluppo del momento valutativo del bisogno</p> <p>2 A) Regione: gruppo di lavoro per l'omogeneizzazione delle metodiche di valutazione da parte delle UVD.</p> <p>2 B) Aziende – EE.LL.: costituzione UVD integrate</p> <p>2 C) Regione – Aziende: omogeneizzaz. Sistema informativo</p>	<p>1 A) da valutare con aziende – EE.LL. entro febbraio 2003</p> <p>1 B) come 1 A)</p> <p>1 C) come 1 A</p> <p>2 A) Febbraio 2003</p> <p>2 B) Aprile 2003</p> <p>2 C) entro 2003</p>	<p>1 A) da valutare con aziende – EE.LL. entro febbraio 2003</p> <p>1 B) NO risorse aggiuntive</p> <p>1 C) come 1 A</p> <p>2 A) NO risorse aggiuntive</p> <p>2 B) NO risorse aggiuntive</p> <p>2 C) NO risorse aggiuntive</p>	<p>Di processo: a) rispetto delle azioni previste attraverso un monitoraggio; b) n° ore/sett. Apertura sportello; c) n° ore/sett./figure professionali dedicate</p> <p>Di risultato</p> <p>a) n° richieste accolte/popolaz.servita;</p> <p>b) Valutazione epidem. sui bisogni rilevati</p>
	Assicurare la continuità assistenziale tra i diversi ambiti di assistenza	Incremento delle dimissioni protette	1) Entro 2003	1) NO risorse aggiuntive	Di risultato: a) n° dimissioni protette/totale dimissioni;
	Sperimentazione assegno servizi	<p>1. Definire livello compartecipazione finanziamento servizi sociali – sanità</p> <p>1 A) Regione: gruppo lavoro per definizione progetto, studio di fattibilità, individuazione territori sperimentazione e sistema di monitoraggio</p> <p>2. Aziende sede sperimentazione: attivazione</p>	Entro 2003	Risorse aggiuntive, ma da reperire congiuntamente all'interno dell'assegnazione per la sanità e il sociale	Di processo: verifica atti regionali Di risultato: verifica attivazione sperimentazione
	Sviluppare programmazione locale	<p>Integrazione programmazione sociale e sanitaria</p> <p>A) Regione: gruppo di lavoro per emanazione linee guida</p> <p>B) Aziende – EE.LL.: stipula accordi di programma</p>	<p>1 A) entro giugno 2003</p> <p>1 B) entro 2003</p>	<p>1 A) NO risorse aggiuntive</p> <p>1 B) NO risorse aggiuntive</p>	<p>Di processo: verifica atti regionali</p> <p>Di risultato: verifica accordi di programma</p>

Regione Marche – Giunta Regionale

<p>Una rete integrata di medici generali</p>	<p>Sviluppare la funzione di presa in carico della medicina generale</p>	<p>1. Attivazione percorsi che facilitino il MMG nel primo contatto di valutazione del bisogno 1 A) Regione: Elaborazione linee guida 1 B) Aziende: Applicazione indicazioni regionali</p>	<p>1 A) Febbraio 2003 1 B) giugno 2003</p>	<p>1 A) NO risorse aggiuntive 1 B) NO risorse aggiuntive</p>	<p>Di processo: a) verifica atti regionali; b) verifica accordi aziendali per la MG Di risultato: a) diminuzione accessi PS per codici bianchi; b) diminuzione tasso di ospedalizzazione;</p>
	<p>Orientare la domanda nel circuito dell'offerta</p>	<p>1. definizione criteri di elegibilità dei pazienti per livello assistenziale (ospedale residenze domicilio) 1 A) Regione: linee guida 1 B) Aziende: valutazione rispetto criteri elegibilità</p>	<p>1 A) Giugno 2003 1 B) entro 2003</p>	<p>1 A) NO risorse aggiuntive 1 B) NO risorse aggiuntive</p>	<p>Di processo: a) verifica atti regionali; Di risultato: tasso di ospedalizzazione)</p>
	<p>Sviluppare l'organizzazione per l'erogazione diretta delle prestazioni 1° livello</p>	<p>1. Incentivare l'istituto dell'associazionismo 1 A) Aziende: applicazione accordo regionale; 1 B) Aziende: integrare i MMG nell'organizzazione aziendale con la messa a disposizione di spazi, personale e ICT</p>	<p>1 A) Febbraio 2003 1 B) da valutare con le aziende entro 2003</p>	<p>1 A) già disponibili con il contratto regionale 2 B) da valutare con le aziende entro 2003</p>	<p>Di processo: a) verifica accordi aziendali per la medicina generale; b) aumento n° ore di apertura studi Di risultato: a) aumento quali-quantitativo prestazioni di studio</p>
	<p>Integrazione del MMG nella programmazione organizzativa ed operativa dell'assistenza sociosanitaria</p>	<p>1. Valorizzare il ruolo degli UCAD 1 A) Regione: linee guida 1 B) Aziende: integrare gli UCAD con il coordinatore di ambito sociale 2. Attivazione équipes territoriali 2 A) Regione: linee guida 2 B) Aziende: applicazione indicazioni regionali e disponibilità del personale</p>	<p>1 A) marzo 2003 1 B) aprile 2003 2 A) marzo 2003 2 b) da valutare con le aziende in base alle eventuali risorse necessarie</p>	<p>1 A) NO risorse aggiuntive 1 B) NO risorse aggiuntive 2 A) NO risorse aggiuntive 2 B) da valutare con le aziende</p>	<p>Di processo: a) verifica atti regionali; b) verifica integrazione UCAD; Di risultato: a) n° pazienti presi in carico dalle équipes;</p>
	<p>Coinvolgere il MMG nella programmazione aziendale</p>	<p>1. Attivazione rete informatica per la valorizzazione del patrimonio informativo del MMG 1 A) Regione: gruppo di lavoro per standardizzazione scheda sanitaria informatizzata 1 B) Aziende: sviluppo rete informatica per MMG 1 C) Aziende: valorizzazione nei contratti aziendali della funzione epidemiologica del MMG</p>	<p>1 A) entro 2003 1 B) giugno 2004 1 C) entro 2004</p>	<p>1 A) NO risorse aggiuntive 1 B) da valutare con le aziende 1 C) da valutare</p>	<p>Di processo: a) verifica atti regionali; b) verifica reti informatiche aziendali; c) verifica accordi aziendali; Di risultato: a) programmazione aziendale informata su volumi quali-quantitativi attesi; b) conoscenza situazione epidemiologica</p>

Regione Marche – Giunta Regionale

Un'assistenza domiciliare diffusa ed efficace	Piena applicazione delle linee guida regionali	1. Analisi ricognitiva stato applicazione regionale: A) Regione: gruppo di lavoro; B) Regione: analisi ricognizione; C) Regione: eventuale aggiornamento linee guida 2. Ottimizzazione standard personale: A) Regione: elaborazione standard; B) Aziende: rispetto standard	1 A) Gennaio 2003 1 B) Aprile 2003 2 A) Aprile 2003 2 B) entro 2003	Vincolo di risorse (cfr. § 1.2.3)	Di processo: a) verifica atti regionali Di risultato: a) aumento volumi di ADI b) riduzione ricoveri impropri
	Sviluppo delle forme di collaborazione con le reti sociali di solidarietà	Analisi delle reti sociali di solidarietà: A) Aziende – EE.LL.: analisi ricognitiva; B) Aziende – EE.LL.: stipula accordi	1 A) Febbraio 2003 1 B) entro 2003		Di processo: a) verifica ricognizioni aziende-EE.LL. b) verifica accordi
	Creare i presupposti per l'integrazione programmatica dei diversi livelli istituzionali	1. Stipula accordi di programma per ogni Distretto tra A.U.S.L. e EE.LL. 2. Integrazione del personale di assistenza sociale nelle UVD distrettuali 3. Integrazione del personale di assistenza sociale nelle équipes distrettuali di ADI 4. Sviluppo dell'assistenza integrata nella rete residenziale	1) entro 2003 2) aprile 2003 3) entro 2003 4) entro 2003		Di processo: a) verifica accordi di programma

OBIETTIVO GENERALE: UNA ASSISTENZA SPECIALISTICA DI QUALITA'

AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	AZIONI/STRUMENTI	TEMPI	RISORSE	INDICATORI
Razionalizzazione dell'offerta	Diffusione del modello organizzativo del day service	Approvazione della regolamentazione dell'attività di day service	Entro febbraio 2003	Nessuna risorsa aggiuntiva	Delibera
		Sviluppo dell'attività di day service	Entro 2003	Risorse aggiuntive recuperate dal miglioramento di utilizzo degli altri regimi assistenziali	% di sedi con attivazione del day service
	Razionalizzazione della rete dei laboratori	Concentrazione dell'attività in un numero di sedi ridotte e "gerarchicamente" articolate per complessità	Entro 2004	Recupero risorse	N° sedi attività laboratorio
	Riorganizzazione delle attività di medicina trasfusionale	Concentrazione delle funzioni di "...." del sangue	Entro 2004	Recupero risorse	Attivazione sede centrale di "lavorazione" del sangue
	Integrazione degli specialisti privati convenzionati	Sviluppo di accordi mirati alla integrazione	Entro febbraio 2003	Recupero risorse	Siglia accordi

Regione Marche – Giunta Regionale

	Messa in rete della radiologia e sviluppo della attività di teleconsulto				
	Sviluppo progetto alta specialità	a)Progettazione e studi fattibilità b)Implementazione progetti	a)aprile 2003 b) entro 2004 c)	a) Nessuna risorsa aggiuntiva b) Fondi aggiuntivi legati al recupero effettuato dalla razionalizzazione della rete ospedaliera	Progetti Corrispondenza ai tempi di realizzazione dei progetti di implementazione
Sviluppo del sistema informativo	Messa a regime del sistema informativo delle prestazioni ambulatoriali	Progettazione e implementazione	Entro 2003	Nessuna risorsa aggiuntiva	Reportistica derivante dal flusso

OBIETTIVO GENERALE RIDEFINIZIONE E RIQUALIFICAZIONE DELLA RESIDENZIALITA' EXTRA OSPEDALIERA					
AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	AZIONI /STRUMENTI	TEMPI	RI SORSE	INDICATORI
Residenze sanitarie assistite Centri speciali residenziali (Comi, pluriminorati sensoriali) Residenze sanitarie assistite per disabili fisici (gravi e accoglienza) Residenze sanitarie assistite per disabili psichici Residenze sanitarie assistite per disabili tossicodipendenti Case Protette	A) Definizione da parte della Regione (per ciascuna tipologia) di: 1. Quadro dei bisogni dell'utenza 2. Caratteristiche dell'utenza 3. Criteri e modalità di ammissione e di dimissione 4. Standard strutturali e organizzativi 5. Sistema tariffario (compartecipazioni) 6. Sistemi di monitoraggio qualità assistenza (appropriatezza, efficacia, efficienza) B) Adeguamento quali quantitativo dell'offerta da parte delle aziende	A) Per il punto 1 a) Analisi epidemiologica dei dati regionali, nazionali e di letteratura sui bisogni e domanda b) Stesura del piano del fabbisogno Per il punto 2 c) Utilizzo sistema RUG Per i punti 3-6 d) Stesura delle linee guida organizzativo funzionali delle residenze B) Predisposizione dei piani di adeguamento/riconversione e implementazione dei piani	A) entro febbraio 2003 B) entro giugno 2003 (predisposizione dei piani di adeguamento /riconversione) entro 2004 (completamento implementazione dei piani)	A) NO risorse aggiuntive B) da stabilire in base ai piani di adeguamento agli standard regionali	Di processo: rispetto dei tempi delle azioni previste attraverso un monitoraggio semestrale (report) Di risultato: c) copertura al 90% del fabbisogno assistenziale d) corresponsione agli standard strutturali, organizzativi e funzionali previsti entro il 2004
Riabilitazione extra ospedaliera (estensiva)	A) Definizione da parte della Regione di: 1. Quadro dei bisogni dell'utenza 2. Caratteristiche dell'utenza 3. Criteri e modalità di ammissione e di dimissione 4. Standard strutturali e organizzativi 5. Sistema tariffario 6. Sistemi di monitoraggio	A) Per il punto 1 c) Analisi epidemiologica dei dati regionali, nazionali e di letteratura sui bisogni e domanda d) Stesura del piano del fabbisogno Per il punto 2 c) Utilizzo sistema RUG + FIM Per i punti 3-6 e) Stesura delle linee guida organizzativo	A) entro settembre 2003 B) entro dicembre 2003 predisposizione dei piani di completamento implementazione dei piani	A) NO risorse aggiuntive B) da stabilire in base ai piani di adeguamento agli standard regionali	Di processo: rispetto dei tempi delle azioni previste attraverso un monitoraggio semestrale (report) Di risultato: e) copertura al 90% del fabbisogno assistenziale corresponsione agli standard strutturali, organizzativi e funzionali previsti entro il 2004

Regione Marche – Giunta Regionale

	qualità assistenza (appropriatezza, efficacia, efficienza) B) Adeguamento quali quantitativo dell'offerta da parte delle aziende	funzionali delle riabilitazione estensiva B) Predisposizione dei piani di adeguamento/riconversione e implementazione dei piani, anche in rapporto alla riclassificazione di alcune tipologia di attività tra le RSA disabili			
--	--	--	--	--	--

OBIETTIVO GENERALE UNA RETE OSPEDALIERA INTEGRATA, FLESSIBILE E DI ECCELLENZA

AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	AZIONI /STRUMENTI	TEMPI	RISORSE	INDICATORI
Razionalizzazione e riduzione dei posti letto per acuti	Razionalizzazione e riduzione dei posti letto in area chirurgica	Revisione della regolamentazione della attività chirurgica di day surgery ed ambulatoriale	Entro febbraio 2003	Nessuna risorsa aggiuntiva	Delibera
		Trasferimento in day surgery di almeno l'80% dei DRG chirurgici dei LEA	Entro 2003	Recupero risorse	% di DS dei DRG chirurgici dei LEA
		Accorpamenti in unità dedicate delle attività di day surgery delle diverse discipline			Accorpamento avvenuto
		Accorpamenti in area di degenza condivise dei posti letto di discipline "compatibili"			Accorpamento avvenuto
		Trasferimento delle attività di chirurgia complessa e di urgenza nei soli ospedali di rete e nelle Aziende Ospedaliere			Accorpamento avvenuto
	Aumento dell'efficienza della funzione chirurgica	Censimento delle potenzialità operative dell'attuale rete di blocchi operatori Utilizzo della rete attraverso la mobilità delle équipes chirurgiche	Entro 2003	Recupero risorse	Censimento N° interventi effettuati da equipe itineranti
	Riduzione dei ricoveri per fini diagnostici e di monitoraggio	Regolamentazione delle attività di day hospital e di day service	Entro febbraio 2003	Nessuna risorsa aggiuntiva	Delibera
	Riduzione dei reparti e dei posti letto di medicina generale per acuti	Attivazione di aree di ricovero dedicate alla lungodegenza e riabilitazione	Entro 2004	Risorse aggiuntive recuperate dal miglioramento di utilizzo degli altri regimi assistenziali	PL di lungodegenza e riabilitazione attivati
		Messa a regime della funzione di medicina d'urgenza e di osservazione breve in tutti gli ospedali di rete	Entro 2004	Risorse aggiuntive recuperate dal miglioramento di utilizzo degli altri regimi assistenziali	PL di medicina d'urgenza e di osservazione breve attivati
		Accorpamenti in area di degenza condivise dei posti letto di discipline "compatibili"	Entro 2003	Recupero risorse	Accorpamento avvenuto
Integrazione delle Case di Cura private convenzionate nella rete ospedaliera	Definizione di un accordo quadro con le Case di Cura private per gli anni 2003 - 2005	Entro febbraio 2003	Recupero risorse	Sigla accordi	

Regione Marche – Giunta Regionale

Cardiologia	Creazione della rete per la cardiologia interventistica - cardiocirurgia	Sviluppo e adozione di linee guida regionali sulla appropriatezza delle prestazioni di cardiologia interventistica e di cardiocirurgia	Entro marzo 2003	Nessun costo aggiuntivo	Delibera su linee guida
		Attivazione progressiva dell'emodinamica nelle sedi di Ascoli Piceno e Macerata	Entro 2004	Risorse aggiuntive recuperate dal miglioramento di utilizzo degli altri regimi assistenziali	Corrispondenza ai tempi di realizzazione dei progetti di implementazione
		Individuazione delle sedi in cui svolgere attività di cardiologia interventistica e studio di fattibilità	Entro giugno 2003	Nessun costo aggiuntivo	Progetto
Alte specialità chirurgiche	Creazione della rete per le altre chirurgie di alta specialità (neurochirurgia, chirurgia vascolare, toracica, maxillo facciale e plastica)	Attivazione di gruppi di lavoro ad hoc, individuazione delle sedi interessate e definizione del loro ruolo	Entro giugno 2003	Nessun costo aggiuntivo	Progetto

3.2. QUALIFICARE IL SISTEMA DELL'OFFERTA (*Macroobiettivo 4*)

Orientare il sistema sanitario della regione Marche alla qualità è stato l'impegno che la Regione ha preso con il Piano Sanitario 1998-2000, e che ha perseguito con coerenza ed in vario modo. L'orientamento alla qualità dei servizi sanitari della regione Marche è stata quindi una scelta strategica che viene ribadita con il presente Piano.

La Regione nell'ultimo quinquennio si è data un ordinamento ed ha effettuato una serie di passaggi obbligati verso una politica per la qualità, le cui parole chiave sono stati: garanzia dei diritti dei cittadini, appropriatezza d'uso delle risorse, efficacia clinica, efficienza operativa, garanzia della continuità assistenziale ed integrazione dei servizi e delle funzioni.

In seguito all'attuazione del PSN 1998-2000, definito appunto "piano starter", sono a disposizione del sistema regionale reti di professionisti che, nel corso del tempo hanno acquisito, in virtù dell'azione regionale una serie di competenze che li mettono in grado di:

- o espletare le funzioni previste dalla Carta dei Servizi;
- o organizzare e gestire la formazione aziendale;
- o progettare ed organizzare di attività di miglioramento della qualità;
- o progettare, sviluppare, attivare e valutare i profili assistenziali;
- o valutare le strutture sanitarie in base ai requisiti di autorizzazione ed accreditamento istituzionale ed in base ai criteri di appropriatezza del PRUO;
- o fruire delle principali banche dati e centri documentazione, compreso il Centro Documentazione Qualità attivato a livello regionale.

Una grande quantità di operatori sanitari pubblici e privati sono stati coinvolti in queste attività ed è stabilito un rapporto fecondo con le loro organizzazioni scientifiche e professionali. Le associazioni dei cittadini sono già state coinvolte nella promozione di un processo partecipativo. Nel prossimo triennio si tratta di consolidare questi rapporti in ulteriori azioni concrete.

Alla luce di quanto già fatto e di quanto viene raccomandato dagli Organismi internazionali sono quattro gli ambiti della programmazione sanitaria orientata alla qualità che rendono oggi riconoscibili e paragonabili a livello europeo i Governi degli Stati e delle Regioni per quanto attiene alle politiche per la qualità:

- la trasparenza del sistema sanitario nei confronti dei cittadini e dei pazienti e le azioni per promuoverne i diritti;
- le buone pratiche professionali e la promozione dei professionisti;
- le buone pratiche organizzative;
- la garanzia di una sanità sicura.

3.2.1. La trasparenza nei confronti dei cittadini e dei pazienti

Nello sviluppo di un sistema maturo di orientamento alla qualità la Regione nel corso del triennio 2003-2005 attuerà politiche intese a consolidare l'attuazione dei contenuti delle Carte dei Servizi ed a garantire la conoscenza e la trasparenza delle liste di attesa.

Tutte le Aziende Sanitarie della Regione e diversi Servizi privati hanno sviluppato un Ufficio per le relazioni con il Pubblico ed hanno applicato la normativa nazionale sulla Carta dei servizi sanitari, attivandosi nello sviluppo delle quattro attività che le Carte prevedono, di informazione/comunicazione, tutela, accoglienza/comfort e partecipazione. Sono state sviluppate dapprima delle semplici "Guide ai Servizi" e ultimamente, per ambiti specifici, sono state elaborate delle vere e proprie Carte degli Impegni nei confronti dei cittadini assistiti.

Sono stati inoltre sviluppati, a livello regionale, alcuni progetti sperimentali per monitorare il livello di gradimento e dell'esperienza dei cittadini nei confronti dei servizi sanitari e per il monitoraggio dei reclami e delle liste di attesa.

Nel triennio 2003-2005 tali attività continueranno, portando a maturazione questa parte del sistema con un insieme di azioni.

- Sviluppare sistemi integrati di raccolta del punto di vista dei cittadini da utilizzare per scopi di miglioramento dell'organizzazione:
 - sistema di sorveglianza dei reclami;
 - indagini campione mirate sulle esperienze dei cittadini ricoverati in ospedale ed in assistenza domiciliare, sia per situazioni generiche che per specifiche categorie di malati a grande impatto socio-sanitario;
 - monitoraggio periodico delle opinioni dei cittadini sul SSR.
- Completare l'attività di implementazione regionale della Carta dei Servizi, per tutte le funzioni ivi previste, specie quelle meno sviluppate (comfort alberghiero e partecipazione) e valutare tale implementazione con strumenti adeguati, prevedendo anche l'evoluzione degli URP a vere e proprie strutture organizzative dedicate a questa funzione.
- Consolidare il sistema di monitoraggio e riduzione delle liste di attesa su scala regionale.

3.2.2. La buone pratiche professionali e la promozione dei professionisti

Per garantire ai cittadini ed ai pazienti la possibilità di usufruire di buone pratiche professionali offerte da operatori sanitari di elevata qualificazione, organizzati a rete in rapporto alla complessità dei bisogni sanitari da soddisfare, sono sei le attività che è obbligatorio indicare come prioritarie:

- coinvolgere i professionisti in attività di ricerca clinica ed organizzativa;
- coinvolgere i professionisti in attività di valutazione ed applicazione delle tecnologie sanitarie, attraverso lo sviluppo continuo, ove possibile, della cultura della Medicina Basata sulle Prove d'Efficacia;
- sviluppare i profili assistenziali per la migliore gestione delle malattie e dei singoli pazienti;
- sviluppare attività routinarie e riconosciute di audit clinico;
- garantire formazione permanente e continua degli operatori;
- sviluppare un sistema informativo per la salute e la gestione dei servizi.

3.2.2.1. La ricerca clinica

La presenza sul territorio regionale dalla Facoltà di Medicina dell'Università di Ancona, e di altre facoltà biologiche nelle Università di Camerino e di Urbino, che stanno provvedendo anche alla formazione del personale sanitario non medico; la presenza dell'INRCA che ha, come IRCCS, compiti di ricerca relativamente all'invecchiamento normale e patologico e di strutture ad elevata qualificazione sono fattori favorevoli allo sviluppo di una ricerca clinica qualificata. A sua volta l'azione regionale si è indirizzata alla promozione dei comitati aziendali di etica (presenti in tutte le aziende) e ad un rapporto di collaborazione con Farminindustria.

Obiettivo della Regione è favorire la crescita della quota-parte del budget nazionale complessivo impiegato dalle industrie nelle attività di ricerca, fornendo un sistema di supporto logistico ed amministrativo snello tale da incoraggiare le industrie a proporre attività sperimentali sul nostro territorio, garantendo trasparenza e consenso informato.

Anche le attività di ricerca organizzativa debbono essere implementate, soprattutto per quanto riguarda lo studio dei migliori sistemi di supporto all'attività clinica e degli aspetti relativi alla garanzia della continuità assistenziale e dell'integrazione fra le diverse parti del sistema sanitario.

3.2.2.2. La valutazione delle tecnologie sanitarie e la medicina basata sulle prove d'efficacia

L'evoluzione tecnologica in campo sanitario è particolarmente accelerata e difficilmente sostenibile dal punto di vista economico-finanziario in un contesto di risorse scarse, in assenza di una programmazione rigorosa. Le decisioni relative sia all'acquisizione di nuove tecnologie che all'adozione di nuovi programmi o servizi sanitari necessitano di essere avallate da evidenze sull'efficacia e sul rapporto costi/benefici. Sulla base di diverse esperienze estere di centri regionali finalizzati alle valutazioni economiche, con l'entrata in vigore di questo Piano la regione svilupperà un'attività di *Technology Assessment* che comprenda:

- analisi costi-efficacia, costi-benefici, costi-utilità e recensioni della letteratura su nuove tecnologie e programmi sanitari;
- formazione agli operatori del settore e diffusione dei risultati tramite seminari e/o sito-web;
- collaborazione con regioni limitrofe e centri specializzati (Cochrane, Ist. Mario Negri, Cergas).

I risultati attesi sono una migliore allocazione delle risorse tra usi alternativi (programmi, servizi, tecnologie diagnostiche e terapeutiche); trasparenza e standardizzazione dei criteri utilizzati per l'approvazione di investimenti e programmi sanitari; diffusione ai diversi livelli del SSR di una cultura di valutazione costi/benefici e della Medicina basata sulle Prove di efficacia;

miglior posizionamento dei professionisti nell'organizzazione con garanzia di acquisizioni di competenze tecniche specifiche per volumi sufficienti di attività.

3.2.2.3. I profili di assistenza

In attuazione del Piano 1998-2000 nelle Aziende Sanitarie sono attivi ed operanti gruppi di professionisti impegnati a progettare ed attivare profili assistenziali. 88 condizioni morbose principalmente intraospedaliere sono state prese in considerazione da questi gruppi e sono state sottoposte ad azioni di miglioramento.

Questi progetti hanno determinato, in alcuni casi, decisivi e documentati miglioramenti nelle performances cliniche ed organizzative delle Unità operative interessate specie per quanto riguarda miglioramenti organizzativi economici e di esito clinico, confermando o addirittura superando i risultati esposti dalle esperienze analoghe fatte in altri Paesi.

Nel triennio 2003-2005 la Regione si propone il consolidamento di queste esperienze, tramite l'estensione dello strumento dei profili ad altre patologie rilevanti sia nel regime ospedaliero sia in quelli territoriali e soprattutto in attività di disease management o di patient management nell'interfaccia ospedale-territorio. In questo caso tale estensione dovrà vedere il medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, con l'aiuto degli infermieri di distretto e delle altre figure assistenziali, come il punto di riferimento obbligatorio nella gestione del paziente (case manager). Sarà necessario progettare i profili a livello distrettuale fra tutti i servizi individuati nella gestione del paziente, compresi i servizi sociali opportunamente coinvolti con il coordinamento organizzativo dei Responsabili di Distretto.

In questo modo si intende definire come obiettivi prioritari della Regione, da raggiungere con la costruzioni di percorsi assistenziali, la continuità dell'assistenza e l'integrazione fra servizi diversi e tra medicina di primo livello e medicina specialistica.

Sarà inoltre impegno della Regione favorire, entro il 2004, la messa a rete dei profili assistenziali nella maggioranza degli Ospedali per le patologie più rilevanti (infarto del miocardio acuto, protesi d'anca, ictus), mediante la condivisione e l'adozione degli stessi almeno per queste patologie traccianti.

La logica dei processi nelle attività cliniche ad alto livello costituirà il principio fondante degli standard di accreditamento istituzionale degli ospedali e delle altre strutture sanitarie nei manuali che saranno riformulati nei prossimi anni.

3.2.2.4. L' audit clinico

Lo sviluppo nelle Unità Operative di attività di audit clinico viene considerata una delle chiavi di volta della promozione e del miglioramento della qualità professionale in ambito sanitario. Tale attività consiste nella revisione sistematica delle attività professionali sulla base dell'autovalutazione della documentazione clinica da parte dei professionisti riuniti in gruppo multidisciplinare e multiprofessionale.

L'organizzazione di tale attività è a carico dei responsabili delle Unità operative e dei Dipartimenti; deve diventare nell'arco di tre anni parte integrante e obbligatoria dell'attività professionale negli ospedali e nelle altre strutture sanitarie e va inserito come oggetto di negoziazione del budget. Gli staff qualità debbono essere in grado di promuovere e fornire supporto per tali attività.

Entro tre anni i Direttori generali delle Aziende dovranno dimostrare che in tutti i Dipartimenti ospedalieri l'audit clinico è entrato nella pratica professionale routinaria.

3.2.2.5. La formazione permanente degli operatori

La Formazione Permanente in ambito sanitario è stata ampiamente e unanimemente riconosciuta e avvalorata in questi ultimi anni a partire dalle risorse economiche messe in campo con i nuovi Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro (CCNLL), alle norme che definiscono il suo ruolo imprescindibile per la realizzazione degli obiettivi del SSN (*D.Lgs. 229; Commissione ECM; , Direttiva 13 dic. 2001 "Formazione e valorizzazione del personale delle pubbliche amministrazioni"; Circolare Ministro della Salute 5 marzo 2002 "Programma nazionale per la formazione continua-ECM").*

Oltre a questi riferimenti normativi, occorre sottolineare che la società contemporanea attribuisce una crescente rilevanza ai fattori immateriali che, anche nel mondo produttivo, consentono la realizzazione di "prodotti" e "prestazioni". Ciò comporta una attenzione tutta nuova al tema della qualità del servizio offerto al cittadino e alla centralità del fattore umano che lo rende realizzabile. Nel sottolineare l'esigenza di nuovi comportamenti organizzativi l'attenzione è spostata sul fattore umano, che gioca il proprio ruolo fondamentale nell'interpretare e nell'agire la componente immateriale del servizio offerto.

Se la risorsa umana è il fattore critico di successo per il miglioramento della qualità dei servizi, la Formazione costituisce il supporto ineludibile sia per ri-progettare gli assetti organizzativi, sia per definire percorsi di valorizzazione e promozione delle persone.

La Formazione si interseca così sia con le potenzialità e i bisogni dell'*Individuo*, sia con le logiche e i bisogni dell'*Organizzazione*, si rivolge a soggetti *Adulti* che hanno una vita dentro le organizzazioni e che esprimono una parte rilevante di sé attraverso il proprio *Lavoro*, si pone l'obiettivo di attivare la dimensione dell'*Apprendimento* e di ancorarlo al sistema delle *Competenze*, che è punto di incontro e snodo critico del rapporto individuo-organizzazione.

Individuo/adulto, Organizzazione, Apprendimento, Lavoro e Competenze sono dunque le parole-chiave di una moderna concezione della Formazione, attorno alle quali ruota necessariamente la ridefinizione della modalità di intendere l'articolazione delle attività che la compongono.

L'intersecarsi della Formazione con la dimensione della prassi operativa e del lavoro comporta sia la necessità di affrancare la Formazione da concezioni e metodologie di stampo *accademico-scolastico* di tipo *trasmissivo*, che il passaggio a metodologie che attivino "l'apprendimento", inteso come processo mediante il quale l'esperienza, il "fare", l'applicazione sul campo, la sua elaborazione e trasformazione, diventano il motore vero per la conoscenza e il cambiamento, e dunque per l'apprendimento.

Ciò implica che la Formazione non può più limitarsi a "corsi d'aula", ma deve assumere il contesto dell'esperienza, quello lavorativo nella fattispecie, come il terreno in cui "si impara ad imparare".

Ne consegue la necessità di impostare diversamente i processi Formativi, passando

- da *attività di catechizzazione* a **percorsi formativi**,
- da *Corsi di formazione* a **processi di apprendimento**,
- da una *formazione preordinata verticisticamente* ad una **formazione condivisa**.

Il processo formativo in questo modo attiva ruoli diversi tutti ugualmente fondamentali e legati in un rapporto di forte integrazione.

- **Gli operatori- i discenti-** diventano protagonisti attivi e responsabili del proprio percorso formativo, partecipando in prima persona alla rilevazione dei bisogni di formazione e alla valutazione delle performance.
- **I formatori e i docenti** rappresentano l'elemento di continuità e di coordinamento nelle varie fasi, fornendo il contributo di conoscenza tecnica e organizzando l'offerta formativa come facilitatori di processi di apprendimento.
- **I dirigenti** assumono la responsabilità dello sviluppo professionale dei propri collaboratori, partecipando alla gestione diretta del processo formativo garantendo l'integrazione tra momento formativo e applicazione operativa.

Così intesa la Formazione è ancorata strettamente a quattro variabili fondamentali:

- **la variabile organizzativa**, rispetto alla quale costituisce il supporto indispensabile per attivare processi di revisione organizzativa e sviluppare le professionalità necessarie a ricoprire nuovi ruoli e nuove competenze;
- **la variabile tecnologica**, rispetto alla quale è diretta a sviluppare le conoscenze utili al miglior utilizzo di strumenti tecnici;
- **la variabile risorse umane**, rispetto alla quale rappresenta l'elemento fondamentale per l'attuazione di politiche di sviluppo professionale, mirate ad accrescere abilità, conoscenze e competenze;
- **la variabile obiettivi di servizio**, rispetto alla quale è funzionale allo sviluppo della cultura e delle competenze strettamente connesse agli obiettivi organizzativi, allo scopo di produrre un reale miglioramento di efficienza e qualità dei servizi.

In questo quadro la Formazione non può essere concepita e realizzata come attività episodica e discontinua, lasciata alla improvvisazione o alla sensibilità di qualche soggetto illuminato, ma deve diventare, all'interno delle realtà organizzative - Aziende Sanitarie e Ospedaliere- processo organico supportato da momenti e funzioni organizzative definite,

essendo elemento strategico per la gestione delle risorse umane, per lo sviluppo delle professionalità e per lo sviluppo del sistema organizzativo.

La realizzazione di un sistema compiuto di Formazione richiede che l'organizzazione sia in grado di sostenere un sistema di coerenze interne e un flusso di azioni continuo e virtuoso tra i processi di **gestione organizzativa e i processi formativi** messi in azione, che vengano effettivamente realizzate attività di valutazione della efficacia degli interventi, degli impatti organizzativi delle azioni formative messe in campo, delle condizioni che rendono possibili, applicabili e operativi gli strumenti e gli investimenti formativi e che siano esplicitate quali condizioni sono necessarie perché un processo formativo, di accompagnamento al cambiamento, si attivi. **Analisi di fattibilità e Valutazione**, sono, pertanto, le fasi che è auspicabile siano realizzate in modo non episodico da un sistema di formazione che si ponga come supporto al cambiamento in modo non autoreferenziale, così come la garanzia della rilevazione del **fabbisogno formativo** in maniera quanto più **capillare e decentrata** possibile, in coerenza con il sistema delle azioni e delle politiche per la salute.

In questo contesto due recenti "eventi" danno ulteriore senso e significato alle politiche di formazione:

- *la Legge 18 ottobre 2001, N. 3* di revisione del Titolo V della Costituzione, in sede di redistribuzione delle potestà legislative tra Stato e Regioni ha incluso anche l'educazione e la ricerca, tra le materie caratterizzate da competenza legislativa concorrente;
- *l'Accordo stipulato in data 20 dicembre 2001 in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni* con il quale si ribadisce il ruolo delle Regioni in coerenza con gli indirizzi nazionali, di promozione sul proprio territorio del sistema per la formazione continua, e l'avvio del sistema di Formazione Continua in Medicina (ECM).

L'esigenza di fissare un quadro condiviso e criteri di coerenza complessiva all'interno del sistema sanitario regionale assume una particolare rilevanza anche rispetto all'istituzione di un sistema di certificazione delle competenze acquisite e di mutuo riconoscimento di crediti formativi. Ciò impone forti garanzie di affidabilità e di qualità dei processi formativi, così come dell'agire dei soggetti che li esercitano; nonché delle finalità rispetto ai bisogni della organizzazione. Ciò implica inoltre ruolo imprescindibile del livello regionale, che deve esercitare la sua funzione di programmazione, monitoraggio e controllo.

Stanti tali premesse si prevede il rinnovo dell'impianto organizzativo a livello regionale e l'implementazione e il consolidamento del sistema di formazione decentrato a livello aziendale.

Nel triennio 2003-2005 dovranno, pertanto, essere portate a compimento le seguenti azioni di **livello regionale**.

a) Attivazione del sistema ECM regionale :

- *Costituzione della Commissione Regionale ECM* (la proposta è in fase di deliberazione da parte della GR) e *delle attività connesse al sistema ECM* :

- individuazione degli obiettivi formativi di rilevanza regionale,
- individuazione dei provider per le iniziative di formazione regionale,
- definizione dei requisiti e delle procedure per l'accreditamento dei provider,
- realizzazione di un sistema per l'anagrafe accurata e trasparente dei crediti accumulati dagli operatori,
- definizione dei requisiti e delle procedure per l'accreditamento dei progetti di formazione delle Aziende,
- verifiche sulle ricadute, nell'attività del professionista, delle attività formative svolte.

b) Definizione degli obiettivi formativi per la Dirigenza del SSR, di cui ai DD.L.vi 502/92 e 229/99 e attivazione dei percorsi di Formazione Manageriale.

c) Promozione di progetti formativi integrati, funzionali alla costruzione di rapporti e sinergie tra diversi enti e istituzioni, nella logica del sistema unico socio-sanitario.

d) Promozione di un sistema coordinato di area vasta per l'erogazione di alcuni servizi formativi a supporto delle attività delle aziende sanitarie (es. progettazioni, accreditamento ECM, servizi tecnico-logistici, ricerca-documentazione di metodologie formative, strumenti e materiali didattici, tenuta degli albi degli enti e soggetti formatori accreditati).

e) Coordinamento, supporto e monitoraggio della rete degli Uffici Formazione delle Aziende e delle attività formative sviluppate, quale strumento di valutazione e confronto di esperienze.

f) Sostegno alla ricerca di metodologie formative innovative, con particolare riferimento all'e-learning.

Nei tre anni di vigenza del III PSR le **aziende sanitarie** sono impegnate a:

1. sviluppare o portare a consolidamento le indicazioni contenute nelle "Linee-Guida alle Aziende Sanitarie, Ospedaliere Inrca e Arpam per la gestione delle attività formative" delib. G.R. n. 2673 del 11.12.2000 e i Requisiti di Accredimento di cui alla Legge Reg. n. 20 /2000;
2. sviluppare processi formativi integrati di tutti gli operatori del Sistema Sanitario Regionale, con particolare riferimento a quelli relativi al personale dipendente e convenzionato, e al personale sanitario e sociale;
3. offrire pari opportunità di sviluppo a tutto il personale per l'acquisizione di livelli sempre più elevati di competenze professionali coerenti con i nuovi bisogni emergenti dal contesto sociale e con i nuovi modelli organizzativi;
4. favorire il raccordo delle attività formative e di quelle inerenti le politiche del personale.

La **formazione per l'accesso** al Servizio Sanitario e i **rapporti con l'Università**

Lo sviluppo organizzativo del sistema sanitario implica un raccordo imprescindibile con le politiche di formazione di base, che sono lo strumento necessario per accompagnare sia in termini quantitativi che qualitativi il fabbisogno di personale connesso all'evoluzione degli assetti organizzativi.

La recente Riforma dell'Ordinamento Universitario (Decreto 3 Novembre 1999 n.509 "Regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli Atenei" , che individua, tra l'altro i diversi titoli e corsi di studio articolati in 3/5/7 anni di studio e Decreto 2 Aprile 2001 "Determinazioni delle classi di lauree universitarie delle professioni sanitarie - di base e specialistiche-). Tale riforma inoltre impone che i **Protocolli di intesa**, di cui al D. Legisl. 31.7.97, e i relativi accordi attuativi di livello regionale, che costituiscono lo strumento di

riferimento per la determinazione concertata dei piani annuali di definizione degli specifici fabbisogni formativi, siano rivisti, con le quattro Università marchigiane, allo scopo di :

- definire , da parte della Regione, il fabbisogno di personale sanitario, anche ai fini della programmazione , da parte del Ministero dell'Università e della Ricerca, degli accessi ai diversi Corsi Universitari;
- definire gli aspetti del fabbisogno qualitativo delle prestazioni, e delle conseguenti professioni, tenendo conto dei livelli di assistenza, della programmazione regionale, dei rapporti tra domanda e livelli di appropriatezza;
- definire gli aspetti relativi alle competenze professionali delle diverse figure previste nel Sistema Sanitario Regionale, in coerenza con l'evoluzione dei profili professionali che emergono anche dai CC.NN.LL.;
- definire , sulla base dei nuovi scenari di Welfare e del sistema dei servizi socio-sanitari , nuovi percorsi formativi necessari a professioni e profili professionali già operanti o emergenti nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale, quali , ad esempio Master di 1° livello relativi ad ambiti organizzativi, tecnico-specialistici, gestionali;
- definire un sistema di garanzie operative per l'effettuazione dei percorsi di tirocinio pratico di tutte le professioni operanti all'interno del Servizio Sanitario (Medici, Infermieri, Biologi, Psicologi, Terapisti, Educatori, ecc.) sia in termini di individuazione delle sedi accreditate, delle modalità di effettuazione dei tirocinii, di entità dei finanziamenti collegati.

Nell'ambito della formazione del personale non laureato assume una particolare rilevanza la figura dell'**Operatore socio sanitario (OSS)**, il cui profilo e percorso formativo sono stati individuati dall'accordo del 22 febbraio 2001 fra il Ministero della Sanità, il Ministero per la Solidarietà sociale e le Regioni.

Il percorso formativo dell'Operatore socio sanitario è stato definito con deliberazione di Giunta Regionale del 10 Aprile 2002 n. 686 (Recepimento dell' Accordo tra il Ministro della Sanita` , il Ministro per la Solidarieta` Sociale e le Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano, per la individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'operatore socio sanitario: approvazione del modello regionale di formazione iniziale per il conseguimento della qualifica di Operatore Socio Sanitario).

La Giunta regionale ha attivato, in via sperimentale, presso tutte le aziende sanitarie corsi di qualificazione e riqualificazione del personale interessato. Entro il termine del compimento della sperimentazione dei 1° Corsi regionali per OSS, la Giunta Regionale definisce, nell'ambito della attribuzione delle competenze di cui alla L.R.20/2001, l'affidamento dei Corsi alle strutture formative accreditate e individuate per la Formazione Professionale, con contestuale definizione delle convenzioni per il reperimento della docenza, per l'effettuazione dei percorsi di tirocinio pratico, e per le modalità di effettuazione dei tirocinii stessi .

3.2.2.6. Un sistema informativo per la salute e per la gestione dei servizi

La misurazione sistematica dei risultati delle cure mediche in termini di salute - attraverso l'utilizzo di indicatori internazionali di qualità e con risultati che alimentano database in grado di permettere adeguati confronti - costituisce uno strumento indispensabile per lo sviluppo continuo della qualità nell'assistenza ai pazienti. Tali misure dell'impatto sulla salute, come dato di partenza per lo sviluppo di un processo di qualità dell'assistenza, assieme con una maggiore attenzione alla medicina basata su prove di efficacia, possono fornire nuovi

strumenti per la valutazione della tecnologia e per una più efficace ed efficiente applicazione degli interventi diagnostici e terapeutici. Esse possono individuare quello che funziona, quello che è necessario e quello che non lo è. Ciò consente un approccio scientifico per identificare nuovi promettenti interventi e per ridurre procedure, farmaci ed attrezzature non necessarie. Può anche individuare risorse che possono essere liberate per affrontare, all'interno del settore sanitario, *parte* della crescente domanda che nasce dall'invecchiamento della popolazione e dalla costante introduzione, nell'assistenza sanitaria, di tecnologie più sofisticate e costose.

La funzione epidemiologica

Oltre al consolidamento delle attività in corso, per avviare il progressivo passaggio da una politica dell'assistenza sanitaria a una politica per la salute, due sono le priorità che si intendono sviluppare nel prossimo futuro, per quanto attiene la funzione epidemiologica:

1. il coinvolgimento sempre più forte degli operatori del SSR, in una prospettiva di formazione continua, per promuovere la cultura del riconoscimento dei bisogni/domanda dei cittadini, attraverso l'estensione di indagini di campo;

2. l'allargamento del quadro conoscitivo a tutte le determinanti della salute che ben sono state individuate nell'ambito dell'esperienza delle relazioni di Distretto e di ASL (sistema dei servizi alla persona – trasporti, istruzione, socio-assistenziale-, sistema abitativo, sistema industriale, ecc.). Questo sarà tanto più importante quanto più il PSR è focalizzato sui **piani di salute** come strumento di programmazione dal basso (nella comunità locale in cui ha la massima significatività e pertinenza – riferite soprattutto alla capacità di soluzione – per i problemi di salute anche di rilievo collettivo). Il consolidamento e l'ulteriore sviluppo della REM rappresenta un'azione fondamentale sia per l'identificazione di nuovi indicatori di salute, sia per mettere a disposizione dei "cittadini competenti" le conoscenze epidemiologiche indispensabili a rendere più informate e più efficaci le scelte politiche a tutti i livelli di governo della società.

Il sistema informativo

La situazione dei flussi informativi sulle determinanti dello stato di salute esterne al sistema stesso è ancora di scollegamento, se non altro per la pluralità di soggetti che intervengono nei vari campi. Appare estremamente utile lo sforzo che le amministrazioni dei distretti e degli ambiti territoriali sociali hanno iniziato a compiere con le relazioni sullo stato di salute e dei servizi nella referenziazione delle informazioni rispetto ad un territorio e ad una popolazione definiti.

Il superamento dell'attuale livello di frammentazione del Sistema sta avvenendo, a livello di organizzazione regionale, nell'avvio dell'Osservatorio regionale delle politiche sociali che sta impostando il suo programma di lavoro, funzionale alla costruzione dei "profili di comunità" nei Piani di Zona, nella logica del Sistema Informativo unico socio-sanitario. Una

prima sperimentazione è avvenuta nella definizione di flussi relativi alla presenza delle RSA e del servizio ADI nella regione.

Il problema della integrazione investe pesantemente anche le informazioni sull'utilizzo delle risorse e sull'universo delle prestazioni del SSR.

Da un lato infatti i sistemi amministrativi delle aziende sanitarie, a causa della disomogeneità tra aziende e della disarticolazione nella gestione dei processi anche in ambito aziendale, rendono particolarmente difficoltosa (sia nel flusso in output dall'azienda che in input verso il centro) la lettura dell'impiego delle risorse nell'intera regione.

Dall'altro difficoltà organizzative di vario genere e di carenza di definizione della struttura di dati (mancano in alcuni casi ad esempio gli stessi nomenclatori delle attività come per certe attività di prevenzione e sul territorio) rendono ancora in parte lacunosa la rilevazione dei servizi resi, soprattutto se la lettura deve essere contestualizzata ad un dato territorio e ad una data popolazione. A maggior ragione, per la somma esponenziale delle difficoltà incontrate nella rilevazione dei costi e delle prestazioni rese, risulta problematica la lettura economica dell'intero sistema che non può che essere basata sulla integrazione tra le due macrodimensioni.

A queste difficoltà si sta cercando da parte della struttura regionale di porre rimedio con la implementazione di un modello unico di controllo a livello regionale, che, pur scontando le difficoltà dette nella sua alimentazione e gestione, consente da tempo ormai una lettura che si alimenta prevalentemente dai flussi della contabilità analitica per centri di costo e della contabilità generale.

Anche per facilitare l'alimentazione di tale modello e dei relativi report, ma soprattutto per supportare adeguatamente il profondo cambiamento in atto legato alle proposte di riordino, è necessario superare anche radicalmente e con coraggio l'assetto delle attuali dotazioni informatiche progettando un sistema unico, a partire dai processi amministrativi, che vanno quindi omogeneizzati anche a questo fine. L'utilizzo di questa risorsa a tutti i livelli periferici ove risulti necessario è praticamente già fin d'ora possibile (con qualche aggiustamento di poco conto in termini di investimento) grazie alla infrastruttura telematica regionale web based ed alle relative dotazioni già disponibili presso la regione.

Contestualmente occorre anche proseguire nello sviluppo del datawarehouse regionale, che è stato sperimentato a partire dal sistema delle prestazioni con la realizzazione dei data mart dei ricoveri ospedalieri e delle prestazioni farmaceutiche in convenzione e che dovrà essere realizzato a breve anche per le prestazioni specialistiche ambulatoriali. Lo scopo immediato è la lettura, ancora una volta, *integrata* dei consumi sanitari in termini di appropriatezza rispetto a profili di cura, con l'utilizzo in particolare di informazioni ("dimensioni") relative all'utente assistito e al suo territorio, rendendo più incisivo il dialogo con i prescrittori. L'utilizzo dei sistemi di datawarehousing per essere più efficace dovrà coinvolgere in modo più cogente le attuali aziende sanitarie e produrre le premesse per livelli di analisi più integrati e puntuali tra la macrodimensione dei servizi resi e quella delle risorse

impiegate, facilitando la introduzione anche di soluzioni ERP legate non solamente ai processi amministrativi.

Quanto detto deve consentire la facilitazione della lettura integrata anche rispetto agli **esiti sullo stato di salute** in relazione alle sue determinanti. Tale lettura integrata sarà facilitata in quanto tutte le informazioni che costituiscono il patrimonio informativo del sistema sono esplicitamente e univocamente legate ai cittadini ed ai relativi territori.

3.2.3. La buone pratiche organizzative

3.2.3.1. Promuovere un management innovativo

L'attuazione del presente piano richiede lo sviluppo di un management innovativo in grado di orientare la politica regionale alla salute in un quadro di buon uso delle risorse limitate. E' necessario che a tutti i livelli di governo e gestione del sistema sanitario siano presenti nuove competenze organizzative, complementari a quelle finora sviluppate, e orientate allo sviluppo dell'organizzazione verso la qualità.

La Regione ha esperienza di identificazione di queste competenze manageriali relativamente all'attività di responsabile di Distretto, che sono state validate in un formale processo di definizione del profilo di questa figura professionale al fine di garantirne una adeguata formazione manageriale. Tali competenze possono essere adeguatamente calibrate per ogni livello decisionale e corrispondono a quanto identificato dalla letteratura internazionale sul tema specifico delle organizzazioni sanitarie. Un professionista con responsabilità organizzative orientate alla qualità dovrebbe essere in grado di :

- progettare attività e servizi che, in un contesto di risorse scarse, rispondano ai bisogni di salute della popolazione ed alle esigenze/bisogni del cittadino, sia esso un paziente o un utente del servizio;
- comprendere se la produzione e la fornitura di attività e servizi siano in linea con le risorse disponibili, i bisogni di salute ed, in subordine, con la domanda di servizi;
- utilizzare nel perseguimento dei risultati solo tecnologie che soddisfano alle aspettative degli operatori e dei cittadini e che siano di costo-efficacia dimostrata;
- garantire che la direzione ed il personale siano a conoscenza dei bisogni e delle domande dei cittadini ed adeguatamente preparati a rispondervi con adeguatezza utilizzando al meglio le risorse disponibili;
- assicurare che il sistema di monitoraggio dell'attività, qualità e costi sia adeguato a raggiungere ed a mantenere gli obiettivi e gli standard con le risorse assegnate;
- identificare e correggere gli errori durante il processo di produzione dei servizi;
- di apprendere dagli errori commessi ed operare in una situazione di miglioramento continuo.

Le conseguenti competenze necessarie ad un responsabile organizzativo ed al proprio staff ai diversi livelli di responsabilità per orientare il sistema alla qualità vanno ricercate quindi fra le seguenti:

- analisi dei prodotti e dei processi orientata al cittadino/paziente,
- analisi dell'organizzazione,
- analisi delle criticità,
- misurazione e valutazione della produzione attraverso indicatori, criteri e standard,
- progettazione,
- aggiornamento e formazione,
- analisi socio-epidemiologica del bisogno,
- analisi dei rapporti con l'utenza,
- analisi dei costi e controllo di gestione,
- supporto al clinical decision making attraverso rapporti sostanti con i Centri Documentazione sulle revisioni sistematiche della letteratura,
- supporto ed intermediazione fra gruppi su problemi ed obiettivi organizzativi e di salute,

Gli strumenti operativi di supporto al management, in parte già introdotti dal PSR 1998-2000, dovranno essere utilizzati in modo sempre più integrato all'interno del sistema:

- sistemi informativi aziendali e regionale,
- le articolazioni organizzative del sistema-qualità,
- sistema formativo,
- rete epidemiologica relazioni sanitarie di distretto e aziendali,
- uffici per le relazioni con il pubblico,
- controllo di gestione,
- sistema di contabilità analitica,
- sistema di budgeting a livello aziendale,
- bilancio di previsione e consuntivo,
- centri di documentazione.

La presenza di competenze e l'impiego integrato degli strumenti operativi presuppone inoltre uno stile di **leadership**, orientato ed orientante alla qualità che nell'ambito sanitario è obbligatoriamente destinato ad essere grandemente innovativo. Tale stile deve dimostrare da un lato competenze ed elasticità per garantire all'intera organizzazione una vision, la guida alle idee, un linguaggio informale e l'incoraggiamento allo sviluppo delle capacità decisionali dei professionisti, dall'altro dev'essere in grado di motivare le squadre, costruire alleanze e coalizioni su obiettivi strategici di salute, conoscere e sviluppare le competenze del personale sanitario e garantire uno stile non competitivo di gestione dei conflitti, gettando ponti di collaborazione fra soggetti diversi per cultura, tradizioni professionali, storie individuali.

Il riconoscimento della leadership in campo sanitario si ottiene, non è data, e si manifesta nella capacità di risolvere le crisi con la collaborazione e l'ascolto, nell'adattarsi alle situazioni avverse trovando le alleanze per superarle assieme, nell'incoraggiare piuttosto che nel punire.

Guidare, innovare, scegliere ed aiutare sono le quattro parole chiave di un management innovativo in sanità che nella nostra Regione trova già ampio consenso nei comportamenti quotidiani, ma che va, con questo Piano, affermata come stile di conduzione dei servizi sanitari della Regione.

Queste competenze dovranno essere ricercate e valorizzate fra quanti già ne hanno la disponibilità e dovranno essere gradualmente introdotte fra quanti ancora si attestano su modalità più tradizionali di gestione delle organizzazioni sanitarie. Non si tratta di ridipingere vecchie idee, ma di trasformare il sistema sanitario con comportamenti innovativi,

indispensabili per ottenere da tutti gli attori del sistema i risultati attesi, oltre che in termini di salute dei cittadini, anche in termini economici.

3.2.3.2. Lo sviluppo dei sistemi qualità e di accreditamento

Il Sistema Qualità Aziendale

Il Sistema Qualità delle Aziende Sanitarie è costituito dagli strumenti che l'organizzazione si dà per promuovere, progettare, valutare e migliorare la qualità dell'assistenza fornita ai cittadini ed ai pazienti.

Esso è costituito da politiche ed azioni organizzative.

Le politiche sono gli impegni sottoscritti dell'Alta Dirigenza nel promuovere la qualità a tutti i livelli dell'organizzazione, misurabili con atti concreti di gestione (Piano Strategico orientato alla qualità, contratti con obiettivi di qualità, progettazione e riprogettazione della mission delle attività sanitarie basata sui bisogni del bacino d'utenza evidenziati dalla pratica epidemiologica, programmi espliciti di azioni basate su problemi, obiettivi, processi e risultati, sistemi premianti orientati alla qualità dei risultati sui pazienti, ecc.).

Le azioni organizzative sono quell'insieme di funzioni ed attività che favoriscono l'orientamento alla qualità dell'intero sistema, e sono, ad esempio:

- lo sviluppo organizzativo orientato alla qualità, con
- la costituzione di uno staff qualità in capo al Direttore Generale, con specifiche competenze nel campo della promozione e diffusione degli strumenti dei metodi e delle tecniche che possono favorire lo sviluppo della qualità;
- la presenza di punti di riferimento dello staff con competenze (promoters) per lo sviluppo della qualità nei dipartimenti e nei servizi;
- la formazione per la qualità di tutto il personale dell'Azienda finalizzata a produrre progetti di qualità su obiettivi prioritari di salute ed organizzativi;
- la costituzione di gruppi qualità aziendali su obiettivi specifici di miglioramento della qualità (commissioni professionali per la buona pratica clinica – ritenuti irrinunciabili in tutti i sistemi sanitari avanzati -, gruppi ad hoc su problemi clinici o organizzativi prioritari per l'Azienda, gruppi di audit clinico, commissioni miste professionali/amministrative per gli acquisti di tecnologie);
- la costruzione di manuali della qualità aziendali/dipartimentali/di unità operativa, contenenti le principali procedure gestionali, i principali protocolli operativi di tipo clinico, i profili assistenziali progettati, pertinenti con la mission dell'Unità Operativa, messi a disposizione per orientare le attività degli operatori e continuamente sottoposti a revisione alla luce delle innovazioni che intercorrono;
- la promozione dell'accesso degli operatori a banche dati, Centri Documentazione, Società scientifiche, gruppi professionali operanti per il miglioramento delle attività assistenziali per i pazienti.

La Regione fornirà, tramite l'Agenzia Regionale Sanitaria, alle Aziende, il supporto tecnico e metodologico per la costruzione dei sistemi qualità, anche sviluppando sotto forma di servizio operativo il prototipo di Centro Documentazione Qualità al momento attivo in forma sperimentale.

L'accreditamento

Il sistema regionale di autorizzazione/accreditamento istituzionale, come riportato nel § 1.3.1., si è sviluppato sugli obiettivi del PSR 1998-2000 con una serie di atti legislativi e di azioni che hanno portato la Regione Marche ad essere fra le tre in Italia¹⁵ ad aver concretamente attivato gli istituti suddetti.

Le attività poste in essere sugli istituti dell'autorizzazione e accreditamento dovrebbero consentire di assicurare al cittadino adeguati standard strutturali, tecnologici e impiantistici (attraverso l'autorizzazione) e organizzativi (attraverso l'accreditamento).

Tutto l'impianto va quindi consolidato e portato a compimento, completando le visite a tutte le strutture nell'arco di due anni. Peraltro, a partire dal 2003, si procederà alla ridefinizione del sistema di accreditamento fondandolo non più sugli elementi statici dell'organizzazione, ma sui **processi assistenziali** (il *core business* della sanità) e sulla valutazione degli **esiti clinici**.

Le esperienze internazionali mostrano che tale ridefinizione richiede diversi anni di lavoro con l'insieme del corpo professionale. Nelle Marche, attraverso la realizzazione del progetto "profili di assistenza", si sono poste le basi concettuali ed operative per tale sviluppo e si ritiene che la ridefinizione del sistema possa avvenire entro il 2004.

Obiettivo ultimo è quello di costruire un sistema di accreditamento tale che venga garantita la qualità ottimale del percorso assistenziale, dalla presa in carica del cittadino alla sua dimissione dalle strutture sanitarie. Attraverso lo sviluppo degli indicatori di esito dei vari processi assistenziali, si potrà inoltre offrire ai cittadini la "quantificazione" dell'efficacia degli interventi diagnostico-terapeutici posti in essere dalle strutture. Su questa base sarà anche possibile ricostruire una nuova "Carta dei servizi" che meglio espliciti l'impegno delle singole strutture per la tutela della salute dei propri utenti.

Il completamento di questo percorso assistenziale avviene con l'inserimento delle residenzialità sociali e degli interventi di domiciliarizzazione nel percorso di vita del cittadino.

La costruzione di un "sistema integrato di interventi e servizi alla persona" passa anche attraverso la definizione dei criteri per l'accreditamento previsti della legge regionale n. 20/2002 "disciplina in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture e dei servizi sociali a carattere residenziale e semiresidenziale che completa il quadro previsto dalla legge regionale n. 20/2000.

Per garantire ulteriormente il percorso la Regione Marche aderirà alla collaborazione internazionale ALPHA dell'International Society for Quality in Health Care (ISQua) per ottenere a propria volta la certificazione da parte di una fra le associazioni di Organizzazioni accreditanti presenti a livello mondiale, certificazione ottenibile entro il 2004.

3.2.3.3. CONSOLIDARE IL SISTEMA DI BUDGETING

Il sistema di budgeting è tra gli strumenti dell'economia che il servizio sanitario ha introdotto nel corso del processo di aziendalizzazione in sanità. L'importanza del budget risiede nel suo ruolo di traduzione ed attuazione della programmazione in obiettivi di breve periodo sulla base delle risorse disponibili assegnate ai centri di responsabilità.

Nel corso degli ultimi anni, alcune esperienze aziendali e regionali hanno confermato l'importanza di questo strumento

- a) per realizzare gli obiettivi programmatici,
- b) per favorire un confronto trasparente fra responsabili di governo e di gestione,
- c) per meglio responsabilizzare, coordinare e integrare le unità organizzative
- d) per rafforzare il monitoraggio e l'intervento sulle principali variabili controllabili dal sistema.

Il consolidamento del sistema di budgeting significherà affinare e diffondere questo strumento a tutti i livelli organizzativi del sistema sanitario. Il processo di budgeting dei centri di responsabilità, pur nelle sue varianti ed innovazioni, dovrà seguire la logica della programmazione:

1. condivisione della strategia e degli indirizzi generali,
2. definizione degli obiettivi e delle priorità sotto il vincolo di risorse scarse,
3. identificazione delle attività e dei processi organizzativi per la loro realizzazione,
4. quantificazione delle risorse necessarie e delle risorse disponibili,
5. negoziazione delle proposte di budget in funzione delle priorità condivise,
6. definizione e accordo di budget,
7. controllo e valutazione del raggiungimento degli obiettivi e del rispetto del budget concordato.

Il budget non potrà quindi risolversi in un semplice tetto di spesa, ma dovrà consolidarsi come processo e cultura organizzativa manageriale nel sistema, che mettendo in relazione obiettivi, attività e risorse contribuirà alla gestione razionale delle risorse ed al raggiungimento degli obiettivi di programmazione sanitaria.

Come parte costitutiva del processo di budgeting va interpretato il **controllo di gestione**. Una delle criticità più rilevanti riscontrate fino ad ora nei sistemi di programmazione e controllo è rappresentata dalla difficoltà di giungere ad informazioni complesse e sintetiche al tempo stesso, soddisfacenti ai molteplici obiettivi conoscitivi corrispondenti a numerosi *stakeholder* del sistema sanitario. Considerando ciò, nella evoluzione del controllo di gestione che seguirà alla ridefinizione dell'intero SSN, sarà opportuno riconoscere la rilevanza strategica, oltre che operativa, dell'ICT. L'investimento in tecnologia consentirà di avere letture integrate di dati sanitari, economici, finanziari, ecc, e ageverà significativamente il processo di miglioramento/evoluzione della funzione di programmazione e controllo all'interno di ciascuna azienda. Operativamente, si tratterà innanzitutto di agire sui sistemi di gestione attuali al fine di migliorare:

- i processi amministrativi attraverso una ri-lettura degli stessi sulla base di criteri di efficienza e di efficacia;

¹⁵ Indagine Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (agosto 2002)

- le transazioni tra unità operative diverse;
- i flussi informativi tra livelli periferici e livelli centrali.

Il fine è, ovviamente, quello di disporre di informazioni complete e soddisfacenti per obiettivi conoscitivi particolari corrispondenti alle specifiche esigenze dei vari soggetti coinvolti, a vario titolo, nei processi produttivi sanitari. In tal senso i sistemi informativi non possono che favorire la costruzione dei modelli di programmazione e controllo migliorando la flessibilità degli stessi, rivedendo i processi aziendali e intraprendendo un percorso d'innovazione aziendale e di apprendimento organizzativo.

3.2.4. Una sanità sicura

Un sistema sanitario credibile ed affidabile non può permettere che le attività sanitarie, attività complesse e difficili, spesso determinino accidentalmente il peggioramento delle condizioni di salute dei pazienti che le si affidano con fiducia ed un conseguente aumento dei costi per le famiglie e la collettività. Buona parte degli episodi di danni reversibili o irreversibili a carico dei pazienti trattati nelle condizioni consuete di cura sono causati dall'incompetenza del sistema organizzativo, più che dall'incompetenza dei singoli operatori sanitari, e quindi sono attribuiti a chi ha la responsabilità di garantire una organizzazione efficace ed efficiente.

Perciò i sistemi sanitari avanzati di tutto il mondo si stanno mobilitando per trovare soluzioni tecniche ed organizzative a questo problema. La Regione Marche non può eludere il problema.

3.2.4.1. La gestione del rischio (risk management)

Con il presente Piano Sanitario la Regione Marche identifica le seguenti aree prioritarie d'intervento per progettare servizi sanitari affidabili e sicuri.

- *Area delle degenze prolungate e dell'ADI* (obiettivi prioritari nell'ordine): prevenzione delle lesioni da decubito; prevenzione delle infezioni ospedaliere; prevenzione delle cadute; prevenzione delle reazioni avverse da farmaci ed emoderivati/emocomponenti; prevenzione delle acuzie prevedibili.
- *Area delle degenze ordinarie mediche* (obiettivi prioritari nell'ordine): prevenzione delle cadute; prevenzione delle reazioni avverse a farmaci ed emoderivati/emocomponenti; prevenzione delle infezioni ospedaliere; prevenzione dei rientri inattesi in ospedale; prevenzione delle lesioni da decubito; prevenzione dei comportamenti suicidi; eliminazione delle attese non motivate nel trasferimento ad altra Unità operativa.
- *Area delle degenze e delle attività chirurgiche* (obiettivi prioritari nell'ordine): prevenzione degli incidenti in corso di intervento chirurgico; prevenzione dei rientri inattesi in ospedale; prevenzione dei reinterventi non programmati; prevenzione delle infezioni ospedaliere; prevenzione delle lesioni da decubito; prevenzione delle reazioni avverse da farmaci ed emoderivati/emocomponenti; prevenzione della mortalità e della

morbilità in corso di travaglio di parto e di parto; eliminazione delle attese non motivate nel trasferimento ad altra Unità operativa.

- *Area dei servizi psichiatrici e delle tossicodipendenze* (obiettivi prioritari nell'ordine): prevenzione dei comportamenti suicidi; prevenzione della contenzione fisica; prevenzione delle infezioni crociate fra pazienti per HIV ed epatite B e C.

Le attività di prevenzione di queste condizioni sono responsabilità diretta della dirigenza delle organizzazioni sanitarie e della dirigenza sanitaria che dovranno dimostrare, anche in sede di accreditamento istituzionale e di valutazione degli obiettivi di budget, di aver progettato ed attivato le azioni di risk management più adeguate allo scopo, secondo le seguenti indicazioni:

- Definizione, all'interno dello staff della direzione generale, di alcune figure professionali sanitarie, in stretto collegamento o coincidenti con i responsabili dello staff qualità aziendale, comunque diversi dagli addetti alla prevenzione del rischio per gli operatori (626), cui affidare la responsabilità della promozione e del supporto alle Unità operative per la prevenzione del rischio clinico;
- Identificazione, in sede di ammissione al servizio delle principali condizioni di rischio per i pazienti nel corso di tutto il percorso assistenziale;
- Identificazione ed esplicitazione scritta, contenuta nei protocolli operativi o nei profili assistenziali, delle manovre più a rischio con conseguente stesura di un protocollo dettagliato per la prevenzione dello stesso, corredato da bibliografia;
- Identificazione, per le principali manovre ad alto rischio identificate, dei crediti formativi necessari per espletare le manovre ad alto rischio con piena responsabilità operativa dei professionisti impiegati;
- Monitoraggio degli incidenti critici a cura del responsabile dell'Unità Operativa e conseguenti decisioni professionali sulle modalità di intervento nel caso dovesse ripetersi. In particolar modo questa dev'essere un'attività strettamente professionale che deve coinvolgere lo staff organizzativo solo nel caso siano indicate delle misure organizzative idonee a prevenire il rischio clinico.

3.2.4.2. Una politica per l'uso appropriato e sicuro dei farmaci

L'impiego razionale dei medicinali è un obiettivo prioritario del Piano Sanitario Regionale, per il ruolo che l'assistenza farmaceutica riveste nella tutela della salute dei cittadini.

L'obiettivo dell'uso razionale del farmaco si raggiunge attraverso l'appropriatezza, l'efficacia, la sicurezza (tollerabilità) e l'economicità, in particolare:

- Razionalizzare la spesa farmaceutica ospedaliera attraverso l'uso di *Prontuari Terapeutici Ospedalieri* e di *Protocolli Terapeutici* in base anche alla Farmacoepidemiologia e alla Farmacoeconomia;
- Garantire un sistema di reporting mensile sull'andamento della spesa farmaceutica convenzionata, per il suo monitoraggio mediante informazioni valide e oggettive al fine di una valutazione della terapia farmacologia e delle misure adottate per il contenimento della spesa ai sensi della Legge 405/2001 e della Legge 178/2002;
- Promuovere l'uso razionale delle prescrizioni e dei consumi per un miglior uso dei farmaci.

- Attuare il Programma Nazionale e Regionale di Farmacovigilanza, per evidenziare le reazioni avverse e valutare costantemente il profilo di beneficio – rischio dei farmaci attraverso la rete informatizzata;
- Porre la terapia farmacologia e la farmacovigilanza tra i temi regionali dell'Educazione Continua in Medicina /ECM);
- Rafforzare la diffusione dell'informazione sui farmaci rivolta agli operatori sanitari e ai cittadini.

3.2.6. Schede Obiettivi-azioni-tempi-risorse-indicatori macroobiettivo 4: QUALIFICARE IL SISTEMA DELL'OFFERTA					
LA TRASPARENZA NEI CONFRONTI DEI CITTADINI E DEI PAZIENTI					
AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	AZIONI/STRUMENTI	TEMPI	RISORSE	INDICATORI
Qualità percepita dai cittadini e pazienti	1. Sistema di sorveglianza dei reclami	1. 1. Attivazione del sistema di classificazione dei reclami già elaborato dalla Regione Marche nel biennio 2001-2002 a. a. Sperimentazione di prototipo di sistema informativo per codici già in essere b. b. Diffusione del sistema Informativo per tutte le Aziende (formazione specifica per operatori identificati) c. c. Attivazione definitiva del sistema d. d. Verifiche trimestrali e report alle direzioni Generali e. e. Verifiche annuali sull'attivazione di azioni di miglioramento	1 a. gennaio-marzo 2003 b. b. aprile-maggio 2003 c. c. giugno 2003 d. d. ottobre 2003 e. e. ottobre 2004 1a verifica e poi gennaio, aprile, settembre 2004	Nessuna risorsa aggiuntiva	Di processo: a) N° Totale reclami in Regione per unità di tempo (mese) b) N° di reclami per Azienda/N° totale reclami/mese c) N° Reclami per area omogenea per azienda e per regione. e) N° problemi risolti con delibere e verifiche sul campo.
	indagini campione mirate sulle esperienze dei cittadini ricoverati in ospedale ed in assistenza domiciliare	1. 1. Attivazione questionario Picker generico su 1 Azienda Ospedaliera e 4 ospedali di Rete 2. 2. Attivazione questionario Università di Urbino su 4 servizi ADI	1. 2003 2. 2003	Nessuna risorsa aggiuntiva	1.a. n° responders / n° contattati per ospedali e totale 1.b. % risposte favorevoli/totale risposte 2.a. n° responders/ n° contattati per ambito 2.b. % risposte di gradimento / totale risposte N° azioni migliorative effettuate/anno sulla base delle segnalazioni
	monitoraggio periodico delle opinioni dei cittadini sul SSR	1. 1. attivazione azienda specializzata	2003: dalla data di avvio del progetto: a 3 mesi indagine, poi 1 indagine ogni 6 mesi	Contratto con azienda specializzata e accreditata	Effettuazione dell'indagine con risultati N° Decisioni prese in seguito all'indagine

Regione Marche – Giunta Regionale

AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	AZIONI /STRUMENTI	TEMPI	RISORSE	INDICATORI
Carta dei Servizi	Entro il 2004 le Guide ai Servizi attualmente operative diventeranno vere e proprie "Carte dei Servizi" in tutte le Aziende Le Carte dei Servizi ora attivate vanno verificate e rinnovate	Processo partecipativo aziendale per il passaggio dalle Guide ai Servizi alle Carte dei Servizi Processo partecipativo aziendale per la revisione delle Carte dei Servizi in vigore	2004 2004	Non risorse aggiuntive	Numero di Carte dei servizi presenti nel 2004 N° Carte dei Servizi sottoposte a revisione
Informazione/Comunicazione	Monitorare e Consolidare le attività degli URP	Raccolta/analisi dati attività Report periodici (annuali) Adeguamento servizi ai bisogni emergenti	Fine 2003, Fine 2004 Fine 2005	Non risorse aggiuntive	N° report annuali
Tutela	Monitorare e Consolidare le attività delle Aziende	Raccolta/analisi dati attività Report periodici (annuali) Adeguamento servizi ai bisogni emergenti	Fine 2003, Fine 2004 Fine 2005	Non risorse aggiuntive	N° report annuali
Accoglienza e Comfort	Sviluppare sistemi codificati di accoglienza dei pazienti in ospedale e nei servizi territoriali Sviluppare sistemi codificati di sviluppo del comfort alberghiero nelle strutture di ricovero	1. Definizione delle modalità di accoglienza dei pazienti in ospedale e nei servizi territoriali 2. Condivisione ed attivazione di progetti per lo sviluppo del comfort alberghiero nelle strutture di ricovero	1. Fine 2003 2. 2. Fine 2003 progetti 3. 3. Fine 2004 progetti attivati	Non risorse aggiuntive	1. N° protocolli di accoglienza operativi con verifica operatività 2. N° progetti per il comfort alberghiero fatti nel 2003 3. N° progetti per il comfort alberghiero attivi
Partecipazione	Sviluppare, codificare e monitorare sistemi di partecipazione dei pazienti e delle loro famiglie per le principali patologie trattate in ospedale e sul territorio Priorità: pazienti oncologici, insufficienza renale in dialisi o trapiantati, cardiopatici cronici, demenze, salute mentale, dipendenze	1. Attivazione di focus groups o similari a cadenza periodica 2. Attivazione di monitoraggio tramite strumenti condivisi delle attività cliniche ed organizzative dal punto di vista dei pazienti 3. Decisioni clinico/organizzative che tengono conto delle risultanze dei processi di partecipazione dei pazienti	1. Fine 2003 2. 2004 3. 2004	Non risorse aggiuntive	1. N° focus groups o similari attivati 2. N° e sede delle azioni di monitoraggio attivate 3. N° decisioni clinico/organizzative attivate per specialità e regime assistenziale

Regione Marche – Giunta Regionale

AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	AZIONI/STRUMENTI	TEMPI	RISORSE	INDICATORI
Riduzione delle liste di attesa	Conoscere la situazione delle liste di attesa	Progettare ed implementare un sistema di monitoraggio	2003	Non risorse aggiuntive	Presenza del progetto e report annuale sulla sua implementazione
	Identificare le situazioni prioritarie di sofferenza ed i responsabili tecnici ed organizzativi delle Unità Operative coinvolte	Attivare un sistema informativo sulle liste di attesa	2003	Non risorse aggiuntive	Sistema informativo presente
	Ridurre le liste di attesa nelle aree prioritarie di sofferenza	Istituire gruppi regionali di progetto	2003	id	Gruppi di progetto regionali istituiti. Verbalì riunioni
		Progettare le misure tecniche ed organizzative più idonee	2003	id	Progetti
		Affidare localmente le responsabilità per l'attuazione dei progetti di riduzione delle liste di attesa	2003-2004-2005	id	Documenti con affidamento di responsabilità localmente
		Implementare il progetto	2003-2004-2005	id	Progetti implementati (report annuale)
		Monitorare i risultati	2003-2004-2005		Riduzione delle liste di attesa (report annuale)
OBIETTIVO GENERALE	La buone pratiche professionali e la promozione dei professionisti				
AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	AZIONI/STRUMENTI	TEMPI	RISORSE	INDICATORI
Ricerca clinica ed organizzativa	Favorire la partecipazione più vasta dei professionisti marchigiani alle attività di ricerca clinica ed organizzativa	Istituire Commissione regionale per la ricerca clinica ed organizzativa comprendente rappresentanti di tutte le organizzazioni interessate	2003-2005	Risorse dai finanziatori	Commissione nominata ed attiva (nomine. convocazioni e verbalì)
	Facilitare l'intervento di finanziatori pubblici e privati per l'attività di ricerca	<ul style="list-style-type: none"> • Identificare le aree prioritarie per la ricerca clinica • Identificare per ciascun area, soggetti, obiettivi specifici, finanziatori, layout organizzativo, procedure, risultati attesi • Attivare i progetti di ricerca Implementare e concludere i progetti di ricerca 	2003-2005	id	Identificazione avvenuta (verbalì) Attivazione avvenuta (report periodici) Responsabilità e definizione dei gruppi avvenuta (verbalì) N° Pubblicazioni effettuate

Regione Marche – Giunta Regionale

AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	AZIONI /STRUMENTI	TEMPI	RISORSE	INDICATORI
Sviluppare attività di valutazione economica delle tecnologie e programmi sanitari (Technology Assessment)	1. Introdurre nuove tecnologie e programmi sanitari avallata da valutazioni economiche 4. Diffondere la cultura della valutazione economica e delle tecnologie sanitarie nel SSR	1.a Analisi costi-efficacia e costi-benefici e recensioni della letteratura su nuove tecnologie e programmi sanitari 1.b Collaborazioni con centri specializzati regionali, nazionali e internazionali 2.a Formazione specialistica agli operatori del settore 2.b. Diffusione di analisi tramite seminari e/o sito web	Avvio dell'attività nel 2003 e progressivo consolidamento negli anni successivi	RISORSE UMANE: 2 ricercatori full-time RISORSE ECONOMICHE AGGIUNTIVE: eventuali finanziamenti esterni /progetti ministeriali e EU	1. Numero di valutazioni e revisioni della letteratura condotte su nuove tecnologie o programmi sanitari 2. Numero di operatori coinvolti nella formazione e nell'analisi effettuate
Diffondere su scala regionale i profili d'assistenza	Sviluppare profili assistenziali omogenei sul territorio regionale sulle principali patologie trattate negli ospedali	Sviluppare occasioni di confronto professionale sui profili assistenziali per le principali patologie trattate negli ospedali di rete e nelle Aziende Ospedaliere Patologie prioritarie: infarto miocardio acuto, protesi d'anca, gravidanza fisiologica, stroke.	2003-2005	Non risorse aggiuntive	Profili attivi Risultati dei singoli profili valutati in termini di efficacia, efficienza, appropriatezza, soddisfazione di pazienti ed operatori
Sviluppare attività routinaria di audit clinico	I dipartimenti e le Unità operative ospedaliere adottano l'audit clinico come la consueta modalità di revisione dell'attività clinica	Sviluppare competenze di supporto all'audit clinico da parte degli staff qualità	2003-2005	Non risorse aggiuntive	N° di Unità operative/dipartimenti che adottano l'audit clinico per la revisione delle attività
Formazione continua	Raggiungere il consenso per la definizione delle attività per l'ECM e per l'organizzazione della formazione continua	Delibera di Giunta Regionale Costituzione della Commissione Regionale ECM	2003	Risorse aggiuntive per il livello regionale	Delibera regionale
	Avviare le attività connesse al sistema ECM	Delibera di Giunta Regionale Costituzione dell'impianto organizzativo di livello regionale	2003	Id.	Documenti tecnico-organizzativi Delibera Regionale
	Avviare i progetti di formazione sugli obiettivi regionali individuati come prioritari	Staff Formazione Aziendale	2003	id	Documento tecnico-progrttuale Delibera di Giunta Commissione ECM Progetti aziendali
	Portare a maturità il sistema regionale di accreditamento e le indicazioni delle Linee Guida per le Attività di Formazione	Sottoporre a procedura di accreditamento tutte le strutture autorizzate che ne fanno richiesta	2003, 2004, 2005	Non risorse aggiuntive	N° strutture accreditate/anno N° Report di Formazione per Azienda, completo

Regione Marche – Giunta Regionale

					degli indicatori di Efficienza N° ricerche di Valutazioni di Impatto Organizzativo per Azienda
Formazione di accesso e rapporti con l'Università	Definire Protocollo di Intesa con le Università marchigiane	Costituzione Commissione bilaterale Delibera di Giunta	2003	?	Documenti tecnico-progettuali Delibera di Giunta
	Definire l'affidamento dei corsi OSS	Delibera di Giunta	2003	Risorse aggiuntive per il livello regionale	Schema unico convenzione Delibera di Giunta
Funzione epidemiologica	Consolidare la rete epidemiologia regionale	Delibera di Giunta per formalizzare la rete	2003	Risorse aggiuntive da reperire all'interno dell'aumento del finanziamento per il macrolivello prevenzione	Delibera di Giunta
	Rafforzare il governo e la gestione del SSR attraverso il potenziamento del SIS	Consolidare e integrare gli attuali flussi e implementare nuovi flussi più adeguati a rispondere ai nuovi bisogni	2003-2004		Report indicatori
	Supporto allo sviluppo dei Piani comunitari di salute	Coordinamento relazioni stato di salute di ASL e di distretto	2003-2004		Relazione stato di salute 2003 Piani Unitari
	Identificare interventi per il migliorare l'equità di accesso ai servizi	Studi di fattibilità per rendere efficaci interventi teoricamente validi (efficacy→effectiveness)	2003-2005		Progetti di interventi da attuare nel 2004
	Attivare la ricerca sulla promozione alla salute con attenzione ai fattori ambientali, sociali e individuali che la condizionano	Promuovere progetti di ricerca sui soggetti fragili, partecipare a progetti di ricerca nazionali	2003-2005		Report sui risultati delle ricerche svolte
	Diffondere l'uso di metodologie di analisi dei problemi di progettazione e valutazioni degli interventi	Promuovere attività formative e gruppi di discussione con l'ausilio di indagini ad hoc	2003-2005		Corsi seminari effettuati e relativi risultati ottenuti

OBIETTIVO GENERALE					
LO SVILUPPO DEI SISTEMI QUALITÀ E DI ACCREDITAMENTO					
AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	AZIONI/STRUMENTI	TEMPI	RISORSE	INDICATORI
Sistema Qualità Aziendale	Produrre lo schema di Piano Strategico orientato alla qualità	Attivazione progetto ed identificazione dei soggetti partecipanti alla costruzione del piano Strategico aziendale orientato alla qualità	2003-2005	Non risorse aggiuntive	Presenza di un Piano Strategico orientato alla qualità entro il 2004

Regione Marche – Giunta Regionale

	Progettare programmi di azioni prioritarie orientate alla qualità	Scelta condivisa delle azioni prioritarie orientate alla qualità da parte del DG	Id	Id	Documenti dei DG
	Introdurre un sistema premiante orientato alla qualità	Negoziare con i rappresentanti dei professionisti sul sistema premiante orientato alla qualità	Id	Id	Verbali negoziazione
	Confermare e rafforzare gli staff qualità	Revisione delle competenze necessarie allo staff qualità per fornire supporto alle Unità operative per implementare il Piano Qualità Aziendale e sua integrazione con attività formative o con innesti di nuove competenze	Id	In rapporto con l'investimento aziendale all'interno del budget affidato	Evidenza di attività di identificazione di competenze ed eventualmente di formazione aggiuntiva
	Identificare, coinvolgere e al bisogno progettare formazione aziendale per promoters	Identificazione dei professionisti nelle Unità Operative/dipartimenti Analisi bisogni formativi in relazione agli obiettivi aziendali Formazione sul campo attraverso la partecipazione a progetti di miglioramento	Id	id	Id
	Formare alla qualità il personale	Identificazione degli obiettivi di miglioramento aziendali Identificazione degli attori del miglioramento Loro coinvolgimento nei progetti di miglioramento con ore d'aula in rapporto ai bisogni formativi identificati in corso d'opera	Id	Id	Id
	Costituire le Commissioni professionali per la buona pratica clinica	Identificazione degli obiettivi delle attuali commissioni professionali e definizione degli obiettivi delle Commissioni per la buona pratica clinica, pertinenti con gli obiettivi aziendali orientati al miglioramento della qualità professionale ed organizzativa	Id	Id	Delibera costituzione Commissioni, verbali di attività dati di miglioramento su progetti attuati
	Costituire le commissioni miste per acquisti tecnologie	Identificazione degli obiettivi aziendali relativi a questo capitolo identificazione dei clienti interni di quest'obiettivo e loro coinvolgimento nelle procedure tecnico-amministrative	Id	Id	Delibera costituzione commissioni Verbali di attività Report annuali su obiettivi raggiunti e risultati ottenuti
	Costruire i Manuali Qualità di Dipartimento e/o di Unità Operativa	Condivisione del mandato regionale affidato alla struttura aziendale interessata Definizione partecipata della mission della struttura Identificazione degli obiettivi principali della struttura e delle	Id	Id	Presenza di Manuali di qualità nei Dipartimenti e nelle Unità operative con le caratteristiche identificate Lettere di convocazione e verbali di riunioni per

Regione Marche – Giunta Regionale

		attività conseguenti Definizione dei processi tecnici ed organizzativi collegati agli obiettivi individuati Loro condivisione e stesura all'interno del manuale Verifica periodica, ogni anno o al bisogno			costruzione Manuali Report annuale
	Sviluppare l'accesso degli operatori a banche dati, centri documentazione, etc	Informatizzazione e messa a rete dei desk dei professionisti	id	Secondo quanto investito dall'azienda all'interno del proprio budget	% di professionisti collegati in rete. Report annuale
	Sviluppo Centro Documentazione Qualità ARS Marche	Messa a regime del Centro	2003	Id	Report fine 2003
Sistema regionale di autorizzazione e accreditamento istituzionale	Proseguire le attività di autorizzazione ed accreditamento istituzionale	Sottoporre a procedura di accreditamento tutte le strutture autorizzate che ne fanno richiesta	2003, 2004,	Non risorse aggiuntive	N° strutture accreditate/anno
	Proseguire le attività di formazione dei visitatori di accreditamento	Continuare e portare a compimento il programma di formazione iniziato nel 2002	2003	Non risorse aggiuntive	N° soggetti formati per facilitatori interni e per visitatori esterni
	Progettare il Nuovo Manuale di accreditamento per processi ed esiti	Pianificare le attività di progettazione del nuovo manuale Coinvolgere le associazioni professionali, scientifiche e dei cittadini Operare per gruppi di lavoro ed obiettivi condivisi	2003, 2004	Non risorse aggiuntive	1a Bozza Manuale, fine 2003 Manuale completo fine 2004
	Far accreditare il sistema di accreditamento	Aderire all'organizzazione internazionale per l'accREDITamento delle organizzazioni accreditanti Pianificare il processo di accREDITamento Concludere il processo di accREDITamento con visita ispettiva internazionale	2003, 2004	Non risorse aggiuntive	Inizio procedure accREDITamento 2003 Visita accREDITamento, fine 2004
OBIETTIVO GENERALE	UNA SANITÀ SICURA E SENZA DOLORE				
AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	AZIONI /STRUMENTI	TEMPI	RISORSE	INDICATORI
Risk management	Sviluppare competenze a livello regionale e aziendale di risk management	a)Costituzione c/o l'ARS di un gruppo regionale per il Risk management b)Attivazionee formazione di team aziendali sul Risk management	Entro 2003	Non risorse aggiuntive	Attivazione del gruppo regionale Attivazione e formazione dei team aziendali
Area delle degenze prolungate	Obiettivi prioritari: prevenire <ul style="list-style-type: none"> • le lesioni da decubito • le infezioni ospedaliere 	Scegliere le figure professionali sanitarie da affiancare allo staff qualità	2003, 2004, 2005	Non risorse aggiuntive	Report annuale su attività

Regione Marche – Giunta Regionale

	<ul style="list-style-type: none"> • le cadute • le reazioni da farmaci, emocomponenti, emoderivati • le acuzie prevedibili 	con responsabilità di promozione e supporto alle Unità operative per la prevenzione del rischio clinico			
Area delle degenze ordinarie mediche	<p>Obiettivi prioritari: prevenire:</p> <ul style="list-style-type: none"> • le cadute • le reazioni avverse da farmaci ed a emoderivati ed emocomponenti • le infezioni ospedaliere • i rientri non programmati in ospedale • le lesioni da decubito • i comportamenti suicidi <p>Eliminare le attese non motivate nel trasferimento ad altra Unità</p>	Identificazione, in sede di ammissione all'ospedale o al servizio le principali condizioni di rischio per i pazienti nel corso di tutto il percorso assistenziale	2003, 2004, 2005	Non risorse aggiuntive	Report annuale su attività
Area delle degenze ordinarie e delle attività chirurgiche	<p>Obiettivi prioritari: prevenire:</p> <ul style="list-style-type: none"> • gli incidenti in corso di intervento chirurgico • i rientri non programmati in ospedale • i reinterventi non programmati • le infezioni ospedaliere • le lesioni da decubito • le reazioni avverse da farmaci, emocomponenti, emoderivati • la mortalità e la morbilità in corso di travaglio di parto e di parto <p>Eliminare le attese non motivate nel trasferimento ad altra Unità</p>	Identificazione delle manovre e delle situazioni più a rischio e stesura di protocollo dettagliato e condiviso per garantire le buone pratiche cliniche e la riduzione del rischio	2003, 2004, 2005	Non risorse aggiuntive	Report annuale su attività
Area dei servizi psichiatrici e delle tossicodipendenze	<p>Obiettivi prioritari: prevenire:</p> <ul style="list-style-type: none"> • i comportamenti suicidi • la contenzione fisica • le infezioni crociate HIV ed epatite B e C 	<p>Identificazione dei criteri per garantire che gli interventi ad alto rischio siano effettuati dalle persone più preparate e</p> <p>Identificazione delle modalità formative più adatte a far sviluppare al restante personale le competenze necessarie</p>	2003, 2004, 2005	Non risorse aggiuntive	Report annuale su attività

Regione Marche – Giunta Regionale

		per garantire sicurezza ai pazienti			
		Monitoraggio degli incidenti critici a cura del responsabile dell'Unità operativa. Coinvolgimento dei Dirigenti dell'Organizzazione nella progettazione degli interventi di adeguamento.			Report annuale su attività
Sanità senza dolore	Conoscere il problema del dolore nelle diverse Unità Operative/dipartimenti o servizi domiciliari	Fare un censimento regionale delle esperienze già in atto	2003	Non risorse aggiuntive	Risultati del censimento
	Identificare le priorità più rilevanti per tipologia di pazienti	Valorizzare le esperienze più significative	2003	Non risorse aggiuntive	Seminario di studio per condivisione di esperienze
	Ridurre il dolore nei gruppi di pazienti identificati e nei singoli pazienti	Istituire un Gruppo Collaborativo Regionale con compiti di conduzione di un progetto regionale	2003	Non risorse aggiuntive	Delibera regionale e verbali delle riunioni
		Definizione del progetto regionale	2003	Non risorse aggiuntive	Testo del progetto
		Identificazione dei gruppi e dei rispettivi responsabili a livello locale	Fine 2003	Non risorse aggiuntive	Lista di soggetti interessati e responsabili locali per il progetto
		Definizione di protocolli operativi a livello regionale e locale per il trattamento delle principali forme di dolore	2003-2004	Non risorse aggiuntive	Lista di protocolli presente in Regione, in sedi locali e pubblicata in Internet presso il Centro Documentazione a disposizione dei medici e degli infermieri della regione
		Monitoraggio esiti	2004, 2005	Non risorse aggiuntive	Report annuale

ALLEGATO
Schemi progetto-obbiettivi

PROGETTO OBIETTIVO SALUTE MENTALE

- 1. OBIETTIVI**
- 2. INTERVENTI PREVENTIVI, CURATIVI E RIABILITATIVI PRIORITARI**
- 3. POLITICHE E PROGRAMMI DI SALUTE**
- 4. INTERVENTI SPECIFICI**
- 5. TUTELA DELLA SALUTE MENTALE IN ETA' EVOLUTIVA**
- 6. IL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE DM**
 - 6.1 INDICAZIONI GENERALI
 - 6.2 ORGANIZZAZIONE E COMPITI DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE
 - 6.3 FUNZIONI GENERALI DELLA DIREZIONE DEL DM
- 7. STANDARD E GESTIONE DEL PERSONALE**
- 8. NUCLEO DI VALUTAZIONE - MIGLIORAMENTO CONTINUO DI QUALITÀ' (MCQ)**
- 9. SISTEMA INFORMATIVO**
- 10. PROCEDURE E LINEE GUIDA**
- 11. FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO**
- 12. CARTA DEI SERVIZI**
- 13. COMPONENTI ORGANIZZATIVI DEI DSM**
 - 13.1 IL CENTRO DI SALUTE MENTALE
 - 13.2 SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA
 - 13.3 DAY HOSPITAL
 - 13.4 IL CENTRO DIURNO C.D.
 - 13.5 STRUTTURE RESIDENZIALI
 - a) Strutture residenziali terapeutiche (S.R.T.)
 - b) Strutture riabilitative residenziali (S.R.R.)
 - c) Comunità alloggio
 - d) Gruppi appartamenti
 - e) Modulo sperimentale residenziale per pazienti adolescenti
- 14. PRIVATO SOCIALE**
- 15. RUOLO DEGLI ENTI LOCALI**
- 16. RUOLO DELLE UNIVERSITÀ'**
- 17. REALIZZAZIONE DEL PROGETTO: VALUTAZIONE, VERIFICHE, RICERCA**
- 18. CONSULTA REGIONALE PER LA SALUTE MENTALE**

PROGETTO OBIETTIVO MATERNO- INFANTILE

OBIETTIVI

- 1. IL PERCORSO NASCITA**
- 2. U.O.O. DI ASSISTENZA PERINATALE**
 - 2.1 STRUTTURE DI ASSISTENZA PERINATALE DI I LIVELLO
 - 2.1.1 Requisiti organizzativi
 - 2.1.2 Standard di qualità
 - 2.1.3 Funzioni collegate ai livelli assistenziali
 - 2.1.4 Requisiti Strutturali
 - 2.1.5 Requisiti Tecnologici
 - 2.1.6 Profili Professionali e aree funzionali omogenee (A.F.O.)
 - 2.2 STRUTTURE DI ASSISTENZA PERINATALE II LIVELLO
 - 2.2.1 Requisiti organizzativi
 - 2.2.2 Standard di qualità
 - 2.2.3 Funzioni collegate ai livelli assistenziali
 - 2.2.4 Requisiti strutturali
 - 2.2.5 Requisiti Tecnologici
 - 2.2.6 Profili Professionali e aree funzionali omogenee ((A.F.O.)
 - 2.3 STRUTTURE DI ASSISTENZA PERINATALE III LIVELLO
 - 2.3.1 Requisiti organizzativi
 - 2.3.2 Standard di Qualità
 - 2.3.3 Funzioni collegate ai livelli assistenziali
 - 2.3.4 Requisiti Strutturali
 - 2.3.5 Requisiti Tecnologici
 - 2.3.6 profili Professionali e aree funzionali omogenee (A.F.O.)
- 3. PARTO IN CASA DI MATERNITÀ' O A DOMICILIO**
- 4. UNITA' OPERATIVE PEDIATRICHE**
 - 4.1 REQUISITI E STANDARD DI FABBISOGNO INDICATIVI PER LE U.O.O PEDIATRICHE

- 4.1.1 Requisiti Strutturali
- 4.1.2 Requisiti Organizzativi

5. URGENZA - EMERGENZA PEDIATRICA

6. MALATTIE GENETICHE E/O RARE

7. REQUISITI E STANDARD DI FABBISOGNO INDICATIVI PER IL TRASPORTO

NEONATALE ED IL TRASPORTO ASSISTITO MATERNO-FETALE

8. ASSISTENZA MULTIDISCIPLINARE DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE E TUTELA DELLA DISABILITA' IN ETA' EVOLUTIVA

8.1 UNITA' MULTIDISCIPLINARI PER L'ETA' EVOLUTIVA (U.M.E.E.)

- 8.1.1 Organigramma
- 8.1.2 Requisiti minimi strutturali per U.M.E.E.
- 8.1.3 Requisiti minimi tecnologici
- 8.1.4 Attività
- 8.1.5 Compiti
- 8.1.6 Organizzazione interna

8.2 UNITA' OPERATIVE OSPEDALIERE DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

- 8.2.1 Organigramma
- 8.2.2 Requisiti minimi Strutturali
- 8.2.3 Requisiti minimi Tecnologici
- 8.2.4 Organizzazione

8.3 UNITA' OPERATIVA OSPEDALIERA AD ALTA SPECIALIZZAZIONE

- 8.3.1 Organigramma
- 8.3.2 Requisiti minimi strutturali
- 8.3.3 Requisiti minimi Tecnologici
- 8.3.4 Organizzazione

9. CONSULTORI FAMILIARI

9.1 REQUISITI E STANDARD DI FABBISOGNO PER I CONSULTORI FAMILIARI

- 9.1.1 Requisiti strutturali tecnologici e organizzativi
- 9.1.2 Organico del personale

9.2 ATTIVITA' DEL CONSULTORIO FAMILIARE

- 9.2.1 Tutela della Salute della donna in tutte le fasi della vita
- 9.2.2 Tutela della Procreazione
- 9.2.3 Relazioni di coppia, di famiglia e competenze genitoriali
- 9.2.4 Rapporti con la magistratura ordinaria e minorile
- 9.2.5 Maltrattamenti, abusi e sfruttamento sessuale dei minori
- 9.2.6 La tutela della salute degli adolescenti

10. IL MODELLO ORGANIZZATIVO NELL'AREA MATERNO-INFANTILE

10.1 COMPITI DEL DMI

10.2 STRUTTURA DEL DMI

10.3 I LIVELLI DECISIONALI DEL DM1

- a) Il Direttore del Dipartimento
- b) Il Comitato di Dipartimento

PROGETTO OBIETTIVO RIABILITAZIONE

1. INTRODUZIONE

2. FINALITÀ DEL PROGETTO OBIETTIVO

3. DEFINIZIONI

4. ANALISI DEI BISOGNI RIABILITATIVI

5. RIABILITAZIONE E LIVELLI DI ASSISTENZA

- 5.1. Il sistema residenziale e le residenze riabilitative

6. LA DEGENZA POST-ACUZIE E LA DEGENZA RIABILITATIVA

- 6.1. La degenza riabilitativa
- 6.2. Il sistema residenziale
- 6.3. La lungodegenza post-acuzie

7. PROFILI DI ASSISTENZA DELLE PRINCIPALI TIPOLOGIE DI PATOLOGIE DISABILITANTI

8. INTERPROFESSIONALITÀ E MULTIPROFESSIONALITÀ NELL'IMPEGNO RIABILITATIVO

- 8.1. Il team riabilitativo
- 8.2. Composizione del team
- 8.3. Modalità operative del team

9. L'ORGANIZZAZIONE DIPARTIMENTALE

- 9.1. Il sistema di valutazione