

**INTERVENTO n. 1**

**IL GOVERNO DELLE RISORSE UMANE**

## INTERVENTO 1: GOVERNO DELLE RISORSE UMANE

### 1. Normativa di riferimento

Il D.L. 78 del 31/5/2010, convertito in legge 30/7/2010 n. 122, recante "Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di compatibilità economica", stabilisce all'art. 9 sul contenimento delle spese in materia di pubblico impiego, quanto segue:

*Comma 1: Anni 2011-2013 il trattamento economico complessivo dei singoli dipendenti non può superare quello ordinariamente spettante per l'anno 2010.*

*Comma 2 : Anni 2011-2013 riduzione 5% retribuzioni superiori € 90.000 (per la parte eccedente) e 10% retribuzioni superiori € 150.000 (per la parte eccedente).*

*Comma 2bis: Ammontare complessivo delle risorse destinate annualmente al trattamento accessorio del personale non può superare il corrispondente importo dell'anno 2010 e, comunque, è automaticamente ridotto in misura proporzionale alla riduzione del personale in servizio.*

*Comma 16 e 17: Riduzione del finanziamento del SSN a decorrere dall'anno 2012 a fronte economie di spesa per blocco senza possibilità di recupero delle procedure contrattuali e negoziali triennio 2010-2012.*

Il Patto per la salute stabilisce all'art. 2 che il "governo del personale" rappresenta un settore strategico in cui operare ai fini di qualificare i servizi sanitari regionali e garantire maggiore soddisfacimento dei bisogni dei cittadini e al tempo stesso maggior controllo della spesa.

Lo stesso prevede indicatori di efficienza e appropriatezza, standard di costo e di numerosità del personale.

Inoltre, all'art. 12, prevede un periodo di proroga 2010-2012 dei vincoli di contenimento della spesa del personale di cui all'art. 1, comma 565, legge 296/2006 (spesa per il personale a lordo di oneri riflessi e IRAP non può superare per ciascun anno il corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4%), con possibilità di deroga solo in caso di raggiungimento dell'equilibrio economico complessivo.

Infine, prevede un'opera di efficientamento e razionalizzazione del personale tramite:

- a) la definizione di misure di riduzione stabile della consistenza organica del personale con conseguente ridimensionamento dei fondi.
- b) la fissazione di parametri standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse, posizioni organizzative e coordinamento.

L'attuale contesto normativo nazionale caratterizzato da una costante tendenza alla diminuzione del finanziamento statale per la sanità e alla contestuale previsione per le Regioni di penalizzazioni anche economiche in caso di disavanzo nei conti annuali, ha portato la Regione Marche all'adozione della DGRM 17 del 17/1/2011 con oggetto: "Linee di indirizzo per l'attuazione del Patto per la Salute 2010 – 2012 e della legge di stabilità 2011. Approvazione."

La finalità di tale atto è quella del mantenimento dell'equilibrio economico raggiunto e della contestuale garanzia del rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Le scelte operative indicate dalla DGRM 17 sono essenzialmente dirette al:

- miglioramento dell'efficienza produttiva, con interventi mirati a riorganizzare i processi nelle strutture operative, per garantire il progressivo allineamento dei costi a quelli sostenuti nelle strutture più efficienti;
- la ridefinizione strutturale dell'attuale rete dell'offerta coerente con le indicazioni nel Patto per la Salute 2010-2012.

Nella DGRM 17/11, tali scelte operative sono state tradotte in n. 15 interventi di razionalizzazione che devono essere attuati partendo dall'analisi delle criticità risultanti dalla "fotografia" della situazione attuale e che devono portare al contenimento della spesa, anche attraverso la rimodulazione del personale.

Il primo di tali interventi di razionalizzazione è costituito dal Governo delle Risorse Umane da realizzarsi per il tramite di azioni e sub-azioni che si riportano qui di seguito:

1. Il contenimento del costo del personale attraverso limitazioni del turn over da perseguire con:

- definizione dei criteri per la sostituzione del personale
- limitazioni delle sostituzioni al 70% nel 2011
- limitazione delle sostituzioni al 70% nel 2012 detratto del trascinamento 2011
- determinazione del valore obiettivo della spesa 2011
- determinazione del valore obiettivo della spesa 2012
- riduzione del costo del personale 2011 rispetto al 2010
- riduzione del costo del personale 2012 rispetto al 2011

2. Rideterminazione dei fondi contrattuali da perseguire con:

- Determinazione degli ambiti territoriali delle aree vaste
- Determinazione dei fondi di area vasta
-

Riguardo le azioni di cui ai punti 1 e 2 va precisato che in seguito la Regione Marche, con successiva DGRM n. 288 del 08/03/2011 avente ad oggetto "DL 78/2010 convertito in legge n. 122/2010 – D.Lgs n. 150/2009 – LR 13/2003 e smi art. 3 comma 2 lett. A) e C) – Disposizioni in materia di personale dipendente del SSR" ha ridefinito il contenuto delle azioni da attuarsi negli anni 2011 e 2012 con riferimento alla spesa del personale stabilendo in particolare che costituisce obiettivo per gli anni di cui trattasi il risparmio di spesa del personale per un ammontare complessivo Asur pari a € 7.010.765 per l'anno 2011 e altrettanti per il 2012.

## **2. L'intervento sul Governo delle Risorse Umane**

Il Governo delle Risorse Umane deve contribuire al raggiungimento dell'obiettivo di razionalizzazione di ciascuna linea di intervento prevista dalla DGRM 17/2011, garantendo che le condizioni di impiego di tale risorsa rispettino criteri di efficienza, efficacia, qualità, economicità ed equa distribuzione nel territorio, nella migliore combinazione possibile.

A tal fine sono individuati standard di riferimento che costituiscono l'obiettivo verso cui indirizzare il riassetto della consistenza organica dell'ASUR, anche per assicurare il mantenimento dell'equilibrio economico.

La manovra, che deve consentire il recupero economico di cui alla DGRM 288/2011, pari a complessivi € 14.021.530 nel biennio 2011-2012, è innanzitutto finalizzata a realizzare:

- **Maggiore sicurezza delle prestazioni erogate;**
- **Omogeneità dell'offerta sul Territorio regionale** al fine di superare le attuali diversità.

Il recupero economico come sopra definito, si realizza sia attraverso la parziale limitazione del turnover, sia con la mancata conferma di contratti a tempo, sia il contenimento dei costi extra fondi contrattuali a carico del bilancio aziendale, per i settori e comparti interessati dalla riorganizzazione.

In particolare, le azioni con un impatto diretto sull'impiego di risorse umane sono le seguenti:

- la riorganizzazione delle attività amministrativo-tecnico-logistiche (intervento 3);
- la riorganizzazione della rete ospedaliera, mediante la riduzione della frammentazione della rete, la riconversione dei piccoli Ospedali, la riorganizzazione dell'area della degenza mediante l'assegnazione di moduli minimi di almeno 20 posti letto e per intensità di cura (intervento 6);
- la riorganizzazione della rete dell'emergenza (intervento 7);
- la riorganizzazione della rete dei laboratori pubblici (intervento 11);
- la riorganizzazione della rete territoriale (intervento 9);
- la riorganizzazione della rete socio sanitaria (intervento 10);
- la riorganizzazione della Prevenzione (intervento 8).

Grazie a tali interventi sarà possibile raggiungere livelli sempre maggiori di uniformità di impiego della risorsa umana sul territorio marchigiano, riducendo progressivamente i differenziali attualmente esistenti tra le varie zone territoriali/aree vaste in termini di unità di personale per popolazione residente e attività prodotta.

Operativamente si è proceduto all'individuazione di standard di riferimento, costruiti come valore medio delle tre migliori *performance* realizzate in ambito ASUR per ciascuna Macroarea/UO, cui le Zone territoriali/Aree vaste gradualmente si uniformano, attraverso la programmazione dei piani assunzione 2011-2012 e della spesa del personale dipendente e non dipendente relativa ai medesimi anni.

## **3. Standard di riferimento per il Governo delle Risorse Umane**

### **a. Analisi Macro**

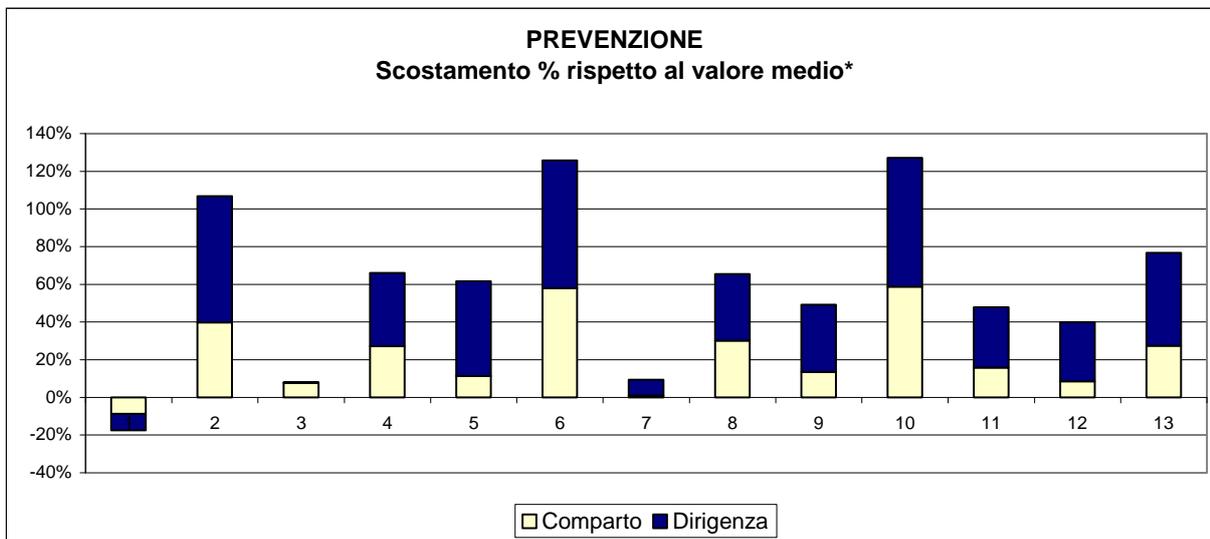
Con riferimento all'intervento sul Governo delle Risorse Umane, si è proceduto a:

- a. Censimento e validazione dei dati relativi alla assegnazione del personale per Macro Area (Ospedale, Territorio e Prevenzione);
- b. Individuazione della popolazione residente quale indicatore di riferimento cui rapportare a livello macro le dotazioni di personale distinto tra Area del Comparto e Area della Dirigenza;
- c. Definizione di un valore di riferimento calcolato come media aritmetica dei 3 migliori valori Asur;
- d. Calcolo degli scostamenti per ogni Zona territoriale dal valore di riferimento;
- e. Quantificazione economica del risparmio e/o della maggiore spesa che si realizza nel caso in cui tutte le Zone territoriali operino con la dotazione di riferimento.

L'analisi effettuata sui dati al 31/12/2010 ha consentito di evidenziare a livello di Macro Area disomogeneità notevoli rispetto ai valori di riferimento, fornendo in tal modo un valido strumento di supporto alla individuazione delle potenziali aree di intervento.

I tre grafici seguenti mostrano i risultati per la prevenzione, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera.

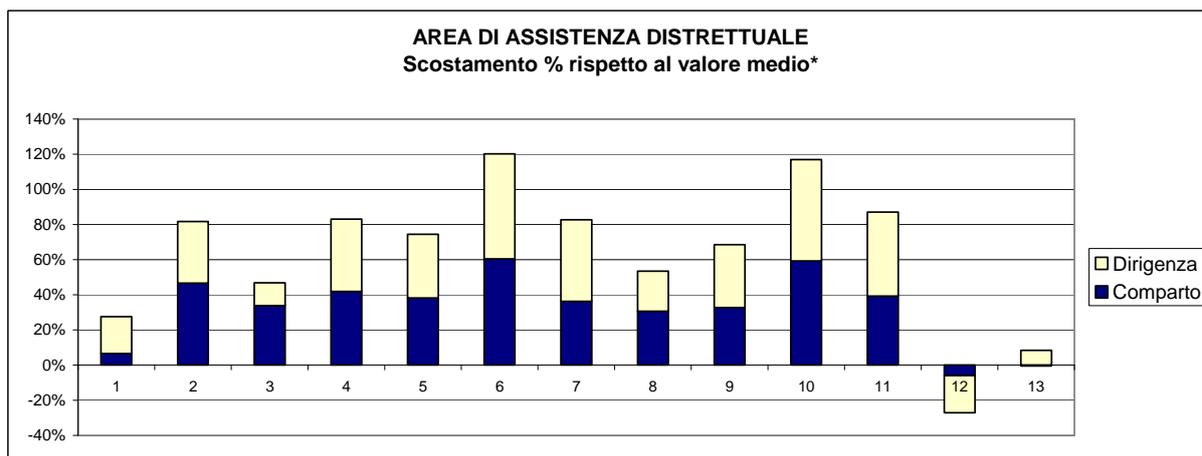
**Grafico 1- Dipartimento di Prevenzione**



Scostamento comparto % vs. valore medio	<b>21%</b>
Scostamento dirigenza % vs. valore medio	<b>37%</b>
Scostamento in unità comparto vs. valore medio	<b>6,8</b>
Scostamento in unità dirigenza vs. valore medio	<b>7,7</b>

\*Valore medio calcolato sulle 3 ZT con rapporto "Popolazione pesata/Teste" più elevato

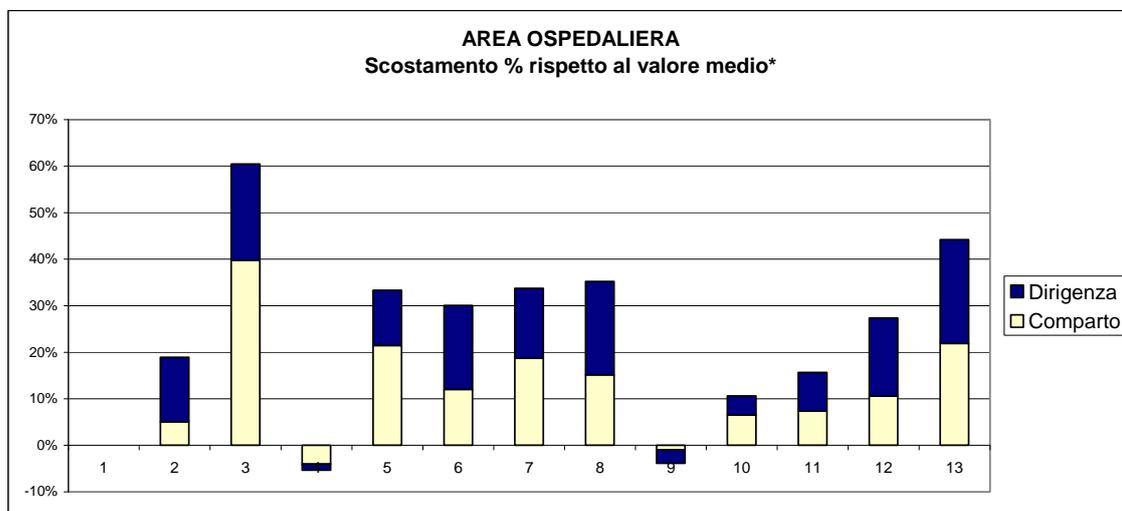
**Grafico 2- Area Distrettuale**



Scostamento comparto % vs. valore medio	<b>32%</b>
Scostamento dirigenza % vs. valore medio	<b>31%</b>
Scostamento in unità comparto vs. valore medio	<b>49,0</b>
Scostamento in unità dirigenza vs. valore medio	<b>25,7</b>

\*Valore medio calcolato sulle 3 ZT con rapporto "Popolazione pesata/Teste" più elevato

### Grafico 3- Area Ospedaliera



Scostamento comparto % vs. valore medio	13%
Scostamento dirigenza % vs. valore medio	12%
Scostamento in unità comparto vs. valore medio	58,7
Scostamento in unità dirigenza vs. valore medio	17,1

\*Valore medio calcolato sulle 3 ZT con rapporto "Popolazione pesata/Teste" più elevato

I valori riportati nelle tabelle rappresentano una fotografia generale dello stato attuale della consistenza organica, che assume carattere meramente indicativo del contesto nel quale si sta operando, ma non possono essere utilizzati ai fini della ridefinizione delle dotazioni organiche, per la quale è necessario procedere all'individuazione di fotografie più puntuali, relative ai settori micro (UO), nelle quali si pongono in relazione le consistenze di organico con fattori di produzione specifici, non necessariamente coincidenti con la popolazione residente nella Zona Territoriale.

Tuttavia, il valore di questa scelta consiste nell'aver introdotto un metodo di analisi basato sulla scelta di fattori oggettivi sui quali cominciare a rideterminare le dotazioni organiche, secondo principi di equità dell'offerta richiesti dalla DGRM 17/11, oltre che da mere considerazioni di efficienza produttiva.

L'ASUR, pertanto, intende continuare ad applicare tale metodologia di analisi sistematicamente, affinandone con il tempo il contenuto, come strumento per supportare le decisioni di riorganizzazione interna.

#### b. Analisi Micro. AREE DI DEGENZA OSPEDALIERA

Ai fini della determinazione degli attuali minuti di assistenza erogati, si è proceduto all'analisi del personale del comparto dedicato alle Aree di Degenza Ospedaliera, verificandone la rispondenza alle disposizioni normative vigenti.

Di conseguenza è stato evidenziato lo scostamento del personale, per le qualifiche Infermieristiche e dell'Operatore Socio Sanitario, assegnato in singole aree di degenza e si è proceduto a quantificare il risparmio che si ottiene nel caso in cui tutte le UO interessate dell'Asur operino con dotazioni definite sulla base di uno standard di riferimento, anche se questo è stato predisposto dall'Azienda, nell'ottica di un graduale avvicinamento, su valori superiori a quelli previsti dalle attuali normative.

L'analisi e i relativi risultati vengono specificati qui di seguito.

#### DATI RACCOLTI

Nell'approccio al lavoro sono emerse difficoltà sia nella fase di rilevamento dei dati che in quella successiva di lettura, determinate da criticità di natura normativa, strutturale e organizzativa.

#### Ambito normativo:

- Vetustà normativa. La LR 20 del 2000, che del resto traeva i riferimenti specifici (classificazione dell'assistenza) da un complesso normativo ancora più datato, può ragionevolmente essere definita non più aderente sia allo stato dell'arte di una sempre più avanzata medicina e inadeguata a reggere il confronto con i mutati bisogni di assistenza espressi dall'utenza;
- La stessa Legge non prende in considerazione il mutato scenario assistenziale che successivamente alla sua divulgazione ha visto l'istituzione di un nuovo profilo, quello dell'Operatore Socio Sanitario, con formazione, competenze e ruolo diversi da quello dell'OTA.
- Inoltre la citata L.20/2000, non differenzia le responsabilità e l'impegno assistenziale dei vari ruoli, ma si limita genericamente a definire i minuti di assistenza/giorno/degente, per area, tralasciando chi e in che misura deve garantire la detta assistenza.

#### Ambito strutturale:

- Estrema polverizzazione delle strutture di cura e presenza in ciascuna struttura di UO affini con basso numero di letti assegnati, spesso caratterizzati da un ancor minore tasso di utilizzo. Mantenere questo setting di offerta diffusa non è più possibile, per l'inefficienza che lo sottende e per i costi non più sostenibili alla luce degli attuali finanziamenti.
- La letteratura di riferimento e l'osservazione delle migliori esperienze, danno rilievo alla diseconomicità di strutture di cura con un numero di p.l. dedicati inferiore a venti, mentre, enfatizzano la necessità di procedere verso riorganizzazioni tendenti ad aggregare unità produttive affini in una logica di intensità di cure.
- Quest'ultima modalità organizzativa dei posti letto più innovativa integra e completa l'organizzazione dipartimentale, già da molto tempo introdotta nel SSR, anche se purtroppo realizzata in modo molto parziale nelle singole realtà territoriali.

#### Ambito organizzativo:

Si è già anticipata l'inopportunità di mantenere attive con personale di assistenza autonomo e completo UO di cura specialistiche con un basso numero di posti letto e inappropriato tasso di utilizzo.

Tali strutture sono infatti ad alto costo, in conseguenza della necessità di garantire l'assistenza secondo criteri di sicurezza, con presenze minime di operatori, che di fatto risultano sotto utilizzati e quindi inutilmente costosi.

Altro motivo di inefficienza risiede nella mancata inclusione negli organici assistenziali, laddove invece sarebbe necessario, delle figure di supporto all'assistenza. Tale fenomeno seppur di proporzioni non preoccupanti è però riscontrabile in diverse realtà produttive. In assenza di una pianificazione complessiva, ogni realtà ha ritenuto di comportarsi in maniera differente e il risultato è nella realtà aziendale si osserva una sensibilità a macchia di leopardo, che ha reso difforme l'utilizzo di questa risorsa assistenziale a "minor costo".

La letteratura di riferimento, in assenza di indicazioni normative precise, dà degli indirizzi di utilizzo per gli O.S.S. dove si evidenzia la possibilità di inserire questa risorsa in strutture produttive per acuti con una percentuale non superiore al 30%.

Un'attenta lettura della nostra organizzazione aziendale consente di affermare che tali livelli di integrazione di diverse figure professionali possano essere ulteriormente differenziati ed ampliati, in particolare nelle Medicine Interne e, soprattutto, nelle strutture dedicate alla post-acuzie, fino a superare il 40%.

Un'altra criticità dell'attuale organizzazione consiste nell'estrema eterogeneità nella gestione della pianificazione dei turni e presenze/assenze. Si ritiene quindi indispensabile la produzione di linee guida operative per la valutazione, progettazione e successiva adozione di turni di servizio standard, tendenti ad ottimizzare l'utilizzo delle risorse disponibili.

Nell'ambito della raccolta dei dati, sono stati rilevati i seguenti indicatori di efficienza per singola struttura produttiva:

- stato dell'arte degli organici;
- presenza media
- tasso di utilizzo
- composizione dei team assistenziali (IP-Oss)

Successivamente, per poter giungere all'individuazione di parametri di riferimento, si è proceduto nel rispetto della seguente metodologia: per ciascuna specialità sono state individuate, tra i soli Ospedali di Rete, le UO delle tre ZZ.TT. "virtuose" (tale aggettivo è stato messo in relazione al più favorevole rapporto tra n° dipendenti/Presenza Media), calcolando la media di minuti di assistenza.

Tale analisi ha permesso di individuare lo standard di riferimento per ciascuna delle specialità prese in esame, con possibilità di utilizzo anche per altre della stessa AFO. Tale standard è comunque superiore a quello indicato dalla L.R. 20/2000 e costituisce punto di riferimento cui progressivamente ricondurre tutte le specialità presenti nelle Zone territoriali.

Con la stessa metodologia, si è inoltre proceduto all'individuazione dell'indicatore relativo al rapporto medio tra le componenti infermieristica e del supporto all'interno dei team assistenziali.

Infine, è stato definito uno standard di dotazione dipendenti/paziente.

L'applicazione di tali valori permetterà di definire i valori soglia ai quali fare riferimento nell'arco temporale di un biennio per riequilibrare con scostamenti in alto ed in basso gli organici aziendali; nella consapevolezza di non avere individuato indicatori e standard validi in assoluto, l'impegno dell'ASUR è quello di rivalutare periodicamente i dati, affinandone la raccolta e l'analisi, al fine di fornire aggiornamenti concreti da utilizzare nella predisposizione delle politiche occupazionali.

## MACROSTRUTTURA OSPEDALIERA

### AFO CHIRURGICA

#### (Assistenza a bassa complessità)

Sono state messe a confronto le seguenti discipline: Chirurgia Generale e Ortopedia, realtà operative collocate dalla L.R. 20/2000 nell'assistenza di base e accreditate di 120' di assistenza.

La scelta è caduta su queste discipline perché largamente diffuse nel contesto ASUR e ritenute sensibili sotto il profilo del consumo di risorse umane.

In tabella 1 sono riportati i valori medi aziendali di assistenza attualmente forniti.

**Tab. 1 Minuti di assistenza medi erogati in tutte le strutture Asur al 31/12/2010.**

UU.OO.	Assistenza erogata (minuti)	Rapporto	IP/Oss
<b>Chirurgia Generale</b>	294		0,32
<b>Ortopedia</b>	277		0,32

Nella tabella 2 è riportato il valore medio delle tre UO "virtuose" circa i minuti di assistenza, rapporto IP/OSS e il rapporto operatore/paziente.

**Tab. 2 Valore medio tre UO "virtuose", AFO Chirurgica**

UU.OO.	Assistenza erogata (minuti)	Rapporto Inf./Oss	Rapporto oper./paz.
<b>Chirurgia Generale</b>	202	0,28	0,82
<b>Ortopedia</b>	209	0,20	0,85
<b>MEDIA</b>	<b>205</b>	<b>0,24</b>	<b>0,83</b>

In tabella 3 sono riportati gli standard attualmente proposti.

**Tab. 3 standard proposti per AFO Chirurgica**

UU.OO.	Assistenza prevista (minuti)	Rapporto Inf./Oss	Rapporto oper./paz.
<b>AFO CHIRURGICA</b>	<b>200</b>	<b>0,24 – 0,30</b>	<b>0,82 – 0,80</b>

In grassetto vengono riportati i parametri suggeriti in prima applicazione, in corsivo i parametri cui tendere per futuri interventi di correzione.

Questo minutaggio assistenziale potrà non essere applicato nelle Unità Operative ove si effettua chirurgia a basso peso DRG, per cui si prevede il rispetto dei 120 minuti di assistenza.

Nell'ipotesi di utilizzare un modello organizzativo di Chirurgia a Ciclo breve su cinque giorni, occorre predisporre una dotazione organica che tenga conto dei minuti di assistenza da erogare in area chirurgica, ma strutturando contestualmente un turnistica diversa, tale da permettere l'assegnazione di personale infermieristico in difetto rispetto agli standard; infatti per garantire i minuti assistenziali dovuti si propone una riduzione di due unità infermieristiche ogni sei che andrebbero assegnate se ci trovassimo di fronte ad una degenza ordinaria.

### AFO MEDICA

#### (Assistenza a bassa complessità)

Per quanto attiene all'area medica collocate dalla L.R. 20/2000 nell'assistenza di base e accreditata di 120' di assistenza, sono state isolate le unità produttive di Medicina Interna.

In tabella 4 sono riportati i valori medi aziendali di assistenza attualmente forniti.

**Tab. 4 Minuti di assistenza medi erogati in tutte le strutture Asur al 31/12/2010**

UU.OO.	Assistenza erogata (minuti)	Rapporto	IP/Oss
<b>Medicina Interna</b>	186		0,43

Nella tabella 5 è riportato il valore medio delle tre UO "virtuose" circa i minuti di assistenza, rapporto IP/OSS e il rapporto operatore/paziente.

**Tab. 5 Valore medio tre UO "virtuose", AFO Medica**

UU.OO.	Assistenza erogata (minuti)	Rapporto Inf./Oss	Rapporto oper./paz.
Medicina Interna	149,50	0,43	0,61

In tabella 6 sono riportati gli standard attualmente proposti.

**Tab. 6 standard proposti per AFO Medica**

UU.OO.	Assistenza prevista (minuti)	Rapporto Inf./Oss	Rapporto oper./paz.
AFO MEDICA	150	0,43 – 0,40	0,61 – 0,60

Nel processo di riorganizzazione in atto, laddove si prevedono U.O. di Lungodegenza post acuzie senza più possibilità di ricoveri ordinari, è ipotizzabile ridurre i minuti di assistenza erogata a 120' rispetto allo standard individuato per le aree mediche a bassa complessità. Contestualmente va innalzato il rapporto infermieri/oss al valore del 50%.

#### **AFO MEDICA (Assistenza a media complessità)**

A questo livello di complessità troviamo all'interno del contesto ASUR prevalentemente UU.OO. di Cardiologia e Neurologia, accreditate dalla L.R. 20 di 180' di assistenza.

In tabella 7 sono riportati i valori medi aziendali di assistenza attualmente forniti.

**Tab. 7 Minuti di assistenza medi erogati in tutte le strutture Asur al 31/12/2010**

UU.OO.	Assistenza erogata (minuti)	Rapporto IP/Oss
Cardiologia	226	0,17

Nella tabella 8 è riportato il valore medio delle tre UO "virtuose" circa i minuti di assistenza, rapporto IP/OSS e il rapporto operatore/paziente.

**Tab. 8 Valore medio tre UO "virtuose", AFO Medica**

UU.OO.	Assistenza erogata (minuti)	Rapporto Inf./Oss	Rapporto oper./paz.
Cardiologia	194,13	0,14	0,79

In tabella 9 sono riportati gli standard attualmente proposti.

**Tab. 9 standard proposti per AFO Medica**

UU.OO.	Assistenza prevista (minuti)	Rapporto Inf./Oss	Rapporto oper./paz.
AFO Media Complessità (Cardiologia/Neurologia)	180	0,20 – 0,25	0,79 – 0,75

#### **AFO MATERNO INFANTILE (Assistenza a bassa complessità)**

Sono state monitorate le UU.OO. di Ostetricia e Ginecologia, strutture queste dove le componenti il team di assistenza assume una naturale eterogeneità in quanto composte da ostetriche, infermiere e OSS. Le attività assistenziali comprendenti sala parto, degenza e a volte attività operatoria e nido si embricano tra loro rendendo complessa la valutazione delle attività. Al fine di rendere confrontabili i dati sono state escluse le attività dedicate a sala parto e nido, computando il personale solo per le attività di degenza. Queste realtà produttive vengono accreditate di 120 minuti di assistenza.

In tabella 10 sono riportati i valori medi aziendali di assistenza attualmente forniti.

**Tab. 10 Minuti di assistenza medi erogati in tutte le strutture Asur al 31/12/2010**

UU.OO.	Assistenza erogata (minuti)	Rapporto IP/Oss
Ostetricia e ginecologia degenza	306	0,21

Nella tabella 11 è riportato il valore medio delle tre UO "virtuose" circa i minuti di assistenza, rapporto IP/OSS e il rapporto operatore/paziente.

**Tab. 11 Valore medio tre UO "virtuose", AFO Materno Infantile**

UU.OO.	Assistenza erogata (minuti)	Rapporto Inf./Oss	Rapporto oper./paz.
Ostetricia e ginecologia degenza	209	0,14	1,0

In tabella 12 sono riportati gli standard attualmente proposti.

**Tab. 12 standard proposti, AFO Materno Infantile**

UU.OO.	Assistenza prevista (minuti)	Rapporto Inf-Ost./Oss	Rapporto oper./paz.
Ostetricia e ginecologia degenza	200	0,20 – 0,25	1,0 – 0,95

#### **AFO MATERNO INFANTILE (Assistenza a media complessità)**

Sono state monitorate in questo caso le UU.OO. di Pediatria. Il confronto delle varie realtà è molto complesso perché assolutamente differenziati sono le organizzazioni interne; solo per riassumerne le principali, basti pensare che in alcune realtà è attivo il pronto soccorso con accesso diretto, in altre sono attivi letti di neonatologia seppur di primo livello, in altre realtà esiste un coinvolgimento importante con il nido e le attività ambulatoriali. Pertanto il dato che emerge è sicuramente spurio e richiede un ulteriore approfondimento. Si è tentato in ogni caso di individuare dei valori medi confrontabili.

In tabella 13 sono riportati i valori medi aziendali di assistenza attualmente forniti.

**Tab. 13 Minuti di assistenza medi erogati in tutte le strutture Asur al 31/12/2010**

UU.OO.	Assistenza erogata (minuti)	Rapporto IP/Oss
Pediatria degenza	432	0,14

Nella tabella 14 è riportato il valore medio delle tre UO "virtuose" circa i minuti di assistenza, rapporto IP/OSS e il rapporto operatore/paziente.

**Tab. 14 Valore medio tre UO "virtuose", AFO Materno Infantile**

UU.OO.	Assistenza erogata (minuti)	Rapporto Inf./Oss	Rapporto oper./paz.
Pediatria degenza	322	0,12	1,30

In tabella 15 sono riportati gli standard attualmente proposti.

**Tab. 15 standard proposti, AFO Materno Infantile**

UU.OO.	Assistenza prevista (minuti)	Rapporto Inf-Ost./Oss	Rapporto oper./paz.
Pediatria degenza	300	0,20 – 0,25	1,30 – 1,00

#### **A.F.O. EMERGENZA - URGENZA (Assistenza intensiva)**

Sono state monitorate le rianimazioni e le unità di terapia intensiva coronariche accreditate di 600 minuti di assistenza. Anche in questo caso l'analisi è stata difficoltosa in quanto i modelli organizzativi sono a volte diversi: le principali difficoltà rilevate riguardano il fatto che in alcuni contesti le UU.OO. sono sostanzialmente gestite insieme, a volte in un unico open space, ed in alcuni casi il ridotto numero di posti ha costituito un elemento che ha reso difficile il confronto.

In tabella 16 sono riportati i valori medi aziendali di assistenza attualmente forniti.

**Tab. 16 Minuti di assistenza medi erogati in tutte le strutture Asur al 31/12/2010**

UU.OO.	Assistenza erogata (minuti)	Rapporto IP/Oss
Terapia Intensiva	1063	0,12
UTIC	682	0,13

Nella tabella 17 è riportato il valore medio delle tre UO "virtuose" circa i minuti di assistenza, rapporto IP/OSS e il rapporto operatore/paziente.

**Tab. 17 Valore medio tre UO "virtuose", AFO Emergenza – urgenza**

UU.OO.	Assistenza erogata (minuti)	Rapporto Inf./Oss	Rapporto oper./paz.
Terapia Intensiva	941	0	3,81
UTIC	568	0,14	2,30

In tabella 18 sono riportati gli standard attualmente proposti.

**Tab.18 standard proposti, AFO Emergenza – urgenza**

UU.OO.	Assistenza proposta (minuti)	Rapporto Inf./Oss	Rapporto oper./paz.
Terapia Intensiva	800 - 600	0,20	<
UTIC	600	0,20	<

L'individuazione di uno standard risulta in questo settore particolarmente difficoltosa, a causa del basso numero di posti letto e della degenza media talora inappropriata. Si ritiene utile indicare un numero di posti letto di almeno 6/7 per struttura con tassi di occupazione sufficientemente elevati; altrimenti pur applicando criteri medi i servizi sarebbero troppo costosi. Il dato della degenza media va in ogni caso riconfermato coinvolgendo le direzioni mediche nella rilevazione o validazione.

## SALUTE MENTALE

### (Assistenza ad elevata complessità)

Sono stati monitorati i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e cura (SPDC), accreditati di 300 minuti di assistenza. Anche in questo caso si è evidenziata una eterogeneità delle dotazioni di P.L. che nel caso siano inferiori a 12 comportano una severa diseconomicità di esercizio. Utile ipotizzare in tal caso aggregazioni in AV che possono consentire interessanti economie di scala e buoni livelli qualitativi di assistenza.

Nella tabella 19 è riportato il valore medio delle tre UO "virtuose" circa i minuti di assistenza, rapporto IP/OSS e il rapporto operatore/paziente.

**Tab. 19 Valore medio tre UO "virtuose", Salute Mentale**

UU.OO.	Assistenza erogata (minuti)	Rapporto Inf./Oss	Rapporto oper./paz.
SPDC	362,98	0,20	1,47

In tabella 20 sono riportati gli standard attualmente proposti.

**Tab. 20 standard proposti, Salute Mentale**

UU.OO.	Assistenza proposta (minuti)	Rapporto Inf./Oss	Rapporto oper./paz.
SPDC	300	0,25 – 0,30	<

## DAY SURGERY E DAY HOSPITAL

Nell'ambito della riorganizzazione dei Posti Letto per acuti, l'ipotesi della riconversione degli stessi Posti letto da "ordinari" a "ciclo diurno", impone la ridefinizione di standard assistenziali che non tengano conto della Presenza Media legata ai minuti assistenziali, ma l'individuazione di indicatori rapportati al numero di utenti che ogni operatore può assistere.

L'indicatore individuato corrisponde a n. 0,60 unità di personale infermieristico per ogni P.L.

Al crescere dei P.L. potrà essere aumentata l'integrazione Infermieri / Oss come risulta dalla tabella che si espone di seguito.

**Tab.21 standard proposti**

UU.OO.	P.L.	N. Infermieri	N. Oss
Day Surgery/Day Hospital	5	3	0
Day Surgery/Day Hospital	8	4	1
Day Surgery/Day Hospital	10	4	2
Day Surgery/Day Hospital	12	4	3

**BLOCCO OPERATORIO**

Anche in questo settore sono stati individuati 2 "macro" indicatori, entrambi non esaustivi rispetto all'efficiente utilizzo del personale, né riferibili a standard validati. Essi tuttavia consentono di impostare validi elementi di valutazione e di individuare, sempre con un margine di approssimazione ampio, spunti per correttivi da apportare al sistema per migliorarne le performance e l'economicità.

Gli indicatori utilizzati sono i seguenti:

1° indicatore: n° interventi per infermiere. Il dato emergente di 241,45 interventi per operatore indica un potenziale risparmio in unità di personale non particolarmente rilevante; tale indicatore è scarsamente efficace considerato che non tiene in alcun conto la complessità e la durata di ciascun intervento.

2° indicatore: n. ore di sala per infermiere. Il dato emergente è di 300,43 ore di impegno in sala di ciascun infermiere. Parametrando ad esso gli organici assegnati si può prevedere un potenziale risparmio più cospicuo e più significativo. Questo indicatore esprime, a prescindere dalla complessità e durata di ciascun intervento, il tempo che ciascun operatore dedica in sala rispetto al numero fisso di ore/lavoro/anno di un infermiere. Il valore ottenuto indica il carico individuale e può esprimere quindi un riferimento di "efficienza produttiva" anche se risente di elementi quali la tipologia di pianificazione del lavoro, l'eventuale presenza di cd. "tempi morti o non produttivi".

Sarebbe utile estendere l'analisi di ciascun Gruppo Operatorio ai seguenti tipi di parametri:

- 1) STRUMENTALI - accorpamento logistico, maggiore o minore vicinanza delle sale tra loro;
- 2) PROFESSIONALI - la polifunzionalità o la monofunzionalità di ciascun operatore rispetto a ogni sala specialistica;
- 3) TEMPORALI - entità dei tempi di sovrapposizione dell'orario al cambio turno fra gli operatori;
- 4) ORGANIZZATIVI - inserimento dell'Oss come 3° membro dell'équipe chirurgica in interventi di bassa complessità intraoperatoria e alta standardizzabilità procedurale; inserimento di un operatore in comune come 3° operatore tra 2 équipe (in situazioni precodificate, di elezione e a basso rischio) - ovviamente nel rispetto delle Linee Guida e delle Raccomandazioni Ministeriali in tema di Rischio Clinico.

In tabella 22 sono riportati i valori medi aziendali di assistenza attualmente forniti.

**Tab.22 Minuti di assistenza medi erogati in tutte le strutture Asur al 31/12/2010**

UU.OO.	N. interventi per infermiere	Ore attività per operatore	Rapporto Inf./Oss
Blocco Operatorio	215	234	0,15

Nella tabella 23 è riportato il valore medio delle tre UO "virtuose" circa i minuti di assistenza, rapporto IP/OSS e il rapporto operatore/paziente.

**Tab.23 Valore medio tre UO "virtuose", Blocco operatorio**

UU.OO.	N. interventi per infermiere	Ore attività per operatore	Rapporto Inf./Oss
Blocco Operatorio	241,45	300,43	0,15

In tabella 24 sono riportati gli standard attualmente proposti.

**Tab.24 Standard proposti, Blocco Operatorio**

UU.OO.	N. interventi per infermiere	Ore attività per operatore	Rapporto Inf./Oss
Blocco Operatorio		330	0,20 – 0,25

### c. Analisi Micro. AREA D'ASSISTENZA DISTRETTUALE

Il livello territoriale dell'assistenza rappresenta l'area di analisi più complessa, in quanto da un lato raccoglie diverse tipologie di attività sanitarie (dall'assistenza domiciliare, all'assistenza ambulatoriale, al consultorio) e dall'altro, a differenza dell'ospedale, non ha un sistema di classificazione delle prestazioni erogate e tantomeno standard normativi di riferimento per l'impiego di risorse.

Rispetto a tale situazione, la metodologia di analisi adottata per il confronto delle varie realtà territoriali prevede:

- a) il censimento del personale dipendente dedicato ai Servizi distrettuali;
- b) il censimento del personale co.co.co, libero professionale e da cooperativa che svolge la propria attività nei servizi distrettuali;
- c) l'individuazione del parametro principale della popolazione residente pesata per l'indice di consumo per età e sesso, ai fini del confronto delle varie dotazioni organiche;
- d) l'individuazione, per ciascun servizio, di parametri secondari che riflettano il volume di attività svolte dal servizio a cui collegare il fabbisogno di risorse umane;
- e) definizione di un valore di riferimento calato come media aritmetica dei 3 migliori valori Asur;
- f) calcolo degli scostamenti per ogni zona territoriale dal valore di riferimento e delle conseguenti differenze rispetto ad una dotazione teorica di riferimento;
- g) quantificazione economica del risparmio e/o della maggiore spesa che si realizzerebbe nel caso in cui tutte le zone territoriali riuscissero ad operare con la dotazione di riferimento.

Con riferimento alla lettera d), sono stati definiti alcuni parametri secondari che, misurando il volume di attività svolte da ciascun servizio distrettuale, riflettono il fabbisogno di personale. Si veda a tal proposito la tabella seguente.

Servizio	Parametro principale	Parametro secondario
ADI	Popolazione residente pesata con indice di consumo per età e sesso	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Ore di assistenza erogate</li><li>▪ Numero di prestazioni</li><li>▪ Numero di accessi</li></ul>
CARCERE	Popolazione residente pesata con indice di consumo per età e sesso	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Numero detenuti</li></ul>
CONSULTORIO	Popolazione residente pesata con indice di consumo per età e sesso	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Numero di pap-test e temponi vaginali</li></ul>
FARMACEUTICA TERRITORIALE	Popolazione residente pesata con indice di consumo per età e sesso	
STRUTTURE RESIDENZIALI SEMIRESID. E	Popolazione residente pesata con indice di consumo per età e sesso	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ N. giornate di assistenza residenziale</li><li>▪ N. giornate di assistenza semiresidenziale</li></ul>
SPECIALISTICA AMBULATORIALE	Popolazione residente pesata con indice di consumo per età e sesso	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Numero di prestazioni</li><li>▪ Valore delle prestazioni</li></ul>

L'analisi di tali parametri consente di evidenziare nei micro-settori le difformità esistenti già segnalate nella parte precedente dall'analisi macro. L'individuazione di standard di riferimenti per ciascun servizio distrettuale è fin d'ora possibile, ma deve essere completata a seguito della riorganizzazione distrettuale prevista dalla L.R. 17/2010, che renda coerente il numero dei Distretti con il numero delle attuali Zone Territoriali.

#### **d. Analisi Micro. AREA PREVENZIONE**

L'analisi delle dotazioni organiche dei vari Servizi e la rilevazione di alcuni elementi di contesto, di seguito riportata, costituiscono un primo lavoro delle attività da svolgere per la definizione degli standard di riferimento per il Dipartimento di prevenzione, che dovrà prevedere il coinvolgimento delle Direzioni di Dipartimento di tutte le Zone Territoriali e l'approfondimento delle attività che caratterizzano specificatamente alcuni territori piuttosto che altri, ai sensi di quanto previsto nell'intervento n. 8 della DGRM 17/2011.

Rispetto ai tempi indicati nel richiamato intervento 8, si è deciso di anticipare l'individuazione dei parametri di rilevazione di attività al mese di Maggio 2011.

Infatti, per la determinazione degli standard di riferimento dell'area Prevenzione, sono state riscontrate evidenti incongruenze tra alcune delle informazioni raccolte e le diverse realtà territoriali; tale condizione costituisce, al momento, una indubbia criticità per una corretta analisi di contesto finalizzata alla revisione strutturale ed organizzativa della rete dei Dipartimenti di Prevenzione.

Occorre rilevare che la struttura organizzativa dei vari Servizi Dipartimentali è caratterizzata, nel territorio stesso, da una notevole disomogeneità. Tale stato di fatto è conseguente sia ai diversi adeguamenti normativi che, negli anni, hanno interessato le Strutture di Sanità Pubblica, che a retaggi storici legati anche a specifiche peculiarità locali; ad esempio, in alcune realtà Zonali, diverse funzioni SISP e SIAN (vaccinazioni, libretti di idoneità sanitaria ecc.) vengono espletate a livello distrettuale, con l'utilizzo di personale medico e di assistenza non appannaggio dei Servizi stessi, così come funzioni di Medicina Legale possono risultare ancora in carico ai Dipartimenti di Prevenzione.

Inoltre, è stata evidenziata la problematica, peraltro già affrontata nel Piano Sanitario Regionale 2007/2009 ma a tutt'oggi irrisolta, dei rapporti tra salute ed ambiente (DGR 1400/08, DGR1500/09, DGR 1501/09, DGR 1813/10); infatti il PSR prevedeva, come priorità assoluta nel breve termine, la costituzione di una "Eccellenza" in area vasta regionale che, integrando le professionalità operanti nei Dipartimenti di Prevenzione e nell'ARPAM, potesse affrontare tali problematiche, con particolare riferimento alla sorveglianza ambientale-sanitaria della popolazione, all'analisi del rischio sui siti contaminati, all'entrata in vigore del Regolamento europeo REACH. Le esperienze e le difficoltà operative che i Dipartimenti stanno affrontando in questo ambito, rendono sempre viva e pressante la necessità di individuare, tra le altre eventualmente prevedibili, funzioni specialistiche in Area Vasta che possano supportare i Servizi territoriali in questa complessa e sempre più attuale problematica.

Per quanto concerne le attività di cui al Punto 1.8.3. della DGR 17/11, il Gruppo di lavoro ha analogamente ritenuto di dover valutare, sempre di concerto con le Direzioni di Dipartimento e nel rispetto della tempistica prevista, l'opportunità di ridefinire le linee organizzative delle strutture dedicate alla sorveglianza epidemiologica, alla comunicazione del rischio e alla promozione della salute. Ciò nella consapevolezza della primaria importanza che la revisione organizzativa della rete dei Dipartimenti di Prevenzione riveste come strumento essenziale per la omogeneizzazione delle prestazioni offerte nonché per la rimodulazione delle dotazioni di personale.

La metodologia di analisi adottata per il confronto delle varie realtà territoriali prevede:

- a) il censimento del personale dipendente dedicato ai Servizi che compongono il Dipartimento di Prevenzione;
- b) il censimento del personale co.co.co e libero professionale che svolge la propria attività nei Dipartimenti;
- c) l'individuazione del parametro principale della popolazione residente pesata per l'indice di dispersione, ai fini del confronto delle varie dotazioni organiche;
- d) l'individuazione, per ciascun servizio, di parametri secondari che riflettano il volume di attività svolte dal servizio a cui collegare il fabbisogno di risorse umane;
- e) Definizione di un valore di riferimento calato come media aritmetica dei 3 migliori valori Asur;
- f) Calcolo degli scostamenti per ogni zona territoriale dal valore di riferimento e delle conseguenti differenze rispetto ad una dotazione teorica di riferimento;
- g) Quantificazione economica del risparmio e/o della maggiore spesa che si realizzerebbe nel caso in cui tutte le zone territoriali riuscissero ad operare con la dotazione di riferimento.

Con riferimento alla lettera d), sono stati definiti alcuni parametri secondari che, misurando il volume di attività svolte da ciascun servizio del Dipartimento di Prevenzione, riflettono il fabbisogno di personale. Si veda a tal proposito la tabella seguente.

<b>Servizio</b>	<b>Parametro principale</b>	<b>Parametro secondario</b>
SISP	Popolazione residente pesata con dispersione	Numero Aziende
SPSAL	Popolazione residente pesata con dispersione	Numero Aziende
SIAN	Popolazione residente pesata con dispersione	Nuovi nati
SSA	Popolazione residente pesata con dispersione	Numero allevamenti
SIAOA	Popolazione residente pesata con dispersione	N. Stabilimenti CE***
SIAPZ	Popolazione residente pesata con dispersione	Numero allevamenti
Costi comuni	Popolazione residente pesata con dispersione	% sui costi totali

L'analisi di tali parametri consente di evidenziare nei micro-settori del Dipartimento di Prevenzione le difformità esistenti già segnalate nella parte precedente dall'analisi macro. L'individuazione di standard di riferimenti per ciascun servizio è già disponibile, ma deve essere completata a seguito del percorso di riorganizzazione dei Dipartimenti di Prevenzione indicato nell'allegato dedicato all'intervento 8.

**INTERVENTO n. 2**

**RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA  
FARMACEUTICA E DEI DISPOSITIVI  
MEDICI**

## INTERVENTO 2: RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA E DEI DISPOSITIVI MEDICI

### Normativa di riferimento:

- Dlgs 502/92: "Riordino della disciplina in materia sanitaria";
- Legge 229/1999 "Norme per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale";
- DGR 135/2007 "Assistenza farmaceutica anno 2007 - Atto di indirizzo per le Aziende sanitarie e l'INRCA"
- DGR140/2009 "Atto di indirizzo alle Aziende per l'applicazione del sistema dell'appropriatezza prescrittiva";
- DGRM 17 del 17/01/2010: "Linee di indirizzo per l'attuazione del Patto per la salute 2010 - 2012 e della legge di stabilità 2011 – Approvazione";
- DGR 1204/2007 Gara unica regionale per la fornitura dei farmaci;
- DGR 1807/2008 Atto di indirizzo per la riduzione della spesa farmaceutica;
- DGR. 1233/2010 Linee di indirizzo per il trattamento farmacologico del dolore neoplastico;
- DGR 1228/2010 Approvazione prontuario terapeutico ospedale territorio.

### Motivazioni:

La Direzione Generale a seguito dell'adozione da parte della Giunta Regionale della DGRM 17 del 17/01/2010: "Linee di indirizzo per l'attuazione del Patto per la salute 2010 - 2012 e della legge di stabilità 2011 – Approvazione", ha costituito specifici gruppi di lavoro, uno dei quali dedicato alla razionalizzazione della spesa farmaceutica e dei dispositivi medici, con il compito di darne un seguito coerente attraverso l'emanazione di linee di indirizzo che possano consentire, nell'obiettivo generale di garantire qualità e sicurezza al cittadino, il raggiungimento della riduzione della spesa, anche selettivamente laddove più alta.

Le Zone Territoriali, su indicazione di questa Direzione, hanno prodotto documenti progettuali riconducibili alle seguenti macro-azioni:

- 1) Progetto di farmacista di reparto presso le UU.OO. di Oncologia;
- 2) Progetto di incremento consumi farmaci con principio attivo non coperto da brevetto;
- 3) Progetto di monitoraggio e controllo dei piani terapeutici dei farmaci del progetto Marche;
- 4) Progetto di riorganizzazione dei servizi farmaceutici ospedalieri e territoriali per area vasta;
- 5) Progetto di Incremento della distribuzione diretta tramite le farmacie ospedaliere;
- 6) Progetto Individuazione delle azioni per la riduzione della spesa dei dispositivi medici;
- 7) Progetto di appropriatezza sull'uso della risorsa farmaco secondo linee di indirizzo condivise fra ospedale e territorio;
- 8) Progetto ottimizzazione distribuzione del farmaco post visita specialistica;
- 9) Progetto di efficienza nelle dimissioni secondo il Manuale di Accreditamento dei reparti di degenza;
- 10) Progetto di un percorso controllato di prescrizione-utilizzo di specialità medicinali non ricomprese nel Prontuario Ospedale-Territorio (Regionale/Area Vasta);
- 11) Progetto di implementazione ed ottimizzazione del PTOR;
- 12) Assistenza farmaceutica nelle strutture residenziali.

Le Direzioni di Zona hanno provveduto a predisporre progetti inerenti le azioni sopraelencate secondo metodologie condivise e strumenti comuni.

Gli esiti di queste progettualità sono stati analizzati dal gruppo di lavoro all'uopo istituito che, relazionandosi di volta in volta con le Direzioni stesse, ha sintetizzato le seguenti modalità operative:

### **Progetto di farmacista di reparto presso le UU.OO. di Oncologia**

In anni recenti il progressivo ed aumentato numero di autorizzazioni all'immissione in commercio di specialità medicinali contenenti principi attivi altamente innovativi, selettivi e di alto costo come gli inibitori dell'angiogenesi e gli anticorpi monoclonali ha reso di determinante importanza l'individuazione di azioni specifiche tali da consentire la concretizzazione di misure capillari di monitoraggio dell'appropriatezza, specie negli ambiti in cui è maggiormente prevedibile l'utilizzo di farmaci innovativi quali le unità operative di Oncologia.

Le attività progettuali devono esplicitarsi attraverso:

1. Maggiore adesione ai protocolli di terapia (registrazione del 100% dei farmaci sottoposti a Registro AIFA);
2. Allestimento delle preparazioni parenterali oncologiche utilizzando le strategie del day drug e della dose banding;
3. Aumento delle segnalazioni delle ADR di farmacovigilanza (rispetto gold standard segnalazioni OMS).

## **Progetto di incremento consumi farmaci con principio attivo non coperto da brevetto**

In linea con specifiche direttive regionali le progettualità per garantire l'incremento di prescrizione di principi attivi non più coperti da brevetto devono ricomprendere:

- Definizione, per ogni Zona Territoriale, quali obiettivi prioritari di sistema, delle 5 categorie ATC a maggior costo e degli obiettivi qualitativi e quantitativi da perseguire sia a livello ospedaliero che territoriale riguardo l'utilizzo delle molecole a brevetto scaduto come da D.G.R.M. 751/07;
- Implementazione di una reportistica, ad integrazione di quella già esistente, per il monitoraggio degli obiettivi stabiliti a livello zonale da inviare con cadenza mensile ai MMG;
- A livello territoriale, almeno 2 incontri l'anno del pool di monitoraggio o la partecipazione del farmacista alle riunioni delle equipe mediche territoriali in cui condividere l'andamento della prescrizione per singolo medico sulla base della reportistica;
- Creazione di una reportistica di reparto e per singolo medico sulla distribuzione diretta e sul PROGETTO MARCHE da inviare con cadenza trimestrale sugli obiettivi stabiliti;
- Individuazione dei MMG/PLS che presentano uno scostamento superiore a 2 Deviazioni Standard dalla media della Zona Territoriale sugli obiettivi prefissati;
- Convocazione da parte del pool di monitoraggio integrato (art.25 ACN) del professionista per la valutazione delle motivazioni dello scostamento;
- Creazione di una reportistica trimestrale per i MMG e PLS sui ricoveri ospedalieri;
- Adesione, all'atto della dimissione o nel post visita specialistica, al Prontuario Terapeutico Ospedaliero di Area Vasta con giustificazione, nella lettera di dimissione, di eventuali scelte operate in difformità da quanto stabilito nel PTOAV;
- Definizione di una strategia di approccio all'uso dei biosimilari, con definizione dei percorsi condivisi con le aree specialistiche di riferimento;
- Assegnazione ai medici dipendenti di obiettivi di budget vincolanti, al raggiungimento dei quali deve essere legata la valutazione gestionale annuale anche ai fini della riconferma degli incarichi.

## **Progetto di monitoraggio e controllo dei piani terapeutici dei farmaci del Progetto Marche**

L'incremento dei volumi di distribuzione delle specialità medicinali attraverso il Progetto Marche segue dinamiche indotte da provvedimenti nazionali e regionali. La progressiva inclusione di nuove specialità nella lista del Progetto determina intrinsecamente un notevole incremento della distribuzione, senza che a ciò segua un'equivalente riduzione del costo dei farmaci distribuiti con i canali tradizionali.

Per rispettare l'impegno di contenere il costo complessivo della farmaceutica territoriale, pertanto, è necessario perseguire una riduzione dell'attuale costo del servizio, pena l'impossibilità di realizzare l'obiettivo di recupero economico indicato nella D.G.R.M. 17/2011 in questa linea di intervento.

A tal fine risulta indispensabile ricontrattare i termini dell'accordo, riducendo in modo significativo il valore delle quote retrocesse ai grossisti e alle Farmacie convenzionate.

Inoltre, risulta necessario razionalizzare i consumi secondo criteri di appropriatezza e rispetto delle indicazioni dell'AIFA, attraverso azioni che coinvolgano Medici di medicina generale, Medici ospedalieri, Farmacie ospedaliere e territoriali, tra le quali:

- Controllo piani terapeutici pervenuti al servizio farmaceutico (rispetto indicazioni modalità di somministrazione dei farmaci) (indicatore: incontri con le UU.OO. di riferimento per la trasmissione e la discussione dei casi non rispondenti alle indicazioni dell'AIFA; valore atteso: N. incontri con le UU.OO di riferimento);
- Produzione di una reportistica sui consumi dei farmaci del Progetto Marche da discutere con le UU.OO di riferimento (indicatore: produzione report; valore atteso: trasmissione/numero di reports);
- Definizione di un protocollo per la profilassi del trattamento delle trombosi venose profonde nel paziente, in collaborazione tra ospedale e territorio (indicatore: produzione protocollo condiviso; esito atteso: formalizzazione del protocollo);
- Istituzione di un punto di riferimento/distribuzione fisso (farmaceutica distrettuale) ed in giorni prestabiliti (es: 1 giorno a settimana nelle sedi dei distretti ) per ottimizzare il contatto ed implementare l'attività di audit con gli Specialisti ambulatoriali e i MMG/PLS che afferiscono al distretto, per una più costante condivisione degli obiettivi concordati con le direzioni distrettuali (indicatore: attivazione punto/punti di riferimento/distribuzione); valore atteso: numero punti operativi);
- Valutazione dello stato di avanzamento del progetto con produzione di relazione che dettagli i risvolti economici.

### **Progetto di riorganizzazione dei servizi farmaceutici ospedalieri e territoriali per area vasta**

La progressiva complessità gestionale della distribuzione di farmaci e dispositivi medici rende sempre più cogenti modalità di efficientamento anche attraverso processi di centralizzazione fisica/virtuale. Al riguardo la progettualità deve essere esplicitata attraverso una serie di azioni così esemplificabile:

- implementazione di un modello di distribuzione centralizzato per area vasta;
- gestione farmaci e presidi ad alto costo in un solo magazzino centrale; (indicatore: riduzione delle scorte dei farmaci più costosi);
- revisione e aggiornamento del prontuario terapeutico di area vasta, in connessione al recepimento del PTOR regionale ed incardinamento nei suoi contenuti (indicatore: formalizzazione del prontuario terapeutico dell'area vasta; valore atteso: trasmissione del prontuario ai medici prescrittori);
- centralizzazione delle preparazioni galeniche in un unico laboratorio (n. preparazioni galeniche/anno nel laboratorio individuato).

Le azioni descritte implicano la razionalizzazione delle scorte dei magazzini centrali e la riduzione degli adempimenti legati ad atti amministrativi quali l'emissione di preventivi, ordinativi e fatturazioni.

### **Progetto di incremento della distribuzione diretta tramite le farmacie ospedaliere**

In coerenza con il trend prescrittivo degli ultimi anni che ha visto costanti aumenti della distribuzione diretta di farmaci in ambito ospedaliero, la progettualità dovrà garantire la continuità assistenziale e l'appropriatezza di utilizzo dei farmaci nonché la riduzione della spesa farmaceutica (costo farmaci acquistati direttamente dagli ospedali).

L'attività pertanto dovrà esplicitarsi attraverso:

- Implementazione di un sistema di monitoraggio della distribuzione diretta effettuata da ciascuna U.O. (indicatore: predisposizione di specifico report sulla distribuzione diretta fatta da ciascuna U.O.);
- Verifica dell'appropriatezza delle prescrizioni riconducibili alla distribuzione diretta (indicatore: controllo a campione sulle prescrizioni di particolari farmaci);
- Evidenziazione delle prescrizioni off-label (Controllo a campione sui farmaci potenzialmente utilizzabili come off-label);
- Assegnazione ai medici di obiettivi di budget vincolanti, al raggiungimento dei quali deve essere legata la valutazione gestionale annuale anche ai fini della riconferma degli incarichi.

### **Progetto di individuazione delle azioni per la riduzione della spesa dei dispositivi medici**

La progettualità in questo settore, tenuto conto delle innovazioni regionali relative in particolare alle modalità distributive in regime di convenzionamento, deve prevedere:

- la costituzione a livello di AV di un gruppo di lavoro al fine di conoscere i costi dei principali prodotti omogenei (spending analysis);
- la costituzione di una specifica Commissione dei dispositivi medici che avrà il compito di: realizzare il repertorio informatizzato dei dispositivi medici con attribuzione di codifiche univoche; verificare ed autorizzare l'inserimento di nuovi dispositivi medici previa analisi di reale necessità e di reale efficacia (secondo metodologie di Health Technology Assessment - HTA); realizzare linee guida per il corretto utilizzo dei dispositivi medici; verificare l'effettiva esclusività di prodotti richiesti ad un unico fornitore.

L'attività dovrà tradursi inoltre nell'elaborazione di modulistica specifica e coerente per l'espressione formale delle richieste dei dispositivi medici e nell'assegnazione alle UU.OO. di uno specifico progetto rientrante nel budget.

### **Progetto di appropriatezza sull'uso della risorsa farmaco secondo linee di indirizzo condivise fra ospedale e territorio**

In coerenza con le linee di indirizzo indicate nelle D.G.R.M. 135/2007 e 140/2009 la progettualità dovrà esplicitarsi attraverso l'individuazione di categorie ATC a più alto impatto (statine, sartani/ACE inibitori di pompa) con l'obiettivo di incrementare consumi di farmaci con principio attivo non coperto da brevetto e ridurre i consumi di farmaci a brevetto non scaduto.

Indicatori:

- N. confezioni di sartani singoli o associati/n. totale confezioni di farmaci del sistema renina-angiotensina (esito atteso: riduzione del 2%);
- N. confezioni di losartan singolo o associato/n. totale confezioni di sartani singoli o associati (esito atteso: aumento del 10%);
- N. di unità posologiche di statine potenti a basso dosaggio/n. totale unità posologiche statine potenti (atorvastina e rosuvastatina) (esito atteso: riduzione del 20% - /30%);
- N. di unità posologiche di statine a brevetto scaduto/ n. totale di unità posologiche di statine (esito atteso: aumento del 20% - /30%);
- Riduzione unità posologiche degli inibitori di pompa protonica prescritti (esito atteso: riduzione del 10%).

L'attività si tradurrà nella produzione di reports bimestrali sui consumi di farmaci non coperti da brevetto.

Gli obiettivi del progetto prevedono necessariamente audit con medici di medicina generale e con medici di reparto.

### **Progetto di ottimizzazione della distribuzione del farmaco post visita specialistica**

Il medico specialista che opera all'interno del sistema sanitario regionale in regime di attività ordinaria, al fine di garantire la continuità assistenziale e nel rispetto delle direttive regionali, deve mettere in condizione l'assistito di approvvigionarsi direttamente presso IL Servizio farmaceutico ospedaliero/territoriale ovvero, nel caso di patologie croniche che necessitino di ciclicità di controllo specialistico, garantendo la somministrazione direttamente in ambulatorio.

I farmaci prescritti in regime di attività ordinaria dallo specialista ospedaliero e territoriale devono essere ricompresi, nel rispetto delle indicazioni terapeutiche, all'interno del *prontuario unico di area vasta*. L'utilizzo di medicinali in difformità alla loro scheda tecnica, salvo particolari casi ben normati dalla legge 648/96, non può essere a carico del Sistema Sanitario Nazionale.

Lo specialista comunque, qualora prescriva direttamente un farmaco o formuli consigli terapeutici per il medico di medicina generale, deve attenersi a criteri di costo/efficacia, deve preferire i farmaci generici e deve attenersi alle indicazioni dei protocolli aziendali di farmaco utilizzazione. In ogni caso deve compilare correttamente il piano terapeutico, qualora richiesto, e deve rispettare le indicazioni contenute nelle note AIFA di riferimento, poiché i farmaci compresi in queste note sono prescrivibili attraverso il Servizio Sanitario Nazionale limitatamente a patologie specifiche e quindi in modo restrittivo rispetto alle molteplici indicazioni contenute nell'atto registrativo. In assenza della prevista nota il farmaco sarà dispensato a totale carico dell'assistito, che dovrà perciò esserne preventivamente informato.

### **Progetto di efficienza nelle dimissioni secondo il Manuale di Accredimento dei reparti di degenza.**

In coerenza con il Manuale di Accredimento dei reparti di degenza, codice paragrafo ADEG, punto 40, la progettualità deve essere concepita per mettere il medico ospedaliero in condizione di ottemperarne i contenuti, con particolare risalto alla possibilità di disporre, da parte dell'infermiere, dei farmaci previsti per la dimissione nel giorno anteriore con conseguente minimizzazione delle eventuali problematiche di carattere organizzativo riferite al servizio distributore.

### **Progetto di un percorso controllato di prescrizione-utilizzo di specialità medicinali non ricomprese nel Prontuario Ospedale-Territorio (Regionale/Area Vasta)**

Tenuto conto che la prescrizione specialistica ospedaliera è talvolta orientata su aspetti terapeutici innovativi al di fuori del Prontuario ospedaliero e, a volte, al di fuori delle indicazioni terapeutiche autorizzate, esiste di fatto un interesse di carattere scientifico per l'intera collettività nella conoscenza dell'evoluzione prescrittiva in farmacoterapia, soprattutto in ambito oncologico ed ematologico. Pertanto diventa di ineludibile importanza fornire linee di indirizzo che consentano di non disperdere l'enorme patrimonio di dati clinici generato in simili contesti. Al riguardo il percorso progettuale dovrà ricomprendere:

- la predisposizione di una modulistica di richiesta personalizzata nella quale il medico non potrà limitarsi alla schematica descrizione della motivazione clinica ma, più specificamente, descrivere e sottoscrivere perché l'eventuale risorsa farmacologica in prontuario sia ritenuta non adeguata (verranno date indicazioni condivise di livello ASUR sulla modulistica da utilizzare);

- una relazione clinica post-somministrazione degli esiti del trattamento che evidenzi il raggiungimento o meno dei risultati previsti nonché la descrizione delle eventuali reazioni avverse (da inviare con cadenza verosimilmente mensile al servizio di farmacia zonale e/o di area vasta).

### **Progetto di implementazione ed ottimizzazione del PTOR**

Il PTOR deve essere assimilato a strumento di governo della spesa farmaceutica e di appropriatezza prescrittiva. A tal fine risulta necessario che la Regione Marche renda vincolante tale strumento. Conseguentemente si possono fornire direttive relative a:

- l'impegno obbligatorio del medico dipendente ospedaliero, dello specialista ambulatoriale e del medico convenzionato esterno ad attenersi al PTOR nella prescrizione.
- la sistematica revisione del PTOR di Area Vasta in condivisione con i medici di medicina generale per conformare la loro prescrizione allo stesso.

### **Assistenza farmaceutica nelle strutture residenziali**

Dal momento che le RSA sono strutture del SSR e le Residenze Protette sono strutture con esso convenzionate, l'assistenza farmaceutica agli ospiti di queste strutture va garantita in forma diretta dalle farmacie ospedaliere o territoriali delle Zone Territoriali.

I farmaci erogabili ovviamente sono quelli di fascia A e per quanto riguarda quelli di fascia C solo quelli per la terapia del dolore nel paziente neoplastico. Per ogni paziente al momento dell'ingresso in struttura viene redatto un piano assistenziale che deve essere comprensivo anche dell'assistenza farmaceutica

Il Medico di Medicina Generale di ogni assistito dovrà prescrivere per il suo paziente i farmaci di fascia A di cui ha bisogno tenendo conto del fabbisogno mensile, su un apposito modulo terapeutico. Tale modulo di richiesta va compilato all'ingresso del paziente e aggiornato al bisogno, con la stessa modalità ad ogni cambio di terapia. Lo stesso va autorizzato dal Medico Responsabile delle Strutture Residenziali e di seguito presentato alla Farmacia Ospedaliera per il ritiro dei farmaci, con cadenza mensile e per un quantitativo sufficiente a 30 giorni. Con tale modalità saranno erogati, seppur di fascia C, anche i farmaci e prodotti di medicazione locale per i decubiti secondo un protocollo aziendale e i farmaci per la terapia del dolore ai pazienti neoplastici.

**INTERVENTO n. 3**

**IL GOVERNO DELLE ATTIVITA'  
AMMINISTRATIVO-TECNICO-  
LOGISTICHE**

# INTERVENTO 3: IL GOVERNO DELLE ATTIVITA' AMMINISTRATIVO-TECNICO-LOGISTICHE

## Sommario

<b><u>1. IL QUADRO NORMATIVO .....</u></b>	<b><u>2</u></b>
<b><u>2. PREMESSA E STATO DELL'ARTE .....</u></b>	<b><u>3</u></b>
<b><u>3. IL PROCESSO DI <i>CHANGE MANAGEMENT</i>.....</u></b>	<b><u>6</u></b>
3.1 INTRODUZIONE .....	6
3.2 I PRINCIPI BASE DELL'AZIONE DI CAMBIAMENTO.....	7
3.2.1 LA STRATEGIA DI CAMBIAMENTO E LO SVILUPPO ORGANIZZATIVO.....	7
3.2.2 LA CONOSCENZA DEL SISTEMA E L'ORGANIZZAZIONE PER PROCESSI .....	8
3.2.3 PORRE AL CENTRO LE PERSONE, VALORIZZARE I RUOLI CRITICI, INVESTIRE NELLA COMPETENZA.....	10
3.2.4 LA COMUNICAZIONE.....	12
3.3 L'ANALISI DELLE PERFORMANCE MEDIANTE L'UTILIZZO DEI COSTI STANDARD APPLICATI AL PERSONALE .....	12
3.4 CONCLUSIONI .....	13
<b><u>4. IL MODELLO FUNZIONALE E ORGANIZZATIVO.....</u></b>	<b><u>14</u></b>
<b><u>5. ISTITUZIONE E FUNZIONAMENTO DELLE AREE VASTE .....</u></b>	<b><u>19</u></b>
<b><u>6. ATL DELEGATE ZONALI .....</u></b>	<b><u>21</u></b>

## 1. IL QUADRO NORMATIVO

- Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul Nuovo Patto della Salute per gli anni 2010/2012
- D. L. 31 maggio 2010 n°78 coordinato con la legge di conversione 30 luglio 2010 n° 122 "Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica"
- Piano sanitario Nazionale 2011/2013
- DGRM n° 1138 del 19 luglio 2010
- L.R. n°17 del 22 novembre 2010
- DGRM n°17 del 17 gennaio 2011
- Determina ASUR n°89/2005
- Determina ASUR n°977/2006
- Determina ASUR n°540/2008
- Determina ASUR n°497/2009
- Determina ASUR n°125/2010

## 2. PREMESSA E STATO DELL'ARTE

L'attuale congiuntura nazionale e internazionale dei mercati sta costringendo le aziende e le imprese ad un processo di continuo perfezionamento delle proprie strutture, nel tentativo di ottenere un vantaggio competitivo nei confronti della concorrenza, ogni giorno più agguerrita.

Mentre i confini nazionali e le distanze non costituiscono più un vincolo alle scelte allocative dei fattori produttivi o un limite ai mercati di approvvigionamento e di sbocco, la ricerca di soluzioni organizzative che consentono una pluralità di centri di decisione e supporto, strettamente cooperanti anche se geograficamente non contigui si configura come una scelta obbligata per poter continuare ad operare, anche per la pubblica amministrazione, al pari delle imprese private .

Nello specifico, anche il nostro Paese sta attraversando una situazione economica caratterizzata da condizioni di particolare difficoltà che hanno determinato l'introduzione di misure correttive e restrittive per ogni area di attività e di produzione.

Anche per quanto riguarda la sanità sono state fornite ulteriori indicazioni volte a razionalizzare il settore, nell'intento di ridurre gli sprechi, ottimizzare i costi e aumentare i livelli di efficienza ed efficacia.

Per la Regione Marche, già riconosciuta dal Cerm (Competitività Regolazione Mercati) come l'unica Regione con i conti di bilancio in equilibrio<sup>1</sup>, la situazione predetta ha rappresentato un forte momento di impulso e sviluppo verso un ulteriore miglioramento dell'attuale organizzazione sanitaria.

Il culmine di questo processo di riforma si è raggiunto con la nuova legge regionale di riforma del SSR, L.R. n° 17 del 22 novembre 2010, che ha formalmente istituito, tra l'altro, il livello dell'Area Vasta come il luogo principe e l'entità di riferimento per l'ottimizzazione dei servizi, la programmazione integrata e il coordinamento tra bacini geografici confinanti.

Il processo di riforma in atto si propone essenzialmente come obiettivo principale il mantenimento dell'equilibrio di bilancio, dal quale discendono le opportune azioni per consolidare la stabilità economico-finanziaria, anche se la finalità rimane sempre quella di garantire il rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza massimizzando qualità e appropriatezza dei servizi erogati a tutti i cittadini della Regione Marche.

---

<sup>1</sup>A valle di uno studio sul rispetto da parte delle Regioni della programmazione delle risorse per la sanità, successivi all'introduzione del federalismo fiscale e dei costi standard

L'introduzione del federalismo fiscale con la conseguente adozione dei costi e fabbisogni standard ai fini del riparto del FSN, inoltre, richiederà nei tempi brevi l'impulso ad adottare soluzioni organizzative innovative, capaci di render conto sia delle complessità emerse che dei vincoli imposti, operando attivamente sulle molteplici componenti che interagiscono tra loro e che sono in grado di modificare, in termini propositivi e fattivi, la qualità delle relazioni tra le diverse parti che compongono il quadro istituzionale.

E' in questo contesto che si configura la fase di attuale trasformazione del SSR che coinvolge, all'interno di un sostanziale ridisegno di spazi di razionalità organizzativa e operativa, l'Azienda Sanitaria Unica Regionale ASUR.

In effetti l'ASUR è stata protagonista, da più di un quinquennio, del radicale processo di riorganizzazione sanitaria ed amministrativa, in particolare nell'area ATL, caratterizzata da profonde e necessarie trasformazioni nella direzione di un accorpamento di processi e servizi.

Il percorso scientifico e tecnico alla base di quella importante opera di progettazione organizzativa attuata nel quinquennio precedente, in ottemperanza al quadro normativo allora vigente e alle indicazioni dei Piani Sanitari Regionali, era riconducibile essenzialmente alle seguenti argomentazioni:

1. poter sviluppare la programmazione sanitaria su bacini di popolazione più ampi (basti pensare all'acquisto di grandi tecnologie biomediche o alla configurazione di reti ospedaliere);
2. poter configurare aggregazioni istituzionali più ampie capaci di diluire e ridurre il pericolo di particolarismi;
3. poter raggiungere cospicue economie di scala nell'amministrazione e gestione.

Per quanto riguarda il terzo punto, per evitare che i cosiddetti costi 'transazionali' fossero maggiori delle previste e ricercate economie di scala, si era cercato di indirizzare la progettazione organizzativa nell'individuazione precisa delle funzioni amministrative potenzialmente accentrabili e di quelle che potevano essere decentrate, interrogandosi contemporaneamente sulle modalità più opportune di decentramento. Infatti, in epoca di *downsizing* e di *reti di piccole imprese*, i costi di coordinamento, di comunicazione, di viscosità del fluire decisionale rischiavano di vanificare gli oggettivi risparmi conseguibili dal centralizzare le funzioni amministrative, soprattutto per l'esperimento che si era chiamati ad attuare, il passaggio da 13 aziende USL in un'unica azienda sanitaria dalle dimensioni regionali.

Tale processo di profondo rinnovamento organizzativo, pur rispettoso dell'importanza del livello locale e delle peculiarità di ogni singolo ambiente di riferimento, ha purtuttavia affidato in maniera preponderante allo strumento normativo la possibilità di conseguire i risultati preposti, con alcune problematiche, compiutamente illustrate nel prosieguo, non ancora superate a livello operativo e gestionale.

La norma, infatti, se da un lato consente di perseguire le finalità di imparzialità e garanzia nei confronti della collettività, dall'altro fa inevitabilmente porre in secondo piano il collegamento con la dinamica dell'ambiente, con l'evoluzione della domanda e con le specificità del contesto interno, comportando spesso tempi diversi a fronte di cambiamenti e di rapide evoluzioni.

La sfida che dovrà essere raccolta dall'attuale cambiamento in corso, sarà innanzitutto quella di far sì che l'innovazione organizzativa da implementare entri a far parte del patrimonio di conoscenze, competenze e cultura dell'organizzazione, e non resti un episodio isolato che non tocca le strutture del passato, ma che incide in modo efficace sui comportamenti e sulle routine procedurali degli operatori.

### **3. IL PROCESSO DI *CHANGE MANAGEMENT***

#### **3.1 *Introduzione***

E' ineludibile che nel caso delle Aziende Sanitarie si viene a creare una tipologia di rapporto tra domanda e offerta di prestazioni del tutto particolare, dove la domanda di prestazioni determina l'offerta e dove la presenza di una certa offerta condiziona la domanda.

Nei processi erogativi, dunque, il professionista assume importanza non solo come erogatore di prestazioni, a volte a forte contenuto 'immateriale', ma anche sotto il profilo dell'identificazione della domanda di prestazioni sanitarie, partecipando da un lato alla definizione della domanda e dall'altro essendo soggetto che definisce l'offerta: la responsabilità sull'offerta e quella sulla domanda si assommano nella stessa azienda.

All'interno di questo quadro operativo, emergono alcuni vincoli di rilevante importanza, collegabili a due fattori di ordine generale:

1. le risorse umane, tecnologiche, professionali, logistiche predisposte dall'azienda e destinate ai processi di erogazione dei servizi sanitari, che, all'interno dell'attuale quadro congiunturale nazionale, subiscono continue decurtazioni e tagli;
2. le specifiche norme di comportamento professionale e organizzativo, che definiscono le modalità e il contributo di azione dei singoli, definite a livello nazionale e locale che delineano ruoli, autonomie, responsabilità, sanzioni ecc. che, in virtù della mutata situazione economico-sociale del paese, sono oggetto di continue pressioni e ridimensionamenti.

Si delinea così un processo quasi automatico di distinzione tra due ruoli, rispondenti a diverse esigenze e responsabilità, a volte in conflitto tra loro: uno chiamato fondamentalmente a utilizzare le risorse nei processi di produzione e consumo nel rispetto dell'autonomia clinica e professionale, l'altro chiamato a predisporre e distribuire in modo efficiente e efficace risorse in base alle priorità aziendali e alla capacità di collegare gli specifici fabbisogni ai vincoli sempre più restrittivi imposti dalle attuali contrazioni economiche.

In altre parole siamo in presenza di una situazione di equilibrio dinamico organizzativo, dove da una parte si ha la responsabilità clinica che ha, come punto di riferimento, l'attività rispetto al servizio erogato, l'efficacia delle prestazioni e l'appropriatezza dell'intervento prodotto, nel rispetto delle condizioni umane e relazionali del paziente portatore della domanda di salute; dall'altra la responsabilità gestionale, che ha come punto di riferimento il coordinamento verticale, la compatibilità degli obiettivi assegnati con l'impiego delle risorse, l'efficacia distributiva e complessiva dell'azienda o delle singole parti.

Si deve pertanto ricorrere ad una duplice e articolata responsabilizzazione, una inerente a valorizzare l'autonomia clinica, l'altra inerente la gestione strategica e complessiva.

A quest'ultima vengono assegnate la definizione di modalità di distribuzione delle risorse comuni, l'allocazione del personale e di altri importanti fattori produttivi come le tecnologie, e ancora l'individuazione di regole comuni e accettate di comportamento, l'individuazione di obiettivi generali aziendali e delle specifiche articolazioni organizzative.

La progettazione organizzativa si configura dunque come un problema di ottimizzazione vincolata in grado di prefigurare differenti livelli di responsabilità organizzative e sanitarie in modo tale che siano collegati armoniosamente tra loro minimizzando la conflittualità tra le diverse e a volte contraddittorie esigenze sottese.

E' quindi da questa esigenza che nasce l'opportunità oramai inderogabile di agire con determinazione lungo le due direttrici amministrativa e clinica, andando a rafforzare, nel ramo amministrativo, l'organizzazione di un unico Dipartimento ATL aziendale, strutturandone funzioni e operatività in modo da sostenere il sistema complessivo d'offerta completo ed integrato.

### ***3.2 I principi base dell'azione di cambiamento***

Il *corpus* dei principi che ispira e sono alla base dell'ulteriore processo di cambiamento in atto dell'area ATL, sulla base delle considerazioni su esposte, si focalizza attorno a quattro elementi chiave (*key factors*) in grado di caratterizzare una gestione efficace del cambiamento organizzativo:

1. La strategia di cambiamento e lo sviluppo organizzativo
2. La conoscenza del sistema e l'organizzazione per processi
3. Porre al centro le persone, valorizzare i ruoli critici, investire nella competenza
4. Valorizzare la comunicazione

#### **3.2.1 La strategia di cambiamento e lo sviluppo organizzativo**

E' oramai noto che nessun cambiamento organizzativo può essere realizzato in modo efficace senza una strategia che accompagni il processo nel suo evolversi. Molti cambiamenti messi in atto nelle aziende sanitarie, anche profondi e radicali, perdono nel tempo efficacia e incisività proprio perché non segue, alla fase del lancio e della mobilitazione, un adeguato percorso di sostegno, accompagnamento e guida alla rimozione dei diversi ostacoli che via via si presentano.

Si instaurano così da una parte processi di demotivazione degli individui coinvolti dovuti alla percezione di una larvata squalifica del progetto, giustificando comportamenti per *adempimenti* (ci si limita a fare quanto richiesto) e riassorbendo progressivamente il cambiamento prospettato nelle routine preesistenti. Dall'altro, le Direzioni spesso finiscono per registrare "l'inerzia" dell'organizzazione al cambiamento, la rigidità e la lentezza del sistema, portando a privilegiare la logica del controllo su quella dell'apprendimento e a ricorrere alla norma come strumento di governo, con uno scivolamento verso una situazione di stallo o di diluizione progressivo della riorganizzazione, che rimane a metà, finendo per essere "normalizzata".

Porre al centro la strategia del cambiamento allora significa, come riporta Shotter (1993) riguardo all'attività manageriale e ai compiti del manager:

*Generare una formulazione chiara e adeguata di quello che la situazione problematica "è", di creare a partire da un insieme di eventi incoerenti e disordinati una "struttura" coerente, nella quale sia possibile assegnare un "posto" intellegibile sia ai fatti presenti che alle nuove possibilità – e di fare tutto questo non da solo, ma in conversazione permanente con tutti gli altri che sono coinvolti.*

E' evidente che la Direzione Generale, che non è esterna alla rete, ma interna, non può far altro che cercare di costruire, sostenere ed accompagnare dall'interno delle nuove regolazioni, creando le condizioni affinché il sistema sia in grado nel tempo di cambiare da sé, e questo è possibile solo se gli attori principali del cambiamento organizzativo riescono a condividere la visione, il senso di dove si vuole arrivare, azione tipicamente in carico alla leadership.

Qualsiasi percorso di *change management* che voglia essere incisivo ed efficace e non rimanere sulla carta ha bisogno di persone esperte in grado di governare, gestire, leggere, sostenere, promuovere ed organizzare i diversi processi miranti all'obiettivo del cambiamento, soprattutto nella fase di transizione da un tipo di organizzazione ad un altro, facendosi facilitatori e rimuovendo gli ostacoli al fluire del processo. Questo tipo di attività è da considerare a carico della Direzione Generale, con struttura apposita.

### **3.2.2 La conoscenza del sistema e l'organizzazione per processi**

E' chiaro che la strategia di cambiamento deve essere basata su un'approfondita conoscenza del sistema, delle sue logiche d'azione, dell'andamento e degli attori dei diversi processi. Di più, le aziende sanitarie spesso da una parte sottovalutano le proprie potenzialità di apprendimento, quanto di innovazione è già presente e viceversa risulta poco visibile e c'è una grande difficoltà nel riuscire a mobilitare quelle persone che invece sarebbero disponibili ad assumere un ruolo attivo nel cambiamento.

Dall'altra è sempre presente un movimento evolutivo continuo il quale non riesce a diventare patrimonio di *Know-how* codificato per l'incapacità di riflettere su ciò che si fa, ostacolando così reali e duraturi processi di apprendimento (*learning organization*).

Si rendono necessarie modalità innovative nella mappatura e progettazione dei processi organizzativi, in grado da una parte di rendere conto dell'elevata complessità e incertezza dei "prodotti" dell'Azienda Sanitaria e dall'altra di procedere speditamente, laddove sia congruo e possibile, alla definizione e possibile standardizzazione dei percorsi.

A tal scopo, si è ritenuto utile procedere nell'analisi e ristrutturazione dei processi in una logica *lean*, seguendo i seguenti principi:

1. definire la catena di produzione del *valore*, (andando così a minimizzare tutti quei processi che assorbono risorse ma non creano valore), orientando sempre di più la struttura a processi di lavoro orientati per obiettivi realizzativi piuttosto che per funzioni, puntando alla risoluzione dei problemi piuttosto che al rispetto formale degli adempimenti amministrativi;
2. identificare il *flusso* del valore, ovvero precisare, per ogni servizio erogato e per ogni processo della catena, l'insieme delle azioni che contribuiscono totalmente, in parte o per nulla alla creazione del valore, in modo da poter procedere speditamente all'eliminazione delle duplicazioni e delle sovrapposizioni, delle articolazioni orizzontali e verticali, superando l'eccessiva particellizzazione dei fattori produttivi e l'ipertrofia strutturale
3. reingegnerizzare i processi in modo da permettere che le attività creatrici di valore, identificate con precisione dai passi precedenti possano *fluire* senza troppi ostacoli: tale percorso consente di modificare l' assunto procedurale da un paradigma per *batch and queue* (lotti e code) a modalità di visioni organizzative concentrate sui servizi erogati e sulle loro necessità attraverso il rendere esplicito delle responsabilità condivise e delle competenze, sviluppando processi di corresponsabilizzazione dei professionisti
4. sviluppare percorsi e processi di domanda-offerta in grado di *tirare* (pull) la progettazione e l'erogazione del servizio laddove la richiesta si genera sulla base delle effettive esigenze del cliente (interno e esterno), superando le barriere esistenti tra le diverse realtà operative: si tratta di costituire strategie erogative organizzate attorno a punti di *front-office* unici in grado di attivare processi flessibili ed efficaci di *back-office integrato*

5. definire percorsi legati alla *qualità totale* ed appropriatezza del servizio, in particolare legati alla linea amministrativa, capaci di sostenere e promuovere processi di automiglioramento continuo. Nel momento in cui l'Azienda riesce a definire accuratamente il *valore*, ad identificare l'intero *flusso di valore*, a far sì che i diversi passaggi della creazione del valore *fluiscano* con continuità e a permettere ai clienti di *tirare* il valore dell'impresa, necessariamente si attua il circolo virtuoso della qualità totale che consente agli operatori di sviluppare un'organizzazione di eccellenza.

Investire sulla conoscenza e sull'organizzazione per processi significa prima di tutto partire dal reale, dall'esperienza concreta, sviluppare capacità di diagnosi e check-up organizzativo e produrre piani che siano prima di tutto fattibili. Diversamente l'esito è difficilmente governabile.

Sviluppare una riorganizzazione secondo i principi *lean* consente di spostare il focus dalle funzioni al prodotto finale e al processo, riconnettendo tra loro i diversi momenti dell'agire organizzativo (manageriale, clinico, amministrativo), ponendo il cliente interno e/o esterno al centro del sistema.

### **3.2.3 Porre al centro le persone, valorizzare i ruoli critici, investire nella competenza**

L'organizzazione e il suo assetto operativo è la risultante di un insieme di interventi e azioni orientate a individuare un equilibrio tra le variabili organizzative, al fine di produrre un'efficacia reale e fattiva del sistema aziendale.

Nell'organizzazione, la struttura, i meccanismi operativi e il sistema delle competenze e dei valori sono intimamente connessi in un rapporto di stretta interdipendenza caratterizzato da un sistema di relazioni. Concretamente questo significa che in un processo di cambiamento la mobilitazione e la partecipazione dei diversi attori è condizione indispensabile, e ciò lo si può fare facendo uso di alcune leve, quali:

- *l'ascolto*, intesa come capacità da parte della leadership di porsi in una logica di non contrapposizione con l'organizzazione, bensì nello sviluppo di quella che Lanzara definisce *capacità negativa*: il prestare attenzione ad aspetti che altrimenti verrebbero trascurati, risulta necessario per affrontare l'incertezza e l'ambiguità legate alle situazioni organizzative più critiche, come nel corso di processi di cambiamento. Essa si contrappone a quella che si potrebbe chiamare *incapacità positiva* che, invece, «premia la prestazione specialistica, l'orientamento al risultato, il successo a breve termine, la conformità a norme e a modelli canonici di comportamento e l'acquisizione di certezze» [Lanzara, 1993].

- *La fiducia e la motivazione:* risulta fondamentale sottolineare come la strategia debba essere posta in essere “con” e non “contro” l’organizzazione, creando le condizioni dall’interno perché quelle resistenze e quei conflitti vengano risolti o autoregolati dall’organizzazione stessa. La fiducia e la motivazione delle persone che operano all’interno dell’organizzazione sono una risorsa straordinaria, in quanto consentono di ridurre le informazioni, le incertezze decisionali, le fasi di stallo e congelamento, promuovono positivi processi di identificazione e appartenenza in grado di ‘scaldare’ l’operato organizzativo fino alle “temperature” ottimali affinché la cinetica delle trasformazioni organizzative prevalga sulle resistenze e gli ostacoli al cambiamento.
- *La responsabilizzazione:* qualsiasi cambiamento organizzativo richiede l’impegno totale e prioritario dei dirigenti nel raggiungimento degli obiettivi stabiliti all’interno del processo di negoziazione delle risorse e dei relativi margini di autonomia operativa. Le figure professionali responsabili dei processi di erogazione dei servizi svolgono ruoli-chiave all’interno del percorso di *reengineering* organizzativo attraverso lo sviluppo di un management di prossimità con il paziente e di un proficuo e continuo *team building* nei confronti dei propri colleghi e diverse realtà aziendali, chiamate di volta in volta ad operare sui singoli problemi.
- *La partecipazione:* non è pensabile nessun percorso di cambiamento organizzativo che non passi attraverso una responsabilizzazione attiva e un coinvolgimento fattivo degli agenti del cambiamento, soprattutto nell’ottica di far evolvere il sistema in modo armonico e non come un insieme disconnesso di parti e strutture. All’interno dell’organizzazione, oltre a sottolineare l’importanza della cultura del *change management* e di quanto sia fondamentale accompagnare un processo una volta avviato, vanno identificati e coinvolti e sostenuti i ruoli critici, per mobilitare le persone attorno al progetto, nello sforzo di far collimare obiettivi individuali e finalità organizzative comuni.
- *La valorizzazione:* significa innanzitutto la scoperta delle capacità innovative provenienti dal “basso”, il riconoscimento di quelle risorse di auto-organizzazione e apprendimento che sviluppano saperi di fondamentale importanza per l’organizzazione e che spesso rimangono incistati nelle pieghe invisibili della struttura e delle routine operative. La strategia del cambiamento, oltre a prevedere percorsi di valorizzazione individuali e soprattutto di team, di gioco di squadra, dovrà provvedere alla diffusione del patrimonio di esperienze e di competenze che altrimenti rischia di perdersi.

### 3.2.4 La comunicazione

Non è pensabile disgiungere, all'interno di un efficace processo di cambiamento organizzativo, la funzione operativa da quella legata all'uso strategico della comunicazione. Un uso strategico della comunicazione, oltre ad informare i soggetti sulle necessità e sulla volontà di avviare il processo di cambiamento, restituire all'organizzazione i risultati della fase diagnostica, illustrando e discutendo delle proposte di progettazione organizzativa emerse, ha l'obiettivo di definire in modo chiaro i ruoli e le modalità di partecipazione dei diversi attori, esplicitando il senso del percorso di cambiamento in una prospettiva di *sensemaking* organizzativo.

### 3.3 L'analisi delle performance mediante l'utilizzo dei costi standard applicati al personale

Nella prospettiva manageriale, l'esigenza è quella di sfruttare nel modo più appropriato possibile le risorse presenti nell'azienda al fine di rendere la stessa più competitiva, e nel marginalizzare le risorse "no core" terzializzandole o addirittura eliminandole.

Nell'ambito di un processo di reingegnerizzazione, un ruolo strategico assume l'analisi delle performance che l'azienda riesce a erogare, in relazione ad un efficiente utilizzo delle risorse disponibili.

Definire il *valore* dell'output che l'azienda produce, significa tra le altre cose definire gli **standard quali-quantitativi** dei fattori produttivi in entrata, del processo di produzione sotteso all'erogazione dell'output e di quest'ultimo.

A partire da tali standard, è possibile definire, in termini predittivi (*forecast analysis*), quale possono essere i *costi standard* dei prodotti (spesso immateriali) erogati dall'Azienda, e servirsi poi dell'analisi delle varianze (*management by exception*) per definire entità e cause degli eventuali scostamenti (anche attraverso azioni di *benchmarking*).

L'applicazione dei *costi-standard* relativamente all'impiego delle risorse umane, a parità di prestazione standard erogata, potrà definire anche i livelli standard quali-quantitativi ai quali le Zone Territoriali si dovranno adeguare nel breve periodo.

### **3.4 Conclusioni**

La progettazione organizzativa dell'area ATL che si vuole sviluppare nell'ottica dei principi su esposti, comporterà dunque:

- il *downsizing* dell'area, attraverso processi di ricomposizione, distribuzione delle responsabilità e attribuzione di deleghe;
- il rafforzamento delle modalità di gestione, della qualità e del miglioramento continuo, attraverso il potenziamento dell'integrazione a matrice di tutti i processi con le funzioni strategiche di controllo di gestione e sviluppo organizzativo;
- il coinvolgimento di tutte le professionalità interessate tramite l'ulteriore potenziamento delle attività di *team building*, e di *team work* superando le tradizionali barriere che troppo spesso non consentono il raggiungimento del risultato finale in termini di efficienza, efficacia e appropriatezza.

#### 4. IL MODELLO FUNZIONALE e ORGANIZZATIVO

I processi dell'area ATL contribuiscono in modo mediato alla creazione di valore, essendo di supporto a quelli primari, configurando così sostanzialmente il cliente come interno.

Per evitare evidenti diseconomicità nella produzione di output privi di interesse, l'ASUR ha provveduto ad una riprogettazione *lean* dei flussi che ha consentito di creare una struttura capace di garantire, all'interno di percorsi fortemente responsabilizzanti, la necessaria e inderogabile integrazione tra i processi produttivi, di committenza e di autonomia dei professionisti, legando perciò vincoli ed opportunità all'interno di un unico momento di progettazione organizzativa.

Il ridisegno, in ottemperanza con il quadro legislativo attualmente vigente, e gli obiettivi e le finalità di cui sopra, prevede un'organizzazione **su più livelli e policentrica**.

Si ritiene infatti, che l'assetto organizzativo dell'area ATL più idoneo a rispondere alle sfide attuali si debba caratterizzare per una velocità di risposta in grado di differenziarsi per livelli a seconda delle mutevoli esigenze, riconfigurando i percorsi operativi in processi integrati orientati al risultato.

Pertanto l'area ATL sarà caratterizzata per i seguenti elementi:

1. il livello della **Direzione Strategica**, (v. fig.1) in grado di esercitare il governo attraverso gli opportuni strumenti manageriali: a questo livello vengono adottate le decisioni che indirizzano l'operatività complessiva, con l'indicazione delle procedure e degli strumenti di controllo dei risultati. Viene altresì effettuato il coordinamento delle diverse funzioni aziendali con la finalità del raggiungimento degli scopi aziendali;
2. il **livello di Area Vasta** (v. fig. 2) come luogo privilegiato per l'ottimizzazione dei servizi, per la programmazione integrata e il coordinamento delle Zone confinanti: a questo livello, meso – organizzativo, si esplicano alcune funzioni strategiche, proprie e delegate dalla Direzione Generale, finalizzate da una parte allo sviluppo e al miglioramento dei servizi erogati e dall'altra al conseguimento dell'equilibrio economico-finanziario di un territorio più circoscritto che è l'AV. Tali strutture distribuite sui territori di riferimento, saranno composte da unità *lean* con capacità operativa e autonomia gestionale predeterminate, articolate secondo le indicazioni normative vigenti.

3. il **livello zonale**, come luogo del governo clinico, dell'operatività e dell'erogazione dei servizi: a questo livello viene esplicitata la funzione attuativa delle scelte effettuate a livello strategico ovvero si vedranno realizzarsi le attività più opportunamente presidabili a questo livello, organizzate nella Direzione delle ATL delegate, con il compito di garantire una visione programmaticamente e operativamente unitaria della dimensione amministrativa zonale.

Il modello organizzativo prescelto al fine di garantire l'economicità, la tempestività dell'azione amministrativa e la razionalità organizzativa è quello dipartimentale.

Per l'area ATL pertanto è previsto il rafforzamento e la riorganizzazione del Dipartimento Unico Amministrativo Aziendale, già costituito a partire dalla Determina 977 del 15 dicembre 2006 e s.m.i., afferente alla Direzione Amministrativa Aziendale, articolato in Aree Dipartimentali con la finalità di indirizzare e coordinare l'attività amministrativa per l'utilizzo efficiente e razionale delle risorse disponibili, promuovere e sviluppare percorsi di accrescimento delle competenze professionali e della qualità dei risultati.

Le strutture operative sono articolate principalmente in Area Vasta, secondo le indicazioni normative regionali, svolgendo funzioni proprie e delegate, e in zona territoriale, a supporto dei processi tipicamente territoriali, ospedalieri e di governo clinico.

Le finalità del Dipartimento ATL rimangono confermate rispetto alla passata riorganizzazione, puntando prioritariamente a:

- il miglioramento dell'efficienza gestionale dei processi organizzativi attraverso l'integrazione delle attività delle strutture operative;
- lo sviluppo dei modelli organizzativi succitati favorendo e sostenendo i percorsi di *change management*;
- la necessaria e continua opera di ottimizzazione e razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse umane e tecnologiche, degli spazi e servizi intermedi;
- l'implementazione di percorsi di *qualità totale* (modello *six-sigma*), sviluppando le attività di integrazione dei diversi servizi componenti l'area ATL e dei diversi clienti;
- la standardizzazione delle procedure, con la definizione dei costi standard, e il rafforzamento delle procedure e dell'interoperabilità del Controllo Strategico e dello Sviluppo Organizzativo;
- il rafforzamento dei percorsi di omogeneizzazione delle procedure organizzative.

Il Dipartimento Amministrativo Unico Aziendale sarà diretto dal Direttore Amministrativo, il quale sovrintende il processo di pianificazione strategica e di programmazione annuale, presiede al governo economico-finanziario, garantisce l'efficienza e lo sviluppo dei servizi informativi, garantisce la qualità delle procedure organizzative di natura amministrativo/ tecnico/ logistica, orientando le funzioni delegate sia a livello di area vasta e zonale.

La Direzione Amministrativa è coadiuvata dalla Segreteria Generale di Direzione, che svolge le consuete funzioni di supporto operativo anche alle Aree Dipartimentali previste e al Comitato di Dipartimento.

Il Comitato svolge le seguenti funzioni:

- concorre a definire gli obiettivi da realizzare nel corso dell'anno, in aderenza alla programmazione strategica aziendale e i modelli organizzativi del Dipartimento, nel rispetto dei criteri fissati dall'atto aziendale e dai regolamenti ed espletando la funzione di indirizzo e coordinamento nei confronti dei Collegi di Area Vasta;
- elabora proposte per la gestione del personale e delle altre risorse delle aree di competenza del Dipartimento, da presentare all'approvazione del Direttore Generale come direttive per i Collegi di Area Vasta;
- stabilisce e coordina modelli per la verifica e la valutazione dell'attività svolta, nel rispetto dei criteri fissati dalla Direzione Generale;
- elabora la relazione annuale sulle attività svolte ed il programma degli obiettivi per l'anno successivo alla fine di ogni anno, inviandoli alla Direzione Generale con le proposte motivate di finanziamento e le priorità di realizzazione.

La Direzione Amministrativa, tenendo presenti le indicazioni fornite dal Comitato di Dipartimento, sovrintende alla costruzione dei programmi e piani di attività annuali delle Aree Dipartimentali, che verranno svolte nell'ambito degli obiettivi programmati dal Dipartimento, sulla base delle articolazioni del budget e delle specifiche risorse assegnate.

Sulla base delle norme attualmente vigenti e in relazione agli obiettivi prefissati e alle modalità organizzative prefigurate, è previsto che il Dipartimento Amministrativo Unico Aziendale sia strutturato dalle seguenti Aree (v. fig. 3):

Area Contabilità, Bilancio, Tesoreria  
Area Ingegneria Clinica  
Area Controllo di Gestione  
Area Sistemi Informativi Aziendali  
Area Affari Generali e Contenzioso  
Area Patrimonio, Nuove Opere e Attività Tecniche  
Area Politiche del Personale  
Area Approvvigionamenti e Logistica  
Area Formazione e Comunicazione

*La responsabilità delle Aree ASUR a valenza Dipartimentale, presuppone l'esistenza di più dirigenti di Struttura Complessa, la cui attività è sottoposta ad azioni di coordinamento da parte del livello aziendale.*

*Per le funzioni Dipartimentali ASUR, non saranno prevedibili incarichi di natura dipartimentale in ambiti diversi da quello centrale.*

**Le Aree di cui sopra, svolgeranno le funzioni specificatamente ed esclusivamente assegnate al livello direzionale mediante una strutturazione gerarchica delle risorse assegnate; sarà espletata una funzione di indirizzo, coordinamento e controllo relativamente alle funzioni non esclusivamente assegnate al livello direzionale, a quelle delegate, di livello sovra zonale e alle funzioni tipicamente operative di livello zonale.**

Tale scelta discende dalla necessità di implementare da una parte percorsi di alta specializzazione su settori strategici e a forte contenuto tecnologico, dall'altra esercitare un coordinamento centralizzato della filiera amministrativa legata ai flussi e ai processi di tipo strategico.

Per le aree previste, si strutturerà un percorso di delega efficace, in grado di stratificare le responsabilità e la capacità decisionale a più centri operativi, operando dal centro una forte attività di indirizzo, controllo e coordinamento.

Le Aree (Dipartimentali e non) dovranno garantire l'integrazione ed il coordinamento delle strutture di diretta afferenza, attraverso l'elaborazione e l'emanazione di direttive ed indirizzi aventi lo scopo di assicurare appropriatezza tecnico-professionale ed omogeneità d'azione per l'assolvimento delle funzioni di pertinenza, controllando l'efficacia dell'azione amministrativa conseguente.

Per ogni Area Dipartimentale è incaricato un Dirigente, scelto dal Direttore Generale su proposta del Direttore Amministrativo, fra i Dirigenti amministrativi e tecnici, con mandato triennale e verifica annuale da parte del Direttore Amministrativo il quale può proporre al DG la revoca dell'incarico nel caso in cui ritenga che l'andamento dell'attività amministrativa non sia conforme con gli obiettivi assegnati.

Il Dirigente di Area Dipartimentale, nello specifico svolge:

- una funzione di indirizzo gerarchico e di coordinamento di tutte le attività e unità di competenza a lui assegnate;
- è garante della conformità dei comportamenti e dei risultati con gli indirizzi forniti dalla Direzione;
- è garante della conformità delle azioni operative con gli indirizzi e la programmazione del Coordinamento di Area Vasta in merito alla gestione delle risorse umane e dei beni e servizi delle attività di competenza.

Gli uffici di staff della Direzione Amministrativa sono deputati alla necessità di garantire il costante governo delle progettualità avviate, delle funzioni delegate e del processo di *change management* e sono:

Segreteria Generale;

Area Controllo Strategico Qualità e Sviluppo Organizzativo;

Area Sistema Controllo Atti Aziendale;

Nel modello organizzativo delineato, il rapporto unitario di dipendenza dal Dipartimento ATL aziendale consente al sistema quella coerenza atta ad assicurare da una parte il buon funzionamento dell'azione amministrativa secondo i principi dell'economicità, dell'efficacia, della trasparenza e della proporzionalità mentre dall'altro permette omogeneità nei comportamenti, nell'applicazione di norme sull'intero territorio aziendale e lo sviluppo di logiche di processo di integrazione su scale più vaste rispetto a quelle zonali.

La responsabilità sul personale del Dipartimento ATL, pertanto, con l'eccezione delle attività delegate a valenza sovra zonale e zonale, è di conseguenza posta in capo direttamente al Direttore Amministrativo, consentendo al Coordinamento di Area Vasta di assumere competenze di governo e di presidio complessivo dei processi assistenziali, per l'ambito territoriale di pertinenza.

La strutturazione organizzativa dell'Area ATL così concepita permette quindi di implementare un'organizzazione policentrica in grado, da un lato, di supportare efficacemente l'azione amministrativa sottesa all'erogazione dei servizi mentre, dall'altro garantire il corretto assetto amministrativo, assicurato dalla Direzione Generale che, nella sua visione ampia e dal respiro regionale, ha la possibilità di unire armonicamente globale e locale.

L'Area Vasta assume così la funzione di snodo tra scelte locali e strategie aziendali dal punto di vista del governo clinico-assistenziale, mentre la coerenza e l'integrazione di obiettivi ed azioni definiti dalle varie unità operative che insistono sul territorio zonale sono assicurati dall'unitarietà del sistema amministrativo.

## 5. ISTITUZIONE E FUNZIONAMENTO DELLE AREE VASTE

L'innovazione organizzativa delineata con la nuova rivisitazione complessiva dell'area amministrativo/tecnico logistica, si declina soprattutto attraverso l'istituzione e la messa a regime dell'Area Vasta, la cui strategia si fonda su tre assi portanti: ottimizzazione dei servizi, programmazione integrata e coordinamento operativo dell'azioni delle zone territoriali confinanti, promuovendo il più possibile strategie atte a semplificare, standardizzare e consolidare le attività su scala aziendale.

L'Area Vasta costituisce senz'altro l'entità di riferimento per tali operazioni di rafforzamento e ottimizzazione del sistema, scelta strategica per l'organizzazione aziendale che, tesa alla standardizzazione delle funzioni di servizio replicate e distribuite in molte unità, si propone di attivare interventi strutturali in grado di produrre benefici qualitativi e quantitativi derivati dalle economie di scala.

A livello di Area Vasta (v. fig 4), relativamente alle attività riservate ATL, come detta la normativa regionale vigente, saranno esercitate le funzioni concernenti:

### *A. Funzioni espressamente delegate dalla L.R. 17/2010:*

- o Gestione del Personale: concerne l'amministrazione del personale afferente alle zone di riferimento, comprese le procedure di reclutamento, la mobilità tra le zone e la valutazione della dirigenza in ottemperanza alle direttive deliberate a livello direzionale;
- o Supporto al Controllo di Gestione.

### *B. Funzioni Delegate dal Direttore Generale ASUR*

- o Gestione Approvvigionamenti e Logistica: concerne l'acquisizione di beni e servizi nonché la gestione dei magazzini e della logistica in attuazione ai Piani triennali e annuali deliberati a livello direzionale;
- o Gestione del Patrimonio, Nuove Opere e Attività Tecniche: concerne la gestione del patrimonio con rif. ad atti di disposizione diversi da quelli concernenti l'alienazione, la permuta e la costituzione di diritti reali, l'esecuzione di opere e lavori relativamente alle diverse attività tecniche previsti dai Piani triennali e annuali deliberati a livello direzionale;

- o Gestione dei Sistemi Informativi: concerne l'Implementazione sul territorio dei sistemi informativi precedentemente individuati dal livello centrale, la gestione delle infrastrutture territoriali (hardware e network) e il supporto alle attività dei Sistemi Informativi Aziendali (partecipazioni a commissioni aggiudicatrici, attività di collaudo, ecc).

*In Area Vasta potranno essere attribuite ulteriori funzioni, previo parere favorevole del Direttore Amministrativo, in relazioni a esigenze e bisogni organizzativi e/o istituzionali non previsti in questa fase, sempre nel rispetto dei principi di efficacia, economicità e proporzionalità dell'azione amministrativa.*

In ciascuna Area Vasta è presente il Collegio di Area Vasta, presieduto dal coordinatore e composto dai Direttori delle Zone territoriali comprese nella stessa Area Vasta; il Collegio esprime decisioni vincolanti per i direttori delle zone territoriali afferenti.

I responsabili delle funzioni previste in Aree Vaste saranno nominati dal Collegio di Area Vasta, previo parere favorevole del Direttore Amministrativo ASUR.

## 6. ATL DELEGATE ZONALI

Per quanto riguarda il livello zonale, luogo dell'incontro domanda-offerta, si rende necessaria la scelta di mantenere incardinate funzionalmente le attività amministrative presidiabili in loco.

Tali attività ATL, sia quelle che garantiscono il necessario supporto per le competenze di esclusiva pertinenza (determine, supporto alla programmazione, etc.) che quelle tipicamente di *service* all'area sanitaria e socio-sanitaria, sono delegate al Direttore di Zona, che le esercita attraverso l'UO *ATL delegate* articolata in UU.OO. Servizi Amministrativi Territoriali e Ospedalieri.

Al fine di ridurre sprechi e ridondanze e mantenere l'assetto odierno che si è dimostrato operativamente valido, si conferma l'impianto attuale della scelta di un unico coordinatore delle attività amministrative zonali delegate posto in staff con il Direttore di Zona, tale così da continuare a garantire i livelli prestazionali di eccellenza attualmente raggiunti.

Le attività ATL in parola delegate alle Zone Territoriali sono riportate analiticamente nell'allegato 2.

Tali attività saranno espletate dall'UO *ATL delegate*, alle quali sarà preposto un dirigente amministrativo, nominato dal Direttore Amministrativo su proposta del Direttore di Zona. Il mandato del Dirigente è soggetto a verifica da parte del Direttore Amministrativo, il quale può revocare l'incarico nel caso in cui ritenga che l'andamento dell'attività amministrativa non sia conforme alle direttive emanate dal Dipartimento Unico Amministrativo Aziendale.

Il Dirigente ha il compito di garantire una funzione di supporto specialistico operativa alle UO che erogano servizi sanitari e socio-sanitari, finalizzandola a risultati di eccellenza nell'utilizzo vincolato delle risorse, assicurando nel contempo la pertinenza e l'uniformità delle procedure amministrative interne e la rispondenza ai criteri operativi e strategici definiti in sede dipartimentale.

La UO *ATL delegate* si articola in due Unità Operative fortemente integrate:

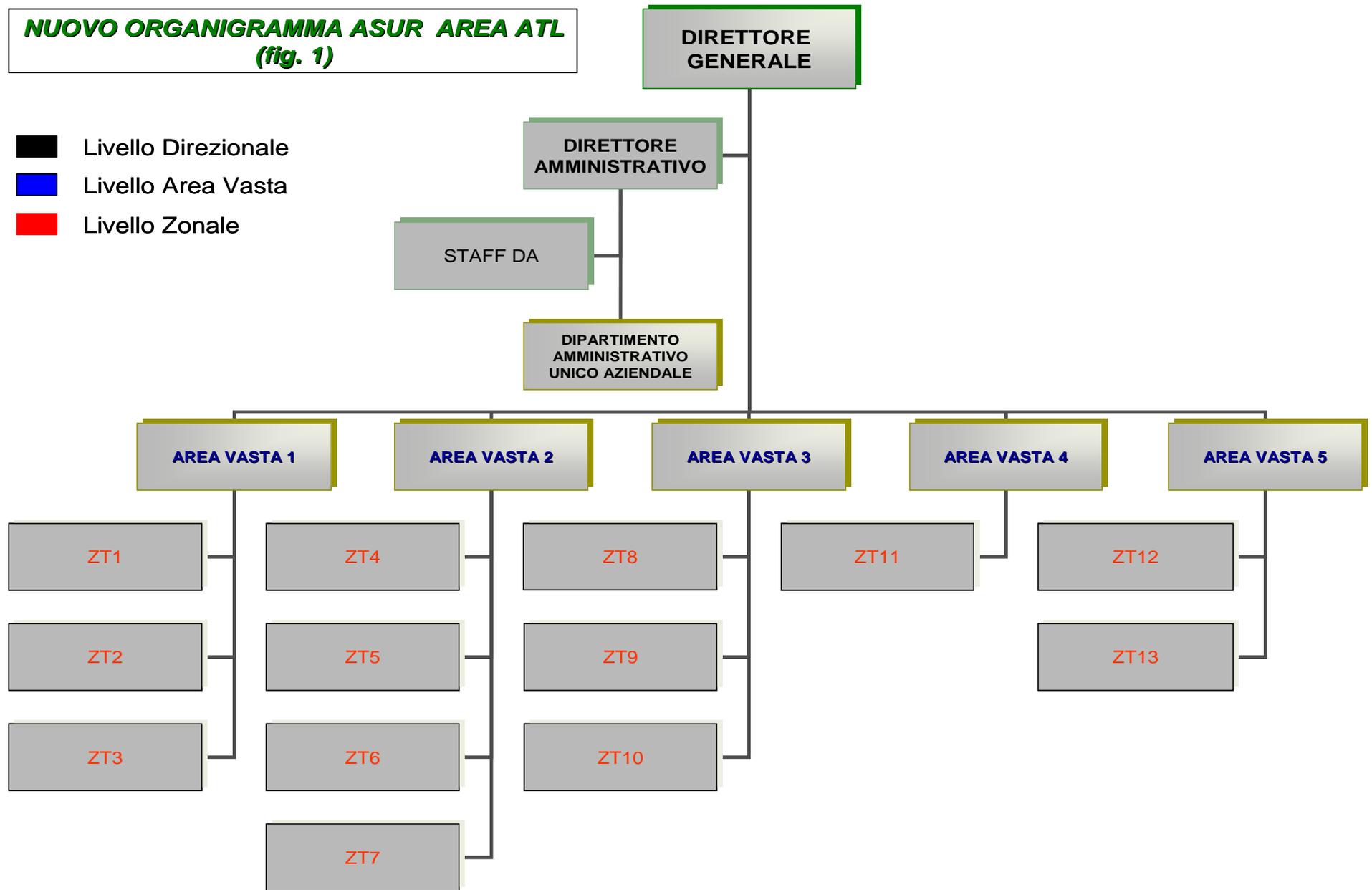
- **UO Servizi amministrativi territoriali:** è l'unità organizzativa che presiede alle funzioni amministrative dei Distretti e dei Dipartimenti Territoriali (Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento Salute Mentale, Dipartimento Dipendenze Patologiche, Servizio Medicina Legale).

Per quanto di sua competenza concorre, unitamente ai Direttori di Distretto e dei Dipartimenti, al conseguimento degli obiettivi fissati dal Collegio di Area Vasta di pertinenza e risponde dell'andamento generale delle attività attinenti alla specifica funzione nell'ambito territoriale e dei risultati conseguiti al Direttore Amministrativo. All'UO compete di collaborare con i Direttori di Distretto e di Dipartimento nella gestione budgetaria complessiva ed in particolare nella gestione delle risorse amministrative pertinenti alle attività territoriali.

- **UO Servizi amministrativi Ospedalieri** è l'unità organizzativa che presiede alle funzioni amministrative del PO. Per quanto di competenza concorre, unitamente al Direttore di PO, al conseguimento degli obiettivi fissati dal Collegio di Area Vasta di pertinenza e risponde dell'andamento generale delle attività attinenti alla specifica funzione nell'ambito del Presidio e dei risultati conseguiti al Direttore Amministrativo. All'UO compete di collaborare con il Direttore del Presidio nella gestione budgetaria complessiva ed in particolare nella gestione delle risorse amministrative pertinenti alle attività di Presidio.
  
- **UO Servizi di Staff Direzione Zonale** è l'unità organizzativa che presiede alle funzioni amministrative generali di livello zonale. Integra al suo interno i servizi di Segreteria Generale del Direttore di Zona, l'Ufficio Relazioni con il Pubblico, i Nuclei Zonali del Sistema Controllo Atti e gli altri servizi non espressamente compresi né a livello sovra zonale né in sede centrale. Per quanto di competenza concorre, unitamente al Direttore di Zona, al conseguimento degli obiettivi fissati dal Collegio di Area Vasta di pertinenza.

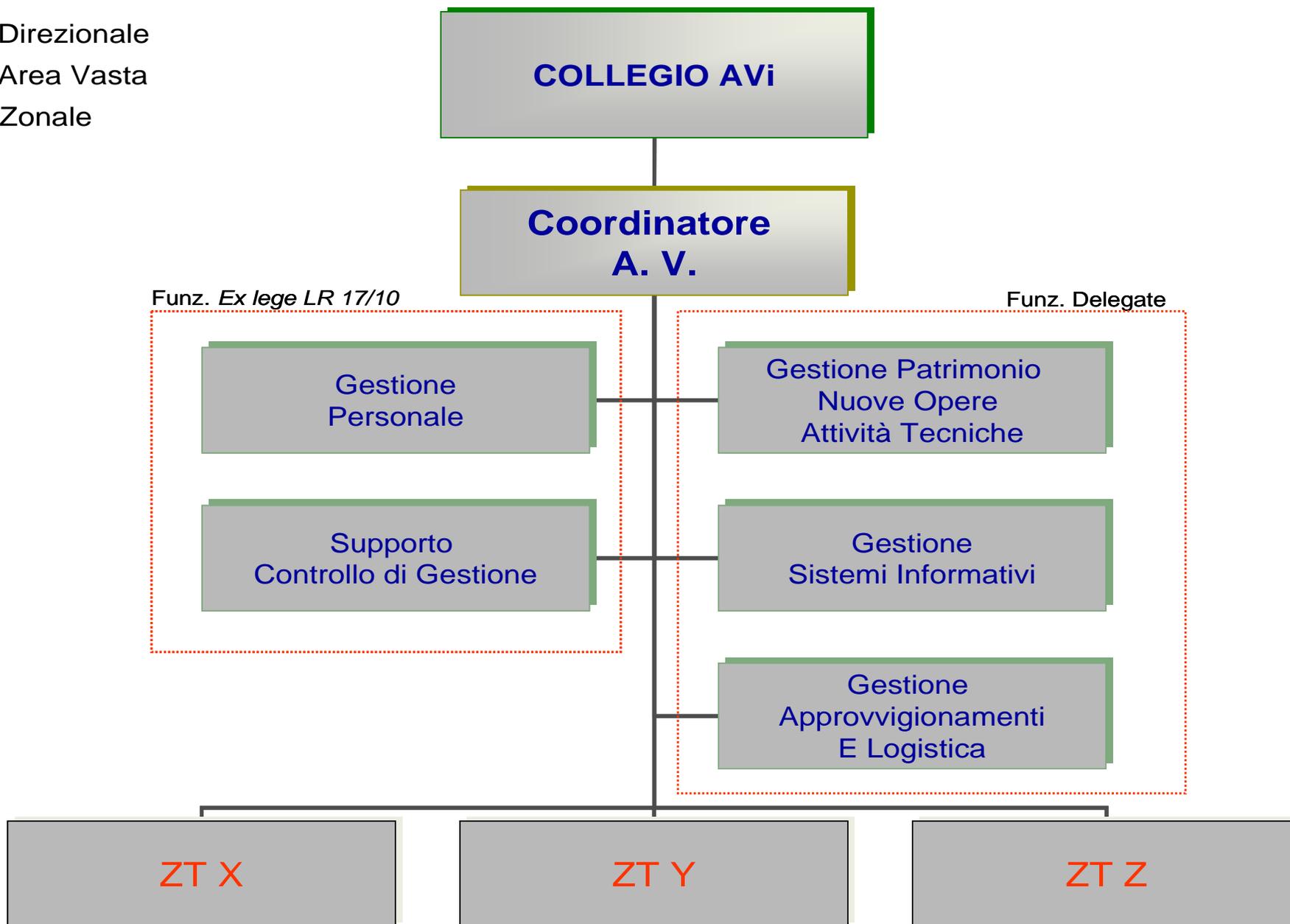
**NUOVO ORGANIGRAMMA ASUR AREA ATL**  
**(fig. 1)**

- Livello Direzionale
- Livello Area Vasta
- Livello Zonale

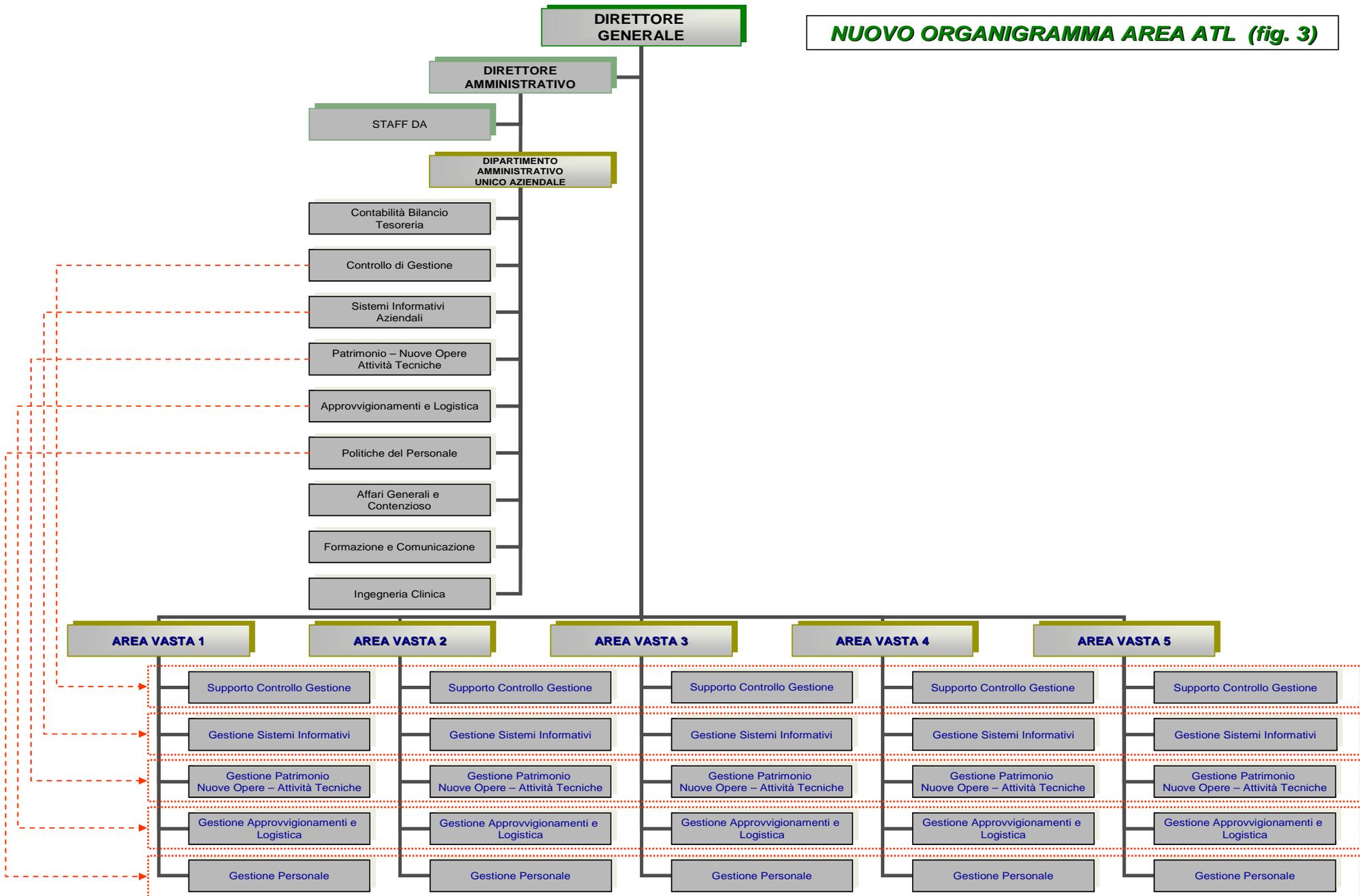


**NUOVO ORGANIGRAMMA ATL AREA VASTA  
IESIMA (fig. 2)**

- Livello Direzionale
- Livello Area Vasta
- Livello Zonale



**NUOVO ORGANIGRAMMA AREA ATL (fig. 3)**



**INTERVENTO n. 4**

**IL GOVERNO DEI BENI E SERVIZI**

## INTERVENTO 4. IL GOVERNO DEI BENI E SERVIZI

### Sommario

1. PREMESSA _____	3
2. LA DIAGNOSI ORGANIZZATIVA DELLA FUNZIONE ACQUISTI E LOGISTICA ASUR__	6
2.1 PUNTI DI FORZA _____	8
2.1.1 <i>Centralità del processo di programmazione e controllo dei fabbisogni</i> _____	8
2.1.2 <i>Buona integrazione tra la struttura acquisti e le strutture operative</i> _____	8
2.1.3 <i>Buona prevalenza di utilizzo di procedure non tradizionali e restrittive</i> _____	8
2.2 PUNTI DI DEBOLEZZA _____	9
2.2.1 <i>Profilo di competenze dei buyer scarsamente differenziato</i> _____	9
2.2.2 <i>Debolezza del processo di responsabilizzazione</i> _____	9
2.2.3 <i>Scarsa attenzione alla valutazione dei fornitori.</i> _____	9
2.2.4 <i>Limitato ricorso agli acquisti a livello sovrazonale.</i> _____	9
2.2.5 <i>Mancata innovazione delle modalità contrattuali.</i> _____	10
3. IL PERCORSO DI RIORGANIZZAZIONE _____	11
3.1 IL QUADRO DI RIFERIMENTO _____	11
3.1.1 <i>La direttrice organizzativa/gestionale</i> _____	11
3.1.2 <i>La direttrice rapporti con il mercato/fornitori</i> _____	12
3.1.3 <i>La direttrice Information and Communication Technology</i> _____	12
3.2 LE ATTIVITÀ DI RIORGANIZZAZIONE _____	14
3.2.1. <i>La promozione di una logica di servizio del settore acquisti verso le strutture di line.</i> _____	14

<i>3.2.2 Innovazione nel definire l'oggetto della fornitura.</i>	14
<i>3.2.3 Forme di intermediazione sul mercato mediante utilizzo di piattaforme informatiche</i>	15
<i>3.2.4 Ridimensionamento dei magazzini</i>	15
<i>3.2.5 L'adozione di soluzioni operative sperimentali nella gestione di gare e contratti,</i>	15
<i>3.2.6 Rafforzamento della funzione di monitoraggio degli acquisti :</i>	16
<i>3.2.7 Rafforzamento dell'adozione dei nuovi modelli di acquisto elettronico</i>	16
<i>3.2.8 Definizione in itinere di efficaci modalità di programmazione e controllo dei fabbisogni.</i>	17
<i>3.2.9 Centralizzazione della funzione acquisti mediante nuova strutturazione organizzativa</i>	18

## 1. PREMESSA

Il tema della programmazione e gestione degli approvvigionamenti di beni e servizi costituisce uno dei problemi e settori di maggior interesse nell'attuale scenario della sanità pubblica regionale.

Il processo di approvvigionamento richiede un continuo e costante coinvolgimento di diversi ambiti e settori aziendali, per poter costruire ed implementare le necessarie innovazioni finalizzate da una parte all'equilibrio economico in un quadro di disponibilità di risorse sempre più limitate, dall'altra a salvaguardare i livelli di servizio erogati, peraltro non comprimibili.

E' sempre più evidente come da una parte sensibili interventi di natura organizzativa e regolamentare siano necessari e urgenti, soprattutto a fronte di continui aumenti della spesa storica; d'altra parte lo sviluppo di azioni specifiche volte a razionalizzare, rendere efficiente e massimizzare l'efficacia qualitativa del processo spesso risultano apparentemente in contrasto con le esigenze di equilibrio economico.

Gli approvvigionamenti risultano così condizionare in modo rilevante le prestazioni e la capacità di offrire servizi adeguati, e sia i responsabili della funzione acquisti che i dirigenti delle Unità Operative sono chiamati a rispondere dell'efficienza, dell'efficacia e della qualità delle prestazioni erogate, utilizzando al meglio risorse scarse, in una logica di "cliente interno" verso i loro colleghi.

I soggetti istituzionali deputati, a livello nazionale, alla definizione delle politiche degli acquisti, devono contribuire all'innovazione continuando l'azione avviata negli ultimi anni, sviluppando le condizioni normative per facilitare le amministrazioni nella gestione innovativa degli acquisti, consolidando il sistema delle convenzioni, e rafforzando i servizi, diretti ai singoli enti, di formazione e assistenza sulla gestione degli approvvigionamenti.

Questo tipo di tendenza si sta in parte già realizzando con il proseguimento dell'azione di adeguamento normativo ed il rafforzamento del ruolo della Consip, riscontrabile in un'offerta più ampia garantita dal sistema delle convenzioni, nonché nell'attività specialistica di elaborazione dei capitolati, da cui tutte le amministrazioni possono trarre vantaggio in termini di una maggiore capacità di ricercare le condizioni migliori di fornitura sul mercato.

Il governo del processo di approvvigionamento dei beni e servizi, dunque, altamente strategico al fine di conseguire armonicamente risultati economici e servizi di

qualità, si sta orientando ad adottare soluzioni innovative di tipo organizzativo/tecnologico e soluzioni di e-procurement, esercitando altresì una propensione ad introdurre cambiamenti nelle relazioni con il mercato (es.: modalità di selezione e valutazione dei fornitori).

Per quanto riguarda l'ASUR, come si può facilmente vedere dalla fig. 1, gli incrementi dei costi dei beni e servizi e dell'incidenza di questi sui costi totali sono costantemente in crescita, nonostante già da diversi anni si sia provveduto ad avviare percorsi di razionalizzazione della spesa.

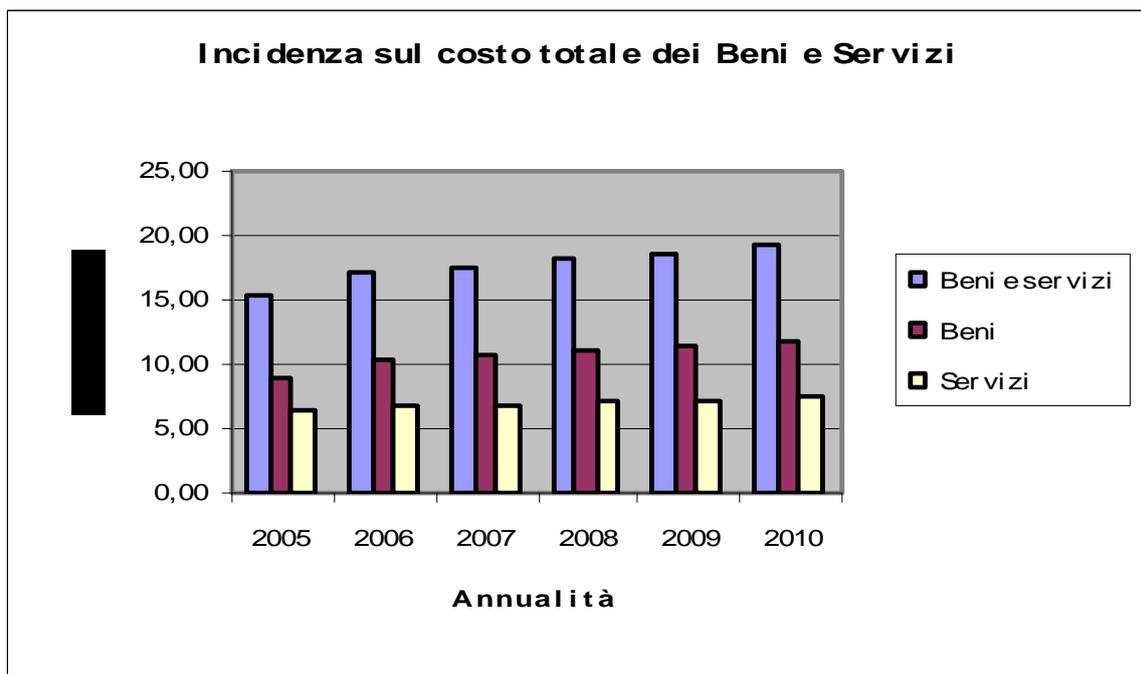


Fig. 1

I possibili percorsi di innovazione a livello di UU.OO. Acquisti e Logistica ASur sono evidentemente molteplici e, in generale, spaziano nell'ambito dell'organizzazione, del rapporto con il mercato, dell'uso della leva tecnologica.

Questo perché le varie UU.OO. Acquisti e Logistica dell'ASUR costituiscono un universo articolato per profilo istituzionale, organizzativo e per dimensione, e si trovano in condizioni molto diversificate quanto a sviluppo della funzione acquisti.

Così, mentre per alcuni l'innovazione nei prossimi anni potrà significare cominciare a discostarsi dal modello tradizionale, per altri potrà voler dire elaborare strategie di approvvigionamento più raffinate.

Una delle attività principali sarà quindi quello di costruire spazi relazionali e percorsi organizzativi capaci di catalizzare la condivisione delle eccellenze territoriali per divenire motore della crescita complessiva del sistema marchigiano.

L'analisi del trend dei costi per l'ASUR, come sopra illustrato, evidenzia una crescita continua, seppur in termini percentuali più contenuti, per cui le azioni di riorganizzazione indicate nella linea n.4 della DGRM n.17/2011 difficilmente potranno consentire la riduzione in termini assoluti dei costi nella misura ivi indicata.

Pertanto è necessario procedere in tempi estremamente contenuti alla realizzazione delle azioni di seguito indicate , già in parte avviate, nonché ad un attento monitoraggio dei risultati al fine di verificare l'effettiva capacità delle stesse di produrre i risultati economici ipotizzati nel richiamato dettato regionale.

## **2. LA DIAGNOSI ORGANIZZATIVA DELLA FUNZIONE ACQUISTI E LOGISTICA ASUR**

Da alcuni anni è stata attivata a livello di Direzione Generale ASUR un percorso volto alla razionalizzazione e l'innovazione del processo di approvvigionamento, preceduto da attività finalizzate alla diagnosi organizzativa.

Quest'ultima è stata orientata ad acquisire conoscenze e a descrivere le esperienze delle varie unità operative locali, con l'obiettivo di favorire la circolazione di esperienze, sensibilizzare le parti del sistema che non hanno ancora sviluppato una forte attenzione al tema e proporre percorsi di innovazione.

Le azioni implementate sono state finalizzate a fornire stimoli, idee, indicazioni da cui partire per alimentare anche le altre attività quali lo scambio di esperienze, lo sviluppo di progetti di formazione avanzata (laboratori, workshop), lo studio di analisi di processi per lo sviluppo un software di gestione gare, la promozione di una comunità di pratiche eccellenti per gli approvvigionamenti, capaci di far fronte ai repentini mutamenti della situazione socio-economica globale.

L'ambito dell'indagine organizzativa ha riguardato non solo l'analisi delle soluzioni tecniche adottate dalle diverse unità operative, quanto principalmente:

- il sistema delle competenze e le articolazioni organizzative presenti sul territorio;
- gli effetti che le eventuali innovazioni nei processi di approvvigionamento hanno prodotto e stanno producendo, in termini di risparmi, di organizzazione interna, di programmazione degli acquisti e di ulteriori benefici organizzativi ed economici che ne sono derivati, e che possono aver consentito di offrire nuovi servizi ai cittadini.

In generale, con tale percorso si è riuscito a costruire, nei dirigenti e funzionari ASUR, la percezione della rilevanza della funzione acquisti, della complessità dei problemi connessi e degli strumenti necessari, anche se con livelli di consapevolezza differenziati. Tale percezione si riflette, ad esempio, nel ricorso a nuove forme di acquisto, come le convenzioni pluriennali o la diminuzione drastica delle proroghe, maggiormente coerenti alle modalità contrattuali dei servizi acquistati e all'oggetto della fornitura. Parallelamente, comincia a strutturarsi una domanda più specifica di strumenti e-procurement e il ricorso al mercato elettronico per favorire la convergenza tra ricerca dell'efficienza ed acquisto in condizioni di autonomia.

Nello specifico, il percorso di diagnosi organizzativa ha evidenziato come la funzione approvvigionamenti, nelle Zone Territoriali, è caratterizzata dai seguenti punti di forza e punti di debolezza.

## **2.1 PUNTI DI FORZA**

### *2.1.1 Centralità del processo di programmazione e controllo dei fabbisogni*

La programmazione degli approvvigionamenti in Asur attualmente è svolta sulla base dei costi sostenuti nell'esercizio precedente, ridefinita in base alla stima del fabbisogno come determinato con le procedure di budget. In questo modo si ha un quadro complessivo dei costi da sostenere per gli acquisti, e si possono monitorare anche i quadri sezionali della quota di acquisti gestita dalle singole strutture organizzative. In generale l'esistenza di strumenti di reporting articolati e affidabili sugli approvvigionamenti consumati dalle singole strutture organizzative, o per le singole attività, consente di sovrintendere efficacemente al processo.

### *2.1.2 Buona integrazione tra la struttura acquisti e le strutture operative*

Attualmente, in fase di programmazione e costruzione del percorso di gara, le conoscenze sui mercati e sui prodotti specifici, tipiche delle strutture di *line*, sono sufficientemente valorizzate, con la costituzione di commissioni o gruppi di dirigenti e/o esperti dei singoli settori, che molte volte sono i fruitori degli acquisti, coinvolti nella selezione di fornitori e offerte. Quando gli acquisti sono maggiormente decentrati, vi è un ruolo di supporto da parte della funzione centrale acquisti verso le diverse strutture, mirato a rendere disponibile un know how trasversale sul processo.

### *2.1.3 Buona prevalenza di utilizzo di procedure non tradizionali e restrittive*

L'analisi delle procedure di gara adottate dalla funzione acquisti evidenzia una tendenza a ridurre l'approccio burocratico, che produce una tendenza ad utilizzare procedure di gara al ribasso. In relazione alla categoria merceologica e/o al tipo di servizio o fornitura da acquistare, si evidenzia una certa prevalenza nell'utilizzo di valutazioni qualitative combinate a quella del prezzo. Inoltre, l'adozione in molti casi di procedure più rapide e flessibili, associate a meccanismi efficaci di valutazione dei fornitori, contribuisce ad una maggiore efficacia delle modalità di approvvigionamento.

## **2.2 PUNTI DI DEBOLEZZA**

### *2.2.1 Profilo di competenze dei buyer scarsamente differenziato*

Attualmente si registra una certa mancanza di integrazione nel profilo delle competenze di *know-how* specifici legati alla gestione del processo e a settori specialistici. La mancanza di personale limita inoltre la possibilità di strutturazione interna delle Unità Operative e rallenta di conseguenza il processo di approvvigionamento.

### *2.2.2 Debolezza del processo di responsabilizzazione*

Attualmente si registra un certo scollamento tra il processo di approvvigionamento e da una parte la successiva fase di erogazione e utilizzo della fornitura, dall'altra la fase di definizione del fabbisogno. Tutto ciò determina una debolezza nella responsabilizzazione dei fruitori, in particolare i dirigenti operativi, relativamente a consumi, alla manutenzione dei beni acquistati, che mal si sposa con l'imperativa esigenza di un attento ed economico utilizzo delle risorse.

### *2.2.3 Scarsa attenzione alla valutazione dei fornitori.*

Escludendo le valutazioni specifiche effettuate nelle singole gare, normalmente le UU.OO. non hanno un sistema strutturato e formalizzato di valutazione dei fornitori in chiave "storica", in grado di monitorare e valutare la loro affidabilità e la capacità di erogare prodotti o servizi soddisfacenti. Probabilmente tale funzione è in molti casi svolta in maniera informale dagli addetti alla funzione, ma senza un meccanismo strutturato non diventa patrimonio dell'organizzazione.

### *2.2.4 Limitato ricorso agli acquisti a livello sovrazonale.*

Le esperienze di acquisti e convenzioni in forma associata devono essere rafforzate, soprattutto per alcuni settori strategici. Attualmente le gare in forma sovrazonale o addirittura a livello regionale rappresentano un numero esiguo rispetto al totale delle gare zonali. Evidentemente tali modalità non sono ancora giunte ad uno stadio di maturazione.

### *2.2.5 Mancata innovazione delle modalità contrattuali.*

Anche per i fabbisogni più stabili e consolidati, le UU.OO tendono a reiterare periodicamente le stesse procedure di gara, senza considerare le altre alternative esistenti. Strumenti come i contratti quadro pluriennali o altre forme interessanti come il dialogo competitivo o le modalità legate all' *e-procurement*, che aiutano a gestire alcuni tipi di acquisti in modo più conveniente, dovrebbero essere utilizzati più frequentemente.

### 3. IL PERCORSO DI RIORGANIZZAZIONE

#### 3.1 IL QUADRO DI RIFERIMENTO

Per quanto attiene alle **tendenze innovative, di sviluppo e miglioramento dell'assetto attuale**, a partire dal quadro emerso sullo stato dell'arte su esposto e in relazione all'odierno quadro normativo nazionale e regionale vigente, sono formulate di seguito le ipotesi progettuali sottese alle azioni che potranno essere condotte ed attivate per facilitare e promuovere lo sviluppo dell' Area Dipartimentale Acquisti e Logistica e per accompagnarla in tale percorso.

Il percorso di riorganizzazione che verrà implementato, si muove essenzialmente lungo tre direttrici fondamentali di sviluppo:

- la direttrice *organizzativa/gestionale*
- la direttrice *rapporti con il mercato/fornitori*
- la direttrice *Information and Communication Technology*

##### 3.1.1 La direttrice *organizzativa/gestionale*

Lungo tale direzione, il percorso di riorganizzazione deve condurre alla soluzione delle questioni relative a:

- *Strutture e ruoli*: analisi e reingegnerizzazione delle strutture che svolgono la funzione di programmazione e gestione degli acquisti, dei modelli organizzativi prevalenti e del ruolo da essi svolto all'interno dell'organizzazione.
- *Processi di approvvigionamento*: come si articola il processo di approvvigionamento in fasi e sotto-tipologie, come e da chi viene presidiato il processo, quali aspetti critici presenta, quali possibilità di standardizzazione.
- *Modelli regolamentativi interni* (quali procedure amministrative vengono seguite, tipologie di innovazioni normative interne adottate).

- *Qualità dei processi*: possibilità di implementazione di sistemi di qualità ISO 9000
- *Programmazione approvvigionamenti*: come avviene la rilevazione dei fabbisogni e la programmazione, il monitoraggio dei consumi e delle disponibilità, il confronto tra budget/previsioni e consuntivo.

### 3.1.2 La direttrice rapporti con il mercato/fornitori

Lungo tale direzione, il percorso di riorganizzazione deve approfondire le questioni relative a:

- *modalità e procedure di selezione dei fornitori*: procedure amministrative maggiormente utilizzate e tipologia di situazioni, criteri di valutazione (ribasso, offerta economicamente più vantaggiosa), albo fornitori intelligente.
- *forme contrattuali adottate*: ricorso a convenzioni e contratti quadro, associazione con altre amministrazioni, impatto sull'efficacia degli acquisti.
- *meccanismi strutturati di valutazione*: costruzione di meccanismi che vanno al di là della singola gara, sistemi complessi di validazione forniture e fornitore, modalità di pubblicizzazione dei bandi e altre forme di attrazione per i fornitori,
- *utilizzo delle Convenzioni Consip*: valutazione della convenienza, adesione o meno alle convenzioni per le diverse categorie di beni e servizi e motivazioni connesse.

### 3.1.3 La direttrice Information and Communication Technology

Lungo tale direzione, il percorso di riorganizzazione deve approfondire le questioni relative a:

- *Soluzioni ICT funzionali all'organizzazione della funzione acquisti*: sono i database e le procedure informatiche relative ad una o più fasi del ciclo di approvvigionamento, strumenti che permettono di gestire in modo più efficace, rapido, automatico i processi interni all'amministrazione, di monitorare lo stato degli ordini e dei consumi rispetto ai contratti e alle convenzioni aperte, di controllare la fattibilità dell'ordine ri-

spetto al budget o al sistema autorizzatorio, di supportare il calcolo previsionale dei fabbisogni di beni e servizi a livello complessivo e di singola struttura.

- *Soluzioni ICT funzionali ai rapporti con il mercato:* qui rientrano gli strumenti più comunemente identificati dalla denominazione e-procurement, dai più semplici, come la diffusione dei bandi *on line*, ai più complessi, come la gestione delle aste *on line* o dei market place, oppure l'albo dei fornitori informatizzato che supporta la valutazione delle imprese attraverso meccanismi di elaborazione dei dati storici sul loro comportamento e sulle loro prestazioni, fino ai software più complessi per la completa gestione della gara, con collegamento automatico con l'AVCP.

## 3.2 LE ATTIVITÀ DI RIORGANIZZAZIONE

Le attività che saranno intraprese, lungo le direttrici su esposte, finalizzate alla costruzione e implementazione del percorso di riorganizzazione, sono di seguito riportate.

### *3.2.1. La promozione di una logica di servizio del settore acquisti verso le strutture di line.*

Tale azione si pone l'obiettivo di non lasciare scoperto il processo di acquisizione che riguarda da una parte l'erogazione del servizio/fornitura e dall'altra la stima del fabbisogno, responsabilizzando il cliente interno, laddove c'è una maggiore conoscenza dei fabbisogni, dei prodotti e dei mercati specifici, ma con un supporto metodologico specialistico che rafforza la funzione stessa.

L'obiettivo verrà perseguito mediante:

1. Erogazione programmata di interventi di formazione interna alle figure che, nelle unità organizzative, gestiscono o beneficiano della fornitura o del servizio
2. L'elaborazione di un manuale operativo interno per uniformare le procedure di gestione degli appalti, rivolto agli operatori, in modo da svolgere una funzione di supporto e guida metodologica omogenea e standardizzata per tutta l'ASUR.
3. Inserimento all'interno del percorso budget di obiettivi condivisi dai Dirigenti delle UU.OO Acquisti e Logistica e dai singoli Dirigenti operativi beneficiari delle forniture, in modo da promuovere responsabilizzazioni condivise e reciproche su tutto il processo.

### *3.2.2 Innovazione nel definire l'oggetto della fornitura.*

Alcune amministrazioni hanno cominciato a definire in modo diverso l'oggetto della fornitura, pensandolo in maniera integrata nel processo produttivo interno, ed associando all'acquisizione di beni quella di servizi collaterali che ne facilitino l'utilizzo e la gestione. Nel nostro caso, si tratterà di estendere i risultati *dell'analisi del valore* predisposta nel piano dell'analisi dei processi per l'area ATL, operando le necessarie aggregazioni in ordine alla riconfigurazione dell'oggetto della fornitura, capaci di generare dei risparmi di spese e di costi di trascinamento.

### *3.2.3 Forme di intermediazione sul mercato mediante utilizzo di piattaforme informatiche*

La Regione Emilia Romagna ha attivato già da diversi anni un sistema di acquisizione dinamico regionale (INTERCENT-ER), come strumento per facilitare gli acquisti frequenti di beni e servizi standardizzati da parte di tutte le amministrazioni pubbliche del territorio regionale e non, con il quale l'ASUR ha stipulato apposita convenzione. Inter Cent-ER ha sviluppato un vero e proprio mercato virtuale disponibile su Internet, dove i titolari della funzione acquisti dei diversi enti possono scegliere tra prodotti simili offerti da una pluralità di venditori. Tale meccanismo è orientato a rendere il mercato delle forniture locali più trasparente e aperto, nonché a stimolare la competizione tra i fornitori.

### *3.2.4 Ridimensionamento dei magazzini*

Le attività di ridimensionamento dei magazzini associate a razionalizzazioni dei processi di Logistica consentono di ridurre drasticamente i costi fissi dell'attività di approvvigionamento, "scaricando" il problema della gestione del magazzino sui fornitori.

In particolare è prevista l'implementazione del progetto di centralizzazione del magazzino di farmacia per Area Vasta, anche in integrazione con le Aziende Ospedaliere che insistono sul territorio, aggregando le diverse strutture e assegnando la gestione in *outsourcing*. L'intervento consentirà di raggiungere dei benefici di tipo economico e di miglioramento dei processi interni; i benefici economici sono riconducibili ad una migliore gestione delle scorte, a risparmi sui costi di magazzino e di trasporto e al possibile riutilizzo di spazi e attrezzature. Dal punto di vista dei processi interni permetterà di semplificare le attività ed effettuare recuperi di efficienza. Il progetto di razionalizzazione logistica costituisce un pre-requisito per ulteriori interventi di medio lungo periodo quali il confezionamento mono-dose e l'informatizzazione dell'intero processo di erogazione del servizio.

### *3.2.5 L'adozione di soluzioni operative sperimentali nella gestione di gare e contratti,*

Ad oggi, sulla base del nuovo codice appalti (D. Lgs 163/06 e s.m.i.) e con l'approvazione del Nuovo Regolamento (DPR 207/2010) che andrà in vigore il 9 giugno 2011, è possibile sperimentare forme originali di gestione delle gare, orientate a coglier-

ne nuovi margini di flessibilità ed economicità. Tali forme potrebbero consentire all' ASUR delle gestioni più snelle e meno dispendiose di energia e risorse, da impiegare in modi maggiormente proficui.

### *3.2.6 Rafforzamento della funzione di monitoraggio degli acquisti :*

Si prevede lo sviluppo di elaborazione dei dati relativi ai consumi e ai prezzi tramite l'utilizzo del datawarehouse regionale. Tale elaborazione consentirà un controllo puntuale e sistematico sia a livello di spesa aziendale che sui singoli fattori produttivi, individuando da un lato le aree di maggiore criticità e dall'altro la possibilità di analizzare il fenomeno, svolgere funzioni predittive e relative misure di salvaguardia.

### *3.2.7 Rafforzamento dell'adozione dei nuovi modelli di acquisto elettronico*

Per quanto riguarda il mercato elettronico, si prevede maggiore implementazione di bandi *on line*, aste *on line*, *market-place*, cataloghi elettronici, ecc.), con riferimento agli effetti sulla qualità del servizio e sulle forniture. Attualmente il ricorso a modalità di *e-procurement* non è molto frequente, ma laddove sperimentate hanno tendenzialmente prospettato uno sviluppo ulteriore e un utilizzo su più ampia scala, grazie ai significativi vantaggi prodotti da tali strumenti. In particolare, si possono attivare con maggior impulso:

1. **Aste on line.** Si tratta della modalità di *e-procurement* probabilmente più interessante e relativamente diffusa tra le PA innovatrici.

2. **Albo fornitori "intelligente".** L'albo fornitori viene gestito mediante una procedura informatica che, registrando i dati storici sul comportamento e le prestazioni dei fornitori nelle procedure negoziate, supporta la scelta dell'elenco di società da invitare di volta in volta alle trattative. Normalmente l'albo informatizzato non è una semplice anagrafica delle società fornitrici, ma fornisce un reale supporto alla gestione efficace del processo di acquisto. E' stato già avviato il relativo procedimento di acquisizione.

3. **Market place su Internet:** Accordo con Intercenter - Emilia Romagna/ASUR, deter. ASUR n° 857 del 23 nov. 2006).

### *3.2.8 Definizione in itinere di efficaci modalità di programmazione e controllo dei fabbisogni.*

Riuscire ad implementare efficaci procedure di programmazione, monitoraggio e controllo dei fabbisogni, potrà portare a ulteriori risultati per quanto riguarda i processi di razionalizzazione della spesa. A questo proposito, la costruzione e l'utilizzo prioritario del *datawarehouse* quale Decision Support System (DSS) per il processo di *management*, potrà consentire un deciso passo in avanti nel percorso di modernizzazione del SSR. Ad esempio, sarà pressoché immediata la possibilità di controllare il consumo dei beni e servizi acquistati, mediante utilizzo di efficaci interrogazioni e analisi del *datawarehouse*, e produrre in tempo reale la reportistica trimestrale necessaria sui costi degli approvvigionamenti per categoria merceologica, non solo per destinazione.

### *3.2.9 Centralizzazione della funzione acquisti mediante nuova strutturazione organizzativa*

Sulla base del nuovo progetto di riordino dell'Area ATL dell'ASUR (v. progetto relativo), si procederà al rafforzamento dell'organizzazione dell'area acquisti su base centrale e locale, prevedendone l'articolazione sui tre livelli caratterizzati da diverse attribuzioni strategiche, gestionali e operative. Di seguito si riportano le funzioni e le principali attività dei diversi livelli dell' Area Dipartimentale.

#### AREA DIPARTIMENTALE APPROVVIGIONAMENTI E LOGISTICA

**Livello:** Direzionale

**Funzioni:** Indirizzo, coordinamento e controllo

**Principali attività:**

- Predisposizione piano annuale e pluriennale approvvigionamenti;
- Espletamento o coordinamento gare regionali, ASUR o Area Vasta con costante verifica del piano approvvigionamenti;
- Marketing d'acquisto;
- Osservatorio prezzi regionale ed interregionale;
- Ricerche di mercato;
- Qualificazione fornitori, elaborazione e tenuta relativo albo su web;
- Rapporti con aree approvvigionamenti Aziende Ospedaliere Regionali;
- Codifica centralizzata beni e servizi;
- Rapporti interregionali, CONSIP, Intercenter;
- Studio di forme innovative di forniture e servizi (global service, contratto estimatorio, gare telematiche, ecc.);
- Formazione continua agli operatori su vari livelli.

**Livello:** Area Vasta – Centrali di Acquisto

**Funzioni:** Gestionali/operative in ottemperanza ai piani annuali e pluriennali approvati a livello direzionale

**Principali attività:**

- Gestisce le procedure d'acquisto Aziendali per le macrocategorie di competenza come previsto dal piano approvvigionamenti;
- Gestisce le procedure d'acquisto Zonali e di Area Vasta;
- Predispone i relativi contratti;
- Coordina la gestione dei magazzini e della logistica organizzati in area vasta o attraverso altre aggregazioni;
- Coordina la gestione dei servizi economati;
- Fornisce servizi alle Zone Territoriali di riferimento.

**Livello:** Zonale

**Funzioni:** Esecutive e di supporto

**Principali attività:**

- Gestione operativa di contratti di fornitura;
- Gestione operativa di contratti di servizi;
- Gestione operativa di servizi economali in house;
- Gestione operativa di cassa economale;
- Gestione operativa di magazzini e logistica;
- Rileva i fabbisogni di beni e servizi comunicandoli alle centrali di acquisto sovrazonali di riferimento;
- Acquisisce beni e servizi di spettanza della Zona Territoriale fino ad un valore di € 50.000;
- Acquisisce beni e servizi in economia secondo quanto previsto dal regolamento aziendale.



**Allegato 5**

**INTERVENTO n. 5**

**IL GOVERNO DEGLI EROGATORI  
PRIVATI**

## INTERVENTO 5: IL GOVERNO DEGLI EROGATORI PRIVATI

### *Riferimenti normativi:*

Il modello sanitario della Regione Marche prevede oltre ad una offerta pubblica, anche la presenza di strutture private, accreditate con il SSR.

Il privato accreditato eroga prestazioni in regime di ricovero, prestazioni ambulatoriali, prestazioni riabilitative, residenziali e socio-sanitarie aumentando così l'offerta ai cittadini, rispondendo alla domanda di salute che i cittadini marchigiani chiedono al SSR.

Tale offerta deve pertanto, nell'ottica della DGRM n. 17 del 17/01/2011, che definisce le Linee di indirizzo per l'attuazione del Patto per la Salute 2010-2012 e della Legge di Stabilità 2011, essere governata dal territorio, basandosi su una gestione di rapporti di committenza in linea con i criteri di programmazione regionale.

### *Altri riferimenti normativi:*

DGR 1299/08; DGR 1437/1999; DGR 1789/2009, Legge Regionale 13/2009, Legge 20/2000; Patto per la salute 2010-2012; Legge regionale 17/2010; PSN e proposta PSSR DGRM 1138/2010.

### *Descrizione delle ragioni giuridiche e dei presupposti di fatto che portano alla predisposizione del progetto:*

Sulla base delle indicazioni della Giunta Regione Marche, il ruolo dei "privati" è inteso come complementare al pubblico, in azione "concorrente" e non come "competitore" delle strutture pubbliche. Pertanto, l'organizzazione prevista è un sistema di strutture "private" in rete con le strutture pubbliche e fortemente integrate e flessibili dal punto di vista operativo, con l'integrazione anche dei supporti informatici, come ad esempio il CUP regionale, il software dei laboratori analisi o delle diagnostiche per immagini. L'obiettivo è quello di creare una rete con il "privato accreditato" al fine di erogare prestazioni appropriate, di qualità a garanzia di sicurezza per il cittadino che ne usufruisce.

Cardine di questa nuova concezione del privato-pubblico è la *governance* dei privati tramite la predisposizione di piani di committenza coerenti con gli indirizzi regionali e con i bisogni dei cittadini che insistono su tutto il territorio marchigiano.

- *Descrizione della situazione attuale e di quella prospettica in termini quantitativi, evidenziano dati sul volume di prestazioni erogate, tipologia delle attività svolte, ecc...)*

L'ASUR presenta 13 strutture private accreditate distribuite nelle Zone territoriali in modo disomogeneo (tabella n. 1), che hanno erogato nel 2009 34.850 prestazioni di ricovero ordinario e day hospital/day surgery, con 248.756 giornate di degenza e 631.731 prestazioni ambulatoriali (tabella n. 2).

L'AV1 non presenta alcuna struttura privata accreditata, l'AV2 ne presenta cinque per un totale di 357 posti letti e l'AV5 ne presenta quattro per un totale di 307 posti letto. L'AV4 presenta solo una struttura privata con 54 posti letto. Da sottolineare che circa l'84% dei posti di riabilitazione (cod. 75) sono presenti nell'AV3 e costituiscono posti letto di funzione regionale di alta specializzazione.

In tabella n. 3 sono mostrati i dati delle prestazioni ambulatoriali erogate da strutture private accreditate divise per disciplina (recupero e riabilitazione funzionale; radiologia; laboratorio analisi).

**Tabella 1. Posti letto degli erogatori Privati accreditati per Zona Territoriale. Anno 2010. (fonte HSP13)**

ZT	Privato accreditato	Posti letto per acuti	Posti letto per D.H. e D.S.	Posti per riabilitazione (cod. 56)	Posti per riabilitazione (cod. 75)	Posti letto per lungodegenza (cod. 60)	Tot PL
4	Villa Silvia Senigallia	12	0	20	0	10	42
5	Villa Serena Jesi	68	0	24	0	40	132
5	Villa Jolanda Maiolati S.	0	0	0	0	42	42
7	Villa Adria Ancona	0	0	40	5	0	45
7	Villa Igea Ancona	81	0	0	0	15	96
	<b>Totale area vasta 2</b>	<b>161</b>	<b>0</b>	<b>84</b>	<b>5</b>	<b>107</b>	<b>357</b>
8	S. Stefano Potenza P.	0	0	49	50	0	99
8	Villa Pini Civitanova	77	21	0	0	15	113
9	Marchetti Macerata	40	0	0	0	10	50
	<b>Totale area vasta 3</b>	<b>117</b>	<b>21</b>	<b>49</b>	<b>50</b>	<b>25</b>	<b>262</b>
11	Villa Verde Fermo	31	17	0	0	6	54
	<b>Totale area vasta 4</b>	<b>31</b>	<b>17</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>54</b>
12	Villa Anna S. Benedetto	64	10	5	5	5	89
12	Stella Maris S. Benedetto	61	3	0	0	5	69
13	Villa S.Marco Ascoli P.	44	0	0	0	0	44
13	S. Giuseppe Ascoli P.	20	0	48	0	37	105
	<b>Totale area vasta 5</b>	<b>189</b>	<b>13</b>	<b>53</b>	<b>5</b>	<b>47</b>	<b>307</b>
	<b>Totali Regione</b>	<b>498</b>	<b>51</b>	<b>186</b>	<b>60</b>	<b>185</b>	<b>980</b>

**Tabella 2. Prestazioni erogate dai privati accreditati per zona territoriale. Anno 2009**

ZONA EROGANTE	STRUTTURA	RICOVERI				SPECIALISTICA AMBULATORIALE					
		Ordinari	Tasso utilizzo P.L. Ordinari	Diurni	TOTALE	Autoprodotti				Attiva Extra Regione	TOTALE
						056 - Recupero e riabilitazione funzionale	069 - Radiologia	100 - Laboratorio analisi	Altre discipline		
ZT 04	CASA DI CURA VILLA SILVIA	670	99%	6	676		4.755		9.381	45	14.181
ZT 05	CASA DI CURA VILLA SERENA	1.337	47%	1.176	2.513	0	0	0	120.315	872	121.187
	CASA DI CURA VILLA JOLANDA	385	135%	5	390						0
ZT 07	CASA DI CURA VILLA IGEA	1.633	33%	3.522	5.155	5	26.514	81.622	30.083	480	138.704
	IST.DI RIAB. S.STEFANO - VILLA ADRIA	386	90%	2	388	10.944				0	10.944
ZT 08	CASA DI CURA VILLA PINI SANATRIX GESTION	3.122	86%	4.228	7.350	2.971	1.672	10.416	27.456	348	42.863
	CENTRO OSPEDALIERO S.STEFANO	673	95%	2	675	68.569	0	68.643	0	1.201	138.413
ZT 09	CASA DI CURA DOTT. MARCHETTI SRL	845	38%	631	1.476	0	17.047	8.444	15.651	147	41.289
ZT 11	RI.TA.CASA CURA PR. VILLAVERDE	1.256	62%	1.619	2.875		10.988		10.526	230	21.744
ZT 12	CASA DI CURA 'VILLA ANNA' SRL	2.904	68%	3.161	6.065	7.217	6.718	31	6.283	18.450	38.699
	CASA DI CURA 'STELLA MARIS' SRL	2.276	64%	1.138	3.414		9.527		9.329	2.886	21.742
ZT 13	CASA DI CURA 'SAN GIUSEPPE'	856	64%	9	865				702	400	1.102
	CASA DI CURA 'VILLA SAN MARCO'	1.411	52%	1.597	3.008		15.172		20.944	4.747	40.863
<b>TOTALE</b>		<b>17.754</b>	<b>9</b>	<b>17.096</b>	<b>34.850</b>	<b>89.706</b>	<b>92.393</b>	<b>169.156</b>	<b>250.670</b>	<b>29.806</b>	<b>631.731</b>

**Tabella 3. Prestazioni erogate dalle strutture ambulatoriali privati accreditati per zona territoriale. Anno 2009**

ZONA EROGANTE	STRUTTURA	SPECIALISTICA AMBULATORIALE					TOTALE
		Autoprodotti				Attiva Extra Regione	
		056 - Recupero e riabilitazione funzionale	069 - Radiologia	100 - Laboratorio analisi	Altre discipline		
ZT 01	Altre strutture	33.353	37.545	629.463	19.206	25.420	<b>744.987</b>
ZT 02	Altre strutture	8.192		74.287	8.228	379	<b>91.086</b>
ZT 03	Altre strutture	9.696	18.748	186.600	31.541	3.667	<b>250.252</b>
ZT 04	CASA DI CURA VILLA SILVIA		4.755		9.381	45	<b>14.181</b>
	Altre strutture	6.747		134.859		577	<b>142.183</b>
ZT 05	CASA DI CURA VILLA SERENA	0	0	0	120.315	872	<b>121.187</b>
	Altre strutture	99.601	0	154.398	0	784	<b>254.783</b>
ZT 06	Altre strutture	24.276	0	115.115	0	2.484	<b>141.875</b>
	CASA DI CURA VILLA IGEA	5	26.514	81.622	30.083	480	<b>138.704</b>
ZT 07	IST. DI RIAB. S. STEFANO - VILLA ADRIA	10.944				0	<b>10.944</b>
	Altre strutture	176.325	165	862.191	28.718	13.094	<b>1.080.493</b>
ZT 08	CASA DI CURA VILLA PINI SANATRIX GESTION	2.971	1.672	10.416	27.456	348	<b>42.863</b>
	CENTRO OSPEDALIERO S. STEFANO	68.569	0	68.643	0	1.201	<b>138.413</b>
	Altre strutture	17.200	6.814	115.330	3.721	2.665	<b>145.730</b>
ZT 09	CASA DI CURA DOTT. MARCHETTI SRL	0	17.047	8.444	15.651	147	<b>41.289</b>
	Altre strutture	85.649	0	324.526	12.381	2.633	<b>425.189</b>
ZT 10	Altre strutture	17.396	0	127.084	0	1.778	<b>146.258</b>
	RI.TA.CASA CURA PR. VILLAVERDE		10.988		10.526	230	<b>21.744</b>
ZT 11	Altre strutture	50.372		585.709	0	3.192	<b>639.273</b>
	CASA DI CURA 'VILLA ANNA' SRL	7.217	6.718	31	6.283	18.450	<b>38.699</b>
	CASA DI CURA 'STELLA MARIS' SRL		9.527		9.329	2.886	<b>21.742</b>
ZT 12	Altre strutture	23.151	0	616.236	3.903	54.990	<b>698.280</b>
	CASA DI CURA 'SAN GIUSEPPE'				702	400	<b>1.102</b>
	CASA DI CURA 'VILLA SAN MARCO'		15.172		20.944	4.747	<b>40.863</b>
ZT 13	Altre strutture	192.199	0	210.148	16.356	10.604	<b>429.307</b>
	<b>TOTALE</b>	<b>833.863</b>	<b>155.665</b>	<b>4.305.102</b>	<b>374.724</b>	<b>152.073</b>	<b>5.821.427</b>

• *Descrizione dettagliata del progetto.*

Dall'analisi dei dati, l'ASUR in linea con le azioni individuate dalla DGRM 17/2011 propone di ridisegnare la predisposizione dei piani di committenza nell'ottica di messa in rete ed integrazione dell'offerta del privato con le strutture pubbliche sulla base dei reali bisogni di salute dei cittadini.

Ciò potrà portare ad:

1. un migliore coordinamento dei servizi, evitando sovrapposizioni o il mancato presidio di particolari aree di bisogno, nonché limitando il cosiddetto "fenomeno di vagabondaggio" dell'utente tra i differenti punti di offerta;
2. il passaggio da un intervento settoriale (focalizzato su particolari aree di bisogno) a un intervento globale, inserito in percorsi o profili di cura;
3. la circolazione e condivisione di informazioni, professionalità, competenze, consentendo di avere un quadro completo dei bisogni;
4. l'elaborazione di modelli d'intervento innovativi e flessibili;
5. lo sfruttamento di economie ed un impiego più efficiente delle risorse disponibili.

Affinché il piano di committenza possa svolgere appieno la propria funzione l'ASUR deve proporre in accordo con la Regione Marche delle linee guida. A tal fine si propone che i Piani di committenza delle diverse ZZTT dovranno prevedere almeno un minimum di elementi:

- premessa;
- durata;
- oggetto, a sua volta declinabile in:
  - servizio affidato;
  - piani di attività o prestazioni;
  - strumenti di tutela degli utenti;
  - utilizzo di beni dell'ASUR/struttura privata;
  - piano degli interventi o delle opere;
- profilo economico-finanziario;
- attività di monitoraggio esercitabile dall'ente committente sull'ente gestore;
- norme relative alle modifiche contrattuali;
- sanzioni;
- cause di risoluzione e revoca dal contratto.

Da sottolineare l'importanza che i Piani di committenza vengano predisposti in seguito all'analisi dei bisogni della popolazione, almeno in ottica di AV, avendo la possibilità di modulare all'interno dei tetti di spesa il tipo di prestazioni ed il loro numero anche al fine di ridurre le liste di attesa, la mobilità intra o extra regionale e la percentuale di DRG potenzialmente inappropriati (es 107 DRG potenzialmente inappropriati secondo il Patto per la Salute 2010-2012).

Inoltre, visto l'impatto economico e di salute che il privato induce nel Bilancio dell'ASUR, si ritiene utile proporre che alle periodiche trattative in Regione con i soggetti privati l'ASUR sia invitata.

Per quello che riguarda i rapporti con gli erogatori privati che erogano prestazioni riabilitative si ritiene necessaria una riorganizzazione regionale che punti su una diversa classificazione delle strutture e sul miglioramento dell'appropriatezza del loro utilizzo. Potenziare o sviluppare linee di produzione riabilitative rispetto alle nuove patologie emergenti (patologie degenerative del sistema nervoso) o condizioni cliniche importanti (stati vegetativi). Predisporre sistemi di valutazione delle prestazioni multidisciplinari riabilitative che erogano prestazioni ex art 26.

- *Explicitazione dei risultati attesi in termini descrittivi e in termini quantitativi individuando sintetici indicatori di risultato.*

La nuova impostazione proposta comporterà:

- la centralizzazione del cittadino rispetto al suo bisogno di salute;
- la trasparenza dei piani di committenza omogenei per ZT/AV/Regione;
- soddisfacimento delle prestazioni inserite nei LEA;
- inserimento dell'offerta di prestazioni "a CUP";
- riduzione della percentuale di DRG potenzialmente inappropriati;
- riduzione di prestazioni ambulatoriali inappropriate;
- riduzione dei tempi di attesa per prestazioni sottoposte a monitoraggio;
- riduzione della mobilità intra ed extra regionale;
- riconversione delle case di cura verso altre tipologie di strutture;
- definizione di standard organizzativi e strutturali, tariffe, criteri di ammissione e dimissione e modalità di controlli;
- regolamentazione della compartecipazione alla spesa.

- *Eventuale impatto sull'utenza*

Ridisegnando la rete del privato in integrazione al pubblico, modulando la committenza rispetto ai reali bisogni di salute dei cittadini, si prevede un miglioramento della gestione dell'offerta e un maggior controllo sulla qualità delle prestazioni erogate e quindi un impatto positivo sull'utenza.

- *Analisi dell'impatto sulle risorse umane: descrizione del piano di riallocazione e riqualificazione delle risorse umane interessate dalla riorganizzazione, mettendo in evidenza l'impatto del progetto in termini di variazione dei fondi contrattuali e di dotazione organico.*

Tali interventi consentono di contribuire al raggiungimento dell'obiettivo di contenimento della spesa per la sanità ed ad una valorizzazione delle strutture del privato e dei suoi professionisti.

*Analisi dell'impatto economico-finanziario: deve essere riportata l'analisi di convenienza economica e finanziaria delle azioni messe in atto, con l'evidenziazione dei singoli costi cessanti ed emergenti, ricavi cessanti ed emergenti, eventuali investimenti immobiliari e mobiliari; per favorire la lettura dei dati occorre mettere in evidenza evidenziazione delle ipotesi di valorizzazione dei costi unitari dei fattori produttivi e delle altre ipotesi in base alle quali si effettua l'analisi*

La valutazione economico-finanziario potrà essere definita compiutamente, una volta stabilite le committenze ed i tetti, nonché le possibili riorganizzazioni come sopra indicate con la Regione Marche.

**INTERVENTO n. 6**

**LA RETE OSPEDALIERA**

## INTERVENTO 6: LA RETE OSPEDALIERA

### Normativa di Riferimento:

- ❖ Piano Sanitario Nazionale 2011 - 2013
- ❖ Intesa del 3 dicembre 2009 tra il Governo, le regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, concernente il nuovo patto per la salute per gli anni 2010-2012
- ❖ Decreto Legge n. 78 coordinato con la legge di conversione 30 luglio 2010 n. 122 "Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica" con particolare riferimento agli articoli 9 e 11
- ❖ L. R. 17/2010: Modifiche alla legge regionale 20 giugno 2003, n. 13 "Riorganizzazione del Servizio sanitario regionale"
- ❖ DGRM 17/11: Linee di indirizzo per l'attuazione del Patto per la salute 2010 – 2012 e della Legge di stabilità 2011. Approvazione.
- ❖ DGRM 1138/2010: recepimento del PSSR 2010 – 2012 (all'esame della Commissione Consiliare competente).
- ❖ DGRM 77/09: Atto di ricognizione delle strutture pubbliche e private di ricovero per acuti, lungodegenza e riabilitazione residenziali e semiresidenziali della Regione ai sensi della L. n. 296/2006 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge finanziaria 2007).
- ❖ DGRM 1115/07: LR 13/2003 - DA n. 62/2007 - Istituzione delle cabine di regia per il coordinamento delle attività progettuali previste nel Piano sanitario regionale 2007/2009.
- ❖ DGRM 858/09: Trasferimento del livello erogativo di prestazioni di oculistica, di ortopedia e di chirurgia vascolare dal regime di ricovero ordinario e DH a regime ambulatoriale.
- ❖ DGRM 1789/09: Criteri per la definizione del fabbisogno sanitario nella Regione Marche.

Dall'analisi dei riferimenti normativi citati emerge l'esigenza di ridefinire la rete ospedaliera al fine di renderla coerente con la domanda ed i bisogni profondamente mutati: pazienti sempre più anziani, con polipatologie, cronicità con riacutizzazioni; è necessaria una risposta di rete integrata che copra l'intero percorso acuzie – post acuzie - residenzialità – domiciliarietà.

La riorganizzazione ha l'obiettivo di garantire una migliore qualità della risposta / servizio offerto, eliminando i rischi per la tutela della salute oggi presenti a causa della frammentazione eccessiva dell'offerta ospedaliera. Al riguardo, particolare valore assumono le azioni di riorganizzazione dei piccoli Ospedali, per destinarli a fornire il supporto indispensabile alla rete nella fase post acuzie, con la possibilità di recuperare risorse professionali dalle discipline per acuti non più previste da destinare a migliorare la continuità assistenziale nelle 24 ore negli Ospedali di rete.

L'occasione della riorganizzazione consente di migliorare l'efficienza contribuendo in tal modo al mantenimento dell'equilibrio economico complessivo, come richiesto dal livello attuale di finanziamento del SSR.

Altro obiettivo strategico della riorganizzazione consiste nel perseguire l'equilibrio dell'offerta nei territori, in modo omogeneo in ciascuna Area Vasta, mettendo a disposizione dei cittadini una rete articolata di servizi, al fine di garantire una distribuzione più equilibrata nel territorio dei livelli assistenziali per l'acuzie e la post acuzie.

A tal proposito diventa necessario procedere a scelte operative che comportino:

➤ La ridefinizione strutturale dell'attuale rete dell'offerta coerente con le indicazioni del patto per la salute 2010-2012, che consenta di superare dispersioni e ridondanze oggi non più sostenibili.

Gli obiettivi specifici si devono tradurre nella definizione di interventi di razionalizzazione che, partendo dalle criticità emerse, portino a scelte di riduzione della frammentazione dell'offerta, di riconversione dei piccoli ospedali, in strutture a massima valenza territoriale (casa della salute, presidi territoriali H24, con funzioni di LPA, riabilitazione, RSA), rimodulazione del personale.

➤ Il miglioramento dell'efficienza produttiva, con interventi mirati a riorganizzare i processi nelle strutture operative, per garantire il progressivo allineamento dei costi a quelli sostenuti nelle strutture più efficienti, in particolare attraverso l'utilizzo ottimale dei posti letto e delle "piastre servizi".

## **PREMESSA**

La relazione 2007-2008 del Ministero della Salute, per quanto concerne il numero medio di posti letto per struttura, attribuisce alla Regione Marche una situazione di dispersione, con una media di 167 posti letto per struttura rispetto ad una media nazionale di 319 posti letto; 20 strutture su 33 hanno dimensioni inferiori ai 120 posti letto con una media di posti letto di 57 per struttura. La necessità di garantire un livello assistenziale tale da assicurare la sicurezza dei pazienti e degli operatori induce ad attivare percorsi che tendano a ridurre la frammentazione ospedaliera.

L'Ospedale ha rappresentato da decenni un punto di riferimento per i cittadini che hanno usato la struttura per qualsiasi problema di salute. Nelle Marche tale fenomeno è stato favorito, come sopra rappresentato, dalla presenza di numerose piccole strutture, disseminate sul territorio regionale che, però, per lo sviluppo tecnologico in atto e per l'evoluzione della complessità delle attività ha potuto assicurare sempre meno il ricovero per acuti in condizioni di sicurezza.

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

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

- da strutture ospedaliere altamente tecnologiche, con breve durata di degenza, con utilizzo delle tecnologie biomediche pesanti per almeno 12 ore diurne,
- da strutture orientate alla tutela della fragilità e della cronicità, funzionante nelle 24 ore, a gestione territoriale, con eventuale capacità di risposta anche ai problemi minori nell'ambito dell'urgenza.

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

Gli obiettivi, definiti dalla DGRM 17/11 prevedono, per la rete ospedaliera, tra l'altro, le seguenti attività:

- Rafforzamento delle strutture di rete della fascia collinare della Regione, in termini di adeguamento strutturale, differenziazione delle attività ed integrazione dei servizi rispetto ai nodi provinciali della fascia adriatica.
- Riqualificazione di strutture ospedaliere di dimensioni limitate e di bassa specialità verso funzioni principalmente orientate ai servizi territoriali e socio sanitari, in una logica di integrazione con le reti cliniche.

- Riorganizzazione della rete territoriale e socio sanitaria con il rafforzamento del ruolo del distretto e la definizione della rete di strutture per la presa in carico e per la gestione delle varie fasi dei trattamenti di carattere assistenziale e socio assistenziale (casa della salute, strutture di comunità, residenze protette, ecc).
- Riorganizzazione della rete dell'emergenza urgenza con il consolidamento della rete dei trasporti e la riorganizzazione dei punti di primo intervento in ragione della differente capacità di risposta assistenziale della struttura di riferimento.

I risultati programmati sono:

- Allineamento posti letto per acuti allo standard del 3,3 per mille abitanti a livello regionale, come previsto dal Patto per la Salute 2010 - 2012.
- Allineamento posti letto di lungodegenza / riabilitazione allo standard previsto dal Patto per la Salute 2010 -2012, di 0,7 ogni mille abitanti a livello regionale.
- Tasso di ospedalizzazione complessivo al di sotto di 160 ricoveri per mille abitanti.

Indicatori di risultato:

- Posti letto medi per struttura
- Posti letto per acuti per mille abitanti in Regione ed in area vasta
- Posti letto di lungodegenza /riabilitazione per 1.000 abitanti in Regione ed in area vasta
- Tasso di ospedalizzazione in Regione ed in area vasta
- Numero ricoveri per DRG potenzialmente inappropriati
- volume di attività di day surgery e di chirurgia ambulatoriale

## ANALISI DATI

### 1) LA DISTRIBUZIONE DEI POSTI LETTO

**Tabella 0: posti letto attuali totali e per mille abitanti (al 1 gen 2010)**

Totale posti letto	Posti letto per acuti	Posti letto per D.H. e D.S.	Posti per riabilitazione	Posti letto per lungodegenza	Totale posti letto
PUBBLICO	4.340	643	141	327	5.451
PRIVATO	498	51	246	185	980
<b>TOTALE</b>	<b>4.838</b>	<b>694</b>	<b>387</b>	<b>512</b>	<b>6.431</b>

PL x 1000 abitanti	Posti letto per acuti	Posti letto per D.H. e D.S.	Posti per riabilitazione	Posti letto per lungodegenza	Totale posti letto
PUBBLICO	2,78	0,41	0,09	0,21	3,50
PRIVATO	0,32	0,03	0,16	0,12	0,63
<b>TOTALE</b>	<b>3,10</b>	<b>0,45</b>	<b>0,25</b>	<b>0,33</b>	<b>4,12</b>

**1.559.542** pop regione 2010

Allo scopo di avere una mappatura attuale dei posti letto, si allegano le tabelle dei posti letto attuali, con tasso di occupazione per disciplina, suddivise per AV1, AV2, AV3, AV4 ed AV5, comprensive delle Aziende Ospedaliere, dell'INRCA e del Privato Accreditato.

## 2) ANALISI DEI BISOGNI

L'analisi dei bisogni verrà condotta analizzando essenzialmente la domanda espressa di ricoveri ospedalieri.

### 2.1 RICOVERI OSPEDALIERI

Nell'anno 2009 il tasso di ospedalizzazione totale dei residenti regionali (escludendo i dimessi delle discipline di lungodegenza, rieducazione funzionale e neuroriabilitazione, neonato sano) è stato pari al 174.8 \* 1.000, consolidando il positivo trend di decremento degli ultimi anni.

Come riscontrabile dalla sottostante tabella 1, il fenomeno è determinato dalla diminuzione del tasso di ospedalizzazione sia per ricoveri medici che chirurgici ed è generalizzato su tutte le Zone Territoriali. L'esplosione del Tasso di ospedalizzazione per Zona Territoriale evidenzia una discreta variabilità del dato che passa dal minimo della ZT n. 9 (160.4 \* 1000) al massimo della ZT n. 1 (181.2 \* 1000). Valutando altresì il fatto che fra le ZZTT con tasso di ospedalizzazione superiore alla media regionale vi siano quelle con maggiore popolazione (ZZTT: 1, 7, 8, 11, 12 e 13), si deduce un ulteriore significativo margine di miglioramento del tasso di ospedalizzazione totale.

Tabella 1

		ZT 1	ZT 2	ZT 3	ZT 4	ZT 5	ZT 6	ZT 7	ZT 8	ZT 9	ZT 10	ZT 11	ZT 12	ZT 13	ASUR
		Tasso / 1000 ab. Pesati													
T.O. Totale	2007	189,3	167,4	172,9	184,4	181,9	182,5	185,0	178,1	166,6	172,7	184,8	189,9	183,4	<b>180,6</b>
	2008	184,6	167,2	172,0	179,7	177,9	180,3	184,0	178,4	163,6	173,2	185,3	188,6	186,1	<b>179,3</b>
	2009	181,2	166,7	166,7	176,9	172,9	178,9	180,1	177,5	160,4	167,9	176,7	179,1	180,3	<b>174,8</b>
T.O. Ordinari	2007	113,0	104,9	104,1	107,0	109,8	108,9	109,0	104,0	99,0	103,5	112,9	117,9	117,4	<b>108,9</b>
	2008	110,7	104,3	102,0	105,3	104,7	106,0	107,0	103,4	97,0	103,2	112,5	116,8	118,7	<b>107,3</b>
	2009	108,1	104,1	99,4	100,1	102,7	108,9	103,4	104,3	95,9	99,6	107,6	111,5	115,1	<b>104,6</b>
T.O. Diurni	2007	76,3	62,5	68,8	77,4	72,1	73,6	76,0	74,1	67,6	69,2	71,9	72,0	66,0	<b>71,8</b>
	2008	73,9	62,9	70,0	74,3	73,2	74,2	77,0	75,1	66,6	70,1	72,9	71,8	67,4	<b>72,0</b>
	2009	73,0	62,6	67,2	76,8	70,2	70,0	76,8	73,2	64,5	68,3	69,1	67,6	65,1	<b>70,2</b>
T.O. Medici	2007	97,7	83,3	89,1	98,3	94,3	93,4	93,1	86,8	80,1	88,8	94,2	97,4	99,9	<b>92,2</b>
	2008	96,3	84,9	86,3	95,2	89,3	92,0	90,8	87,7	78,1	89,3	93,5	93,4	103,0	<b>90,7</b>
	2009	95,7	88,0	87,0	92,1	89,1	96,4	90,7	91,6	79,1	88,4	90,6	92,6	101,4	<b>90,7</b>
T.O. Medici Ordinari	2007	70,2	64,5	65,9	65,9	69,0	65,0	66,5	62,7	60,2	65,3	68,4	73,0	75,4	<b>67,2</b>
	2008	69,8	64,8	63,5	64,2	65,5	63,2	64,4	63,3	59,0	65,7	68,5	71,1	78,4	<b>66,3</b>
	2009	68,9	67,1	64,3	60,9	64,7	66,0	63,9	66,1	59,3	64,7	66,6	70,6	77,8	<b>66,1</b>
T.O. Medici Diurni	2007	27,5	18,8	23,2	32,4	25,3	28,4	26,6	24,1	19,9	23,5	25,8	24,4	24,6	<b>24,9</b>
	2008	26,6	20,1	22,9	31,0	23,8	28,9	26,4	24,3	19,1	23,6	25,0	22,2	24,7	<b>24,4</b>
	2009	26,8	20,9	22,8	31,2	24,4	30,4	26,8	25,4	19,8	23,7	24,0	22,0	23,6	<b>24,6</b>
T.O. Chirurgici	2007	89,8	81,2	82,1	85,0	85,6	86,0	90,0	89,2	84,5	82,3	88,6	90,6	81,1	<b>86,5</b>
	2008	86,5	79,8	83,9	83,4	86,5	85,1	91,2	88,3	82,9	81,7	89,9	93,1	80,4	<b>86,4</b>
	2009	85,5	78,6	79,6	84,8	83,8	82,5	89,4	85,8	81,2	79,3	86,1	86,4	78,7	<b>84,0</b>
T.O. Chirurgici Ordinari	2007	41,2	37,9	36,8	40,1	38,9	40,9	40,7	39,5	37,0	36,7	42,7	43,2	39,9	<b>39,8</b>
	2008	39,3	37,2	37,1	40,1	37,4	39,9	40,8	37,9	35,7	35,6	42,2	43,7	37,9	<b>39,1</b>
	2009	39,2	37,0	35,2	39,2	37,9	42,8	39,4	38,0	36,5	34,8	41,0	40,9	37,1	<b>38,5</b>
T.O. Chirurgici Diurni	2007	48,6	43,3	45,4	44,9	46,7	45,1	49,3	49,7	47,5	45,6	45,9	47,4	41,2	<b>46,7</b>
	2008	47,1	42,6	46,8	43,3	49,2	45,2	50,4	50,4	47,3	46,2	47,7	49,3	42,5	<b>47,3</b>
	2009	46,2	41,6	44,5	45,6	45,8	39,6	50,0	47,8	44,7	44,5	45,1	45,6	41,5	<b>45,5</b>
		Casi													
T.O. Totale	2007	27.400	14.053	23.268	14.847	19.663	8.910	45.579	20.267	23.284	9.158	29.781	19.290	21.964	<b>277.464</b>
	2008	27.229	14.165	23.453	14.562	19.389	8.881	45.816	20.570	23.110	9.196	30.206	19.450	22.411	<b>278.438</b>
	2009	27.100	14.260	23.093	14.456	19.071	8.863	45.430	20.718	22.776	8.959	29.014	18.694	21.888	<b>274.322</b>
T.O. Ordinari	2007	16.352	8.806	14.006	8.614	11.870	5.318	26.851	11.834	13.839	5.490	18.200	11.977	14.060	<b>167.217</b>
	2008	16.331	8.834	13.908	8.537	11.414	5.224	26.647	11.917	13.699	5.476	18.331	12.042	14.291	<b>166.651</b>
	2009	16.176	8.905	13.779	8.177	11.330	5.394	26.065	12.170	13.612	5.317	17.672	11.636	13.979	<b>164.212</b>
T.O. Diurni	2007	11.048	5.247	9.262	6.233	7.793	3.592	18.728	8.433	9.445	3.668	11.581	7.313	7.904	<b>110.247</b>
	2008	10.898	5.331	9.545	6.025	7.975	3.657	19.169	8.653	9.411	3.720	11.875	7.408	8.120	<b>111.787</b>
	2009	10.924	5.355	9.314	6.279	7.741	3.469	19.365	8.548	9.164	3.642	11.342	7.058	7.909	<b>110.110</b>
T.O. Medici	2007	14.147	6.995	11.981	7.918	10.190	4.558	22.947	9.878	11.197	4.708	15.174	9.895	11.968	<b>141.556</b>
	2008	14.211	7.188	11.772	7.715	9.736	4.533	22.609	10.107	11.039	4.741	15.234	9.627	12.410	<b>140.922</b>
	2009	14.315	7.527	12.057	7.526	9.827	4.776	22.878	10.687	11.230	4.718	14.873	9.667	12.306	<b>142.387</b>
T.O. Medici Ordinari	2007	10.165	5.414	8.861	5.308	7.460	3.171	16.393	7.133	8.411	3.460	11.023	7.418	9.025	<b>103.242</b>
	2008	10.291	5.488	8.651	5.202	7.137	3.111	16.026	7.300	8.337	3.488	11.157	7.333	9.440	<b>102.961</b>
	2009	10.305	5.740	8.904	4.973	7.140	3.271	16.119	7.720	8.414	3.451	10.932	7.366	9.445	<b>103.780</b>
T.O. Medici Diurni	2007	3.982	1.581	3.120	2.610	2.730	1.387	6.554	2.745	2.786	1.248	4.151	2.477	2.943	<b>38.314</b>
	2008	3.920	1.700	3.121	2.513	2.599	1.422	6.583	2.807	2.702	1.253	4.077	2.294	2.970	<b>37.961</b>
	2009	4.010	1.787	3.153	2.553	2.687	1.505	6.759	2.967	2.816	1.267	3.941	2.301	2.861	<b>38.607</b>
T.O. Chirurgici	2007	13.002	6.812	11.052	6.846	9.253	4.197	22.180	10.152	11.811	4.365	14.284	9.201	9.712	<b>132.867</b>
	2008	12.752	6.762	11.440	6.758	9.434	4.194	22.714	10.182	11.718	4.338	14.649	9.596	9.684	<b>134.221</b>
	2009	12.782	6.724	11.036	6.929	9.238	4.087	22.542	10.016	11.535	4.232	14.133	9.021	9.550	<b>131.825</b>
T.O. Chirurgici Ordinari	2007	5.961	3.182	4.949	3.229	4.201	1.997	10.026	4.493	5.170	1.947	6.883	4.389	4.777	<b>61.204</b>
	2008	5.804	3.153	5.056	3.251	4.076	1.967	10.155	4.370	5.038	1.888	6.881	4.508	4.567	<b>60.714</b>
	2009	5.869	3.163	4.875	3.203	4.185	2.123	9.940	4.439	5.188	1.858	6.733	4.265	4.510	<b>60.351</b>
T.O. Chirurgici Diurni	2007	7.041	3.630	6.103	3.617	5.052	2.200	12.154	5.659	6.641	2.418	7.401	4.812	4.935	<b>71.663</b>
	2008	6.948	3.609	6.384	3.507	5.358	2.227	12.559	5.812	6.680	2.450	7.768	5.088	5.117	<b>73.507</b>
	2009	6.913	3.561	6.161	3.726	5.053	1.964	12.602	5.577	6.347	2.374	7.400	4.756	5.040	<b>71.474</b>

Passando all'analisi della domanda per MDC si rileva (vedi sottostante tabella 2) che le categorie di ricoveri maggiormente rappresentate sono relative alle 1) malattie e disturbi del sistema cardiocircolatorio, 2) malattie e disturbi dell'apparato osteomuscolare e del tessuto connettivo, 3) malattie e disturbi dell'apparato digerente, 4) malattie e disturbi dell'occhio, 5) malattie e disturbi del sistema nervoso, 6) malattie e disturbi dell'apparato respiratorio e 7) ricoveri per gravidanza, parto e puerperio, che insieme raggiungono oltre il 63% di tutti i ricoveri.

Tabella 2

		0 - NON VALIDO	1 - Malattie e disturbi del sistema nervoso	2 - Malattie e disturbi dell'occhio	3 - Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso e della gola	4 - Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	5 - Malattie e disturbi del sistema cardiocircolatorio	6 - Malattie e disturbi dell'apparato digerente	7 - Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	8 - Malattie e disturbi dell'apparato osteomuscolare e del tessuto connettivo	9 - Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	10 - Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali	11 - Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	12 - Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	13 - Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	14 - Gravidanza, parto e puerperio	15 - Malattie e disturbi del periodo perinatale	16 - Malattie e disturbi del sangue degli organi ematopoietici e del sistema immunitario	17 - Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	18 - Malattie infettive e parassitarie	19 - Malattie e disturbi mentali	20 - Uso di antidolorifici e disturbi mentali organici indotti	21 - Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	22 - Ustioni	23 - Fattori influenzanti lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	24 - Traumatismi multipli	25 - Infezioni da HIV	Totale complessivo
<b>Tasso / 1000 ab. Pesati</b>																												
ZT 1	2007	0,7	16,7	15,3	7,1	11,6	25,4	18,4	5,4	23,9	6,9	5,4	7,1	4,4	7,3	14,7	1,7	1,6	7,7	1,3	3,3	0,5	1,4	0,1	0,7	0,3	0,5	<b>189,3</b>
	2008	0,6	16,1	16,6	6,5	11,8	24,6	17,0	5,4	21,7	6,5	5,9	7,5	3,9	7,2	14,1	1,7	1,4	7,3	1,4	3,5	0,5	1,5	0,0	0,8	0,1	0,6	<b>184,6</b>
	2009	0,7	14,3	13,9	7,0	11,1	24,4	17,1	17,1	5,6	22,4	6,1	5,6	8,2	3,8	6,7	14,3	1,7	1,6	7,6	1,2	4,0	0,5	1,6	0,0	1,0	0,2	0,5
ZT 2	2007	1,5	12,2	12,6	5,6	11,0	23,6	13,7	6,5	20,3	6,2	3,8	7,3	3,5	6,5	14,3	2,4	1,4	8,0	1,8	2,4	0,5	1,2	0,0	0,8	0,2	0,3	<b>167,4</b>
	2008	0,7	11,5	14,6	5,4	12,2	22,7	14,4	5,6	19,8	5,9	3,3	7,8	3,6	5,7	14,1	2,5	1,8	9,1	1,5	2,5	0,5	1,2	0,0	0,9	0,1	0,1	<b>167,2</b>
	2009	0,9	11,2	12,4	6,4	12,1	22,7	14,0	5,8	20,7	6,4	4,0	7,8	3,6	5,7	13,0	2,2	1,8	9,0	1,7	2,4	0,2	1,1	0,1	1,0	0,1	0,2	<b>166,7</b>
ZT 3	2007	0,8	13,6	14,3	7,3	11,1	20,8	14,4	5,6	21,4	6,1	4,5	6,9	3,7	6,4	14,8	1,7	2,0	9,9	1,1	3,3	0,3	1,3	0,1	0,9	0,2	0,3	<b>172,9</b>
	2008	0,7	12,5	14,8	7,4	10,9	21,3	14,0	5,6	21,0	5,9	4,2	7,2	3,6	7,1	15,5	1,7	1,6	9,0	1,2	3,6	0,2	1,4	0,1	0,9	0,2	0,3	<b>172,0</b>
	2009	0,7	11,2	14,2	7,9	11,3	19,5	14,0	5,0	20,4	5,8	4,6	7,2	3,4	6,7	14,4	1,8	1,7	9,1	1,3	3,4	0,3	1,2	0,0	1,0	0,1	0,3	<b>166,7</b>
ZT 4	2007	1,4	12,9	15,6	8,8	9,1	21,0	19,7	6,3	20,8	9,4	4,2	9,3	4,6	5,6	12,7	1,0	1,6	10,3	3,0	3,3	0,5	2,0	0,1	0,7	0,2	0,3	<b>184,4</b>
	2008	0,6	12,0	17,1	9,1	8,4	18,5	18,7	6,0	20,5	8,6	4,2	9,1	4,1	5,6	13,0	1,1	2,3	10,7	3,3	2,9	0,5	1,9	0,1	0,9	0,1	0,2	<b>179,7</b>
	2009	0,8	10,9	18,0	8,6	8,5	18,8	17,5	6,1	20,5	8,7	4,4	9,3	3,3	5,6	13,4	0,8	2,1	10,4	3,0	3,0	0,3	1,6	0,1	0,9	0,2	0,1	<b>176,9</b>
ZT 5	2007	0,5	13,2	16,6	8,8	11,4	23,4	16,8	5,7	19,1	6,8	6,3	7,8	3,4	5,5	15,4	2,0	2,1	8,1	1,3	3,2	0,3	2,3	0,2	1,4	0,1	0,2	<b>181,9</b>
	2008	0,5	12,7	18,1	8,9	11,0	21,2	15,0	5,8	19,1	6,5	5,8	7,8	3,4	6,2	15,9	2,0	1,6	8,4	1,6	2,9	0,2	1,8	0,1	1,2	0,2	0,2	<b>177,9</b>
	2009	0,7	12,6	16,3	8,7	11,2	20,0	14,9	5,4	18,9	6,3	5,3	7,2	3,4	6,6	15,4	1,5	2,0	7,8	1,2	3,1	0,4	2,0	0,1	1,5	0,1	0,2	<b>172,9</b>
ZT 6	2007	0,9	13,8	17,5	8,6	11,2	20,9	14,0	7,3	23,3	9,0	3,4	7,6	2,3	5,8	15,8	3,2	1,7	8,8	2,1	1,4	0,1	2,3	0,2	0,8	0,3	0,1	<b>182,5</b>
	2008	0,9	13,5	17,3	8,5	10,3	20,5	15,9	6,1	21,6	8,2	3,6	7,0	2,9	6,7	15,4	3,1	1,7	10,2	2,4	1,6	0,1	1,8	0,1	0,9	0,1	0,1	<b>180,3</b>
	2009	1,0	13,0	12,7	9,1	12,2	19,5	14,3	7,0	22,3	7,9	4,3	8,0	3,6	5,2	16,4	3,3	2,1	9,9	2,1	2,0	0,1	1,5	0,1	1,0	0,1	0,1	<b>178,9</b>
ZT 7	2007	0,6	15,1	16,1	8,9	10,4	22,9	16,2	5,6	19,5	8,0	5,3	9,3	3,8	6,0	16,2	1,8	1,6	8,6	1,6	2,6	0,4	2,7	0,1	1,4	0,2	0,2	<b>185,0</b>
	2008	0,9	14,4	16,9	8,7	10,5	22,4	16,2	5,8	19,7	8,4	4,7	9,3	3,6	6,3	16,0	1,9	1,2	8,5	1,5	2,4	0,4	2,1	0,1	1,7	0,1	0,2	<b>184,0</b>
	2009	0,9	14,3	16,3	9,2	10,3	20,7	16,1	5,6	19,5	8,9	4,8	8,9	3,5	6,1	15,1	1,6	1,6	7,7	1,6	2,9	0,4	2,0	0,1	1,6	0,2	0,2	<b>180,1</b>
ZT 8	2007	1,3	13,8	15,0	7,9	11,3	19,1	14,8	5,6	22,0	6,3	5,2	8,8	3,7	7,0	16,1	1,9	1,7	8,3	2,2	2,4	0,4	1,4	0,1	1,4	0,2	0,2	<b>178,1</b>
	2008	1,4	14,2	15,3	8,4	12,0	18,8	14,9	5,3	22,2	6,4	5,8	8,6	3,3	7,4	15,7	2,2	1,6	8,0	1,6	2,5	0,2	1,1	0,1	1,4	0,2	0,1	<b>178,4</b>
	2009	1,1	13,7	14,1	9,0	11,2	19,0	15,2	5,3	21,7	6,3	5,6	9,3	3,4	6,5	15,5	2,4	2,0	8,6	1,7	2,6	0,3	1,2	0,0	1,4	0,2	0,1	<b>177,5</b>
ZT 9	2007	0,8	12,9	16,4	6,1	10,2	22,3	13,6	6,0	20,4	5,1	3,2	7,3	2,8	6,3	13,8	1,9	1,3	8,1	1,4	3,1	0,5	1,1	0,1	1,3	0,2	0,1	<b>166,6</b>
	2008	0,7	13,5	15,9	6,8	10,1	21,2	13,8	5,6	19,6	5,1	3,3	7,3	2,9	6,3	13,4	2,4	1,3	7,1	1,5	2,6	0,4	1,0	0,1	1,2	0,2	0,1	<b>163,6</b>
	2009	0,8	12,9	13,9	6,4	9,3	20,0	13,6	5,2	19,8	5,2	3,3	7,3	3,2	7,0	13,6	2,3	1,7	7,7	1,2	2,9	0,3	0,8	0,0	1,7	0,2	0,0	<b>160,4</b>
ZT 10	2007	1,2	16,4	13,3	6,9	12,1	22,0	13,9	5,7	23,1	5,7	4,5	7,6	2,2	6,5	12,1	1,5	1,4	10,1	1,6	1,6	0,2	1,5	0,1	1,1	0,2	0,2	<b>172,7</b>
	2008	1,5	17,1	14,2	5,5	12,3	23,1	13,2	5,7	23,4	5,1	3,8	7,3	2,7	6,5	11,8	2,1	1,3	10,4	1,6	1,8	0,2	1,3	0,1	0,9	0,2	0,1	<b>173,2</b>
	2009	1,7	15,8	13,2	6,4	12,1	19,4	13,6	5,3	21,5	5,8	3,8	7,3	3,1	6,7	11,0	1,8	1,8	10,9	1,4	2,1	0,2	1,5	0,1	1,3	0,2	0,1	<b>167,9</b>
ZT 11	2007	0,9	14,9	16,5	7,7	9,7	24,5	14,8	5,6	20,5	6,6	6,2	7,7	3,4	6,3	14,6	1,9	1,5	10,1	1,5	4,8	0,4	1,6	0,1	2,5	0,3	0,3	<b>184,8</b>
	2008	0,8	15,4	17,5	7,4	10,3	24,1	13,3	5,6	20,8	6,8	6,0	8,2	3,7	6,6	13,6	1,9	1,7	9,9	1,8	5,0	0,4	1,6	0,1	2,4	0,2	0,2	<b>185,3</b>
	2009	0,7	13,7	15,4	6,9	10,5	23,1	13,6	5,1	20,8	6,4	4,7	8,1	3,9	5,8	13,7	2,0	1,6	10,0	1,6	4,4	0,3	1,5	0,0	2,4	0,2	0,1	<b>176,7</b>
ZT 12	2007	0,8	13,7	19,3	8,3	9,8	27,1	17,1	5,5	21,4	7,1	4,6	6,8	3,3	7,9	14,9	1,7	1,7	9,2	2,0	4,0	0,4	1,2	0,1	1,5	0,3	0,3	<b>189,9</b>
	2008	0,8	11,9	19,8	7,6	9,9	24,9	16,7	5,8	21,8	7,2	5,1	7,6	3,4	8,8	15,5	2,1	1,8	7,9	1,7	3,8	0,3	1,1	0,1	2,1	0,3	0,3	<b>188,6</b>
	2009	0,9	11,7	17,2	7,2	10,3	24,4	15,8	6,0	21,2	5,9	4,9	7,2	3,1	8,2	14,2	1,9	1,9	7,9	1,4	3,6	0,3	1,0	0,0	2,4	0,2	0,2	<b>179,1</b>
ZT 13	2007	1,8	13,4	14,8	8,6	9,9	29,7	16,8	5,0	21,4	6,7	4,6	8,3	3,0	6,8	11,5	2,0	1,6	7,4	2,4	4,3	0,2	1,5	0,1	1,4	0,1	0,2	<b>183,4</b>
	2008	1,3	14,3	15,1	8,9	10,4	29,1	17,4	4,7	20,8	6,5	4,6	8,7	3,4	6,9	12,1	2,3	1,7	8,0	2,4	4,2	0,1	1,5	0,1	1,3	0,1	0,1	<b>186,1</b>
	2009	1,4	12,9	15,6	8,4	10,6	27,9	15,2	5,5	20,6	6,2	4,5	9,7	2,9	6,5	11,4	2,1	1,4	7,5	2,1	4,1	0,2	1,4	0,0	1,6	0,1	0,1	<b>180,3</b>

Tabella 2 (Continua)

		0 - NON VALIDO	1 - Malattie e disturbi del sistema nervoso	2 - Malattie e disturbi dell'occhio	3 - Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso e della gola	4 - Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	5 - Malattie e disturbi del sistema circolatorio	6 - Malattie e disturbi dell'apparato digerente	7 - Malattie e disturbi endocrini e del pancreas	8 - Malattie e disturbi dell'apparato osteomuscolare e del tessuto connettivo	9 - Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	10 - Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali	11 - Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	12 - Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	13 - Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	14 - gravidanza, parto e puerperio	15 - Malattie e disturbi del periodo perinatale	16 - Malattie e disturbi del sangue degli organi ematopoietici e del sistema immunitario	17 - Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplastici scarsamente differenziati	18 - Malattie infettive e parassitarie	19 - Malattie e disturbi mentali	20 - Uso di alcool/farmaci e disturbi mentali organici indotti	21 - Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	22 - Ustioni	23 - Fattori influenti lo stato di salute ed il ricovero ai servizi sanitari	24 - Traumatismi multipli	25 - Infezioni da HIV	Totale complessivo
<b>Casi</b>																												
<b>ZT 1</b>	<b>2007</b>	96	2415	2216	1023	1677	3678	2659	788	3455	994	780	1023	639	1063	2130	244	226	1120	181	483	72	209	10	106	42	71	<b>27400</b>
	<b>2008</b>	90	2378	2446	958	1746	3630	2512	797	3199	955	874	1113	581	1058	2083	254	211	1077	207	517	78	223	7	120	21	94	<b>27229</b>
	<b>2009</b>	111	2142	2075	1053	1667	3657	2556	838	3347	909	832	1231	561	999	2141	252	242	1135	184	605	74	232	7	146	30	74	<b>27100</b>
<b>ZT 2</b>	<b>2007</b>	126	1024	1058	474	927	1977	1146	544	1707	517	319	615	292	544	1202	200	114	671	150	200	39	97	3	68	17	22	<b>14053</b>
	<b>2008</b>	60	971	1233	456	1030	1926	1217	474	1677	498	278	663	303	480	1195	210	149	770	125	212	43	101	3	73	11	7	<b>14165</b>
	<b>2009</b>	79	959	1061	548	1032	1945	1199	498	1773	551	343	668	307	487	1111	187	153	770	145	204	21	97	7	89	9	17	<b>14260</b>
<b>ZT 3</b>	<b>2007</b>	103	1831	1918	988	1493	2792	1937	751	2883	823	607	935	500	860	1988	230	275	1338	152	447	45	174	11	122	29	36	<b>23268</b>
	<b>2008</b>	98	1704	2024	1013	1488	2908	1906	769	2859	806	578	983	493	966	2109	238	217	1224	163	492	33	187	8	122	24	41	<b>23453</b>
	<b>2009</b>	91	1554	1970	1097	1563	2707	1936	691	2830	804	641	997	475	923	2001	253	241	1265	183	472	35	163	4	142	17	38	<b>23093</b>
<b>ZT 4</b>	<b>2007</b>	113	1042	1258	710	730	1691	1586	509	1678	756	339	746	368	451	1025	80	126	829	241	269	41	158	6	60	14	21	<b>14847</b>
	<b>2008</b>	51	976	1390	739	684	1497	1513	487	1665	701	344	737	331	452	1051	87	187	865	270	231	39	158	10	75	9	13	<b>14562</b>
	<b>2009</b>	66	894	1467	699	697	1534	1432	495	1678	709	356	763	270	457	1096	68	171	852	242	242	22	131	11	76	17	11	<b>14456</b>
<b>ZT 5</b>	<b>2007</b>	55	1425	1790	954	1228	2525	1821	619	2067	738	685	839	363	598	1660	215	232	876	138	345	30	250	19	151	14	26	<b>19663</b>
	<b>2008</b>	53	1384	1976	975	1199	2309	1636	629	2081	705	628	845	368	677	1735	215	172	919	172	317	22	199	8	127	20	18	<b>19389</b>
	<b>2009</b>	80	1392	1799	963	1234	2210	1644	597	2085	691	587	790	378	724	1695	170	222	865	130	345	42	217	11	167	13	20	<b>19071</b>
<b>ZT 6</b>	<b>2007</b>	42	676	853	420	546	1021	683	356	1138	441	166	373	114	282	770	154	84	431	101	70	6	111	10	40	16	6	<b>8910</b>
	<b>2008</b>	44	664	853	418	505	1010	781	300	1063	404	176	346	145	328	759	153	82	503	117	81	6	87	3	45	4	4	<b>8881</b>
	<b>2009</b>	48	646	627	451	607	966	707	348	1105	391	214	395	178	258	813	163	104	493	105	98	5	74	6	51	7	3	<b>8863</b>
<b>ZT 7</b>	<b>2007</b>	159	3725	3976	2198	2568	5641	3982	1369	4807	1973	1294	2280	943	1477	3999	441	384	2116	387	639	89	662	17	344	58	51	<b>45579</b>
	<b>2008</b>	221	3597	4214	2170	2609	5566	4037	1454	4914	2098	1170	2320	887	1565	3978	479	300	2126	386	587	88	534	16	411	36	53	<b>45816</b>
	<b>2009</b>	235	3613	4103	2315	2603	5218	4052	1419	4930	2246	1207	2244	876	1549	3820	399	414	1949	392	721	98	517	25	391	43	51	<b>45430</b>
<b>ZT 8</b>	<b>2007</b>	149	1566	1708	902	1283	2173	1686	641	2502	714	596	1000	420	791	1835	221	191	946	246	278	47	158	11	162	21	20	<b>20267</b>
	<b>2008</b>	158	1639	1759	963	1379	2167	1714	610	2560	741	671	997	379	848	1807	250	184	918	189	288	24	124	9	156	20	16	<b>20570</b>
	<b>2009</b>	133	1603	1644	1049	1306	2213	1778	623	2532	734	657	1083	399	763	1812	280	231	1008	203	301	32	142	1	160	19	12	<b>20718</b>
<b>ZT 9</b>	<b>2007</b>	110	1810	2299	849	1428	3116	1908	832	2845	716	454	1020	398	885	1930	261	180	1133	199	438	75	152	10	188	32	16	<b>23284</b>
	<b>2008</b>	98	1908	2242	961	1422	3000	1955	792	2767	723	462	1033	411	890	1897	342	187	998	215	372	62	143	19	171	29	11	<b>23110</b>
	<b>2009</b>	116	1826	1974	907	1319	2843	1927	740	2818	745	474	1038	458	992	1925	325	240	1093	171	412	41	112	3	244	26	7	<b>22776</b>
<b>ZT 10</b>	<b>2007</b>	64	872	707	365	639	1164	736	303	1226	303	237	402	118	346	642	79	75	536	85	87	11	80	3	58	11	9	<b>9158</b>
	<b>2008</b>	80	910	753	292	652	1226	703	304	1241	271	203	390	142	344	626	109	69	551	85	96	8	71	7	50	10	3	<b>9196</b>
	<b>2009</b>	90	845	705	339	645	1033	727	281	1146	307	202	391	163	359	586	97	94	580	76	110	12	81	8	67	12	3	<b>8959</b>
<b>ZT 11</b>	<b>2007</b>	143	2397	2654	1247	1562	3941	2379	908	3310	1065	993	1235	555	1012	2352	312	248	1625	236	770	72	257	11	402	50	45	<b>29781</b>
	<b>2008</b>	136	2504	2857	1211	1671	3920	2170	909	3392	1104	981	1334	599	1080	2223	307	284	1608	292	815	71	268	9	397	35	29	<b>30206</b>
	<b>2009</b>	123	2248	2523	1127	1717	3800	2237	835	3420	1044	766	1335	646	950	2255	332	270	1644	263	715	47	253	3	401	36	24	<b>29014</b>
<b>ZT 12</b>	<b>2007</b>	84	1393	1957	840	996	2756	1736	554	2178	726	472	686	331	799	1512	177	168	937	202	404	41	122	11	154	28	26	<b>19290</b>
	<b>2008</b>	84	1231	2043	786	1018	2569	1727	598	2248	744	530	782	355	908	1598	219	187	817	177	393	33	114	14	220	29	26	<b>19450</b>
	<b>2009</b>	93	1225	1792	753	1075	2543	1650	630	2213	621	512	753	321	856	1479	201	202	827	144	378	27	100	5	253	23	18	<b>18694</b>
<b>ZT 13</b>	<b>2007</b>	219	1601	1776	1031	1185	3560	2009	599	2564	803	548	989	361	817	1373	238	195	891	282	509	28	175	9	167	17	18	<b>21964</b>
	<b>2008</b>	161	1720	1817	1069	1249	3509	2101	572	2510	787	551	1049	408	828	1454	275	201	960	284	500	18	186	14	162	13	13	<b>22411</b>
	<b>2009</b>	174	1569	1895	1022	1286	3388	1844	666	2506	754	543	1180	358	795	1386	253	175	915	255	503	30	164	5	190	17	15	<b>21888</b>
<b>TOT</b>	<b>2007</b>	1463	21777	24170	12001	16262	36035	24268	8773	32360	10569	7490	12143	5402	9925	22418	2852	2498	13449	2600	4939	596	2605	131	2022	349	367	<b>277464</b>
	<b>2008</b>	1334	21586	25607	12011	16652	35237	23972	8695	32176	10537	7446	12592	5402	10424	22515	3138	2430	13336	2682	4901	525	2395	127	2129	261	328	<b>278438</b>
	<b>2009</b>	1439	20516	23635	12323	16751	34057	23689	8661	32383	10506	7334	12868	5390	10112	22120	2980	2759	13396	2493	5106	486	2283	96	2377	269	293	<b>274322</b>

Figura 1

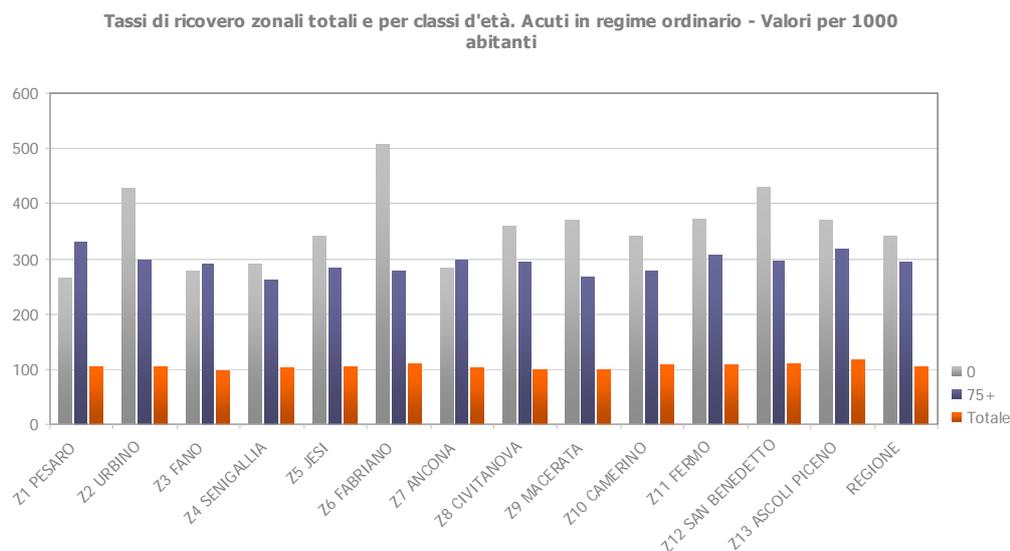
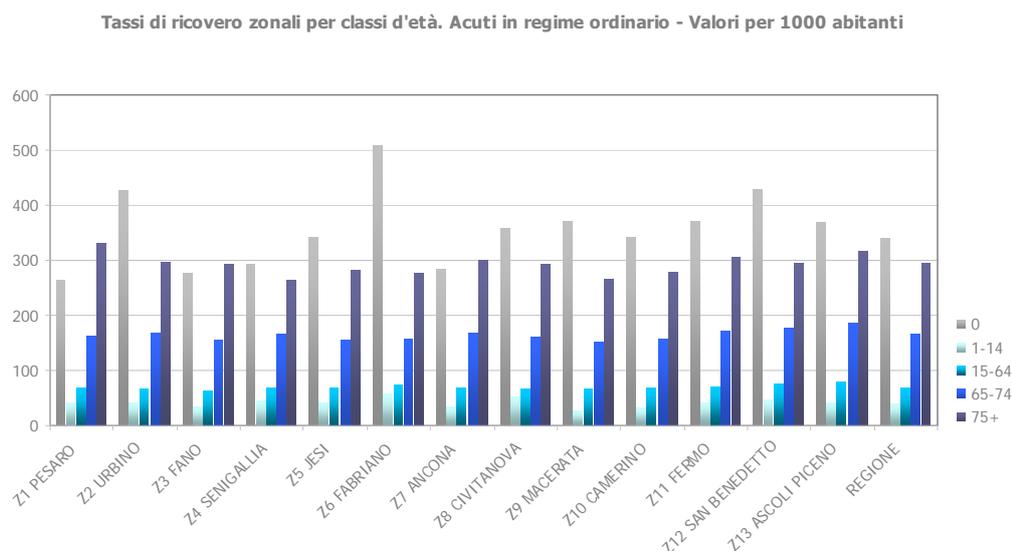


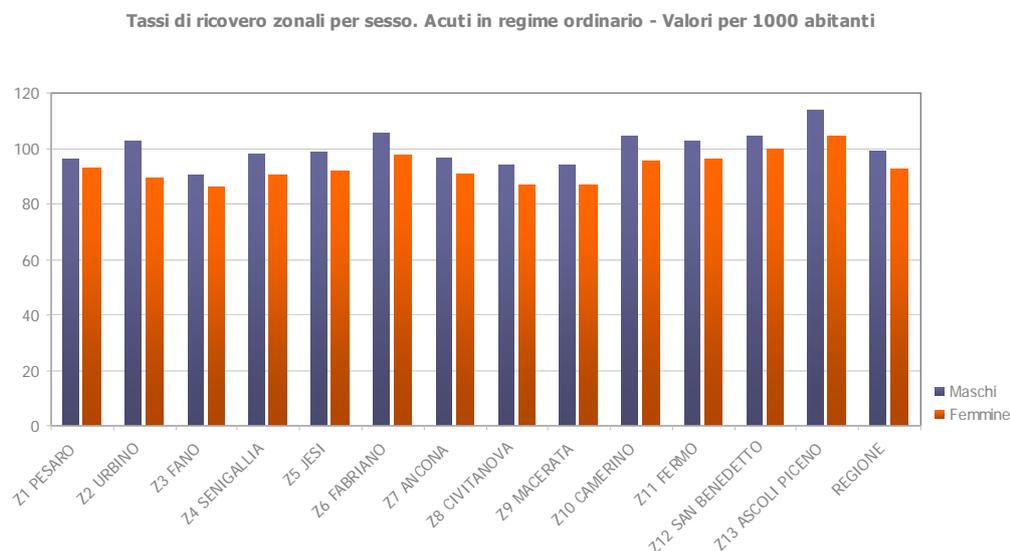
Figura 2



L'analisi dell'ospedalizzazione per zona rivela una modesta variabilità rispetto al dato regionale, con valori totali che oscillano da 97,5 per 1000 e 98,5 per 1000 rispettivamente delle zone di Fano e Macerata, raggiungendo i 116,7 ricoveri ogni 1000 abitanti della zona di Ascoli Piceno. Valori meno omogenei si riscontrano invece nelle classi d'età relative ai neonati ed in quella degli ultra 75enni. Nella prima le zone di Fabriano, San Benedetto ed Urbino si attestano su tassi significativamente maggiori di quello regionale (507,6, 430,1 e 427), mentre le zone di Pesaro (263,6) e Fano (277,3) rappresentano le aree con i più bassi ricoveri per 1000 abitanti. Per quanto riguarda i più anziani, a superare la soglia dei 300 ricoveri per 1000 abitanti sono le zone di Pesaro ed Ascoli Piceno, mentre Senigallia e Macerata rappresentano quelle con la minore ospedalizzazione.

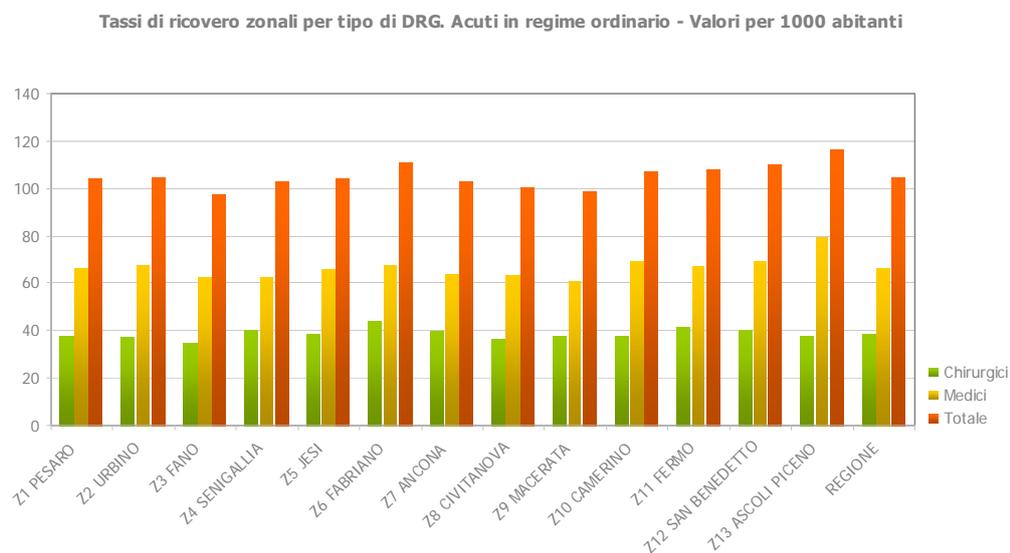
Analizzando i tassi di ricovero totali per sesso (eliminando i parti) si nota un maggior ricorso all'assistenza ospedaliera da parte degli uomini: in media, infatti, il numero di ricoveri è maggiore del 7,2% rispetto a quello delle donne, con valori che oscillano dal 3,36% della zona di Pesaro al 15,03% della zona di Urbino (figura 3).

Figura 3



Analizzando separatamente i DRG medici e chirurgici (figura 4) è possibile osservare che i primi risultano nettamente maggiori in tutte le zone. Le differenze fra le due tipologie sono più moderate per le zone di Fabriano e Senigallia (con tassi di ricovero dei DRG chirurgici inferiori del 35,1% e del 35,6 % rispetto a quelli medici), ed aumentano maggiormente per la zona di Ascoli Piceno (con scostamenti del 52,2%).

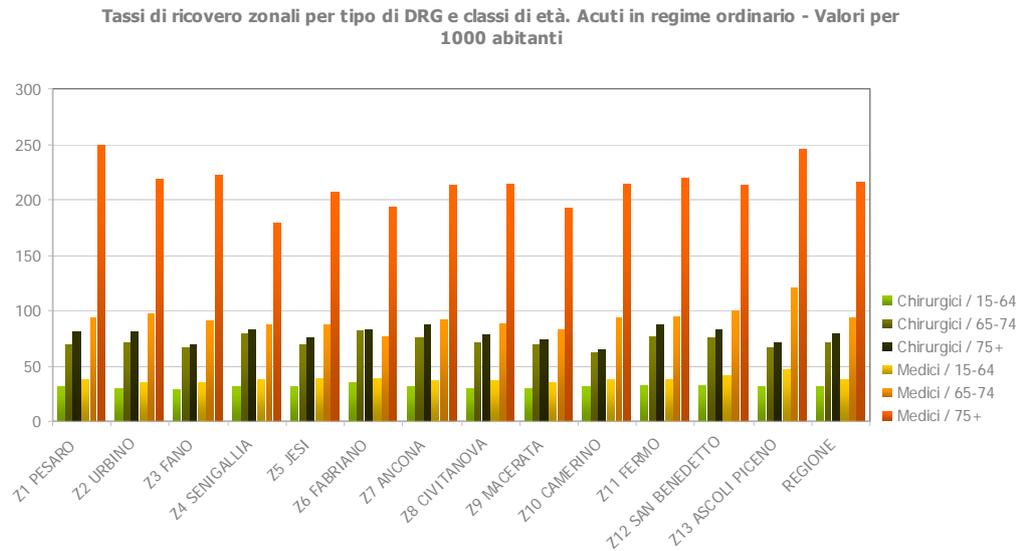
Figura 4



Le differenze precedentemente evidenziate trovano un'ulteriore conferma nell'analisi dei tassi distinti per tipologia di DRG e per fasce d'età (figura 5). Per quanto lo scostamento tra ricoveri medici e chirurgici aumenti in tutte le zone col crescere dell'età, nelle classi definite le zone di Fabriano e Senigallia sono quelle che evidenziano il miglior bilanciamento rispetto alla media tra DRG medici e chirurgici (Fabriano in tutte le fasce e Senigallia per i dimessi di età superiore a 65 anni).

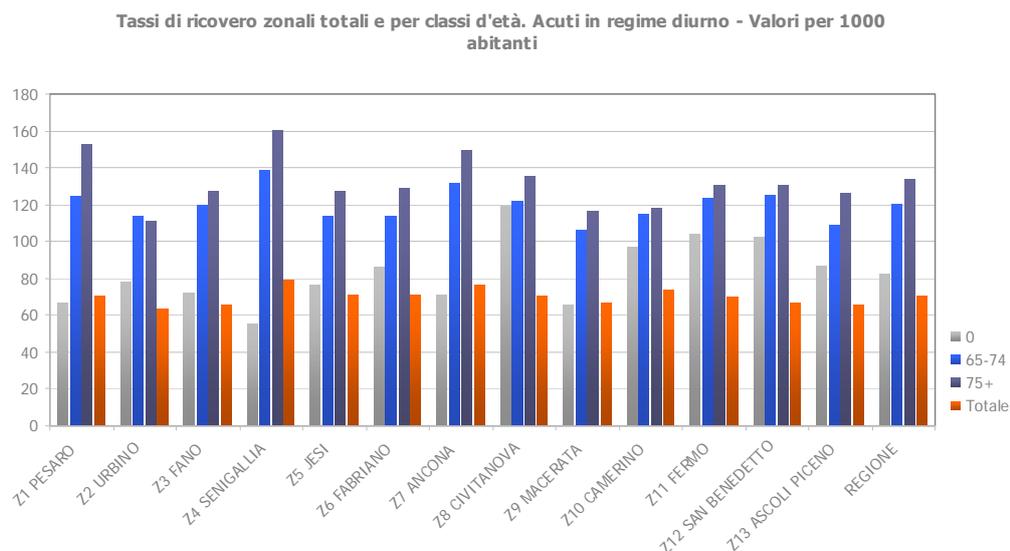
Specularmente Ascoli Piceno presenta in tutte le classi gli scostamenti maggiori rispetto alla media.

Figura 5



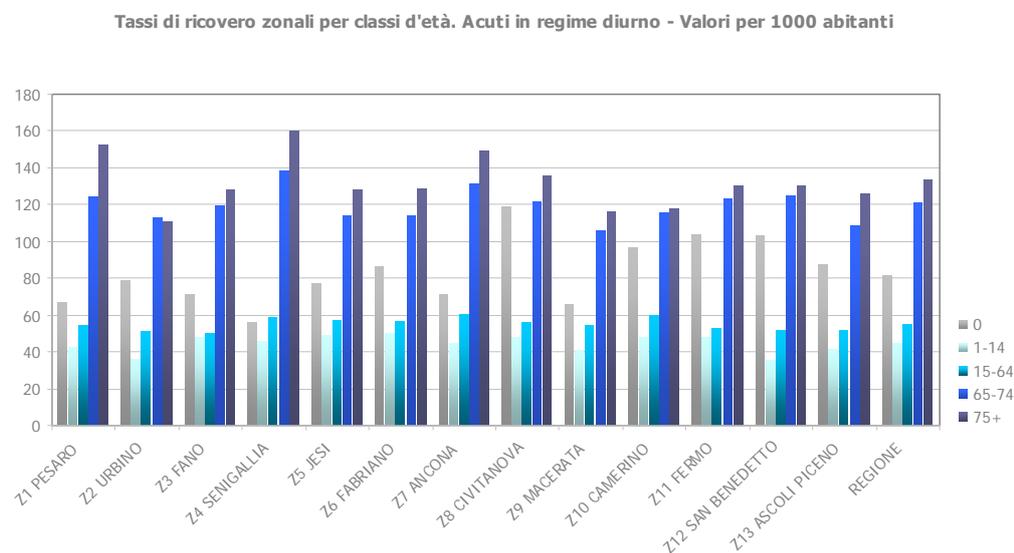
Passando ai ricoveri per acuti in regime diurno, il tasso di ricovero regionale è pari complessivamente a 70,2 ricoveri ogni 1000 abitanti (figura 6); in dettaglio (figura 7), alla nascita, si attesta a 81,9, diminuisce poi per la fascia d'età adolescenziale (44,4) per aumentare progressivamente al crescere dell'età (54,9 per la fascia 15-64 e 120,8 per quella 65-74), sino a raggiungere il massimo per gli ultra 75enni (133,6). Rispetto al regime ordinario la classe 65-74 presenta nel livello di ospedalizzazione un gap più ridotto rispetto a al livello della classe più anziana, passando da un inferiorità del 44% ad una del 10% rispetto al tasso di ricovero degli over 75. Le zone che si attestano sui tassi di ricovero totali più alti risultano essere Senigallia ed Ancona (79,2 e 76,6 ricoveri ogni 1000 abitanti), mentre i minor valori fanno riferimento ad Urbino (63) e Fano (65,9).

Figura 6



Il pur esiguo aumento di eterogeneità dei tassi di ospedalizzazione complessivi zonali, riflette tuttavia una discreta variabilità nei valori calcolati per fascia di età, in particolar modo in quella dei nati con meno di 1 anno di vita e successivamente in quelle dei più anziani.

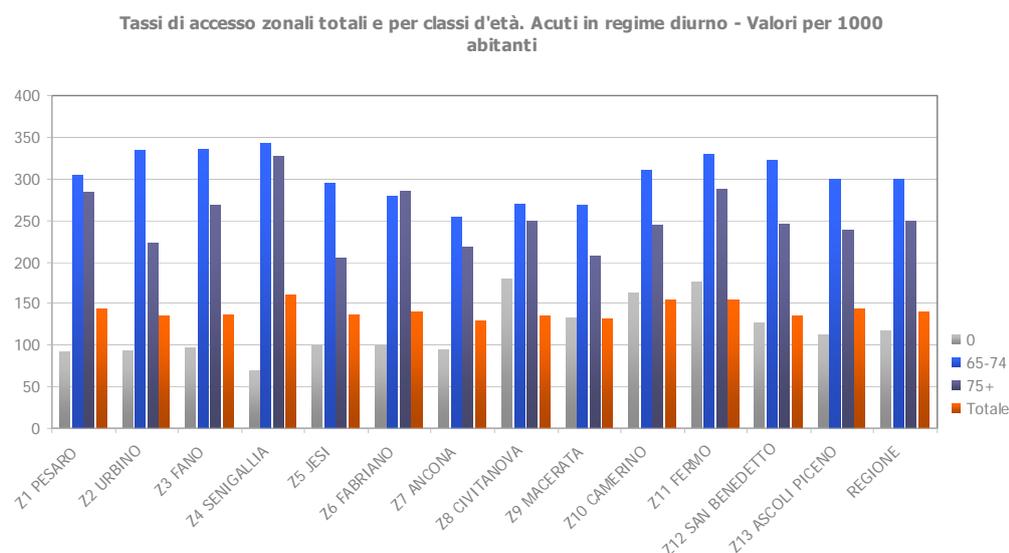
Figura 7



A titolo di esempio, alla nascita, il numero di ricoveri diurni ogni 1000 abitanti della zona di Civitanova risulta essere più del doppio di quello rilevato a Senigallia. Quest' ultima zona si attesta invece su tassi più alti nelle classi 65-74 e over 75 (138,6 e 160,4 ricoveri ogni 1000 abitanti), nelle quali, rispettivamente Macerata (106,4) e Urbino (111,2) si posizionano sui valori più bassi.

Nel caso del regime diurno il tasso di ricovero è fortemente condizionato dal numero di accessi effettuati per ogni ricovero. Ai fini della formulazione di considerazioni più robuste è stato dunque ricalcolato il tasso in termini di giornate di degenza (figura 8).

Figura 8

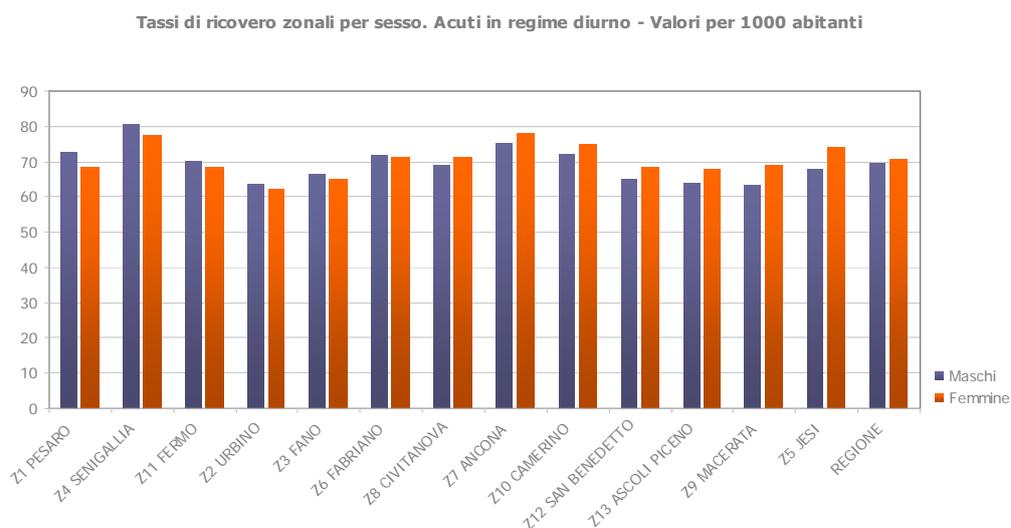


Il tasso di accessi in regime diurno, seppur con delle eccezioni, conferma tendenzialmente il precedente posizionamento delle zone territoriali, soprattutto per quelle con un maggior ricorso al day hospital.

Le zone di Senigallia e Camerino, coi più alti tassi di ricovero complessivi, risultano essere anche quelle incluse tra le zone a maggior tasso d'accesso (161,5 e 154,6 accessi ogni 1000 abitanti). D'altra parte Ancona s'attesta sui più bassi tassi d'accesso (129,6), pur essendo una delle zone col maggior ricorso complessivo al day hospital.

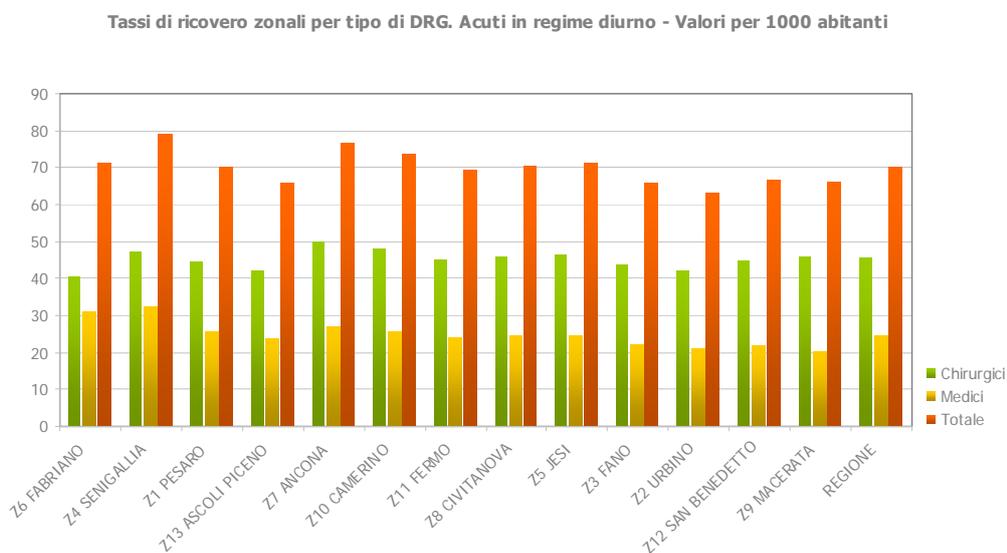
L'analisi del tasso di ricovero diurno per sesso (escludendo i parti) evidenzia a livello regionale una leggera prevalenza delle donne nel ricorso al day hospital (figura 9). Tale prevalenza risulta particolarmente accentuata per le zone di Jesi, Macerata, Ascoli Piceno e San Benedetto. Una maggior presenza del genere maschile si riscontra invece nelle zone di Pesaro, Senigallia, Fermo, Urbino, Fano e Fabriano.

Figura 9



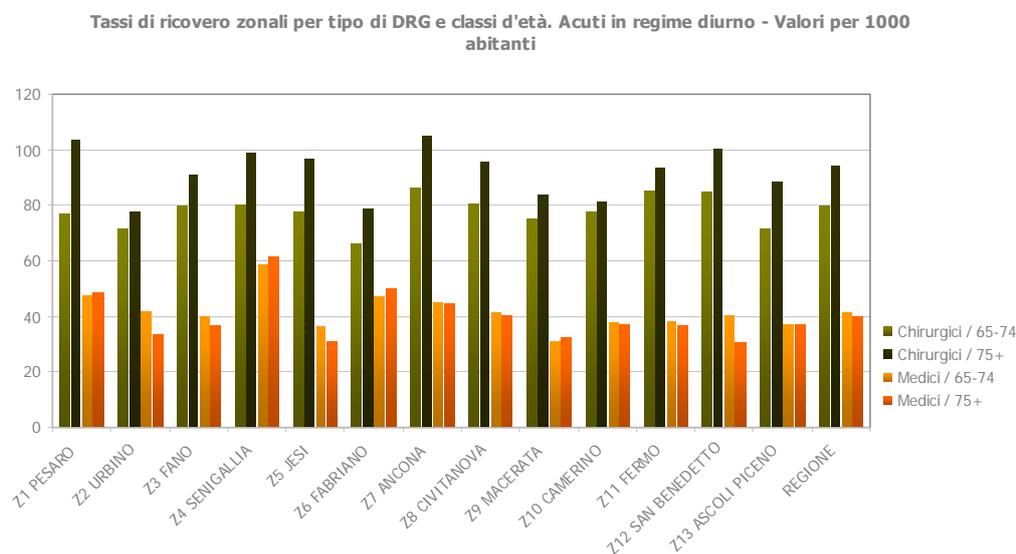
I tassi di ricovero per tipologia di DRG evidenziano in tutte le zone un numero di ricoveri diurni superiore per DRG chirurgici rispetto a quelli medici (figura 10). Le zone più virtuose, con un tasso di ricovero per DRG chirurgici più che doppio rispetto a quelli medici, sono Macerata e San. Benedetto; la prevalenza più bassa dei DRG chirurgici si riscontra invece nella zona di Fabriano (30%).

Figura 10



A livello regionale i tassi di ricovero in day hospital nella classe d'età 65-74 sono moderatamente più alti per i DRG medici, mentre per la fascia 75+ i valori più alti vengono registrati per i DRG chirurgici (figura 11).

Figura 11



### 3) ANALISI PRODUZIONE RICOVERI OSPEDALIERI

L'esame dell'attività ospedaliera verrà condotta evidenziando separatamente la produzione rivolta alla popolazione residente regionale da quella erogata ai residenti extraregionali (mobilità attiva), analizzando la complessità e l'appropriatezza della produzione stessa.

#### 3.1 PRODUZIONE PER RESIDENTI REGIONALI

##### 3.1.1 Complessità

La seguente tabella 5 descrive la produzione erogata per i residenti regionali, evidenziando per ogni Zona Territoriale e per categoria di complessità:

- Casi e Tasso di ospedalizzazione;
- Percentuale di copertura produttiva per gruppi di erogatori, come di seguito descritti:
  - Produzione endogena ZT (produzione per residenti effettuata dai presidi della Zona Territoriale di residenza);
  - Produzione endogena ASUR (produzione per residenti effettuata dai presidi ASUR delle altre Zone Territoriali, non di residenza);
  - Produzione AAOO (produzione per residenti effettuata dalle Aziende Ospedaliere regionali);
  - Produzione privato (produzione per residenti effettuata dalle Case di Cura accreditate regionali);
  - Produzione F.R. (produzione per residenti effettuata in strutture extraregionali).

Tabella 5

Zona di Residenza	Tipologia produzione	Tra 0 e 0,49 - Complessità Basso			Tra 0,5 ed 1 - Complessità Medio-Basso			Tra 1 ed 1,99 - Complessità Medio-Alta			Tra 2 ed 4,99 - Complessità Alta			> di 5 - Complessità Altissima			Totale		
		2007	2008	2009	2007	2008	2009	2007	2008	2009	2007	2008	2009	2007	2008	2009	2007	2008	2009
		Tot Casi	2696	2713	4776	15118	14948	13712	8030	7942	6816	1420	1517	1681	136	109	115	27400	27229
T.Osp / 1000 ab. Pesati	18,4	18,4	31,9	104,4	101,3	91,7	55,5	53,8	45,6	9,8	10,3	11,2	0,9	0,7	0,8	189,3	184,6	181,2	
% Prod. Endogena Z.T.	7,8%	6,2%	3,2%	10,1%	9,8%	9,6%	6,6%	6,4%	7,5%	1,4%	1,2%	1,3%	0,7%	0,0%	0,0%	8,4%	8,0%	7,4%	
% Prod. Endogena ASUR	9,2%	8,7%	12,4%	8,3%	7,6%	7,7%	7,0%	7,1%	3,8%	2,2%	3,4%	5,4%	0,7%	0,9%	4,3%	7,6%	7,3%	7,4%	
% Prod. Privato	0,3%	0,2%	0,3%	0,5%	0,7%	0,8%	0,2%	0,2%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	0,5%	0,5%	
% Prod. AA.OO.	64,4%	65,4%	66,6%	60,7%	60,0%	58,4%	62,6%	63,1%	67,4%	68,4%	65,9%	65,4%	64,0%	75,2%	64,3%	62,0%	61,8%	62,5%	
% Prod. F.R.	18,4%	19,5%	17,4%	20,4%	21,8%	23,5%	23,6%	23,3%	21,1%	27,9%	29,3%	27,8%	34,6%	23,9%	31,3%	21,6%	22,4%	22,2%	
Tot Casi	1408	1384	2497	6962	7316	6783	4648	4444	3914	955	942	1009	80	79	57	14053	14165	14260	
T.Osp / 1000 ab. Pesati	16,8	16,3	29,2	83,0	86,4	79,3	55,4	52,5	45,8	11,4	11,1	11,8	1,0	0,9	0,7	167,4	167,2	166,7	
% Prod. Endogena Z.T.	68,0%	61,3%	66,0%	60,6%	59,9%	57,0%	64,1%	63,6%	61,9%	50,8%	43,9%	45,2%	31,3%	26,6%	35,1%	61,7%	60,0%	59,0%	
% Prod. Endogena ASUR	7,2%	7,4%	9,8%	7,3%	7,4%	6,4%	4,0%	3,8%	3,9%	2,3%	2,9%	2,5%	0,0%	0,0%	3,8%	5,3%	5,8%	6,0%	
% Prod. Privato	0,3%	0,2%	0,3%	0,5%	0,9%	1,1%	0,1%	0,1%	0,2%	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,5%	0,6%	
% Prod. AA.OO.	10,8%	14,6%	10,3%	13,1%	13,6%	13,9%	12,6%	13,4%	15,9%	23,7%	29,3%	28,1%	48,8%	40,5%	35,1%	13,6%	14,8%	14,9%	
% Prod. F.R.	13,8%	16,5%	13,7%	18,4%	18,2%	21,6%	19,3%	19,0%	18,2%	23,2%	23,8%	24,1%	20,0%	29,1%	24,6%	18,6%	18,7%	19,5%	
Tot Casi	2405	2330	4291	12610	12852	11557	6839	6868	5772	1283	1278	1366	131	125	107	23268	23453	23093	
T.Osp / 1000 ab. Pesati	17,9	17,1	31,0	94,3	83,4	50,8	50,8	50,4	41,7	9,5	9,4	9,9	1,0	0,9	0,8	172,9	172,0	166,7	
% Prod. Endogena Z.T.	62,8%	61,6%	61,7%	61,6%	61,9%	58,9%	62,1%	64,4%	64,6%	42,1%	42,5%	41,1%	29,0%	23,2%	32,7%	60,6%	61,3%	59,7%	
% Prod. Endogena ASUR	15,5%	14,2%	18,2%	11,3%	11,4%	11,2%	10,2%	9,1%	6,2%	6,2%	4,5%	10,1%	10,2%	10,8%	1,6%	1,9%	11,0%	10,6%	
% Prod. Privato	0,2%	0,4%	0,9%	1,0%	1,6%	1,5%	0,1%	0,3%	0,2%	0,0%	0,2%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%	1,0%	1,0%	
% Prod. AA.OO.	14,0%	16,1%	10,9%	15,4%	14,6%	15,5%	14,5%	13,0%	17,2%	34,6%	34,0%	28,6%	46,6%	56,0%	51,4%	16,2%	15,6%	16,0%	
% Prod. F.R.	7,6%	7,7%	8,2%	10,7%	10,6%	12,7%	13,0%	13,1%	11,9%	17,1%	18,8%	20,0%	23,7%	19,2%	14,0%	11,5%	11,5%	12,1%	
Tot Casi	1528	1535	2702	8305	8213	7228	4091	3935	3439	836	800	1036	87	79	51	14847	14562	14456	
T.Osp / 1000 ab. Pesati	19,0	18,9	33,1	103,1	101,3	88,4	50,8	48,6	42,1	10,4	9,9	12,7	1,1	1,0	0,6	184,4	179,7	176,9	
% Prod. Endogena Z.T.	69,7%	68,3%	69,8%	67,0%	64,1%	59,5%	60,4%	58,7%	61,8%	44,5%	41,8%	41,4%	21,8%	20,3%	33,3%	63,9%	61,6%	60,6%	
% Prod. Endogena ASUR	7,7%	7,4%	10,8%	8,4%	9,2%	8,9%	8,3%	8,5%	5,8%	3,5%	5,8%	8,2%	4,6%	1,3%	5,9%	8,0%	8,6%	8,4%	
% Prod. Privato	1,6%	1,0%	3,0%	3,0%	3,5%	3,4%	3,3%	2,7%	2,0%	1,2%	1,4%	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%	2,8%	2,9%	2,8%	
% Prod. AA.OO.	16,7%	17,7%	13,1%	15,4%	16,5%	17,7%	16,5%	17,4%	22,2%	40,1%	39,3%	32,7%	63,2%	64,6%	43,1%	17,5%	18,4%	19,1%	
% Prod. F.R.	4,3%	5,5%	3,7%	6,1%	6,7%	10,3%	11,4%	12,7%	8,1%	10,8%	11,9%	17,1%	10,3%	13,9%	17,6%	7,7%	8,5%	9,1%	
Tot Casi	2197	2039	3790	11123	11092	9585	5154	5106	4438	1070	1052	1166	119	100	92	19663	19389	19071	
T.Osp / 1000 ab. Pesati	20,3	18,7	34,4	102,9	101,8	86,9	47,7	46,8	40,2	9,9	9,7	10,6	1,1	0,9	0,8	181,9	177,9	172,9	
% Prod. Endogena Z.T.	65,3%	60,2%	52,9%	55,8%	51,5%	53,9%	55,0%	55,2%	57,1%	34,3%	39,2%	41,3%	10,1%	12,0%	21,7%	55,2%	52,5%	53,5%	
% Prod. Endogena ASUR	8,8%	9,7%	16,4%	12,1%	12,9%	10,4%	7,5%	8,1%	5,6%	4,1%	6,0%	6,8%	1,7%	7,0%	8,7%	10,0%	10,9%	10,2%	
% Prod. Privato	2,6%	4,4%	13,6%	11,6%	13,8%	10,0%	9,0%	6,8%	6,7%	6,3%	2,7%	2,2%	0,0%	0,0%	0,0%	9,6%	10,3%	9,4%	
% Prod. AA.OO.	18,0%	20,8%	13,9%	16,1%	17,1%	19,1%	20,0%	21,9%	23,9%	44,2%	42,5%	37,3%	80,7%	72,0%	58,7%	19,2%	20,4%	20,5%	
% Prod. F.R.	5,4%	4,9%	3,2%	4,4%	4,6%	6,8%	8,5%	8,0%	6,7%	11,1%	9,7%	12,4%	7,6%	9,0%	10,9%	6,0%	5,8%	6,4%	
Tot Casi	990	1010	1771	4774	4760	4202	2607	2582	2250	469	464	584	70	65	56	8910	8881	8863	
T.Osp / 1000 ab. Pesati	20,3	20,5	35,7	97,8	96,6	84,8	53,4	52,4	45,4	9,6	9,4	11,8	1,4	1,3	1,1	182,5	180,3	178,9	
% Prod. Endogena Z.T.	70,9%	73,3%	76,3%	70,9%	70,5%	66,3%	68,6%	69,5%	70,5%	38,0%	40,9%	50,5%	30,0%	36,9%	33,9%	68,2%	68,7%	68,1%	
% Prod. Endogena ASUR	7,3%	7,5%	7,5%	8,8%	8,7%	9,2%	6,9%	6,7%	5,4%	4,7%	4,5%	0,0%	3,1%	3,6%	7,8%	7,7%	7,5%		
% Prod. Privato	0,3%	0,3%	1,2%	1,8%	2,0%	1,7%	1,1%	1,1%	1,3%	0,6%	0,9%	0,9%	0,0%	0,0%	1,4%	1,4%	1,4%		
% Prod. AA.OO.	11,6%	11,3%	8,5%	10,1%	10,2%	10,8%	11,6%	10,8%	13,5%	43,5%	38,1%	28,3%	60,0%	53,8%	30,4%	12,9%	12,3%	12,3%	
% Prod. F.R.	9,9%	7,6%	6,4%	8,3%	8,7%	12,0%	11,9%	11,9%	9,3%	13,2%	15,3%	15,9%	10,0%	6,2%	32,1%	9,8%	9,8%	10,6%	
Tot Casi	4428	4432	8166	24895	24866	22058	13158	13414	11982	2812	2784	3028	286	318	196	45579	45814	45430	
T.Osp / 1000 ab. Pesati	18,0	17,8	32,4	101,0	99,8	87,5	53,4	53,9	47,5	11,4	11,2	12,0	1,2	1,3	0,8	185,0	184,0	180,1	
% Prod. Endogena Z.T.	13,0%	14,0%	10,2%	12,7%	11,7%	13,3%	14,8%	14,9%	14,1%	5,6%	5,5%	6,1%	0,7%	0,6%	0,0%	12,8%	12,4%	12,4%	
% Prod. Endogena ASUR	12,3%	10,5%	15,0%	12,1%	12,9%	11,4%	8,0%	8,3%	6,0%	4,8%	5,2%	10,8%	4,2%	1,9%	5,1%	10,4%	10,8%	10,5%	
% Prod. Privato	6,3%	6,1%	20,9%	12,5%	13,0%	9,2%	4,9%	5,4%	4,2%	1,7%	1,6%	1,9%	0,0%	0,0%	0,0%	8,9%	9,3%	9,5%	
% Prod. AA.OO.	62,8%	63,7%	49,6%	57,1%	57,5%	59,1%	63,5%	62,9%	69,9%	79,4%	78,8%	68,7%	88,1%	91,5%	82,1%	61,1%	61,2%	61,0%	
% Prod. F.R.	5,6%	5,7%	4,3%	5,6%	4,9%	7,1%	8,3%	8,6%	5,7%	8,4%	9,0%	12,5%	7,0%	6,0%	12,8%	6,7%	6,2%	6,6%	
Tot Casi	2136	2143	3920	11235	11428	10580	5579	5693	4888	1200	1196	1244	117	110	86	20267	20570	20718	
T.Osp / 1000 ab. Pesati	18,8	18,6	33,6	98,7	99,1	90,6	49,0	49,4	41,9	10,5	10,4	10,7	1,0	1,0	0,7	178,1	178,4	177,5	
% Prod. Endogena Z.T.	51,5%	50,1%	36,9%	34,6%	35,5%	37,6%	40,5%	39,7%	43,1%	33,6%	33,9%	28,1%	18,8%	19,1%	22,1%	37,9%	38,0%	38,2%	
% Prod. Endogena ASUR	19,1%	21,8%	28,3%	27,5%	25,5%	22,0%	20,5%	19,7%	17,6%	16,5%	19,7%	21,9%	6,8%	6,4%	16,3%	23,9%	23,1%	22,1%	
% Prod. Privato	2,9%	4,2%	16,6%	17,9%	18,7%	18,9%	15,7%	17,8%	15,2%	3,8%	2,8%	11,3%	0,0%	0,0%	0,0%	14,8%	15,9%	17,0%	
% Prod. AA.OO.	20,4%	17,5%	14,2%	13,0%	13,1%	13,9%	13,8%	13,3%	16,1%	32,6%	30,1%	26,6%	64,1%	60,0%	48,8%	15,4%	14,9%	15,4%	
% Prod. F.R.	6,1%	6,5%	4,0%	7,1%	7,1%	7,6%	9,5%	9,4%	8,0%	13,4%	13,5%	12,1%	10,3%	14,5%	12,8%	8,1%	8,1%	7,3%	
Tot Casi	2090	2024	3864	12386	12476	11328	7254	7094	5888	1401	1381	1601	153	135	95	23284	23110	22776	
T.Osp / 1000 ab. Pesati	15,0	14,3	27,2	88,6	88,3	79,8	51,9	50,2	41,5	10,0	9,8	11,3	1,1	1,0	0,7	166,6	163,6	160,4	
% Prod. Endogena Z.T.	56,0%	58,0%	56,2%	57,5%	57,6%	55,9%	60,9%	61,3%	64,5%	47,6%	49,8%	46,8%	16,3%	15,6%	20,0%	57,6%	58,1%	57,4%	
% Prod. Endogena ASUR	23,1%	20,0%	24,9%	17,0%	17,2%	17,0%	12,4%	12,1%	8,8%	8,1%	6,7%	15,3%	2,0%	2,2%	5,3%	15,5%	15,2%	16,1%	
% Prod. Privato	2,0%	2,5%	6,4%	8,8%	9,3%	8,8%	7,6%	7,5%	5,6%	1,5%	1,4%	2,4%	0,0%	0,0%	0,0%	7,3%	7,6%	7,1%	
% Prod. AA.OO.	11,1%	11,3%	7,0%	7,8%	7,4%	7,8%	8,3%	8,0%	9,6%	26,7%	25,1%	18,5%	62,1%	60,0%	52,6%	9,7%	9,3%	9,1%	
% Prod. F.R.	7,8%	8,3%																	

Dall'analisi di tali dati a livello complessivo è possibile rilevare i seguenti fenomeni.

Quasi il 68% della produzione per residenti è rappresentata dalle classi di complessità bassa e medio-bassa, in crescita nell'arco del triennio 2007-2009. Nello stesso arco temporale la percentuale di copertura produttiva per gruppi di erogatori è rimasta sostanzialmente invariata, attestandosi nel 2009 a:

- Produzione endogena ZT: 42.2%
- Produzione endogena ASUR: 12.5%
- Produzione AAOO: 26.5%
- Produzione privato: 7.7%
- Produzione F.R.: 11.1%.

Osservando il fenomeno attraverso la dimensione temporale (triennio 2007-09) e della complessità, è possibile rilevare che:

- Nella classe di complessità bassa l'eshaustività di copertura ASUR sulla produzione è cresciuta, come quella del privato, mentre è diminuita quella delle Aziende Ospedaliere ed extraregionale;
- Nella classe di complessità medio-bassa l'eshaustività di copertura ASUR sulla produzione è diminuita, mentre è cresciuta lievemente quella delle Aziende Ospedaliere e quella extraregionale;
- Nella classe di complessità medio-alta l'eshaustività di copertura ASUR è lievemente diminuita, come quella del privato ed extraregionale, mentre è aumentata quella delle Aziende Ospedaliere.
- Nelle classi di complessità alta ed altissima l'eshaustività di copertura ASUR sulla produzione è cresciuta, mentre è diminuita quella delle Aziende Ospedaliere, con lieve incremento della copertura extraregionale.

I suddetti trend sono anche prevalentemente riprodotti su tutte le Zone Territoriali.

Esplorando la dimensione della complessità della casistica attraverso il peso medio DRG della produzione per presidio (vedi tab. 6), si osserva che:

Tabella 6

	Peso Medio DRG Chirurgici			Peso Medio DRG Medici			Peso Medio Tot DRG		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009	2007	2008	2009
<b>ASUR - Presidio ≥ 100 P.L.</b>	1,12	1,10	1,07	0,84	0,85	0,82	0,98	0,98	0,93
<b>ASUR - Struttura &lt; 100 P.L.</b>	1,07	1,03	0,96	0,90	0,90	0,89	0,98	0,96	0,92
<b>O.Riuniti</b>	1,69	1,67	1,62	0,87	0,88	0,84	1,26	1,26	1,20
<b>S.Salvatore</b>	1,21	1,20	1,24	0,90	0,90	0,86	1,05	1,04	1,03
<b>INRCA</b>	1,44	1,48	1,38	0,98	0,98	1,00	1,10	1,12	1,10
<b>Privato</b>	0,91	0,88	0,85	0,78	0,78	0,79	0,86	0,85	0,83
<b>F.R.</b>	1,41	1,40	1,36	0,83	0,83	0,78	1,18	1,19	1,14
<b>Totale complessivo</b>	1,23	1,22	1,18	0,86	0,86	0,84	1,05	1,05	1,00

- Il peso medio totale DRG è in costante decremento, rilevabile sia per quello chirurgico che medico e su tutti i presidi ospedalieri;
- Il peso medio totale dei presidi ASUR suddivisi in maggiori o minori di 100 posti letto, è sostanzialmente sovrapponibile, seppure nella chiara differenza tra la maggiore complessità della casistica chirurgica a carico dei presidi > 100 p.l. e la maggiore complessità della casistica medica dei presidi con < 100 p.l.;
- Il peso medio dei DRG chirurgici prodotti fuori regione è significativamente elevato;

- Il peso medio DRG del Privato accreditato, sia del versante medico che chirurgico, è significativamente basso.

### **3.1.2 Appropriatelyzza**

Al fine di analizzare la produzione secondo la dimensione dell'appropriatelyzza, la tabella n. 7 riepiloga i dati focalizzando l'attenzione sui DRG LEA e Sentinella.

Relativamente ai DRG LEA si assiste ad un positivo decremento produttivo abbastanza generalizzato nell'arco del triennio 2007-2009, più significativo per i presidi ASUR (il 6% circa per i presidi > 100 p.l. e quasi il 3% per i presidi < 100 p.l.), lieve per l'Azienda Ospedali Riuniti di Ancona, per l'AO San Salvatore e per il privato accreditato, mentre è praticamente immutata per l'INRCA e per la produzione erogata in strutture extraregionali.

Analizzando per l'anno 2009 il ricorso al ricovero diurno è possibile osservare una forbice abbastanza significativa che va da un minimo del 65.5% per la produzione erogata in strutture extraregionali ad un massimo del 86.7% del privato accreditato, mostrando quindi ulteriori margini di recupero sull'appropriatelyzza, che sono particolarmente evidenti sui DRG LEA medici in quanto, in questo caso, la forbice si allarga dal 14.9% del privato accreditato al 47.6% dell'INRCA.

Nel caso dei DRG LEA chirurgici la forbice è invece molto stretta in quanto, ad eccezione del dato della produzione erogata in strutture extraregionali pari al 70.2%, in tutti gli altri gruppi di produttori ci si assesta ad un livello medio di oltre il 90%, dato decisamente positivo.

Anche nell'ambito dei DRG Sentinella, nel 2009 assistiamo ad un generale decremento produttivo, stimabile in circa il 3%, più o meno diffuso su tutti i gruppi di produttori. Come nella produzione DRG LEA, la presenza di una forbice nel ricorso al ricovero diurno mostra margini possibili di miglioramento. Si passa infatti dal minimo del 9.4% del privato accreditato al massimo del 45.2% della produzione erogata in strutture extraregionali.

*Tabella 7*

			Presidio ≥ 100 P.L.	Struttura < 100 P.L.	Privato	O.Riuniti	S.Salvatore	INRCA	F.R.	Totale complessivo
DRG LEA	Casi prodotti per residenti	2007	28.737	7.542	9.646	6.776	3.817	906	7.111	64.535
		2008	28.571	7.718	10.710	6.981	3.685	815	6.771	65.251
		2009	26.878	7.499	10.679	6.905	3.611	846	6.809	63.227
	% Su totale produzione per residenti	2007	22,6%	28,9%	48,3%	14,6%	18,9%	14,6%	22,9%	23,3%
		2008	22,3%	30,1%	50,4%	15,1%	18,3%	13,5%	22,1%	23,4%
		2009	21,6%	29,7%	50,4%	14,9%	17,8%	13,8%	22,4%	23,0%
	% Diurni su totale produzione LEA per residenti	2007	73,6%	77,4%	87,8%	73,1%	73,4%	70,3%	64,6%	75,1%
		2008	73,8%	77,2%	88,2%	74,7%	73,8%	72,9%	66,8%	75,9%
		2009	73,6%	77,5%	86,7%	72,8%	71,1%	72,0%	65,5%	75,2%
DRG LEA Medici	Casi prodotti per residenti	2007	7.548	1.699	891	2.807	1.415	470	2.203	17.033
		2008	7.388	1.910	849	2.862	1.383	358	2.033	16.783
		2009	7.179	1.923	907	2.809	1.407	378	2.123	16.726
	% Su totale produzione LEA per residenti	2007	26,3%	22,5%	9,2%	41,4%	37,1%	51,9%	31,0%	26,4%
		2008	25,9%	24,7%	7,9%	41,0%	37,5%	43,9%	30,0%	25,7%
		2009	26,7%	25,6%	8,5%	40,7%	39,0%	44,7%	31,2%	26,5%
	% Diurni su totale produzione LEA Medici per residenti	2007	30,3%	23,2%	13,7%	53,9%	47,0%	53,4%	49,1%	37,1%
		2008	28,4%	27,7%	17,2%	57,2%	45,8%	52,2%	53,4%	37,6%
		2009	30,1%	31,9%	14,9%	55,2%	43,2%	47,6%	54,9%	38,4%
DRG LEA Chirurgici	Casi prodotti per residenti	2007	21.189	5.843	8.755	3.969	2.402	436	4.908	47.502
		2008	21.183	5.808	9.861	4.119	2.302	457	4.738	48.468
		2009	19.699	5.576	9.772	4.096	2.204	468	4.686	46.501
	% Su totale produzione LEA per residenti	2007	73,7%	77,5%	90,8%	58,6%	62,9%	48,1%	69,0%	73,6%
		2008	74,1%	75,3%	92,1%	59,0%	62,5%	56,1%	70,0%	74,3%
		2009	73,3%	74,4%	91,5%	59,3%	61,0%	55,3%	68,8%	73,5%
	% Diurni su totale produzione LEA Chirurgici per residenti	2007	89,0%	93,2%	95,3%	86,6%	89,0%	88,5%	71,6%	88,7%
		2008	89,6%	93,5%	94,3%	86,9%	90,7%	89,1%	72,5%	89,2%
		2009	89,5%	93,2%	93,3%	84,9%	88,9%	91,7%	70,2%	88,4%
DRG Sentinella	Casi prodotti per residenti	2007	11.990	3.496	1.784	4.772	1.827	1.027	2.329	27.225
		2008	11.748	3.330	1.749	4.707	1.823	971	2.153	26.481
		2009	11.597	2.973	1.717	4.514	1.873	920	1.982	25.576
	% Su totale produzione per residenti	2007	9,4%	13,4%	8,9%	10,3%	9,0%	16,6%	7,5%	9,8%
		2008	9,2%	13,0%	8,2%	10,2%	9,0%	16,0%	7,0%	9,5%
		2009	9,3%	11,8%	8,1%	9,7%	9,2%	15,0%	6,5%	9,3%
	% Diurni su totale produzione sentinella per residenti	2007	19,3%	9,8%	8,4%	32,7%	28,8%	14,3%	40,4%	22,0%
		2008	19,4%	9,1%	9,9%	35,8%	27,4%	16,3%	43,1%	22,8%
		2009	20,4%	10,8%	9,4%	38,9%	28,1%	23,6%	45,2%	24,4%

### 3.2 PRODUZIONE PER RESIDENTI EXTRAREGIONALI

#### 3.2.1 Complessità

La tabella 8 riassume la produzione erogata dalle strutture ospedaliere regionali per residenti di altre regioni ripartita per categoria di complessità, evidenziando per ogni produttore regionale il numero di casi trattati e la percentuale di copertura sulla relativa casistica complessiva.

Dall'esame di tale tabella è possibile osservare i seguenti fenomeni:

- Nel triennio 2007-2009 i casi di mobilità complessivi sono aumentati di 2541 unità (9.4% circa). Tale aumento è stato prevalentemente determinato dall'incremento di 1902 casi effettuati dal privato accreditato nel 2008. l'ASUR nel suo complesso ha registrato nello stesso periodo un lieve incremento.
- La mobilità 2009 nel suo complesso è ripartita per classi di complessità sul totale secondo la seguente distribuzione: 1) complessità bassa: 19.6%; 2) complessità medio-bassa: 53.5%; 3) complessità medio-alta: 20.2%; 4) complessità alta: 6.2%; 5) complessità altissima: 0.5%. La stessa distribuzione relativa all'ASUR risulta: 1) complessità bassa: 27.9%; 2) complessità medio-bassa: 49.3%; complessità medio-alta: 19%; complessità alta: 3.5%; complessità altissima: 0.3%.
- L'incidenza sulla produzione extraregionale complessiva 2009 per erogatore (ripartendo l'ASUR in Aree Vaste) è la seguente: AV 1: 7.3%; AV 2: 7.0%; AV 3: 7.7%; AV 4-5: 15.3%; Azienda Ospedali Riuniti: 23.6%; S. Salvatore: 5.4%; INRCA: 0.9%; Privato accreditato: 32.8%.

Tabella 8

Erogatori	> di 5 - Complessità Altissima		Tra 2 ed 4,99 - Complessità Alta		Tra 1 ed 1,99 - Complessità Medio-Alta		Tra 0,5 ed 1 - Complessità Medio-Bassa		Tra 0 e 0,49 - Complessità Bassa		Totale complessivo		
	C	%	C	%	C	%	C	%	C	%	C	%	
ZT 1	2007		0,0%	8	0,6%	52	0,8%	381	2,3%	34	1,4%	475	1,8%
	2008		0,0%	6	0,4%	58	0,7%	331	1,9%	38	1,5%	433	1,5%
	2009		0,0%	1	0,1%	73	1,2%	270	1,7%	32	0,6%	376	1,3%
ZT 2	2007	1	0,6%	27	2,1%	347	5,1%	639	3,9%	90	3,6%	1104	4,1%
	2008	3	1,6%	26	1,9%	375	4,8%	675	3,9%	55	2,1%	1134	3,9%
	2009	0	0,0%	46	2,5%	240	4,0%	509	3,2%	297	5,1%	1092	3,7%
ZT 3	2007	2	1,1%	22	1,7%	148	2,2%	386	2,4%	85	3,4%	643	2,4%
	2008	2	1,1%	10	0,7%	141	1,8%	445	2,5%	83	3,2%	681	2,3%
	2009	3	2,2%	10	0,5%	115	1,9%	454	2,9%	112	1,9%	694	2,3%
ZT 4	2007	2	1,1%	17	1,3%	159	2,3%	303	1,9%	82	3,3%	563	2,1%
	2008	1	0,5%	14	1,0%	133	1,7%	302	1,7%	70	2,7%	520	1,8%
	2009	2	1,4%	35	1,9%	103	1,7%	283	1,8%	94	1,6%	517	1,7%
ZT 5	2007	0	0,0%	16	1,2%	171	2,5%	419	2,6%	64	2,5%	670	2,5%
	2008	1	0,5%	11	0,8%	173	2,2%	350	2,0%	70	2,7%	605	2,1%
	2009	1	0,7%	31	1,7%	152	2,5%	358	2,3%	66	1,1%	608	2,1%
ZT 6	2007	2	1,1%	13	1,0%	162	2,4%	364	2,2%	60	2,4%	601	2,2%
	2008	1	0,5%	14	1,0%	182	2,3%	398	2,3%	81	3,1%	676	2,3%
	2009	2	1,4%	34	1,9%	138	2,3%	340	2,1%	230	4,0%	744	2,5%
ZT 7	2007		0,0%	14	1,1%	80	1,2%	115	0,7%	19	0,8%	228	0,8%
	2008		0,0%	9	0,7%	79	1,0%	103	0,6%	31	1,2%	222	0,8%
	2009		0,0%	12	0,7%	64	1,1%	93	0,6%	35	0,6%	204	0,7%
ZT 8	2007	1	0,6%	38	3,0%	156	2,3%	285	1,8%	82	3,3%	562	2,1%
	2008	1	0,5%	39	2,8%	144	1,9%	303	1,7%	99	3,8%	586	2,0%
	2009	1	0,7%	21	1,1%	123	2,1%	325	2,0%	119	2,1%	589	2,0%
ZT 9	2007	4	2,2%	23	1,8%	284	4,2%	524	3,2%	36	1,4%	871	3,2%
	2008	1	0,5%	33	2,4%	325	4,2%	561	3,2%	62	2,4%	982	3,3%
	2009	0	0,0%	31	1,7%	154	2,6%	516	3,3%	233	4,0%	934	3,2%
ZT 10	2007	0	0,0%	13	1,0%	200	2,9%	573	3,5%	49	1,9%	835	3,1%
	2008	1	0,5%	8	0,6%	183	2,4%	606	3,5%	38	1,5%	836	2,8%
	2009	1	0,7%	15	0,8%	121	2,0%	337	2,1%	281	4,8%	755	2,5%
ZT 11	2007	0	0,0%	20	1,6%	156	2,3%	263	1,6%	116	4,6%	555	2,0%
	2008	2	1,1%	14	1,0%	153	2,0%	275	1,6%	112	4,3%	556	1,9%
	2009	1	0,7%	24	1,3%	142	2,4%	257	1,6%	151	2,6%	575	1,9%
ZT 12	2007	4	2,2%	45	3,5%	317	4,6%	892	5,5%	379	15,1%	1637	6,0%
	2008	7	3,7%	40	2,9%	358	4,6%	918	5,3%	373	14,5%	1696	5,8%
	2009	2	1,4%	55	3,0%	299	5,0%	757	4,8%	661	11,4%	1774	6,0%
ZT 13	2007	9	5,0%	85	6,6%	313	4,6%	1358	8,3%	210	8,3%	1975	7,3%
	2008	12	6,4%	90	6,5%	375	4,8%	1542	8,8%	225	8,7%	2244	7,6%
	2009	17	12,3%	81	4,4%	378	6,3%	961	6,1%	770	13,3%	2207	7,4%
Sub totale ASUR	2007	25	13,9%	341	26,5%	2545	37,3%	6502	40,0%	1306	51,9%	10719	39,6%
	2008	32	17,1%	314	22,7%	2679	34,5%	6809	39,0%	1337	51,8%	11171	38,0%
	2009	30	21,7%	396	21,6%	2102	35,1%	5460	34,4%	3081	53,1%	11069	37,4%
Privato	2007	0	0,0%	139	10,8%	2165	31,7%	4911	30,2%	434	17,2%	7649	28,2%
	2008	1	0,5%	297	21,5%	2889	37,2%	5871	33,6%	493	19,1%	9551	32,5%
	2009	0	0,0%	473	25,8%	1674	27,9%	6067	38,2%	1506	25,9%	9720	32,8%
O.Riuniti	2007	128	71,1%	651	50,5%	1602	23,5%	3852	23,7%	550	21,9%	6783	25,0%
	2008	136	72,7%	610	44,1%	1578	20,3%	3825	21,9%	530	20,6%	6679	22,7%
	2009	92	66,7%	749	40,9%	1712	28,6%	3516	22,2%	909	15,7%	6978	23,6%
S.Salvat ore	2007	26	14,4%	118	9,2%	436	6,4%	803	4,9%	222	8,8%	1605	5,9%
	2008	18	9,6%	95	6,9%	543	7,0%	801	4,6%	216	8,4%	1673	5,7%
	2009	16	11,6%	153	8,4%	417	7,0%	708	4,5%	301	5,2%	1595	5,4%
INRCA	2007	1	0,6%	39	3,0%	79	1,2%	205	1,3%	5	0,2%	329	1,2%
	2008	0	0,0%	67	4,8%	77	1,0%	146	0,8%	3	0,1%	293	1,0%
	2009	0	0,0%	60	3,3%	85	1,4%	112	0,7%	7	0,1%	264	0,9%
Totale	2007	180		1.288		6.827		16.273		2.517		27.085	
	2008	187		1.383		7.766		17.452		2.579		29.367	
	2009	138		1.831		5.990		15.863		5.804		29.626	

Analizzando la dimensione della complessità della casistica 2009 attraverso il peso medio DRG della produzione per presidio (vedi tab. 9) e correlandola alla stessa analisi eseguita per la produzione per residenti (precedente tab. 7) si osserva:

- Che il peso medio totale della mobilità attiva (0.99) è significativamente più basso di quella mobilità passiva (1.14);
- Che il peso medio DRG in mobilità attiva dei presidi ASUR, sia medico che chirurgico, è inferiore a quello della produzione per residenti, mentre è superiore per le Aziende Ospedaliere e per il Privato accreditato.

Tabella 9

	Peso Medio DRG Chirurgici			Peso Medio DRG Medici			Peso Medio Tot DRG		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009	2007	2008	2009
<b>ASUR - Presidio <math>\geq</math> 100 P.L.</b>	1,03	0,99	0,98	0,79	0,80	0,78	0,92	0,91	0,87
<b>ASUR - Struttura &lt; 100 P.L.</b>	1,00	1,00	0,88	0,87	0,83	0,88	0,95	0,94	0,88
<b>O.Riuniti</b>	1,43	1,42	1,61	0,87	0,87	0,84	1,17	1,17	1,24
<b>S.Salvatore</b>	1,41	1,32	1,41	0,97	0,93	0,98	1,17	1,14	1,19
<b>INRCA</b>	1,47	1,61	1,66	0,88	0,90	0,93	1,17	1,34	1,37
<b>Privato</b>	0,97	1,01	0,96	0,69	0,68	0,71	0,89	0,94	0,92
<b>Totale complessivo</b>	1,12	1,10	1,11	0,82	0,81	0,81	0,99	1,00	0,99

### 3.2.2 Appropriatelyzza

La seguente tabella 10 schematizza i dati di produzione per DRG LEA e Sentinella, che mostra una produzione complessiva LEA in aumento nel triennio 2007-2009, diversamente dalla produzione per residenti regionali, e una lieve diminuzione della produzione Sentinella. Focalizzando l'attenzione sui soli presidi ASUR si assiste ad un sostanziale mantenimento di volumi di entrambe le tipologie, sia nei presidi > 100 p.l. che in quelli < 100 p.l.

Analizzando il ricorso al ricovero diurno, il confronto con la precedente tabella 8, mostra delle differenze di performance, di seguito rappresentate:

- nei LEA medici è superiore per la produzione rivolta ai residenti extraregionali;
- nei LEA chirurgici è superiore per la produzione rivolta ai residenti marchigiani;
- nei sentinella è superiore per la produzione rivolta ai residenti extraregionali.

Tabella 10

			Presidio ≥ 100 P.L.	Struttura < 100 P.L.	Privato	O.Riuniti	S.Salvatore	INRCA	Totale complessivo
DRG LEA	Casi prodotti	2007	2.259	624	3.579	1.799	231	45	8.537
		2008	2.350	704	4.459	1.789	267	32	9.601
		2009	2.361	683	4.526	1.906	279	39	9.794
	% Su totale produzione mobilità attiva	2007	25,5%	33,6%	46,8%	26,5%	14,4%	13,7%	31,5%
		2008	25,4%	37,0%	46,7%	26,8%	16,0%	10,9%	32,7%
		2009	25,4%	38,8%	46,6%	27,3%	17,5%	14,8%	33,1%
	% Diurni su totale produzione LEA in mobilità attiva	2007	72,1%	79,6%	74,2%	82,6%	67,5%	51,1%	75,5%
		2008	71,8%	84,8%	76,4%	81,2%	63,3%	43,8%	76,3%
		2009	71,7%	85,8%	81,8%	76,8%	60,2%	64,1%	78,0%
DRG LEA Medici	Casi prodotti	2007	581	89	336	318	109	33	1.466
		2008	569	99	317	360	93	13	1.451
		2009	638	70	301	411	117	19	1.556
	% Su totale produzione LEA mobilità attiva	2007	25,7%	14,3%	9,4%	17,7%	47,2%	73,3%	17,2%
		2008	24,2%	14,1%	7,1%	20,1%	34,8%	40,6%	15,1%
		2009	27,0%	10,2%	6,7%	21,6%	41,9%	48,7%	15,9%
	% Diurni su totale produzione LEA medici in mobilità attiva	2007	35,1%	19,1%	7,7%	48,1%	45,0%	42,4%	31,6%
		2008	32,5%	28,3%	15,5%	46,7%	52,7%	30,8%	33,3%
		2009	35,7%	34,3%	14,0%	42,8%	48,7%	52,6%	34,5%
DRG LEA Chirurgici	Casi prodotti	2007	1.678	535	3.243	1.481	122	12	7.071
		2008	1.781	605	4.142	1.429	174	19	8.150
		2009	1.723	613	4.225	1.495	162	20	8.238
	% Su totale produzione LEA mobilità attiva	2007	74,3%	85,7%	90,6%	82,3%	52,8%	26,7%	82,8%
		2008	75,8%	85,9%	92,9%	79,9%	65,2%	59,4%	84,9%
		2009	73,0%	89,8%	93,3%	78,4%	58,1%	51,3%	84,1%
	% Diurni su totale produzione LEA chirurgici in mobilità attiva	2007	84,9%	89,7%	81,1%	90,0%	87,7%	75,0%	84,6%
		2008	84,4%	94,0%	81,1%	89,9%	69,0%	52,6%	84,0%
		2009	85,1%	91,7%	86,6%	86,2%	68,5%	75,0%	86,2%
DRG Sentinella	Casi prodotti per residenti	2007	777	152	675	738	138	52	2.532
		2008	753	162	647	802	122	22	2.508
		2009	746	130	522	795	117	20	2.330
	% Su totale produzione in mobilità attiva	2007	8,8%	8,2%	8,8%	10,9%	8,6%	15,8%	9,3%
		2008	8,1%	8,5%	6,8%	12,0%	7,3%	7,5%	8,5%
		2009	8,0%	7,4%	5,4%	11,4%	7,3%	7,6%	7,9%
	% Diurni su totale produzione sentinella in mobilità attiva	2007	22,4%	11,8%	7,0%	33,5%	31,9%	7,7%	21,1%
		2008	24,4%	13,6%	10,0%	34,8%	29,5%	9,1%	23,4%
		2009	26,9%	19,2%	10,9%	32,5%	24,8%	10,0%	24,5%

#### 4 ANALISI MOBILITA' PASSIVA

La tabella 11 descrive la distribuzione della mobilità passiva, per casi e valore, ripartita per Zona Territoriale e per gruppi di complessità della casistica.

Tabella 11

Zona di Residenza		Tra 0 e 0,49 - Complessità Bassa	Tra 0,5 ed 1 - Complessità Medio-Bassa	Tra 1 ed 1,99 Complessità Medio-Alta	Tra 2 ed 4,99 Complessità Alta	> di 5 - Complessità Altissima	Totale	
ZT 1	2007	Casi	496	3.084	1.896	396	47	5.919
		Valori	443.779	5.536.712	6.492.684	3.223.299	1.473.843	17.170.318
	2008	Casi	529	3.265	1.847	445	26	6.112
		Valori	495.704	6.016.831	6.516.085	3.736.648	786.384	17.551.653
	2009	Casi	833	3.227	1.439	468	36	6.003
		Valori	873.912	5.975.066	5.318.243	4.288.804	1.290.241	17.746.266
ZT 2	2007	Casi	194	1.283	895	222	16	2.610
		Valori	213.586	2.320.624	3.164.662	1.879.557	478.532	8.056.961
	2008	Casi	228	1.334	846	224	23	2.655
		Valori	237.217	2.502.750	3.022.922	1.952.255	581.812	8.296.957
	2009	Casi	343	1.468	712	243	14	2.780
		Valori	386.509	2.900.820	2.862.231	2.200.428	781.255	9.131.243
ZT 3	2007	Casi	182	1.350	891	220	31	2.674
		Valori	183.281	2.286.604	3.357.682	1.796.571	847.079	8.471.217
	2008	Casi	179	1.356	903	240	24	2.702
		Valori	169.566	2.358.152	3.495.192	2.119.135	801.325	8.943.370
	2009	Casi	354	1.473	684	273	15	2.799
		Valori	370.858	2.607.727	2.585.351	2.568.766	568.379	8.701.080
ZT 4	2007	Casi	66	510	468	90	9	1.143
		Valori	62.194	847.525	1.953.610	713.352	387.895	3.964.575
	2008	Casi	85	548	501	95	11	1.240
		Valori	76.499	940.299	2.146.736	822.763	271.323	4.257.619
	2009	Casi	99	748	277	177	9	1.310
		Valori	90.734	1.282.729	1.119.673	1.644.924	271.394	4.409.454
ZT 5	2007	Casi	118	491	440	119	9	1.177
		Valori	97.214	868.001	1.790.412	1.012.402	378.994	4.147.022
	2008	Casi	100	512	409	102	9	1.132
		Valori	87.026	919.994	1.834.585	751.532	213.997	3.807.134
	2009	Casi	121	649	296	145	10	1.221
		Valori	110.628	1.113.427	1.199.558	1.436.953	341.643	4.202.209
ZT 6	2007	Casi	98	395	310	62	7	872
		Valori	81.505	662.718	1.107.440	494.160	258.952	2.604.776
	2008	Casi	77	413	306	71	4	871
		Valori	71.796	728.423	1.137.167	758.351	167.218	2.862.955
	2009	Casi	114	504	210	93	18	939
		Valori	110.467	791.897	823.383	821.703	595.334	3.142.784
ZT 7	2007	Casi	249	1.402	1.151	237	20	3.059
		Valori	232.563	2.403.209	4.714.300	2.141.783	796.398	10.288.253
	2008	Casi	251	1.211	1.150	250	19	2.881
		Valori	218.709	2.058.240	5.147.033	2.003.530	759.884	10.187.397
	2009	Casi	355	1.565	681	379	25	3.005
		Valori	364.001	2.708.384	2.548.720	3.621.247	859.865	10.102.217
ZT 8	2007	Casi	131	799	531	161	12	1.634
		Valori	135.695	1.380.179	2.046.561	1.309.395	478.761	5.350.591
	2008	Casi	139	814	537	161	16	1.667
		Valori	120.301	1.364.773	2.026.601	1.516.157	585.235	5.613.068
	2009	Casi	156	808	393	150	11	1.518
		Valori	132.285	1.410.315	1.541.155	1.507.276	495.101	5.086.132
ZT 9	2007	Casi	164	1.090	790	225	30	2.299
		Valori	131.021	1.857.156	3.281.662	1.868.937	1.044.865	8.183.640
	2008	Casi	167	1.061	793	235	30	2.286
		Valori	144.158	1.750.391	3.092.968	1.968.545	1.043.248	7.999.310
	2009	Casi	214	1.182	679	272	21	2.368
		Valori	155.953	1.968.882	2.783.036	2.767.092	819.324	8.494.287
ZT 10	2007	Casi	63	422	331	104	7	927
		Valori	48.973	692.628	1.313.989	868.974	235.984	3.160.548
	2008	Casi	77	425	373	96	16	987
		Valori	64.390	681.084	1.286.895	953.524	475.570	3.461.463
	2009	Casi	90	509	245	94	13	951
		Valori	71.185	839.756	966.549	1.006.134	455.109	3.338.734
ZT 11	2007	Casi	191	1.287	1.032	299	31	2.840
		Valori	170.367	2.288.602	3.868.985	2.476.716	925.044	9.729.715
	2008	Casi	173	1.178	937	281	40	2.609
		Valori	163.653	2.076.643	3.464.613	2.385.273	1.130.559	9.220.740
	2009	Casi	237	1.366	719	256	13	2.591
		Valori	211.088	2.426.336	3.143.669	2.553.426	585.817	8.920.336
ZT 12	2007	Casi	270	1.514	921	292	29	3.026
		Valori	198.216	2.538.338	3.544.027	2.333.914	874.102	9.488.597
	2008	Casi	226	1.348	923	226	26	2.749
		Valori	181.632	2.413.222	3.669.809	1.888.684	671.364	8.824.710
	2009	Casi	240	1.285	617	312	19	2.473
		Valori	201.975	2.240.370	2.462.108	2.959.090	736.491	8.600.033
ZT 13	2007	Casi	251	1.416	955	273	35	2.930
		Valori	214.880	2.453.050	3.353.234	2.414.184	937.865	9.373.213
	2008	Casi	225	1.388	885	257	43	2.798
		Valori	197.629	2.549.734	3.351.582	2.513.327	1.111.790	9.724.062
	2009	Casi	275	1.377	553	259	28	2.492
		Valori	255.563	2.373.856	2.178.874	2.545.014	967.125	8.320.431
Totale	2007	Casi	2.473	15.043	10.611	2.700	283	31.110
		Valori	2.213.272	26.135.346	39.989.248	22.533.244	9.118.315	99.989.424
	2008	Casi	2.456	14.853	10.410	2.683	287	30.689
		Valori	2.228.280	26.360.536	40.192.189	23.369.723	8.599.709	100.750.438
	2009	Casi	3.431	16.161	7.505	3.121	232	30.450
		Valori	3.335.157	28.639.563	29.532.552	29.920.856	8.767.079	100.195.206

Dall'analisi di tali dati, è possibile rilevare i seguenti fenomeni:

- L'andamento complessivo nell'arco del triennio 2007-2009 è sostanzialmente stabile;
- Quasi il 90% del fenomeno è concentrato sui gruppi di complessità medio-bassa, medio-alta ed alta;
- L'incidenza sul totale (arrotondato per eccesso/difetto) suddiviso per Area Vasta per l'anno 2009 è riassumibile: AV n.1: 35%; AV n. 2: 22%; AV n. 3: 17%; AAVV n. 4 e 5: 26%;

La tabella 12 compara la distribuzione produttiva per MDC tra produttori regionali (ASUR, Aziende Ospedaliere, Privato accreditato) ed extraregionali (F.R.).

Dall'esame di tale tabella sono desumibili i seguenti fenomeni, riassunti per gli MDC con impatto economico in mobilità passiva maggiormente significativo (> €.4.000.000):

- L'MDC 8 (malattie e disturbi dell'apparato osteo muscolare e del tessuto connettivo) e l'MDC 5 (malattie e disturbi del sistema cardiocircolatorio) sono quelli con maggiore impatto economico, pesando rispettivamente €.26.899.392 (in aumento di €.1.092.123 rispetto al 2008) e €.15.311.379 (in diminuzione di €.1.629.417 rispetto al 2008). A tal proposito si rileva che il valore della produzione endogena regionale tra 2008 e 2009 ha subito una leggera flessione di circa 1,1% per l'MDC 8 e del 2.54% per l'MDC 5.
- L'MDC 1 (malattie e disturbi del sistema nervoso) ha fatto registrare un valore economico di €.8.172.851, in significativa riduzione rispetto agli €.9.310.864 rilevati nel 2008. Il valore della produzione endogena regionale è diminuita del 5.8% rispetto al 2008.
- L'MDC 6 (Malattie e disturbi dell'apparato digerente) ha segnato un valore di €.5.210.961, in riduzione del 5,6% rispetto al 2008.
- L'MDC 0 ha fatto registrare un valore di €.5.909.051, in significativo incremento rispetto a €.4.418.850 del 2008. A tal proposito è utile precisare che tale MCD è sostanzialmente rappresentato dai trapianti d'organo e ricoveri di alta complessità rianimatoria (ossigenazione extracorporea – tracheostomia con ventilazione meccanica).
- L'MDC 11 (Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie) ha fatto segnare un valore di €.4.250.258, sostanzialmente sovrapponibile al 2008. Il valore della produzione endogena regionale si è incrementata del 4.56% rispetto al 2008.

*Tabella 12*



A completamento dell'analisi della mobilità passiva è utile aprire un focus sulla mobilità con le regioni di confine. Nella seguente tabella 13, che riepiloga gli importi di mobilità passiva nel triennio 2007-2009, è possibile osservare:

- Che l'incidenza della mobilità passiva, per valore economico, delle regioni di confine pesa per circa il 70% del complessivo (€.69.801.373 anno 2009), con il rilievo che l'Emilia Romagna pesa da sola per circa il 50% (€.50.516.543).
- il lieve decremento del valore complessivo, con trend di aumento verso Emilia Romagna e Toscana, e di significativo decremento verso Umbria ed Abruzzo.

Tabella 13

	<b>Emilia Romagna</b>	<b>Toscana</b>	<b>Umbria</b>	<b>Abruzzo</b>	<b>Totale</b>
2007	46.706.887	4.337.942	8.520.328	10.861.838	70.426.995
2008	49.686.572	4.791.569	7.733.367	8.271.690	70.483.198
2009	50.516.543	5.185.646	6.951.250	7.147.934	69.801.373

E' evidente che la strategia di governo tendente alla riduzione della mobilità passiva deve esplicitarsi in primo luogo in azioni mirate sulla mobilità verso le regione di confine.

A tal proposito è utile rappresentare sinteticamente la situazione del saldo di mobilità con le medesime regioni al fine di avere una completa dimensione del fenomeno.

	<b>Emilia Romagna</b>	<b>Toscana</b>	<b>Umbria</b>	<b>Abruzzo</b>
Mobilità passiva	- 50.516.543	- 5.185.646	- 6.951.250	- 7.147.934
Mobilità attiva	+ 8.958.723	+ 1.756.035	+ 5.707.266	+ 36.667.706
Saldo (-/+)	- 41.557.820	- 3.429.611	- 1.243.984	+ 29.519.772

Pertanto secondo l'analisi *paretiana* del fenomeno quasi il 90% della problematica (41.557.820 su 46.231.415 complessivi) insiste sulla mobilità verso la regione Emilia Romagna.

A tal proposito è importante rappresentare che con la regione Emilia Romagna è vigente un accordo triennale (2009-2011) che dispone ex ante le dinamiche di governo del fenomeno complessivo della mobilità, ed i cui elementi vengono di seguito riportati.

a) *Nessun tetto economico per le seguenti macrocategorie:*

- *Chirurgia dei trapianti;*
- *Ricoveri in DH e RO per i DRG oncologici 409, 410 e 492;*
- *Attività di chirurgia oncologica (DRG chirurgici con diagnosi principale compresa tra i codici 140.0 e 239.9);*
- *Ricoveri in Unità spinale (reparto codice 28);*
- *Centri grandi ustionati;*
- *Trauma center.*

b) *Tetto economico dell'anno 2008 con possibilità di incremento annuale progressivo del 5% e un abbattimento del 50% dell'ulteriore produzione oltre al 5% per le seguenti macrocategorie:*

- *DRG chirurgici e medici di alta complessità del Testo Unico, con esclusione dei trapianti;*
- *Ricoveri nei reparti di riabilitazione codice 75;*

*c) Tetto economico dell'anno 2008 con incremento annuale del 5% per le attività dei reparti codice 56 riservato esclusivamente ai trasferimenti – dal reparto per acuti – dei pazienti di cui alla casistica per DRG chirurgici e medici di alta complessità del Testo Unico.*

*d) Tetto economico dell'anno 2007 senza possibilità di ulteriore riconoscimento per la produzione oltre al tetto per tutte le altre tipologie di ricoveri.*

Gli elementi sopra richiamati sono stati utilmente concordati dalla regione Marche per arginare la crescita progressiva del valore della mobilità passiva che registrava importi significativi di incremento annuale. Infatti se dal 2007 al 2008 l'incremento registrato è stato di €2.979.685, tra l'anno 2008 e il 2009 l'incremento è stato di solo € 829.971.

#### **4) LA POSSIBILE EVOLUZIONE DEL FABBISOGNO**

Le sfide sono note: domanda di salute crescente, invecchiamento della popolazione, aumento dei malati cronici, risorse scarse. In una parola sostenibilità, che va garantita attraverso il costante equilibrio tra il sistema delle prestazioni e quello dei finanziamenti. Dall'analisi di cui sopra, si propone di seguito

### **A) IPOTESI RIORDINO relativa all'Azione 6.2: RICONVERSIONE DELLE PICCOLE STRUTTURE**

Attualmente sono presenti nel territorio regionale 14 piccoli Ospedali, di cui 9 con posti letto di degenza ordinaria tra 20 e 50 posti letto e 5 con meno di 70, suscettibili, come previsto dall'Azione di riduzione della frammentazione ex DGRM 17/2011, di riconversione, anche per la necessità di adeguarsi allo standard previsto dei posti letto ospedalieri e residenziali. In tale contesto le strutture, in funzione della collocazione geografica, della viabilità, della organizzazione interna, sono riconvertite, in parte o totalmente, in servizi a valenza di post acuzie, territoriale/residenziale e specialistico ambulatoriale. In questo modo, tra l'altro, si ottempera all'obbligo di implementare l'attuale dotazione di posti letto di LPA e Riabilitazione al previsto 0.7 per mille senza ricorrere alla acquisizione di nuove strutture.

#### **Modalità operative:**

- Trasformazione posti letto per acuti in posti letto di lungodegenza, riabilitazione e residenzialità
- Mantenimento/Potenziamento di attività ambulatoriale specialistica
- Eliminazione laboratori analisi
- Ridefinizione della tipologia e allocazione della rete dell'emergenza territoriale
- Tendenziale trasformazione delle strutture in riconversione in Case della Salute, Presidi territoriali h24

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

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

Al fine di avere un quadro chiaro e definito e poter declinare i criteri per la riconversione dei piccoli Ospedali, di seguito si riporta un'analisi della complessità e tipologia di casistica erogata nel 2009 dalle piccole strutture ASUR.

### **ANALISI DELLA COMPLESSITA' E DELLA TIPOLOGIA DI CASISTICA EROGATA NEL 2009 DALLE PICCOLE STRUTTURE ASUR**

Dall'analisi dei ricoveri, depauperati del DRG 391, erogati dai presidi ASUR nel 2009 e classificati secondo la complessità dei DRG e la fasce d'età degli assistiti, risulta abbastanza evidente la focalizzazione delle piccole strutture e dei restanti presidi sulle differenti tipologie di pazienti, in base alla complessità della casistica.

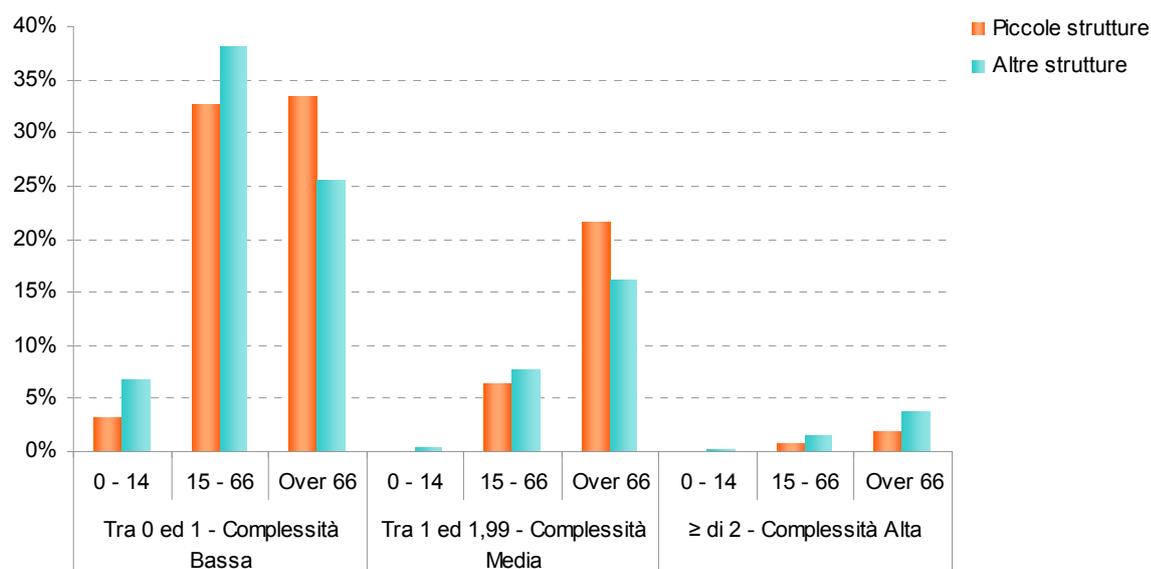
*Figura 1*

Complessità dei DRG erogati dalle strutture ASUR nel 2009 suddivisa per fasce d'età (% sul totale della produzione)

Peso DRG / Classi di Età			Tra 0 ed 1 - Complessità Basso			Tra 1 ed 1,99 - Complessità Media			≥ di 2 - Complessità Alta		
Zona Erogante	Presidio	Classificazione	0 - 14	15 - 66	Over 66	0 - 14	15 - 66	Over 66	0 - 14	15 - 66	Over 66
ZT 01	PRESIDIO OSPEDALIERO 'SACRA FAMIGLIA'	Altre strutture	0,6%	32,1%	37,2%	0,0%	5,2%	23,8%	0,0%	0,1%	0,9%
	REP. PSICHIATRIA (USL101 C/O S.SALV.)	Altre strutture	0,0%	93,0%	7,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
ZT 02	OSPEDALE CELLI CAGLI	Piccola struttura	0,0%	24,8%	43,6%	0,1%	6,1%	24,8%	0,0%	0,1%	0,4%
	OSPEDALE LANCIARINI SASSOCORVARO	Piccola struttura	0,1%	33,9%	41,4%	0,0%	6,7%	17,2%	0,0%	0,7%	0,1%
	S. MARIA DELLA MISERICORDIA URBINO	Altre strutture	7,9%	43,5%	16,9%	0,3%	7,5%	15,7%	0,1%	1,9%	6,4%
ZT03	OSPEDALE CIVILE FOSSOMBRONE	Piccola struttura	0,3%	36,9%	38,2%	0,0%	6,0%	18,3%	0,0%	0,1%	0,3%
	OSPEDALE SANTA CROCE FANO	Altre strutture	9,4%	33,2%	26,8%	0,7%	7,7%	17,5%	0,2%	1,2%	3,3%
ZT 04	OSPEDALE SS.DONNINO E CARLO	Piccola struttura	0,3%	26,1%	40,9%	0,1%	8,9%	20,8%	0,0%	1,2%	1,7%
	OSPEDALE SENIGALLIA	Altre strutture	5,3%	38,4%	28,4%	0,3%	6,6%	16,0%	0,1%	1,0%	3,9%
ZT 05	OSPEDALE GENERALE DI ZONA - CINGOLI -	Piccola struttura	0,0%	14,9%	53,8%	0,0%	4,5%	26,2%	0,0%	0,2%	0,4%
	OSPEDALI RIUNITI DI JESI	Altre strutture	5,9%	41,7%	22,4%	0,3%	7,4%	15,3%	0,2%	1,9%	4,8%
ZT 06	U.S.L.N.6 -OSP. S.ANTONIO ABATE-SASSOFER	Piccola struttura	0,0%	14,7%	72,2%	0,0%	0,8%	12,3%	0,0%	0,0%	0,0%
	U.S.L.N.6 -OSPEDALE CIVILE 'E.PROFILI'-F	Altre strutture	8,7%	36,1%	26,1%	0,5%	7,1%	16,8%	0,1%	1,0%	3,8%
ZT 07	OSP. 'SS. BENVENUTO E ROCCO' OSIMO	Altre strutture	3,9%	41,7%	25,2%	0,1%	9,1%	17,9%	0,0%	0,5%	1,6%
	OSPEDALE 'M. MONTESSORI' CHIARAVALLE	Piccola struttura	0,1%	37,6%	32,2%	0,0%	6,3%	23,4%	0,0%	0,0%	0,4%
	OSPEDALE 'SANTA CASA' - LORETO	Piccola struttura	0,1%	29,2%	22,2%	0,0%	5,9%	25,7%	0,0%	3,2%	13,8%
ZT 08	OSPEDALE CIVILE SANTA LUCIA RECANATI	Piccola struttura	17,5%	42,6%	19,7%	0,3%	5,3%	12,3%	0,0%	0,8%	1,5%
	OSPEDALE GENERALE DI ZONA CIVITANOVA	Altre strutture	7,5%	43,9%	16,8%	0,2%	10,8%	15,1%	0,0%	2,3%	3,5%
ZT 09	OSPEDALE GENERALE PROVINCIALE MACERATA	Altre strutture	6,5%	35,3%	26,8%	0,3%	8,0%	16,6%	0,5%	1,7%	4,2%
	OSPEDALE TOLENTINO	Piccola struttura	0,1%	40,1%	24,7%	0,0%	8,4%	25,1%	0,0%	0,4%	1,2%
	OSPEDALE TREIA	Piccola struttura	0,5%	8,8%	55,0%	0,0%	7,3%	27,4%	0,0%	0,5%	0,5%
ZT 10	OSPEDALE 'B.EUSTACCHIO' - S. SEVERINO M.	Altre strutture	5,0%	50,1%	31,9%	0,2%	4,1%	7,4%	0,2%	0,5%	0,7%
	OSPEDALE S.MARIA DELLA PIETA' - CAMERINO	Altre strutture	0,8%	29,7%	22,6%	0,4%	10,7%	25,4%	0,0%	2,8%	7,6%
	PRES.OSP. OSPEDALE S.SOLLECITO-MATELICA	Piccola struttura	0,0%	13,5%	39,7%	0,0%	4,6%	39,9%	0,0%	0,7%	1,5%
ZT 11	PRESIDIO OSPEDALIERO FERMO	Altre strutture	7,5%	32,5%	26,7%	0,4%	8,5%	17,9%	0,3%	1,4%	4,8%
	PRESIDIO OSPEDALIERO MONTEGIORGIO	Piccola struttura	0,0%	5,9%	43,6%	0,0%	3,1%	46,9%	0,0%	0,0%	0,6%
	PRESIDIO OSPEDALIERO S.ELPIDIO A MARE	Piccola struttura	0,0%	7,1%	27,9%	0,0%	7,1%	57,2%	0,0%	0,2%	0,6%
ZT 12	OSP. 'MADONNA DEL SOCCORSO' S.BENEDETTO	Altre strutture	10,3%	40,7%	22,1%	0,4%	7,3%	14,5%	0,1%	1,2%	3,4%
	OSPEDALE GEN.LE PROV.LE 'C.G.MAZZONI'	Altre strutture	6,5%	35,7%	29,1%	0,3%	7,7%	15,6%	0,4%	1,5%	3,2%
ZT 13	OSPEDALE VITTORIO EMANUELE II AMANDOLA	Piccola struttura	0,4%	39,0%	32,2%	0,1%	7,0%	19,0%	0,0%	0,5%	1,8%
	TOTALE		6,3%	37,3%	26,6%	0,3%	7,5%	16,9%	0,2%	1,3%	3,6%
AGGREGAZIONI		Piccole strutture	3,2%	32,6%	33,3%	0,1%	6,4%	21,6%	0,0%	0,7%	2,0%
		Altre strutture	6,8%	38,1%	25,5%	0,4%	7,7%	16,1%	0,2%	1,4%	3,8%

Dalla figura 2 si evince che per i DRG a complessità medio – bassa, nelle piccole strutture, rispetto ai restanti presidi, una maggior percentuale di prestazioni sul totale è rivolta ai pazienti anziani (classe over 66), con una minor percentuale rivolta invece verso le restanti classi. Più nel dettaglio, per i DRG a complessità medio – bassa, le piccole strutture in confronto alle restanti hanno erogato rispetto al totale della loro produzione il 50% circa in meno di prestazioni per i pazienti in età pediatrica, il 15% circa in meno di prestazioni per gli assistiti della classe 15 – 66 anni ed il 30% circa in più di prestazioni per gli assistiti over 66.

Figura 2



Specularmente, una relazione inversa è invece presente per la casistica ad alta complessità. Per i DRG presenti in tale categoria, la percentuale di prestazioni sul totale erogate dalle piccole strutture è inferiore del 50% circa rispetto a quella delle altre strutture, nelle ultime 2 classi di età considerate; per la fascia pediatrica, la produzione dei piccoli presidi è praticamente assente.

Figura 3

Complessità dei DRG medici erogati dalle strutture ASUR nel 2009 suddivisa per fasce d'età (% sul totale della produzione)

Peso DRG / Classi di Età			Tra 0 ed 1 - Complessità Basso			Tra 1 ed 1,99 - Complessità Media			≥ di 2 - Complessità Alta		
Zona Erogante	Presidio	Classificazione	0 - 14	15 - 66	Over 66	0 - 14	15 - 66	Over 66	0 - 14	15 - 66	Over 66
ZT 01	PRESIDIO OSPEDALIERO 'SACRA FAMIGLIA'	Altre strutture	0,3%	19,1%	41,4%	0,0%	5,5%	33,6%	0,0%	0,0%	0,1%
	REP. PSICHIATRIA (USL101 C/O S.SALV.)	Altre strutture	0,0%	93,0%	7,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
ZT 02	OSPEDALE CELLI CAGLI	Piccola struttura	0,0%	14,9%	47,7%	0,0%	6,3%	30,8%	0,0%	0,1%	0,2%
	OSPEDALE LANCIARINI SASSOCORVARO	Piccola struttura	0,0%	12,2%	26,2%	0,0%	8,8%	52,5%	0,0%	0,1%	0,3%
ZT 03	S. MARIA DELLA MISERICORDIA URBINO	Altre strutture	13,6%	36,1%	22,9%	0,1%	5,0%	20,8%	0,2%	0,3%	1,1%
	OSPEDALE CIVILE FOSSOMBRONE	Piccola struttura	0,2%	16,5%	47,4%	0,0%	5,0%	30,6%	0,0%	0,1%	0,2%
ZT 04	OSPEDALE SANTA CROCE FANO	Altre strutture	12,5%	31,0%	27,0%	0,9%	5,8%	21,9%	0,3%	0,1%	0,6%
	OSPEDALE SS DONNINO E CARLO	Piccola struttura	0,2%	14,3%	49,2%	0,0%	7,7%	28,6%	0,0%	0,1%	0,0%
ZT 05	OSPEDALE SENIGALLIA	Altre strutture	7,7%	34,6%	28,3%	0,3%	6,7%	21,7%	0,1%	0,2%	0,3%
ZT 06	OSPEDALE GENERALE DI ZONA - CINGOLI -	Piccola struttura	0,0%	14,9%	53,8%	0,0%	4,5%	26,2%	0,0%	0,2%	0,4%
	OSPEDALI RIUNITI DI JESI	Altre strutture	9,1%	37,1%	24,6%	0,2%	6,7%	20,9%	0,3%	0,3%	0,8%
ZT 07	U.S.L. N.6 -OSP. S.ANTONIO ABATE-SASSOFER	Piccola struttura	0,0%	14,7%	72,2%	0,0%	0,8%	12,3%	0,0%	0,0%	0,0%
	U.S.L. N.6 -OSPEDALE CIVILE 'E.PROFILI'-F	Altre strutture	14,0%	31,2%	21,0%	0,7%	6,8%	25,3%	0,1%	0,2%	0,7%
ZT 08	OSP.'SS. BENVENUTO E ROCCO' OSIMO	Altre strutture	6,8%	33,0%	25,1%	0,0%	6,7%	27,7%	0,1%	0,1%	0,6%
	OSPEDALE 'M. MONTESSORI' CHIARAVALLE	Piccola struttura	0,0%	11,0%	40,4%	0,0%	4,0%	44,4%	0,0%	0,0%	0,2%
ZT 09	OSPEDALE 'SANTA CASA' - LORETO	Piccola struttura	0,1%	11,9%	36,2%	0,0%	3,4%	48,4%	0,0%	0,1%	0,0%
	OSPEDALE CIVILE SANTA LUCIA RECANATI	Piccola struttura	25,9%	30,7%	24,6%	0,1%	3,2%	15,4%	0,0%	0,0%	0,1%
ZT 10	OSPEDALE GENERALE DI ZONA CIVITANOVA	Altre strutture	10,7%	39,7%	22,6%	0,2%	7,9%	17,2%	0,0%	0,7%	0,9%
	OSPEDALE GENERALE PROVINCIALE MACERATA	Altre strutture	10,1%	35,1%	25,3%	0,2%	6,8%	20,8%	1,0%	0,3%	0,5%
ZT 11	OSPEDALE TOLENTINO	Piccola struttura	0,1%	26,8%	27,4%	0,0%	5,8%	39,5%	0,0%	0,2%	0,2%
	OSPEDALE TREIA	Piccola struttura	0,5%	8,8%	55,0%	0,0%	7,3%	27,4%	0,0%	0,5%	0,5%
ZT 12	OSPEDALE 'B.EUSTACCHIO' - S. SEVERINO M.	Altre strutture	13,5%	43,1%	20,2%	0,5%	5,7%	16,2%	0,6%	0,1%	0,2%
	OSPEDALE S.MARIA DELLA PIETA' - CAMERINO	Altre strutture	0,7%	16,1%	29,3%	0,0%	8,9%	43,3%	0,0%	0,6%	1,2%
ZT 13	PRES.OSP. OSPEDALE S.SOLLECITO-MATELICA	Piccola struttura	0,0%	10,7%	23,6%	0,0%	6,3%	58,1%	0,0%	0,0%	1,3%
	PRESIDIO OSPEDALIERO FERMO	Altre strutture	12,5%	33,3%	20,0%	0,4%	8,5%	24,1%	0,6%	0,5%	0,4%
ZT 14	PRESIDIO OSPEDALIERO MONTEGIORGIO	Piccola struttura	0,0%	5,9%	43,6%	0,0%	3,1%	46,9%	0,0%	0,0%	0,6%
	PRESIDIO OSPEDALIERO S.ELPIDIO A MARE	Piccola struttura	0,0%	7,1%	28,1%	0,0%	7,1%	57,3%	0,0%	0,0%	0,4%
ZT 15	OSP. 'MADONNA DEL SOCCORSO' S.BENEDETTO	Altre strutture	14,2%	36,9%	23,6%	0,4%	6,3%	17,8%	0,1%	0,2%	0,6%
	OSPEDALE GEN.LE PROV.LE 'C.G.MAZZONI'	Altre strutture	9,3%	34,2%	27,2%	0,2%	7,8%	19,8%	0,6%	0,4%	0,6%
ZT 16	OSPEDALE VITTORIO EMANUELE II AMANDOLA	Piccola struttura	0,2%	27,6%	41,2%	0,0%	6,1%	24,8%	0,0%	0,0%	0,1%
	TOTALE		9,7%	32,2%	26,8%	0,3%	6,6%	23,4%	0,3%	0,3%	0,5%
AGGREGAZIONI		Piccole strutture	5,0%	18,9%	37,5%	0,0%	5,3%	32,9%	0,0%	0,1%	0,2%
		Altre strutture	10,5%	34,5%	24,9%	0,3%	6,8%	21,7%	0,4%	0,3%	0,6%

Dal grafico di sintesi relativo alla stessa analisi esclusiva per i DRG medici (figura 4) è possibile dedurre considerazioni analoghe a quelle stilate per la casistica nella sua complessità. Tuttavia, rispetto alla prima, lo studio sui DRG medici evidenzia un maggior divario tra le piccole strutture e i restanti presidi sulle differenti classi di assistiti, in base alla complessità della casistica.

Figura 4

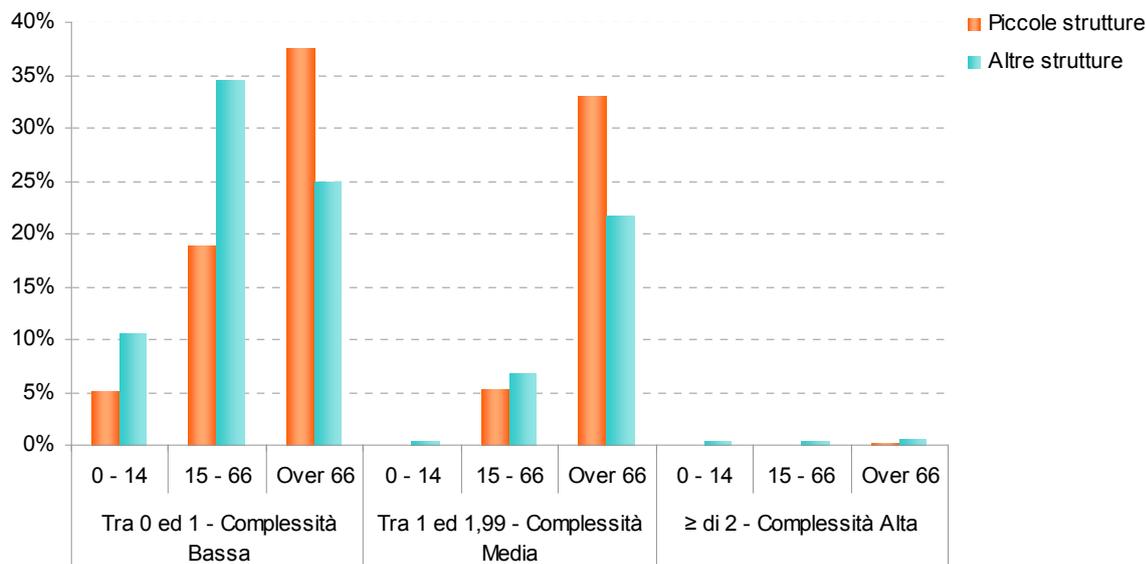


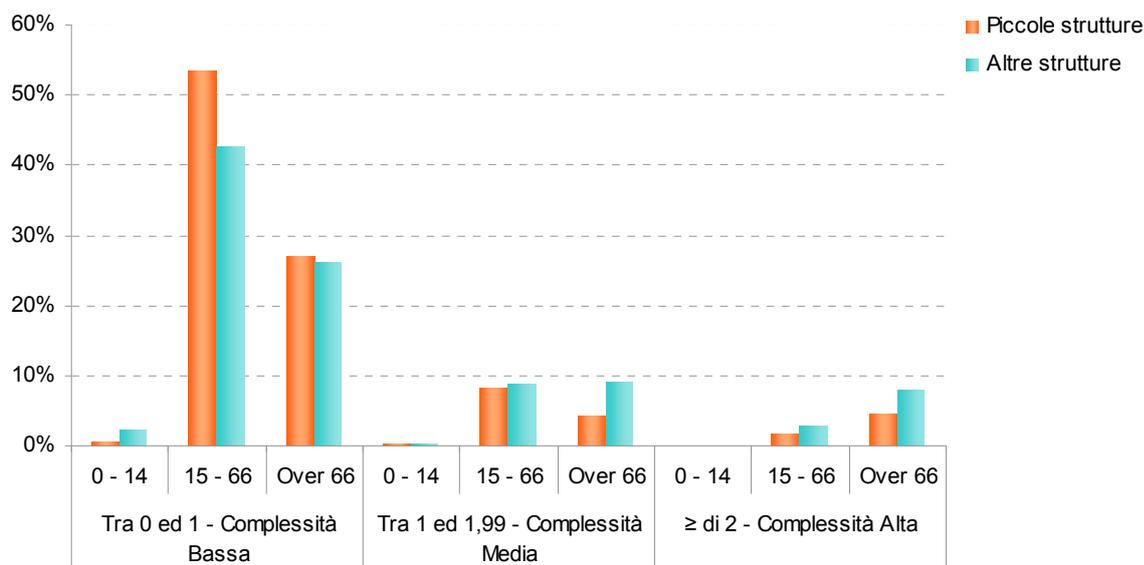
Figura 5

Complessità dei DRG chirurgici erogati dalle strutture ASUR nel 2009 suddivisa per fasce d'età (% sul totale della produzione)

Peso DRG / Classi di Età			Tra 0 ed 1 - Complessità Basso			Tra 1 ed 1,99 - Complessità Media			≥ di 2 - Complessità Alta		
Zona Erogante	Presidio	Classificazione	0 - 14	15 - 66	Over 66	0 - 14	15 - 66	Over 66	0 - 14	15 - 66	Over 66
ZT 01	PRESIDIO OSPEDALIERO 'SACRA FAMIGLIA'	Altre strutture	1,3%	61,2%	27,8%	0,1%	4,6%	1,7%	0,1%	0,4%	2,7%
	OSPEDALE CELLI CAGLI	Piccola struttura	0,0%	55,2%	30,9%	0,5%	5,7%	6,6%	0,0%	0,2%	0,9%
ZT 02	OSPEDALE LANCIARINI SASSOCORVARO	Piccola struttura	0,1%	43,6%	48,2%	0,0%	5,8%	1,3%	0,0%	1,0%	0,0%
	S. MARIA DELLA MISERICORDIA URBINO	Altre strutture	2,0%	51,1%	10,5%	0,5%	10,0%	10,5%	0,0%	3,5%	11,9%
ZT 03	OSPEDALE CIVILE FOSSOMBRONE	Piccola struttura	0,3%	60,8%	27,4%	0,0%	7,2%	3,8%	0,0%	0,2%	0,3%
	OSPEDALE SANTA CROCE FANO	Altre strutture	4,6%	36,5%	26,5%	0,5%	10,7%	10,8%	0,0%	2,8%	7,6%
ZT 04	OSPEDALE SS DONNINO E CARLO	Piccola struttura	0,6%	46,4%	26,8%	0,1%	11,1%	7,4%	0,0%	3,1%	4,6%
	OSPEDALE SENIGALLIA	Altre strutture	1,5%	44,2%	28,6%	0,3%	6,4%	7,3%	0,0%	2,2%	9,5%
ZT 05	OSPEDALE RIUNITI DI JESI	Altre strutture	1,8%	47,8%	19,7%	0,5%	8,4%	8,1%	0,0%	3,9%	9,9%
ZT 06	U.S.L.N.6 - OSPEDALE CIVILE 'E.PROFILI'-F	Altre strutture	2,3%	42,0%	32,3%	0,2%	7,5%	6,5%	0,0%	1,9%	7,4%
ZT 07	OSP.'SS. BENVENUTO E ROCCO' OSIMO	Altre strutture	0,1%	52,8%	25,3%	0,3%	12,3%	5,4%	0,0%	1,0%	2,9%
	OSPEDALE 'M. MONTESSORI' CHIARAVALLE	Piccola struttura	0,2%	62,7%	24,5%	0,0%	8,4%	3,6%	0,0%	0,0%	0,6%
ZT 08	OSPEDALE 'SANTA CASA' - LORETO	Piccola struttura	0,0%	47,2%	7,7%	0,0%	8,4%	2,2%	0,0%	6,4%	28,1%
	OSPEDALE CIVILE SANTA LUCIA RECANATI	Piccola struttura	2,1%	64,3%	10,6%	0,6%	9,2%	6,6%	0,1%	2,3%	4,2%
ZT 09	OSPEDALE GENERALE DI ZONA CIVITANOVA	Altre strutture	4,2%	48,0%	10,8%	0,3%	13,8%	13,0%	0,0%	3,8%	6,1%
	OSPEDALE GENERALE PROVINCIALE MACERATA	Altre strutture	2,1%	35,7%	28,6%	0,4%	9,6%	11,5%	0,0%	3,4%	8,7%
ZT 10	OSPEDALE TOLENTINO	Piccola struttura	0,1%	59,0%	20,8%	0,0%	12,1%	4,7%	0,0%	0,7%	2,6%
	OSPEDALE 'B.EUSTACCHIO' - S. SEVERINO M.	Altre strutture	0,5%	53,4%	38,3%	0,0%	3,3%	2,8%	0,0%	0,7%	1,0%
ZT 11	OSPEDALE S.MARIA DELLA PIETA' - CAMERINO	Altre strutture	0,9%	42,2%	16,5%	0,7%	12,3%	9,1%	0,0%	4,9%	13,5%
	PRES.OSP. OSPEDALE S.SOLLECITO-MATELICA	Piccola struttura	0,0%	19,6%	75,1%	0,0%	1,0%	0,0%	0,0%	2,4%	1,9%
ZT 12	PRESIDIO OSPEDALIERO FERMO	Altre strutture	1,7%	31,6%	34,4%	0,5%	8,6%	10,9%	0,0%	2,4%	9,7%
	PRESIDIO OSPEDALIERO S.ELPIDIO A MARE	Piccola struttura	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	33,3%	0,0%	33,3%	33,3%
ZT 13	OSP. 'MADONNA DEL SOCCORSO' S.BENEDETTO	Altre strutture	3,1%	47,8%	19,3%	0,6%	9,3%	8,3%	0,0%	3,1%	8,6%
	OSPEDALE GEN.LE PROV.LE 'C.G.MAZZONI'	Altre strutture	2,4%	37,7%	31,9%	0,4%	7,7%	9,5%	0,1%	3,2%	7,1%
TOTALE	OSPEDALE VITTORIO EMANUELE II AMANDOLA	Piccola struttura	0,7%	58,0%	17,2%	0,3%	8,5%	9,3%	0,0%	1,3%	4,7%
			2,0%	43,9%	26,3%	0,3%	8,7%	8,4%	0,0%	2,7%	7,5%
AGGREGAZIONI		Piccole strutture	0,5%	53,5%	27,0%	0,2%	8,1%	4,3%	0,0%	1,7%	4,6%
		Altre strutture	2,2%	42,5%	26,2%	0,4%	8,8%	9,0%	0,0%	2,8%	8,0%

Per i DRG chirurgici a bassa complessità (figura 6), seppur in maniera esigua, le piccole strutture continuano a focalizzare una maggior quota di produzione sulla classe di età più alta. Per quanto riguarda la classe intermedia, sono in tal caso le piccole strutture a dedicare una maggior produzione per i DRG a bassa complessità. Relativamente alla restante casistica (complessità medio-alta) i piccoli presidi non raggiungono mai la percentuale di produzione sul totale dedicata dai restanti presidi nelle varie classi di età.

Figura 6



Dall'analisi dei primi 20 DRG in termini di casistica erogati dalle piccole strutture, rappresentanti il 45% della produzione totale, escludendo quelli relativi ai parti (391 + 373), emerge un mix produttivo composto in buona parte da prestazioni inappropriate secondo i criteri evidence-based.

I DRG 39, 119 e 6, risultano collegati ad interventi che potrebbero essere eseguiti in regime ambulatoriale. Sono anche presenti diversi DRG probabilmente collegati a ricoveri potenzialmente evitabili, relativi all'acutizzazione di patologie croniche (scompenso cardiaco, BPCO, polmonite) di pazienti che avrebbero dovuto ricevere una più efficace assistenza a livello territoriale.

Figura 7

DESCRIZIONE DRG	Zona Erogante													TOTALE	% SUL TOTALE PRODUZIONI	
	2	3	5	6	7	8	9	10	11	13						
39 - INTERVENTI SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA		930	103	72					138						<b>1.243</b>	<b>6,1%</b>
127 - INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	112	115	84	90	67	5	90	84	85	1	54	83	41	129	<b>1.040</b>	<b>5,1%</b>
162 - INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETÀ > 17 ANNI SENZA CC	45	45	126	133			151	27	137		1			80	<b>745</b>	<b>3,7%</b>
119 - LEGATURA E STRIPPING DI VENE	29	220	138	36			48	25	31		16			160	<b>703</b>	<b>3,5%</b>
14 - EMORRAGIA INTRACRANICA O INFARTO CEREBRALE	38	47	33	59	1	2	11	156	15	81	71	5	19	7	<b>545</b>	<b>2,7%</b>
503 - INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA DIAGNOSI PRINCIPALE DI INFEZIONE	44	80	114				123	76							<b>437</b>	<b>2,1%</b>
87 - EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	46	64	55	6	1	2	60	21	18	5		15	138	5	<b>436</b>	<b>2,1%</b>
524 - ISCHEMIA CEREBRALE TRANSITORIA	22	49	34	29	13		15	10	71	2	28	35	49	68	<b>425</b>	<b>2,1%</b>
89 - POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETÀ > 17 ANNI CON CC	21	73	41	26	14	1	16	49	65		53	12	9	15	<b>395</b>	<b>1,9%</b>
88 - MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA	29	48	66	63	12	3	12	14	42		29	1		25	<b>344</b>	<b>1,7%</b>
6 - DECOMPRESIONE DEL TUNNEL CARPALE	52	45	105				63	20	10		24				<b>319</b>	<b>1,6%</b>
262 - BIOPSIA DELLA MAMMELLA E ESCISSIONE LOCALE NON PER NEOPLASIE MALIGNI	4	1	9	12				231	47					12	<b>316</b>	<b>1,6%</b>
158 - INTERVENTI SU ANO E STOMA SENZA CC	17		19	117			37	16	46					59	<b>311</b>	<b>1,5%</b>
256 - ALTREDIAGNOSI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	79	2	2	20			112	10	1	81				2	<b>310</b>	<b>1,5%</b>
381 - ABORTO CON DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, MEDIANTE ASPIRAZIONE O ISTEROTOMIA		3							296						<b>299</b>	<b>1,5%</b>
12 - MALATTIE DEGENERATIVE DEL SISTEMA NERVOSO	69	19	26	29	4	28	1	63	8	12	6	19	12		<b>296</b>	<b>1,5%</b>
227 - INTERVENTI SUI TESSUTI MOLLI SENZA CC	22	212	13				17	22	4					1	<b>291</b>	<b>1,4%</b>
544 - SOSTITUZIONE DI ARTICOLAZIONI MAGGIORI O REIMPIANTO DEGLI ARTI INFERIORI								289							<b>289</b>	<b>1,4%</b>
243 - AFFEZIONI MEDICHE DEL DORSO	13		9	6	3	3		28	170	4	2	1	2		<b>241</b>	<b>1,2%</b>
229 - INTERVENTI SU MANO O POLSO ECCETTO INTERVENTI MAGGIORI SULLE ARTICOLAZIONI, SENZACC	13	106	76				13	12	20						<b>240</b>	<b>1,2%</b>
<b>SUBTOTALE</b>	<b>655</b>	<b>2.059</b>	<b>1.053</b>	<b>698</b>	<b>115</b>	<b>156</b>	<b>667</b>	<b>1.144</b>	<b>1.066</b>	<b>186</b>	<b>422</b>	<b>171</b>	<b>270</b>	<b>563</b>	<b>9.225</b>	<b>45,4%</b>

### CRITERI GENERALI PER LA RICONVERSIONE DELLE PICCOLE STRUTTURE:

- 1) Coerenza con DGRM 17, in un contesto di omogeneità di sistema.
- 2) Creare una nuova tipologia di ospedale rispetto all'attuale modello per acuti, che configuri la possibilità di trattare pazienti soprattutto anziani con pluripatologia in una struttura con copertura medica 8/20 integrata eventualmente da una pronta disponibilità medica e con assistenza infermieristica continua. Tali strutture tendono a configurarsi come case della salute / presidi territoriali H 24, con standard specifici differenti da quelli delle strutture ospedaliere propriamente dette.
- 3) Queste strutture hanno una specifica vocazione al trattamento di pazienti anziani con pluripatologia ed ha una polivalenza che consente nella stessa area di degenza o nelle stesse aree di degenza di trattare pazienti da ex lungodegenza / riabilitazione a pazienti da RSA o anche residenza protetta.
- 4) Le unità operative per acuti esistenti (medicina e chirurgia) sono soppresse e di norma riconvertite in U.O. di post acuzie.

Il personale medico viene riassorbito dalle unità operative presenti nelle strutture di rete (hub), consentendo il raggiungimento di due risultati:

- il miglioramento dell'erogazione delle prestazioni per acuti nella sede hub (compresa la continuità assistenziale)
- un adeguato supporto alle unità operative riconvertite nella piccola struttura (lungodegenza, riabilitazione, ecc.), con possibilità di decidere il ricovero diretto (senza obbligo di passaggio in reparto per acuti), anche su proposta del MMG (previa valutazione).

Il personale infermieristico ed ausiliario viene prioritariamente utilizzato per garantire l'assistenza nei nuovi setting assistenziali di post acuzie.

5) Gli standard assistenziali di personale infermieristico e di supporto previsti sono più bassi rispetto alle "normali aree di degenza".

6) Tali nuove strutture ospitano una rilevante attività ambulatoriale, ma non garantiscono un ricovero d'urgenza che va riservato ai servizi di pronto soccorso propriamente detti.

7) Queste strutture devono essere fortemente integrate con la rete dei servizi socio sanitari del bacino di riferimento e si candidano ad ospitare attività residenziali o previste o già effettuate in altre sedi garantendo una maggiore efficienza erogativa.

8) Il modello proposto valorizza il contributo delle figure professionali coinvolte, che devono garantire una professionalità elevata proprio per la presenza di molteplici problemi complessi nello stesso paziente.

9) Il coinvolgimento della guardia medica (continuità assistenziale) può contribuire alla gestione delle attività di assistenza medica richiesta dalla struttura ed ai piccoli problemi dell'urgenza nei PPI ove presenti.

10) Nel caso sia previsto il mantenimento di attività da Punto di Primo Intervento, la stessa è assicurata da parte dei medici ET del 118, quando non impegnati nell'emergenza territoriale, sulla base di Protocolli condivisi con CO 118 per l'emergenza urgenza. A tal fine è previsto il trasferimento dei medici convenzionati che ne hanno titolo al rapporto di dipendenza.

11) La riconversione dei piccoli Ospedali contribuisce, infine, alla razionalizzazione delle unità complesse, in ottemperanza alla Legge 133/2008 e del Patto per la salute 2010 – 2012. Laddove persistano ancora Unità Operative Complesse ci si riserva la possibilità di rimodulazione / riqualificazione dei modelli attualmente presenti.

#### **AV1: Hub Ospedale di rete di Urbino**

##### **Configurazione attuale:**

ZT2: Cagli 50 pl + 20 di Riabilitazione intensiva Santo Stefano; Sassocorvaro 50 pl.

ZT3: Fossombrone 68 pl; Pergola 68 pl.

#### **PROPOSTA RICONVERSIONE**

**ZT2 Ospedale di Cagli:** riconversione in Casa della Salute / Presidio territoriale h 24 con rimodulazione dei posti letto di medicina interna e chirurgia generale in Lungodegenza ed in Chirurgia DS/ambulatoriale. POTES Medicalizzata. Ambulatorio di Primo intervento h 12 con capacità di risposta a patologie di minore complessità, gestito dai medici della struttura e quando sono in attesa - sosta dai Medici del 118. Trasformazione del Laboratorio in Punto Prelievi e dotazione di POCT.

**ZT2 Ospedale di Sassocorvaro:** ridefinizione della funzione di ricovero, con riconversione dei posti letto di medicina interna in LPA (20 pl) e 5 a gestione clinica internistica per pazienti operati in chirurgia a ciclo breve (nell'ambito della sperimentazione gestionale Montefeltro Salute). Chirurgia già riconvertita in 10 PL di DS/One DS (sperimentazione gestionale Montefeltro Salute). Tenuto conto della condizione geografica disagiata e la posizione di confine con l'Emilia Romagna si prevede il mantenimento del PPI h 24 gestito dai medici della struttura e quando sono in attesa - sosta dai Medici del 118. POTES 118 Medicalizzata. Trasformazione del Laboratorio in Punto Prelievi con attività diagnostica di urgenza.

**ZT3 Ospedale di Fossombrone:** considerata la sua buona posizione geografica e di viabilità dalla costa, riconversione in Casa della Salute / Presidio territoriale h 24 con rimodulazione dei posti letto di medicina interna e chirurgia generale in Lungodegenza ed in Chirurgia DS/ambulatoriale. POTES Medicalizzata. Ambulatorio di Primo intervento h 12 con capacità di risposta a patologie di minore complessità, gestito dai medici della struttura e quando sono in attesa - sosta dai Medici del 118. Trasformazione del Laboratorio in Punto Prelievi e dotazione di POCT.

**ZT3 Ospedale di Pergola:** trasformazione della Chirurgia in Chirurgia a ciclo breve su 5 gg.(10 pl). Riconversione della medicina interna in LPA (20 posti letto) con mantenimento di 10 pl di medicina per il supporto alla CCB. Mantenimento Riabilitazione intensiva (20 pl). Mantenimento PPI h 24 gestito dai medici della struttura e quando sono in attesa - sosta dai Medici del 118. Di notte e nei festivi diurni è prevista anche la collaborazione dei medici della continuità assistenziale. POTES 118 Medicalizzata. Trasformazione del Laboratorio in Punto Prelievi con attività diagnostica di urgenza.

**AV2: Hub i rispettivi Ospedali di rete**

**Configurazione attuale:**

ZT5: **Cingoli** 40 pl

ZT 6: **Sassoferrato** 40 pl di lungodegenza

ZT7: **Chiaravalle** 49 pl; **Loreto** 53 pl.

**ZT5 Ospedale di Cingoli:** riconversione in Casa della Salute / Presidio territoriale h 24 con rimodulazione dei posti letto di medicina interna in Lungodegenza / riabilitazione estensiva e/o RSA. POTES 118 infermieristica. Trasformazione del Laboratorio in Punto Prelievi e dotazione di POCT.

**ZT6 Ospedale di Sassoferrato:** coerente con DGRM 17 (funzione di lungodegenza e riabilitazione). Copertura POTES infermieristica di Arcevia. Mantenimento stand by.

**ZT7 Ospedale di Chiaravalle:** riconversione in Casa della Salute / Presidio territoriale h 24 con rimodulazione dei posti letto di medicina interna in Lungodegenza, soppressione di 11 posti letto di chirurgia DS e trasformazione in chirurgia ambulatoriale. Trasformazione del PPI in POTES 118 Infermieristica. (trasferimento da Falconara). Trasformazione del Laboratorio in Punto Prelievo e dotazione di POCT.

**ZT7 Ospedale di Loreto:** riconversione in Casa della Salute / Presidio territoriale h 24 con rimodulazione dei posti letto di medicina interna in Lungodegenza, trasformazione dei posti letto di chirurgia in 12 posti letto di DS/ chirurgia ambulatoriale. Mantenimento PPI h 12 diurno, gestito dai medici della struttura (attuale personale dedicato). Di notte e nei festivi diurni è prevista anche la collaborazione dei medici della continuità assistenziale. POTES 118 Medicalizzata Loreto Osimo. Trasformazione del Laboratorio in Punto Prelievi e dotazione di POCT con attività diagnostica di urgenza.

**AV3: Hub i rispettivi Ospedali di rete**

**Configurazione attuale:**

ZT8: **Recanati** 95 pl

ZT 9: **Tolentino** 73 pl; **Treia** 44 pl di lungodegenza e riabilitazione

ZT 10: **Matelica** 28 pl

**ZT8 Ospedale di Recanati:** trasformazione della Chirurgia generale in Chirurgia a ciclo breve su 5 gg.(10 pl). Riconversione della medicina interna in LPA (20 posti letto) con mantenimento di 20 pl di

medicina per il supporto alla CCB. Soppressione posti letto di pediatria, ostetricia e ginecologia e punto nascita. Aumento dei posti letto in RSA (40) e Hospice (+4). Mantenimento POTES 118 Medicalizzata e PPI H 24, gestito dai medici della struttura e quando sono in attesa - sosta dai Medici del 118. Trasformazione del Laboratorio in Punto Prelievi con attività diagnostica di urgenza.

**ZT9 Ospedale di Treia** allineato.

**ZT9 Ospedale di Tolentino:** rimodulazione della funzione di medicina interna (da 36 a 10 pl), a supporto della funzione chirurgica a CCB (9 + 3 pl). Incremento della lungodegenza post acuzie e riabilitazione (da 2 pl a 25 pl). Mantenimento PPI h 24 gestito dai medici della struttura e quando sono in attesa - sosta dai Medici del 118. POTES 118 Medicalizzata. Nodo periferico (Spoke) con punto prelievi con attività diagnostica di urgenza.

**ZT10 Ospedale di Matelica:** Casa della Salute / Presidio territoriale h 24 con riconversione dei pl di medicina in Lungodegenza / riabilitazione. POTES 118 infermieristica. Punto Prelievi.

**AV4: Hub Ospedale di Fermo**

**ZT 11: Montegiorgio** 20 pl; **S. Elpidio a Mare** 20 pl

**ZT11 Ospedale di Sant'Elpidio:** riconversione in Casa della Salute / Presidio territoriale h 24 con riconversione dei posti letto per acuti in Lungodegenza e/o RSA. Eliminazione PPI. Stand by Ambulanza. Punto Prelievi.

**ZT11 Ospedale di Montegiorgio:** riconversione in Casa della Salute/Ospedale di Prossimità con riconversione dei posti letto per acuti in Lungodegenza e/o RSA. Mantenimento POTES 118 Medicalizzata. Eliminazione PPI.

**AV5: Hub Ospedale di Ascoli Piceno**

**ZT13: Amandola** 64 pl

**ZT13 Ospedale di Amandola:** riconversione in Casa della Salute/Presidio di continuità h 24 con riconversione dei posti letto per acuti in Lungodegenza e/o RSA. Riconversione dei 17 PL di chirurgia ordinaria in 10 PL di DS/ chirurgia ambulatoriale, utilizzabili anche dalle équipes chirurgiche di Fermo. Mantenimento POTES 118 Medicalizzata e PPI H 24 (salvo verifiche tra 12 mesi), gestito dai medici della struttura e quando sono in attesa - sosta dai Medici del 118. Di notte e nei festivi diurni è prevista anche la collaborazione dei medici della continuità assistenziale. Trasformazione del Laboratorio in punto prelievi con attività diagnostica di urgenza.

**IPOTESI RIORDINO PL:** si allegano le tabelle (dalla n. 1 alla n. 5) relative ai posti letto con la RICLASSIFICAZIONE DISCIPLINE PER INTENSITA' DI ASSISTENZA suddivise per AV1, AV2, AV3, AV4, AV5, nel rispetto dei criteri stabiliti dal patto per la Salute 2010-2012.

### **B) L'IPOTESI RIORDINO relativa all'Azione 6.3: AREE DI DEGENZA PER INTENSITÀ DI CURA**

L'allineamento dei posti letto agli standard indicati nel Patto per la salute 2010-2012 prevede una riduzione dei posti letto per acuti con un contemporaneo incremento dei posti letto di lungodegenza/riabilitazione. Nell'occasione si è proceduto ad un'analisi del tasso di occupazione medio dei posti letto e della correlata dotazione organica di personale addetto all'assistenza (IP, OSS, Ostetriche ecc.) evidenziando una generale ridondanza dei minuti di assistenza offerti nelle principali discipline in tutte le Zone Territoriali. Per di più si osservano variazioni nell'assistenza offerta per discipline omogenee tra le diverse Zone, non giustificate da reali necessità, ma riconducibili per lo più all'assegnazione di turni di assistenza dedicati alle singole specialità anche quando queste sono collocate su un numero di posti letto inferiore ai comuni standard di utilizzo. Non è più accettabile, in altre parole, che siano mantenute UO di degenza con meno di 20 posti letto, con la sola esclusione delle terapie intensive per le quali però il numero minimo non dovrebbe essere inferiore a sei posti letto: in entrambi i casi la dotazione minima consente un uso efficiente di personale infermieristico, rispetto all'attuale organizzazione che, consentendo alle specialità unità di posti letto minori genera un sovradimensionamento di assistenza.

La riorganizzazione delle aree di degenza per intensità di cura consente la maggiore flessibilità possibile per l'utilizzazione dei posti letto. Tale modello consente, per di più, di realizzare compiutamente quanto già previsto dalle norme nazionali e regionali circa l'organizzazione dipartimentale delle UO.

Pertanto, in attesa della futura realizzazione di nuovi Ospedali per acuti costruiti sulla base di questo modello organizzativo (in primis l'Ospedale modello di Jesi già previsto dalla programmazione regionale) è necessario procedere fin d'ora per quanto possibile tenuto conto dei vincoli strutturali esistenti negli attuali Ospedali, a riconfigurare i posti letto in aree a bassa, media ed elevata assistenza, non più basata sulla disciplina di appartenenza, ma sulla complessità del paziente in rapporto sia alla patologia acuta, sia a patologie preesistenti, sia all'età. Analogamente si dovrà procedere a riconfigurare l'erogazione dei servizi (in primis i blocchi operatori, le attività endoscopiche, i DH e DS) in maniera da superare le frammentazioni ancora esistenti.

#### **Modalità operative:**

- Attivazione delle aree di degenza per intensità di cura
- Definizione di aree di degenza formate da 20 posti letto
- Assegnazione del personale infermieristico ed OSS alle singole aree di degenza
- Censimento risorse umane utilizzate
- Programmazione delle risorse mediche in rapporto alla nuova organizzazione.
- Per le specializzazioni non di base possibilità di integrazione in AV, laddove siano presenti in più di una Zona Territoriale, in modo da collocare la degenza in una sola struttura, con miglioramento dell'efficienza produttiva e della qualità di cura anche attraverso un miglioramento della continuità assistenziale h24, garantendo funzioni di consulenza ed ambulatoriali nelle strutture che restano senza pl.

#### **Risultati programmati:**

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

**Indicatori di risultato:**

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

Di seguito si riportano le prime proposte inoltrate dalle Zone Territoriali. Nelle schede compilate sono descritti soprattutto modelli organizzativi per aree funzionali omogenee. La riorganizzazione dovrà procedere ulteriormente, tenendo conto anche di eventuali minime modifiche strutturali che si rendessero necessarie nelle singole strutture, per andare a regime completamente entro i prossimi tre mesi.

**Proposta ZT2:**

1. Ridefinizione dell'assetto dell'area di degenza intensiva (UTIC e Rianimazione) con inserimento della degenza cardiologica all'interno dell'area di degenza intensiva: risparmio di tre OSS (da 8 unità a 5 unità).
2. Ridefinizione dell'assetto dell'area pediatrica (area di accoglienza in età pediatrica e neonatale), mancata sostituzione di 1 unità di ostetrica.
3. Trasformazione Chirurgia di Cagli da degenze ordinarie a day-surgery/ambulatoriali su 5 giorni con accorpamento dei posti letto chirurgici in medicina: riduzione costi pari a tre infermieri e 5 OSS (da 6 a 3 infermieri, da 6 OSS ad 1 ricollocato in endoscopia digestiva).
4. Progetto futuro: Aumento della dotazione dei PL della U.O. di medicina dell'ospedale di rete di un modulo di 15 PL e trasferimento gli attuali 5 PL di MURG dal Pronto Soccorso, portandoli al modulo ottimale di 6 (+ 1PL), quindi allocazione dei pazienti destinati al livello assistenziale per acuzie in area medica nella degenza U.O. di Medicina dell'Ospedale di Urbino e conseguente riorganizzazione presso l'Ospedale di Urbino dell'area internistica, medicina d'urgenza e della post acuzie (attivando 50 pl acuti, di cui 6 di MURG, e 20 di post acuzie) in un modello per intensità di cura: previsti costi per 4 infermieri e 6 OSS da recuperare in seguito alla riconversione dei piccoli ospedali.

**Proposta ZT4.** Ospedale di Senigallia. Ipotesi di creare due poli – uno chirurgico e uno medico, al fine di concentrare le aree di degenza e dislocare in altra sede ambulatori, studi, locali di medicheria. Dividere in settori i posti letto, distinti per intensità assistenziale (necessità diversificate di richiesta di assistenza infermieristica e di operatori di supporto) con lo scopo di assegnare ad ogni settore un numero di operatori adeguato a ciascuna intensità, creare schede di accertamento sistematico dell'intensità assistenziale relativa ad ogni paziente ricoverato. Cessazione costi per n. 3 unità infermieristiche.

**Proposta ZT5.** Ospedale di Jesi.

L'Ospedale di Jesi "Carlo Urbani", nato come "Ospedale Modello", è già progettato per intensità di cura. Attualmente sono presenti le UO di Psichiatria, Reumatologia, BPN, Nefrologia, Dermatologia e DH di Oncologia, già organizzate per intensità di cura. A breve, sarà trasferita la UO di Medicina Interna e entro l'anno l'UO di Neurologia e ciò consentirà il pieno sviluppo del modello organizzativo per intensità di cura dell'AFO Medica. Analogamente si procederà, nel corso del 2012, a seguito del trasferimento delle UUOO chirurgiche, del DEA e del DMI.

**Proposta ZT6.** Ospedale di Fabriano. Area chirurgica: riorganizzazione dei posti letto in una sezione a bassa intensità, con 13 posti letto per attività diurna (DH x 5 gg/sett.) e due sezioni a medio alta intensità con 20 posti letto indistinti di Ortopedia Oculistica Otorinolaringoiatria Odontoiatria e 26 posti letto indistinti per Chirurgia e Urologia.

Ridefinizione del fabbisogno di personale di assistenza della nuova organizzazione in: 29 infermieri e 9 OSS. Cessazione costi per n. 6 unità infermieristiche e n. 1 unità OSS.

Area Medica: organizzazione attuale dei posti letto medici in 2 sezioni di 20 e 22 p.l. ciascuna: una con 12 posti letto di lungodegenza post acuzie (bassa intensità) e con 8 posti letto di patologia internistica complessa (semintensiva, medio-alta intensità); l'altra sezione con 22 posti letto, comprendente 18 posti letto per ricoveri ordinari di medicina e 4 posti letto per ricoveri ordinari di nefrologia (media intensità).

**Proposta ZT7.** Ospedale di Osimo: istituzione AFO di Chirurgia ed Urologia con attivazione di 28 posti letto con riallocazione di risorse pari a 1 coordinatore, 3 unità infermieristiche. Si prevede la cessazione di 2 OSS da cooperativa.

**Proposta ZT8.** Ospedale di Civitanova: riorganizzazione AFO Chirurgica ed AFO Medica con riduzione di costi pari a 12 infermieri.

**Proposta ZT9.** Ospedale di Macerata: riorganizzazione AFO medica (nefrologia e geriatria), attivazione di 10 posti letto di lungodegenza, con recupero di tre infermieri e riconversione con tre figure di OSS. AFO chirurgica Urologia Chirurgia e Ginecologia con recupero del costo di 5 infermieri.

I costi cessanti totali a regime sono pari a 20 unità infermieristiche e 5 OSS.

**Proposta ZT10.** Ospedale di San Severino Marche: AFO chirurgica week surgery (5 infermieri, due infermieri generici e 2 OSS). Nel 2011 previsto il recupero di 1 Infermiere e 3 OSS. Accorpamento AFO Materno Infantile su uno stesso piano (13 Infermieri, 2 Infermieri Part Time e 5 OSS). Nel 2012 è previsto un recupero di 9 infermieri.

Ospedale di Camerino: riorganizzazione AFO Medica ed Area critica: utilizzo personale di assistenza in condivisione con UTIC e rianimazione.

**Proposta ZT11.** Ospedale di Fermo. Riorganizzazione AFO chirurgica, medica e multidisciplinare (nefro, gastroenterologia e neurologia). Recupero e conseguente riallocazione di 8 infermieri.

**Proposta ZT12.** Ospedale di San Benedetto: riorganizzazione AFO interdipartimentale (area medicina ed emergenza urgenza). Previsione risparmio 12 unità infermieristiche.

**Proposta ZT13.** Ospedale di Ascoli Piceno: riorganizzazione area chirurgica in Chirurgia a ciclo breve, conseguente alla riconversione di Amandola.

Riorganizzazione Guardia radiologica in AV5: nel 2011 previsti costi cessanti per 20.000 euro

## **IMPATTO COMPLESSIVO DEGLI INTERVENTI SULLA RETE OSPEDALIERA IN TERMINI DI POSTI LETTO PER MILLE ABITANTI**

Le azioni di intervento previste dalla DGRM 17/2011, così come sviluppate nei paragrafi precedenti con riferimento alla Rete Ospedaliera (dalla riconversione dei piccoli ospedali alla riorganizzazione delle degenze per intensità di cura), sono volte altresì all'allineamento di parametri regionali/aziendali agli standard di posti letto per mille abitanti previsti dal Patto per la Salute 2010-2012:

- 1) **3,3 posti letto per acuti** per mille abitanti;
- 2) **0.7 posti letto di lungodegenza/riabilitazione** per mille abitanti.

Sulla base della riconversione degli interventi previsti dall'Azienda sui piccoli ospedali e sulla riorganizzazione delle aree di degenza per intensità di cura, ipotizzando il mantenimento dei Posti Letto delle Aziende Ospedaliere e prevedendo una riconversione di quelli delle Case di Cura private con criteri di appropriatezza, sono stati ridefinite le dotazioni di ciascuna struttura in termini di posti letto per acuti, lungodegenza e riabilitazione. Si veda a tal proposito le tabelle dalla n.1 alla 5, che descrivono per ciascuna Area Vasta, le dotazioni attuali di Posti letto (Fonte: HSP 2010) rispetto a quelle conseguenti al riordino.

Tabella 1 – Area Vasta 1: Situazione attuale

RICLASSIFICAZIONE DISCIPLINE PER INTENSITA' DI ASSISTENZA	ZONA	AREA VASTA 1 DI PESARO											
		1				2				3			
		Ord.	T.u. 2009	Ddur.	Tot.	Ord.	T.u. 2009	Ddur.	Tot.	Ord.	T.u. 2009	Ddur.	Tot.
		DESCRIZIONE STRUTTURA											
		A.O. S. Salvatore (*)											
		OSPEDALE SANITA GROCE FANO											
		OSPEDALE CELLI CAGLI											
		OSPEDALE LANCIARINI SASSOCORVARO											
		S. MARIA DELLA MISERICORDIA URBINO											
		OSPEDALE CIVILE FOSSOMBRONE											
		OSPEDALE SS DOMINIO E CARLO											
		SOMMA ORDINARIA											
		SOMMA DIURNO											
		SOMMA TOTALE											
		Ord.	T.u. 2009	Ddur.	Tot.	Ord.	T.u. 2009	Ddur.	Tot.	Ord.	T.u. 2009	Ddur.	Tot.
		33	85,1%	23	63,8%	2	25	19	100,5%	19	100,5%	25	107,0%
		1		1		1		1		1		1	
		15	88,6%	2	17								
		74	95,2%	1	75	51	92,3%	1	52	19	125,8%	1	20
		6	94,9%	6									
		1	82,2%	3	4	6	34,3%	6	12				
		27	71,3%	1	28	24	66,4%	1	25				
		23	77,5%	4	27	22	60,4%	2	24				
		1	47,7%	1	2	12	39,5%	4	16				
		9	73,2%	2	11	10	62,7%	1	11				
		25	90,2%	3	28								
		19	67,8%	19	13	43,9%	1	14					
		<b>233</b>	<b>18</b>	<b>251</b>	<b>205</b>	<b>18</b>	<b>233</b>	<b>45</b>	<b>4</b>	<b>49</b>	<b>40</b>	<b>2</b>	<b>42</b>
		14	121,6%	3	17	9	135,8%	1	10				
		23	84,6%	8	31								
		5	118,2%	2	7								
		11	85,4%	11									
		20	92,6%	1	21								
		12	99,7%	8	20	3	106,8%	10	13				
		<b>85</b>	<b>22</b>	<b>107</b>	<b>12</b>	<b>15</b>	<b>27</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>96,7%</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>
		<b>85</b>	<b>22</b>	<b>107</b>	<b>12</b>	<b>15</b>	<b>27</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>96,7%</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>
		14		14	4	43,4%	4						
		14		14	12	85,3%	12						
		10	53,7%	10	6	13,2%	6						
		7	52,0%	7	6	60,2%	6						
		7	13,5%	7	4	11,4%	4						
		<b>24</b>	<b>24</b>	<b>16</b>	<b>16</b>								
		10		10									
		10		10									
		356	50	406	249	33	282	65	5	70	40	10	50
		356	50	406	249	33	282	65	5	70	40	10	50
		230											
		33											
		19											
		35											
		5											
		20											
		10											
		20											
		134											
		30											
		8											
		25											
		29											
		9											
		20											
		10											
		839											
		145											
		40											
		99											

Tabella 1bis – Area Vasta 1: Ipotesi di riordino

RICLASSIFICAZIONE DISCIPLINE PER INTENSITA' DI ASSISTENZA	1		2		3		SOMMA ORDINARIA	SOMMA DIURNO	SOMMA TOTALE															
	Ord.	Dlur.	Ord.	Dlur.	Ord.	Dlur.																		
<b>ZONA</b>																								
<b>DESCRIZIONE STRUTTURA</b>																								
<b>Tipologia P.L.</b>	Ord.	Dlur.	Ord.	Dlur.	Ord.	Dlur.	Ord.	Dlur.	Ord.	Dlur.														
CHIRURGIA GENERALE	33	23	2	25	5	5	10	10	80	11														
GERIATRIA		25		25					25	25														
LUNGODEGENTI		19		19	25	25	20	45	149															
MALATT. ENDOCRINE.ECC.	1	1								1														
MALATTIE INFETTIVE	15	2	17						15	2														
MEDICINA GENERALE	74	1	75	51	1	52	5	48	2	50														
NEOMATOLOGIA	6	6							6	6														
OCULISTICA	1	3	4	6	6	12			8	12														
ORTOPEDIA-TRAUMAT.	27	1	28	24	1	25	25	1	26	79														
OSTETRICIA-GINECOL.	23	4	27	22	2	24	25	4	29	70														
OTORINOLARINGOIATRIA	1	1	2	12	4	16	1	3	4	14														
PEDIATRIA	9	2	11	10	1	11	5	1	6	24														
PNEUMOLOGIA	25	3	28						25	3														
UROLOGIA	19	19	13	1	14				32	1														
<b>Subtotale</b>	<b>233</b>	<b>18</b>	<b>251</b>	<b>205</b>	<b>18</b>	<b>223</b>	<b>25</b>	<b>5</b>	<b>30</b>	<b>25</b>	<b>139</b>	<b>18</b>	<b>157</b>	<b>45</b>	<b>45</b>	<b>39</b>	<b>1</b>	<b>40</b>	<b>711</b>	<b>60</b>	<b>771</b>			
<b>A - Specialità di base</b>																								
CARDIOLOGIA	14	3	17	9	1	10					7	1	8						30	5	35			
EMATOLOGIA	23	8	31																23	8	31			
NEFROLOGIA	5	2	7								1		1						6	2	8			
NEUROLOGIA	11	11																	11	11	22			
NEUROPSICH. INFANTILE	20	1	21																20	1	21			
ONCOLOGIA	12	8	20	3	10	13							12	12					15	30	45			
RIEDUCAZ.-FUNZIONALE							20	20											20	20	40			
<b>Subtotale</b>	<b>85</b>	<b>22</b>	<b>107</b>	<b>12</b>	<b>15</b>	<b>27</b>	<b>20</b>	<b>20</b>			<b>8</b>	<b>13</b>	<b>21</b>					<b>20</b>	<b>20</b>	<b>145</b>	<b>50</b>	<b>195</b>		
<b>B - Specialità di media assistenza</b>																								
EMODIALISI				4	4														4	4	8			
PSICHIATRIA				12	12						8	8							20	20	40			
<b>Subtotale</b>				<b>16</b>	<b>16</b>						<b>8</b>	<b>8</b>							<b>24</b>	<b>24</b>	<b>48</b>			
<b>C - Specialità di elevata assistenza</b>																								
ASTANTERIA	10	10	6	6	6						5	5							21	21	42			
PER INT. - RIANIMAZIONE	7	7	6	6	6						4	4							17	17	34			
U.T.I.C.	7	7	4	4	4						4	4							15	15	30			
<b>Subtotale</b>	<b>24</b>	<b>24</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>16</b>						<b>13</b>	<b>13</b>							<b>53</b>	<b>53</b>	<b>106</b>			
Day Hospital																								
Day Surgery		10	10																					
Detenuti																								
<b>TOTALE</b>	<b>342</b>	<b>50</b>	<b>392</b>	<b>249</b>	<b>33</b>	<b>282</b>	<b>45</b>	<b>5</b>	<b>50</b>	<b>25</b>	<b>10</b>	<b>35</b>	<b>168</b>	<b>31</b>	<b>199</b>	<b>46</b>	<b>8</b>	<b>54</b>	<b>59</b>	<b>1</b>	<b>60</b>	<b>934</b>	<b>138</b>	<b>1072</b>
<i>DI CUI</i>																								
Ordinari																								
DH/DS																								
Riabilitazione intensiva																								
Riabilitazione estensiva e Lungodegenza																								
<b>DIFFERENZE TRA SITUAZIONE ATTUALE E IPOTESI DI RIORDINO</b>																								
<i>DI CUI</i>																								
Ordinari																								
DH/DS																								
Riabilitazione intensiva																								
Riabilitazione estensiva e Lungodegenza																								
<b>Differenze</b>																								
Ordinari																								
DH/DS																								
Riabilitazione intensiva																								
Riabilitazione estensiva e Lungodegenza																								

(\*) Inclusi M. P. dell'ISPOC di Pesaro non conteggiati a livello territoriale e nei dati di Pilozzo (\*) 1.5 P.L. di Medicina riguardano lo sperimentazione di Montefeltro Salute per recupero mobilità passiva.









Tabella 4 – Area Vasta 4: Situazione attuale

RICLASSIFICAZIONE DISCIPLINE PER INTENSITA' DI ASSISTENZA	ZONA	DESCRIZIONE STRUTTURA	INRCA Fermo		PRESIDIO OSPEDALIERO FERMO		PRESIDIO OSPEDALIERO MONTEGIORGIO		PRESIDIO OSPEDALIERO S. ELPIDIO A MARE		RITA SRL CASA CURA PRIVATA VILVAVERDE		SOMMA ORDINARIO		SOMMA DIURNO		SOMMA TOTALE	
			Ord.	T.u. 2009	Dhur.	Tot.	Ord.	T.u. 2009	Dhur.	Tot.	Ord.	T.u. 2009	Dhur.	Tot.	Ord.	Dhur.	Ord.	Tot.
		<b>Tipologia P.L.</b>	Ord.	T.u. 2009	Dhur.	Tot.	Ord.	T.u. 2009	Dhur.	Tot.	Ord.	T.u. 2009	Dhur.	Tot.	Ord.	Dhur.	Ord.	Tot.
		ALLERGOLOGIA	0		1	1									0	1	0	1
		CHIRURGIA GENERALE	31	77,90%	0	31				9	62,1%	17	26	40	17	57	57	
		GASTROENTEROLOGIA	6	110,80%	0	6								6	0	6	6	
		GERIATRIA	24	73,8%	0	24								24	0	24	24	
		LUNGODEGENTI								6	13,4%	0	6	6	0	6	6	
		MALATT. ENDOCRINE/ECC.	0		1	1								0	1	1	1	
		MALATTIE INFETTIVE	13	104,20%	1	14								13	1	14	14	
		MEDICINA GENERALE	36	121,00%	2	38	20	92,50%	0	20	22	75,1%	0	22	98	2	100	100
		OCULISTICA	2	31,00%	4	6								2	4	6	6	
		ODONTOSTOMATOLOGIA	0		1	1								0	1	1	1	
		ORTOPEDIA-TRAUMAT.	30	65,20%	0	30								30	0	30	30	
		OSTETRICIA-GINECOL.	20	70,60%	0	20								20	0	20	20	
		OTORINOLARINGOIATRIA	9	25,80%	1	10								9	1	10	10	
		PEDIATRIA	14	54,40%	1	15								14	1	15	15	
		UROLOGIA	13	70,90%	0	13								13	0	13	13	
<b>A - Specialità di base</b>		<b>Subtotale</b>	<b>24</b>	<b>0</b>	<b>24</b>	<b>186</b>	<b>20</b>	<b>0</b>	<b>20</b>	<b>0</b>	<b>20</b>	<b>37</b>	<b>17</b>	<b>54</b>	<b>275</b>	<b>29</b>	<b>304</b>	<b>304</b>
		CARDIOLOGIA	24	56,0%	0	24	13	107,40%	1	14				37	1	38	38	
		NEFROLOGIA	8	108,70%	0	8								8	0	8	8	
		NEUROLOGIA	8	103,70%	0	8								8	0	8	8	
		ONCOLOGIA	0		15	15								0	15	15	15	
		RIEDUCAZ.-FUNZIONALE	23	78,2%	0	23								23	0	23	23	
<b>B - Specialità di media assistenza</b>		<b>Subtotale</b>	<b>47</b>	<b>0</b>	<b>47</b>	<b>16</b>	<b>45</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>76</b>	<b>16</b>	<b>92</b>	<b>92</b>
		PSICHIATRIA	14	93,20%	2	16								14	2	16	16	
<b>C - Specialità di elevata assistenza</b>		<b>Subtotale</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>16</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>14</b>	<b>2</b>	<b>16</b>	<b>16</b>
		ASTANTERIA	6	40,70%	0	6								6	0	6	6	
		TER.INT. - RIANIMAZIONE	5	37,50%	0	5								5	0	5	5	
		U.T.I.C.	5	15,00%	0	5								5	0	5	5	
<b>D - Intensiva</b>		<b>Subtotale</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>16</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>16</b>	<b>0</b>	<b>16</b>	<b>16</b>
Day Surgery		DAY SURGERY	0		10	10								0	10	10	10	
<b>TOTALE</b>		<b>TOTALE</b>	<b>71</b>	<b>0</b>	<b>71</b>	<b>233</b>	<b>40</b>	<b>273</b>	<b>20</b>	<b>0</b>	<b>20</b>	<b>37</b>	<b>17</b>	<b>54</b>	<b>381</b>	<b>57</b>	<b>438</b>	<b>438</b>

di cui

Ordinari	48	233	20	20	31	352
DH/DS	0	40	0	0	17	57
Riabilitazione intensiva	23	0	0	0	0	23
Riabilitazione estensiva e Lungodegenza	0	0	0	0	6	6

Tabella 4bis – Area Vasta 4: Ipotesi di riordino

RICLASSIFICAZIONE DISCIPLINE PER INTENSITA' DI ASSISTENZA	DESCRIZIONE STRUTTURA	AREA VASTA 4 DI FERMO											SOMMA ORDINARIO			SOMMA DIURNO			SOMMA TOTALE		
		ZONA 11											Ord.	Dhur.	Tot.	Ord.	Dhur.	Tot.	Ord.	Dhur.	Tot.
	Tipologia P.L.	INRCA FERMO	OSPEDALIERO FERMO	OSPEDALIERO MONTEGIORGIO	OSPEDALIERO S. ELPIDIO A MARE	RTA SRL CASA CURA PRIVATA VILLVERDE	Ord.	Dhur.	Tot.	Ord.	Dhur.	Tot.	Ord.	Dhur.	Tot.	Ord.	Dhur.	Tot.			
	ALLERGOLOGIA		0	1	1		0	1	1				0	1	1						
	CHIRURGIA GENERALE		31	0	31		31	0	31				40	16	57						
	GASTROENTEROLOGIA		6	0	6		6	0	6				6	0	6						
	GERIATRIA	24	0	24			24	0	24				24	0	24						
	LUNGODEGENTI						20	0	20				6	0	6						
	MALATT. ENDOCRINE.ECC.		0	1	1		0	1	1				0	1	1						
	MALATTIE INFETTIVE		13	1	14		13	1	14				13	1	14						
	MEDICINA GENERALE		36	2	38		36	2	38				21	0	21						
	OCULISTICA		2	4	6		2	4	6				2	4	6						
	ODONTOSTOMATOLOGIA		0	1	1		0	1	1				0	1	1						
	ORTOPEDIA-TRAUMAT.		30	0	30		30	0	30				30	0	30						
	OSTETRICIA-GINECOL.		20	0	20		20	0	20				20	0	20						
	OTORINOLARINGOIATRIA		9	1	10		9	1	10				9	1	10						
	PEDIATRIA		14	1	15		14	1	15				14	1	15						
	UROLOGIA		13	0	13		13	0	13				13	0	13						
<b>A - Specialità di base</b>	<b>Subtotale</b>	<b>24</b>	<b>0</b>	<b>24</b>	<b>174</b>	<b>12</b>	<b>186</b>	<b>20</b>	<b>0</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>0</b>	<b>36</b>	<b>16</b>	<b>53</b>	<b>274</b>	<b>28</b>	<b>303</b>			
	CARDIOLOGIA	24	0	24	13	1	14						37	1	38						
	INFEROLOGIA		8	0	8		8	0	8				8	0	8						
	NEUROLOGIA		8	0	8		8	0	8				8	0	8						
	ONCOLOGIA		0	15	15		0	15	15				0	15	15						
	RIEDUCAZ.-FUNZIONALE		23	0	23		23	0	23				23	0	23						
<b>B - Specialità di media assistenza</b>	<b>Subtotale</b>	<b>47</b>	<b>0</b>	<b>47</b>	<b>29</b>	<b>16</b>	<b>45</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>76</b>	<b>16</b>	<b>92</b>			
	PSICHIATRIA		14	2	16		14	2	16				14	2	16						
<b>C - Specialità di elevata assistenza</b>	<b>Subtotale</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>14</b>	<b>2</b>	<b>16</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>14</b>	<b>2</b>	<b>16</b>			
	ASTANTERIA		6	0	6		6	0	6				6	0	6						
	TER.INT. - RIANIMAZIONE		5	0	5		5	0	5				5	0	5						
	U.T.I.C.		5	0	5		5	0	5				5	0	5						
<b>D - Intensiva</b>	<b>Subtotale</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>16</b>	<b>0</b>	<b>16</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>16</b>	<b>0</b>	<b>16</b>			
Day Surgery	DAY SURGERY		0	10	10		0	10	10				0	10	10						
	<b>TOTALE</b>	<b>71</b>	<b>0</b>	<b>71</b>	<b>233</b>	<b>40</b>	<b>273</b>	<b>20</b>	<b>0</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>0</b>	<b>36</b>	<b>16</b>	<b>53</b>	<b>380</b>	<b>56</b>	<b>437</b>			
	Ordinari	48			233																
	DH/DS	0			40																
	Riabilitazione intensiva	23			0																
	Riabilitazione estensiva e Lungodegenza	0			0																
DIFFERENZE TRA SITUAZIONE ATTUALE E IPOTESI DI RIORDINO																					
	Ordinari	0			0																
	DH/DS	0			0																
	Riabilitazione intensiva	0			0																
	Riabilitazione estensiva e Lungodegenza	0			0																

Tabella 5 – Area Vasta 5: Situazione attuale

RICLASSIFICAZIONE DISCIPLINE PER INTENSITA' DI ASSISTENZA	AREA VASTA 5 DI ASCOLIP.												SOMMA ORDINARIA			SOMMA DIURNO			SOMMA TOTALE										
	12						13						Ord.			Ddur.			Tot.										
	DESCRIZIONE STRUTTURA		CASA DI CURA VILLA ANNA - SRL		CASA DI CURA STELLA MARIS SRL		OSP. MADONNA DEL SOCCORSO S. BENEDETTO		CASA DI CURA SAN GIUSEPPE		CASA DI CURA VILLA SAN MARCO		OSPEDALE GENERALE C.G. MAZZONI		OSPEDALE VITTORIO EMANUELE II AMANDOLA		Ord.			Ddur.			Tot.						
Tipologia P.L.		Ord.	T.u. 2009	Ddur.	Tot.	Ord.	T.u. 2009	Ddur.	Tot.	Ord.	T.u. 2009	Ddur.	Tot.	Ord.	T.u. 2009	Ddur.	Tot.	Ord.			Ddur.			Tot.					
	CHIRURGIA GENERALE	18	117,7%	2	20	21	67,1%	1	22	28	46,90%	4	32	20	33,2%	0	20	33	59,60%	4	17	133	15	148	3	1	4		
	GASTROENTEROLOGIA																												
	GERIATRIA																												
	LUNGODEGENTI	5	58,4%	0	5	5	29,7%	0	5	10	94,20%	0	10	37	119,5%	0	37	10	0,00%	0	10	12	79	0	79	0	26		
	MALATT. ENDOCRINE ECC.																												
	MALATTIE INFETTIVE																												
	MEDICINA GENERALE	28	62,1%	0	28	21	79,5%	1	22	32	80,30%	1	33	24	68,2%	0	24	52	113,60%	3	55	34	64,30%	1	35	197	6		
	NEONATOLOGIA																												
	OCULISTICA	1	2,7%	4	5					0	2	2						3	269,90%	0	3	3	0	3	0	3	0	3	
	ORTOPEDIA-TRAUMAT.	10	79,6%	2	12					25	61,70%	4	29					30	62,40%	4	34	65	10	75					
	GINECOLOGIA	7	30,0%	2	9	19	50,9%	1	20	23	73,30%	2	25					22	56,50%	3	25	71	8	79					
	OTORINOLARINGOIATRIA									11	70,20%	4	15					5	51,50%	1	6	16	5	21					
	PEDIATRIA									14	74,20%	1	15					20	111,60%	2	22	20	2	22					
	PNEUMOLOGIA																	0											
	RADIODIAGNOSTICA																	0											
	UROLOGIA																	18	65,20%	2	20	18	2	20					
<b>A - Specialità di base</b>	<b>Subtotale</b>	<b>69</b>	<b>10</b>	<b>79</b>	<b>66</b>	<b>3</b>	<b>69</b>	<b>172</b>	<b>28</b>	<b>200</b>	<b>37</b>	<b>0</b>	<b>37</b>	<b>44</b>	<b>0</b>	<b>44</b>	<b>222</b>	<b>32</b>	<b>254</b>	<b>59</b>	<b>5</b>	<b>64</b>	<b>669</b>	<b>78</b>	<b>747</b>				
	CARDIOLOGIA							15	60,20%	0	15							34	60,50%	2	36	49	2	51					
	NEFROLOGIA							3	72,30%	1	4							13	104,80%	1	14	16	2	18					
	NEURO RIAB.	5	0,0%	0	5													8	98,30%	0	8	31	1	32					
	NEUROPSICH INFANTILE							18	80,40%	1	19							0											
	ONCOLOGIA							0		9	9							0			14	14							
	RIEDUCAZ.-FUNZIONALE	5	35,2%	0	5			4	63,40%	0	4							48	41,2%	0	48	57	0	57					
<b>B - Specialità di media assistenza</b>	<b>Subtotale</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>40</b>	<b>11</b>	<b>51</b>	<b>53</b>	<b>0</b>	<b>53</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>55</b>	<b>18</b>	<b>73</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>158</b>	<b>29</b>	<b>187</b>					
	PSICHIATRIA							10	79,20%	0	10							10	88,90%	6	16	35	6	41					
<b>C - Specialità di elevata assistenza</b>	<b>Subtotale</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>10</b>	<b>15</b>	<b>0</b>	<b>15</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>10</b>	<b>6</b>	<b>16</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>35</b>	<b>6</b>	<b>41</b>					
	ASTANTERIA							9	2,60%	0	9							9	63,90%	0	9	18	0	18					
	TER. INT. - RIANIMAZIONE							5	29,90%	0	5							8	42,30%	0	8	13	0	13					
	U.T.I.C.							5	9,90%	0	5							7	9,20%	0	7	12	0	12					
<b>D - Intensiva</b>	<b>Subtotale</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>19</b>	<b>0</b>	<b>19</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>19</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>24</b>	<b>0</b>	<b>24</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>43</b>	<b>0</b>	<b>43</b>					
Day Surgery	DAY SURGERY																	0			21	21	0	21					
<b>TOTALE</b>	<b>TOTALE</b>	<b>79</b>	<b>10</b>	<b>89</b>	<b>66</b>	<b>3</b>	<b>69</b>	<b>241</b>	<b>39</b>	<b>280</b>	<b>105</b>	<b>0</b>	<b>105</b>	<b>44</b>	<b>0</b>	<b>44</b>	<b>311</b>	<b>77</b>	<b>388</b>	<b>59</b>	<b>5</b>	<b>64</b>	<b>905</b>	<b>134</b>	<b>1039</b>				

di cui

Ordinari	69	227	61	227	20	44	301	47	769
DH/DS	10	3	3	39	0	0	77	5	134
Riabilitazione intensiva	5	0	0	4	48	0	0	0	57
Riabilitazione estensiva e Lungodegenza	5	5	5	10	37	0	10	12	79

Tabella 5bis – Area Vasta 5: Ipotesi di riordino

		12						13					
		AREA VASTA 5 DI ASCOLI P.											
ZONA													
RICLASSIFICAZIONE DISCIPLINE PER INTENSITA' DI ASSISTENZA	DESCRIZIONE STRUTTURA	Ord.	Dhur.	Tot.	Ord.	Dhur.	Tot.	Ord.	Dhur.	Tot.	Ord.	Dhur.	Tot.
		12	13	12	13	12	13	12	13	12	13	12	13
	<b>Tipologia P.L.</b>	Ord.	Dhur.	Tot.	Ord.	Dhur.	Tot.	Ord.	Dhur.	Tot.	Ord.	Dhur.	Tot.
	CHIRURGIA GENERALE	18	4	22	21	2	23	28	4	32	20	0	20
	GASTROENTEROLOGIA							3	1	4			
	GERIATRIA							25	1	26			
	LUNGODEGENTI	5	0	5	5	0	5	10	0	10	37	0	37
	MALATT. ENDOCRINE.ECC.							1	8	9			
	MALATTIE INFETTIVE												
	MEDICINA GENERALE	19	0	19	21	1	22	32	1	33	18	0	18
	NEONATOLOGIA												
	OCULISTICA	1	4	5				0	2	2			
	ORTOPEDIA-TRAUMAT.	10	2	12				25	4	29			
	OSTETRICIA-GINECOL.	7	2	9	10	1	11	23	2	25			
	OTORINOLARINGOIATRIA							11	4	15			
	PEDIATRIA							14	1	15			
	PNEUMOLOGIA												
	RADIOLOGIA												
	UROLOGIA												
	<b>Subtotale</b>	<b>60</b>	<b>12</b>	<b>72</b>	<b>57</b>	<b>4</b>	<b>61</b>	<b>172</b>	<b>28</b>	<b>200</b>	<b>37</b>	<b>0</b>	<b>37</b>
	<b>A - Specialità di base</b>												
	CARDIOLOGIA							15	0	15			
	NEFROLOGIA							3	1	4			
	NEURO RIAB.	5	0	5									
	NEUROLOGIA							18	1	19	2	0	2
	NEUROPSICHI. INFANTILE												
	ONCOLOGIA							0	9	9			
	RIEDUCAZ.-FUNZIONALE	5	0	5				4	0	4	48	0	48
	<b>Subtotale</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>40</b>	<b>11</b>	<b>51</b>	<b>50</b>	<b>0</b>	<b>50</b>
	<b>B - Specialità di media assistenza</b>												
	PSICHIATRIA							10	0	10	15	0	15
	<b>Subtotale</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>10</b>	<b>15</b>	<b>0</b>	<b>15</b>
	<b>C - Specialità di elevata assistenza</b>												
	ASTANTERIA							9	0	9			
	TER.INT. - RIANIMAZIONE							5	0	5			
	U.T.I.C.							5	0	5			
	<b>Subtotale</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>19</b>	<b>0</b>	<b>19</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
	<b>D - Intensiva</b>												
	DAY SURGERY												
	<b>TOTALE</b>	<b>70</b>	<b>12</b>	<b>82</b>	<b>57</b>	<b>4</b>	<b>61</b>	<b>241</b>	<b>39</b>	<b>280</b>	<b>102</b>	<b>0</b>	<b>102</b>
	<i>di cui</i>												
	Ordinari	60		60	52		52	227		227	17		17
	DH/DS	12		12	4		4	39		39	0		0
	Riabilitazione intensiva	5		5	0		0	4		4	48		48
	Riabilitazione estensiva e Lungodegenza	5		5	5		5	10		10	37		37
	<b>Differenze</b>												
	Ordinari	-7		-7	-8		-8	0		0	-3		-3
	DH/DS	-9		-9	-9		-9	0		0	-3		-3
	Riabilitazione intensiva	2		2	1		1	0		0	0		0
	Riabilitazione estensiva e Lungodegenza	0		0	0		0	0		0	0		0
	<b>Differenze</b>												
	Ordinari												
	DH/DS												
	Riabilitazione intensiva												
	Riabilitazione estensiva e Lungodegenza												

In sintesi, il quadro complessivo dei Posti letto risultanti dalle azioni di riordino dell'ASUR, ipotizzando il mantenimento dei posti letto delle AAOO, è riportato nel prospetto seguente che evidenzia il rispetto degli standard previsti dal Patto per la Salute 2010-2012.

	Area Vasta 1	Area Vasta 2	Area Vasta 3	Area Vasta 4	Area Vasta 5	Regione
<b>Popolazione</b>	<b>365.788</b>	<b>491.826</b>	<b>310.862</b>	<b>177.480</b>	<b>213.586</b>	<b>1.559.542</b>
Ordinari pubblico	745	1729	722	281	528	4005
Ordinari privato	0	130	149	31	167	477
<b>Totale Ordinario</b>	<b>745</b>	<b>1859</b>	<b>871</b>	<b>312</b>	<b>695</b>	<b>4482</b>
<b>Posti letto per mille abitanti - Ord</b>	<b>2,0</b>	<b>3,8</b>	<b>2,8</b>	<b>1,8</b>	<b>3,3</b>	<b>2,9</b>
DH/DS pubblico	138	214	108	40	126	626
DH/DS privato	0	7	24	16	16	63
<b>Totale DH/DS</b>	<b>138</b>	<b>221</b>	<b>132</b>	<b>56</b>	<b>142</b>	<b>689</b>
<b>Posti letto per mille abitanti - DS/DH</b>	<b>0,4</b>	<b>0,4</b>	<b>0,4</b>	<b>0,3</b>	<b>0,7</b>	<b>0,4</b>
Riabilitazione intensiva pubblico	40	56	18	23	4	141
Riabilitazione intensiva privato	0	86	49	0	53	188
<b>Totale riabilitativa</b>	<b>40</b>	<b>142</b>	<b>67</b>	<b>23</b>	<b>57</b>	<b>329</b>
<b>Posti letto per mille abitanti - Riabilitativa</b>	<b>0,1</b>	<b>0,3</b>	<b>0,2</b>	<b>0,1</b>	<b>0,3</b>	<b>0,2</b>
Riabilitazione estensiva e Lungodegenza pubblico	149	187	109	40	55	540
Riabilitazione estensiva e Lungodegenza privato	0	97	25	6	47	175
<b>Totale LPA</b>	<b>149</b>	<b>284</b>	<b>134</b>	<b>46</b>	<b>102</b>	<b>715</b>
<b>Posti letto per mille abitanti - LPA</b>	<b>0,4</b>	<b>0,6</b>	<b>0,4</b>	<b>0,3</b>	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>
<b>TOTALE</b>	<b>1072</b>	<b>2506</b>	<b>1204</b>	<b>437</b>	<b>996</b>	<b>6215</b>
<b>Posti letto per mille abitanti - totale</b>	<b>2,9</b>	<b>5,1</b>	<b>3,9</b>	<b>2,5</b>	<b>4,7</b>	<b>4,0</b>



## **Allegato 7**

### **INTERVENTO n. 7**

## **LA RETE EMERGENZA URGENZA**

## INTERVENTO 7: RIORGANIZZAZIONE EMERGENZA URGENZA

### Normativa di riferimento:

- Legge Regionale n. 36 del 30 ottobre 1998, "Sistema di emergenza sanitaria"
- DGRM 17 del 17/01/2010: "Linee di indirizzo per l'attuazione del Patto per la salute 2010 - 2012 e della legge di stabilità 2011 – Approvazione"
- ACN 29/07/2009 "Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale"

### **Premessa**

L'intervento si rende necessario per assicurare, contestualmente alla riorganizzazione e semplificazione della rete ospedaliera, risposte immediate ed efficaci alle situazioni di emergenza-urgenza, partendo da azioni volte alla riorganizzazione del Sistema territoriale di soccorso, dei Punti di Primo Intervento (PPI), della rete dei Pronto Soccorso e dei Dipartimenti di Emergenza ed Accettazione (DEA) e della continuità assistenziale.

Al fine di migliorare il percorso dei processi assistenziali in emergenza (trauma grave, arresto cardiaco, infarto miocardico, ictus, insufficienza respiratoria, emergenza materno-infantile) e, al contempo, omogeneizzare l'attività delle Centrali operative "118", si propone una riorganizzazione della rete delle POTES e dei Punti di primo intervento.

Da tale azione devono derivare: un aumento della percentuale di servizi svolti dal mezzo di competenza della postazione; un miglioramento dell'appropriatezza del tipo di equipaggi inviati in relazione al tipo di intervento; il mantenimento di tempi di intervento adeguati secondo le disposizioni regionali nelle zone più disagiate del territorio; infine, un miglioramento della gestione dei trasporti secondari, anche attraverso il corretto utilizzo delle Associazioni di Volontariato.

Le Zone Territoriali, su indicazione di questa Direzione, hanno prodotto documenti progettuali riconducibili a due macro-azioni:

1. Riorganizzazione della rete territoriale;
2. Revisione dei Punti di primo intervento (PPI).

I progetti inerenti le due azioni sopraelencate sono stati prodotti secondo metodologie condivise e strumenti comuni.

Gli esiti di queste progettualità sono stati analizzati dal gruppo di lavoro all'uopo istituito che, relazionandosi di volta in volta con le Direzioni stesse, ha sintetizzato le seguenti modalità operative:

### **Punti di primo intervento**

L'art.14 della LR 36/2008, a proposito dei Punti di primo intervento (PPI) dispone che:

*"1. Il punto di primo intervento è una struttura sanitaria presso cui è possibile effettuare il primo intervento medico in caso di problemi minori, stabilizzare il paziente in fase critica e, eventualmente, disporre il trasporto presso l'ospedale più idoneo.*

*2. L'Asur istituisce punti di primo intervento nei presidi ospedalieri privi di unità operativa autonoma di pronto soccorso, utilizzando esclusivamente il personale presente nei presidi medesimi. Ove, in casi particolari, fosse necessaria una dotazione aggiuntiva di personale, la costituzione dei punti di primo intervento è autorizzata dalla Giunta regionale.*

*3. La dotazione aggiuntiva di personale nei punti di primo intervento è effettuata sentito il parere del Comitato regionale per l'emergenza sanitaria e previa verifica dei requisiti igienico sanitari e strutturali stabiliti dal comitato stesso.*

*4. Il personale sanitario delle POTES localizzate presso i punti di primo intervento è impegnato anche nell'attività dei punti medesimi. Tale personale è tenuto ad eseguire prioritariamente le richieste della Centrale operativa da cui dipende."*

Attualmente sono attivi 14 Punti di primo intervento nei piccoli Ospedali, che si aggiungono a 16 Pronto soccorso; 3 piccoli Ospedali non hanno nessuno dei due servizi. Quasi tutti i Punti di primo intervento hanno una dotazione aggiuntiva di personale.

La criticità rilevabile nell'attuale assetto organizzativo consiste nel fatto che con il tempo l'utilizzo dei PPI in alcune sedi si è modificato, scorrendo verso attività inappropriate e non previste dalla citata normativa di riferimento, tanto da mettere a rischio la qualità e la sicurezza delle prestazioni nei confronti sia degli utenti, sia dei professionisti. In altri casi si è registrata una scarsa efficienza, per l'insufficiente numero di prestazioni erogate rispetto al personale a qualsiasi titolo impegnato.

### **Proposta**

Il tema della riorganizzazione dei Punti di primo intervento è strettamente connesso con il piano di riorganizzazione dei piccoli Ospedali di cui al punto 1.6.2 della Delibera di Giunta regionale n.17/2011.

Il Punto di primo intervento può essere previsto solo negli Ospedali che mantengono UO per acuti. Può essere previsto per 24 ore o, eccezionalmente, per 12 ore.

In conseguenza del processo di riorganizzazione e riconversione dei piccoli Ospedali e dei requisiti sopra richiamati sono, pertanto, previsti Punti di primo intervento nei presidi di Pergola, Recanati, Tolentino, San Severino, Amandola.

In deroga ai precedenti criteri si prevede un Punto di primo intervento nel presidio di Sassocorvaro (a causa della collocazione geografica) e di Loreto h12 (per l'elevato numero di prestazioni).

Presso l'ospedale di San Severino viene attivato il Punto di Primo intervento, in luogo dell'attuale assetto organizzativo configurato come parte del Pronto soccorso dell'Ospedale di Camerino.

Al fine di favorire la riorganizzazione complessiva del sistema di emergenza sanitaria il personale convenzionato del 118 che ne ha titolo è inquadrato nei ruoli del Servizio sanitario regionale potendo così essere meglio utilizzato nei dipartimenti di emergenza per le attività ospedaliere e territoriali, contribuendo in tal modo anche a sanare le criticità che si riscontrano nel reclutamento di dirigenti per i Pronto soccorso Regionali.

La presente proposta di identificazione dei Punti di Primo intervento risponde alle indicazioni di cui al comma 3 dell'art.14 della LR 36/2008.

### Punti di primo intervento: situazione attuale e previsione futura

Zona/Ospedali	Situazione attuale	Previsione futura
2.Sassocorvaro	Si	Si
2.Cagli	Si	
3.Pergola	Si	Si
3.Fossombrone	Si	
5.Cingoli	Si	
7.Chiaravalle	Si	
7.Loreto	Si	Si 12h
8.Recanati	Si	Si
9.Tolentino	Si	Si
10.Matelica	Si	
10.San Severino		Si
11.Montegiorgio	Si	
11.Sant'Elpidio	Si	
13.Amandola	Si	Si
<b>ASUR</b>	<b>14</b>	<b>7</b>

Note: Il Punto di primo intervento presso l'Ospedale di Recanati deve essere gestito dal personale della Potes con l'ausilio del personale delle unità operative dell'Ospedale. Il PPI dell'Ospedale di Amandola deve essere gestito dal personale della Potes a cui si aggiunge, di notte, il personale della postazione di continuità assistenziale.

### POTES

Le postazioni territoriali dell'emergenza sanitaria (POTES) garantiscono, sul luogo in cui si verifica una emergenza sanitaria, il soccorso necessario. Costituisce obiettivo del sistema garantire un intervento di soccorso entro otto minuti dalla chiamata per le aree urbane e venti minuti per le aree extraurbane, salvo particolari situazioni di complessità orografica e di viabilità (art.7 LR 36/1998).

L'art. 8 della citata L.R. 36/1998 attribuiva alla Giunta regionale il compito di stabilire:

- La localizzazione delle POTES nel territorio regionale;
- Quali sedi delle POTES debbono funzionare per dodici ore al giorno o comunque per un orario che non copre tutta la giornata, tenendo conto della popolazione afferente e della specifica epidemiologia.

In realtà la Regione non ha fino ad ora provveduto agli adempimenti sopra richiamati e, di fatto, l'attuale rete di distribuzione delle POTES si è sviluppata sulla base di scelte locali, che hanno portato a un quadro non omogeneo sia relativamente al numero delle postazioni, sia alla composizione degli equipaggi.

Per di più, manca un riferimento comune che indichi una scelta definitiva circa il modello prescelto. Tale scelta potrà essere operata compiutamente dopo che saranno risolte due criticità tuttora esistenti:

- La disomogeneità della collocazione delle Centrali operative 118, che in AV 1 e AV 2 sono all'interno delle Aziende Ospedaliere, invece che essere inserite più opportunamente, come le altre, all'interno dell'ASUR. Tale riorganizzazione consente di rendere coerente il coordinamento dei trasporti in emergenza e programmati, assegnati questi ultimi all'ASUR dalla DGRM 1004/09, in tutto il territorio regionale. Inoltre, la riunificazione di tutte le Centrali 118 nell'ASUR consente lo sviluppo di una progettualità condivisa ed integrata, favorita dalla possibilità di un coordinamento delle funzioni di responsabilità.
- La ridefinizione della legge regionale sui trasporti sanitari, in via di perfezionamento.

## **Proposta**

Tenendo conto delle prescrizioni della LR 36/1998, del piano di riorganizzazione dei piccoli Ospedali di cui al punto 1.6.2 della Delibera della Giunta regionale n.17/2011 e della nuova previsione dei Punti di Primo intervento, si propongono le seguenti Postazioni Territoriali dell'emergenza sanitaria (POTES):

- AV Pesaro: Fossombrone, Cagli, Sassocorvaro, Pesaro, Urbino, Fano, Marotta, Montecchio, Pergola, Mercatino Conca (infermieristica);
- AV Ancona: Chiaravalle (infermieristica), Osimo/Loreto, Senigallia, Arcevia (infermieristica), Ancona centro, Ancona Torrette, Jesi, Filottrano (infermieristica 12h), Cingoli (infermieristica), Fabriano.
- AV Macerata: Matelica (infermieristica), Civitanova, Recanati, Macerata, Tolentino, Camerino, S. Severino (infermieristica), Passo S. Angelo (infermieristica).
- AV Fermo: Montegiorgio, Fermo, Petritoli (infermieristica).
- AV Ascoli Piceno: Ascoli Piceno, Amandola, Offida, S. Benedetto del Tronto.

## **POTES: situazione attuale e previsione futura**

<b>Zona/località</b>	<b>Situazione attuale</b>	<b>Previsione futura</b>
1.Pesaro	Si (1 medica 24h e 1 inf. 12h)	Si (1 medica 24h e 1 inf. 12h)
1.Montecchio	Si (12h)	Si (12h)
2.Urbania	Si	Stand by
2.Sassocorvaro	Si	Si
2.Urbino	Si	Si
2.Mercatino Conca	Si infermieristica	Si infermieristica
2.Cagli	Si	Si
3.Fossombrone	Si	Si
3.Fano	Si (1 medica 24h e 1 inf. 12h)	Si (1 medica 24h e 1 inf. 12h)
3.Marotta	Si	Si
3.Pergola	Si	Si
4.Senigallia	Si	Si
4.Arcevia	Si	Si infermieristica
5.Jesi	Si	Si
5.Filottrano	Si infermieristica	Si infermieristica
5.Cingoli	Si	Si infermieristica
6.Fabriano	Si (auto medica)	Si
6.Sassoferrato	Si	
7.Falconara	Si	
7.Chiaravalle		Si infermieristica
7.Osimo/Loreto	Si	Si
7.Ancona Centro	Si	Si (trasferire a INRCA)
7.Ancona Torrette	Si	Si
8.Civitanova	Si	Si
8.Recanati	Si	Si
9.Macerata	Si	Si
9.Tolentino	Si	Si
9.Passo S. Angelo	Si infermieristica	Si infermieristica
10.Matelica	Si	Si infermieristica
10.Camerino	Si	Si
10.San Severino	Si infermieristica	Si (trasformazione del PS)
11.Montegiorgio	Si	Si
11.Porto San Giorgio	Si	
11.Fermo		Si
11.Petritoli	Si infermieristica	Si infermieristica
12.S. Benedetto d.T.	Si (1 medica 24h e 1 inf. 24h)	Si (1 medica 24h e 1 inf. 24h)
13.Ascoli Piceno	Si	Si
13.Amandola	Si	Si
13.Offida	Si	Si
<b>ASUR</b>	<b>39</b> (di cui 7 infermieristiche)	<b>37</b> (di cui 10 infermieristiche)

POTES infermieristica indica un Distaccamento della POTES

## **Equipaggi**

L'art. 8 della L.R. 36/1998 stabilisce che l'equipaggio delle POTES garantisce, sul luogo in cui si verifica un'emergenza sanitaria, il soccorso qualificato allo scopo di permettere il mantenimento delle funzioni vitali dell'assistito ed il suo trasporto protetto verso ospedali, individuati dalla Centrale operativa, capaci di fornire l'assistenza specialistica adeguata al caso.

L'art. 8 della L.R. 36/1998 delle Marche stabilisce che le aziende sanitarie possono utilizzare nelle POTES il seguente personale:

- a) *Medico, con priorità per il personale dei servizi di emergenza territoriale di cui al vigente accordo collettivo nazionale di lavoro per i medici di medicina generale;*
- b) *Infermiere professionale;*
- c) *Autista di ambulanza dipendente del servizio sanitario nazionale che ha partecipato ai corsi di cui all'articolo 23, ovvero autista di ambulanza volontario, che ha partecipato ai corsi indicati all'articolo 9, comma 4, lettera b);*
- d) *Soccorritore volontario qualificato appartenente alla CRI o ad una associazione di volontariato accreditata ai sensi dell'articolo 26 bis.*

La Giunta regionale avrebbe dovuto stabilire, con proprio atto, la composizione qualitativa e quantitativa del personale degli equipaggi dei mezzi di soccorso, sentito il parere del Comitato regionale per l'emergenza, cosa che fino ad oggi non è stata fatta.

Di conseguenza, la composizione degli equipaggi si è determinata sulla base di scelte locali, con evidenti difformità tra le aree vaste e con un impegno complessivo di equipaggi di soccorso avanzato (POTES medicalizzate) di gran lunga superiore ad altre Regioni sanitariamente evolute: si consideri che la regione Marche nel 2005 (Fonte report Ministero Salute) aveva, in assoluto, 26 equipaggi di soccorso avanzato, un numero più elevato del Veneto (17) e dell'Emilia Romagna (22), e la Lombardia con il doppio degli equipaggi delle Marche ma a servizio di una popolazione che è sei volte quella delle Marche.

La situazione attuale è ancor più eclatante, perché nel frattempo le POTES medicalizzate sul territorio regionale sono aumentate a ben 32, e ciò in presenza di uno sviluppo ulteriore del sistema di trasporto mediante elisoccorso che nel frattempo si è dotato di un secondo elicottero!

## **Proposte**

La proposta sopra riportata circa numero e composizione delle POTES deve essere considerata provvisoria, in attesa della soluzione delle criticità citate nel richiamato paragrafo.

In ogni caso l'ASUR intende promuovere una riorganizzazione complessiva che punti, in luogo della rete diffusa di POTES medicalizzate:

- ad un maggior utilizzo di auto mediche in posizione di hub rispetto ai territori, con POTES infermieristiche e mezzi di soccorso in stand by in funzione di spoke. A questo fine saranno indirizzate direttive alle Aree vaste in attesa delle quali vale la proposta sopra richiamata.
- alla valorizzazione degli equipaggi infermieristici che devono essere utilizzati maggiormente, al pari della altre regioni, secondo protocolli condivisi. A questo fine l'Asur riconosce i protocolli infermieristici per i provvedimenti salvavita (PIST) che tali equipaggi sono autorizzati ad effettuare negli interventi di emergenza sul territorio.
- all'inquadramento nei ruoli della dipendenza del personale delle Potes che ne ha titolo, anche al fine di contribuire all'erogazione delle prestazioni nelle strutture sanitarie di sosta/attesa delle Potes.
-

## Stand-by pubbliche assistenze

La Giunta Regionale con DGR n. 120/2004 ha riconosciuto 58 postazioni di stand-by alle Associazioni di volontariato, ad un costo annuo medio attuale di € 85.000, cui si aggiungono i rimborsi chilometrici (0,4 euro a km). Di fatto, alcune di queste postazioni di stand by sono state utilizzate a supporto delle POTES e pertanto non vengono ricomprese nella proposta seguente di riorganizzazione.

La proposta di revisione della rete delle postazioni di stand-by delle associazioni di volontariato è formulata alla luce delle modificazioni nella organizzazione della rete per l'emergenza, basando la nuova previsione sulle necessità del sistema di emergenza sanitaria.

## Proposte

La convenzione con le associazioni di volontariato per lo stand-by deve essere attivata solo nel caso in cui la rete delle Potes lasci scoperto un territorio (ogni comune deve essere raggiunto entro 20 minuti) o nel caso in cui la Potes pubblica non abbia i mezzi di trasporto necessari (in questo caso lo stand-by è a supporto della Potes). Tenendo conto delle prescrizioni della LR 36/1998, della delibera della Giunta regionale n.17/2011, della nuova previsione dei Punti di Primo intervento e delle POTES vengono previste le seguenti convenzioni con le associazioni di volontariato per le postazioni di stand-by :

- AV Pesaro: 1 (ridotta).
- AV Macerata: 11 (+1 ridotta).
- AV Ancona: 18 (+1 ridotta).
- AV Fermo: 7.
- AV Ascoli Piceno: 7.

## Postazioni di stand-by : situazione attuale e previsione futura

Zona	Situazione attuale	Previsione futura
1.Pesaro		
2.Urbino	Apecchio (ridotta)	Apecchio (ridotta)
3.Fano		
4.Senigallia	Ostra, Corinaldo, Senigallia (solo notte)	Ostra Vetere, Senigallia (solo estate)
5.Jesi	Cupramontana, Jesi CRI, Jesi Croce Verde, S.Maria Nuova/Morro d'Alba, Apiro	Cupramontana, Jesi CRI, Jesi Croce Verde, S.Maria Nuova/Morro d'Alba, Apiro
6.Fabriano	Fabriano, Serra San Quirico	Fabriano, Sassoferrato, Serra San Quirico
7.Ancona	Ancona CRI, Ancona Croce gialla, Ancona CRI/Croce gialla, Agugliano, Montemarciano, Chiaravalle, Falconara, Falconara auto medica, Camerano, Castelfidardo, Numana/Sirolo, Osimo/Loreto	Ancona CRI, Ancona Croce gialla, Ancona CRI/Croce gialla, Agugliano/Montemarciano, Chiaravalle (ambulanza), Falconara, Camerano, Castelfidardo, Numana/Sirolo, Osimo/Loreto
8.Civitanova	Civitanova Verde, Civitanova CRI, Morrovalle/M.S. Giusto, Porto Recanati	Civitanova Verde, Civitanova CRI, Morrovalle/M.S. Giusto, Porto Recanati
9.Macerata	Macerata CRI, Macerata Croce Verde, Tolentino	Macerata CRI, Macerata Croce Verde, Tolentino
10.Camerino	Matelica, Camerino, Visso, Fiastra notte	Matelica, Camerino, Visso, Fiastra notte
11.Fermo	S.Elpidio a Mare, Porto S.Elpidio Croce Verde, Fermo Croce verde, Altidona Croce verde, P.S.Giorgio Croce azzurra, Montegiorgio Misericordia, Ete emergenza, Montegranaro, Monte San Pietrangeli)	S.Elpidio a Mare/Porto S.Elpidio, Fermo Croce verde, Altidona Croce verde, P.S.Giorgio Croce azzurra, Ete emergenza, Montegranaro, Monte San Pietrangeli)
12.S. Benedetto d.T.	4 convenzioni di stand-by	4 convenzioni di stand-by
13.Ascoli Piceno	4 convenzioni di stand-by	3 convenzioni di stand-by
<b>ASUR</b>	<b>50 convenzioni</b>	<b>45 convenzioni</b>

## Continuità assistenziale

L'art.12 della L.R. 36/1998 testualmente recita: *"In considerazione della nuova organizzazione del sistema di emergenza sanitaria, le sedi di servizio dell'attività di continuità assistenziale sono rideterminate secondo parametri rispondenti alle reali necessità del territorio e comunque facendo in modo che ogni sede **assista almeno 20.000 abitanti**. Nei comuni montani svantaggiati ed in quelli che attualmente usufruiscono dei benefici di cui all'obiettivo 5b dell'Unione Europea, la Giunta regionale può concedere deroghe rispetto al numero di abitanti, tenendo conto della vastità del territorio e delle caratteristiche della viabilità"*.

In base alla popolazione attuale e alle deroghe concesse, la Regione Marche dovrebbe avere al massimo 77 postazioni di continuità assistenziale mentre ne risultano 88. In effetti, dai dati ministeriali risulta una dotazione di medici titolari di guardia medica pari a 26 per 100.000 abitanti che è superiore alla media italiana (che è pari a 22 per 100.000 abitanti) e sensibilmente superiore a tutte le regioni del centro-nord, con esclusione dell'Umbria.

## Proposta

La riorganizzazione dei punti di Guardia medica di ogni singola Zona Territoriale è finalizzata al rispetto della citata norma di legge che prevede una popolazione di almeno 20.000 abitanti per ogni punto. Tenendo conto delle necessità del territorio regionale e delle prescrizioni della LR 36/1998, della delibera della Giunta regionale n.17/2011 e della nuova organizzazione del sistema di emergenza territoriale vengono previste le seguenti postazioni di continuità assistenziale :

ZT1: 6 turni notturni.

ZT2: 8 turni notturni. Parte del risparmio andrebbe destinato alla creazione di un ambulatorio h24 a Cagli per i codici bianchi e verdi.

ZT3: 7 turni notturni.

ZT4: Postazioni di Senigallia, Ostra Vetere, Corinaldo, Arcevia.

ZT5: 5 turni notturni.

ZT6: 3 turni notturni.

ZT7: 11 turni notturni.

ZT8: 5 turni notturni.

ZT9: 8 postazioni.

ZT10: 4 turni.

ZT11: 7 turni notturni.

ZT12: 4 turni notturni.

ZT13: 7 turni notturni.

L'Asur dispone che le chiamate alla CA siano convogliate e gestite presso la centrale operativa del 118. Sarà attivato un turno di medici della continuità assistenziale presso ogni centrale operativa al fine di fornire supervisione e consulenza per un utilizzo più efficace ed appropriato dei servizi di continuità assistenziale del territorio provinciale.

Le postazioni di Continuità assistenziale, di norma, sono collocate, laddove presenti, presso le strutture sanitarie con particolare riferimento ai locali del pronto soccorso/PPI al fine di favorire la collaborazione operativa fra il personale della Continuità assistenziale e le strutture ospitanti.

**Continuità assistenziale: situazione attuale e previsione futura**

<b>Zona</b>	<b>Situazione attuale</b>	<b>Previsione futura</b>
1.Pesaro	6 turni notturni (Pesaro (3), Montecchio (2), Gabicce + 1 turno festivo e prefestivo (Pesaro)	6 turni notturni (Pesaro, Montecchio, Gabicce). E' ricompreso un turno presso la Centrale operativa 118.
2.Urbino	8 postazioni, 11 turni notturni (Cagli (2), Apecchio/Piobbico, Urbino (2+1f), Macerata Feltria, Mercatino Conca, Urbania, Sant'Angelo, Lunano)	8 turni notturni
3.Fano	8 turni notturni (Pergola (2), Mondavio, Mondolfo, Fano (2), Calcinelli, Fossombrone)	7 turni notturni
4.Senigallia	5 postazioni, (6 turni notturni): Ostra, Ostra Vetere, Corinaldo, Arcevia Senigallia (2)	5 turni notturni: Ostra Vetere, Corinaldo, Arcevia Senigallia (2)
5.Jesi	6 turni notturni (Jesi, San Marcello, Filottrano, Cingoli, Moie di Maiolati, Cupramontana) + 3 turni diurni (8-20) nelle 3 RSA (Cupramontana, Filottrano, Montecarotto)	5 turni notturni
6.Fabriano	3 postazioni (4 turni): Fabriano (2), Sassoferrato, Serra San Quirico	3 turni notturni
7.Ancona	11 turni notturni (Loreto, Osimo, Camerano/Sirolo, Castelfidardo, Agugliano/Polverigi, Chiaravalle, Falconara (2), Ancona (3) + 1 turno f e pf (Osimo)	11 turni notturni (Loreto, Osimo, Camerano/Sirolo, Castelfidardo, Agugliano/Polverigi, Chiaravalle, Falconara (2), Ancona (3). E' ricompreso un turno presso la Centrale operativa 118.
8.Civitanova	5 turni notturni (Civitanova Marche, Recanati, Porto Recanati, Potenza Picena, Trodica di Morrovalle)	5 turni notturni (Civitanova Marche, Recanati, Porto Recanati, Potenza Picena, Trodica di Morrovalle)
9.Macerata	9 turni notturni (Macerata (2), Treia, Corridonia, Tolentino, Caldarola, Sarnano, Passo Sant'Angelo, Penna San Giovanni) + 3 postazioni festivi e prefestivi (Montecassiano, Pollenza, Mogliano)	8 turni notturni. (Macerata 2, Treia, Corridonia, Tolentino, Sarnano, Passo Sant'Angelo). E' ricompreso un turno presso la Centrale operativa 118.
10.Camerino	6 turni notturni (2 Castelraimondo, Pievetorina, Visso, Fiastra, Fiunimata)	4 turni notturni (Visso, Camerino, Matelica, Pievebovigliana) + reperibilità MMG a Fiastra
11.Fermo	7 postazioni (8 turni notturni): Fermo, Porto San Giorgio, Porto Sant'Elpidio, Sant'Elpidio a Mare, Montegranaro, Montegiorgio (2), Petritoli +1 f-pf Petritoli	7 turni notturni + 1 turno f-pf Petritoli
12.S. Benedetto d.T.	4 postazioni (5 turni notturni): Ripatransone, Montalto, Montefiore, San Benedetto D.T. (2) + 1 turno festivi e prefestivi estivo a SBDT	4 turni notturni + 1 turno festivo e prefestivo estivo a SBDT
13.Ascoli Piceno	6 postazioni (7 turni notturni): Amandola, Santa Vittoria Ponte Maglio, Ascoli Piceno (2), Acquasanta Terme, Offida	7 turni notturni: Amandola, Santa vittoria Ponte Maglio, Ascoli Piceno, Acquasanta Terme, Offida. E' ricompreso un turno presso la Centrale operativa 118.
<b>ASUR</b>	<b>92 turni notturni</b> (+7 solo festivi e pf) + 3 turni diurni	<b>80 turni notturni</b> (+2 solo festivi e pf)

Note: Le RSA della ZT5 di Jesi sono coperte dal personale medico del presidio sanitario di Cingoli.

## **Il ticket del Pronto soccorso (art. 20)**

Attualmente la gran parte degli accessi al Pronto soccorso sono inappropriati e dovrebbero essere trattati in altra sede. Si tratta di prestazioni classificate come codici bianchi e verdi per pazienti che non “si trovano in condizioni di emergenza o urgenza derivanti da eventi acuti di qualsiasi causa o natura verificatesi nell’arco delle 24 ore precedenti” (art. 20, comma 1).

La grande maggioranza di tali prestazioni inappropriate sono richieste da cittadini esenti da ticket tanto da lasciar presumere un uso fortemente opportunistico del Pronto soccorso.

Le norme attuali della Regione Marche prevedono che siano “sottoposte al meccanismo della compartecipazione al costo le prestazioni che non rientrano nei casi” di cui all’art. 20 comma 1 della LR 36/1998 già citato, “e che possono essere erogate, senza alcun rischio per la salute del paziente, secondo le ordinarie procedure”. Per queste prestazioni, una delibera della Giunta regionale, ha fissato un ticket di 25 euro per i soli codici bianchi non seguiti da ricovero. Sono esclusi dal pagamento del ticket i soggetti esenti, i minori di 14 anni di età e i non esenti che afferiscono al Pronto soccorso a seguito di traumatismi e avvelenamenti acuti.

## **Proposta**

L’esenzione deve valere per tutti coloro che usufruiscono in modo appropriato dei servizi sanitari. Altrimenti, invece di sostenere soggetti fragili si finisce per promuovere e sviluppare un uso inappropriato degli stessi.

Si propone pertanto alla Regione Marche di intervenire con una deliberazione di Giunta che disponga:

- che per le prestazioni differibili (codici bianchi e verdi) è dovuta una quota fissa di €25,00, senza l’applicazione di esenzioni. Per i soli minori fino a 14 anni tale quota non è dovuta;
- che sono sottoposte ad ulteriore ticket (fino ad un massimo di € 36,20) tutte le prestazioni sanitarie effettuate a favore delle persone presentate al pronto soccorso a cui è stato assegnato un codice bianco o verde. In questo caso, invece, sono pienamente efficaci le esenzioni previste dalla normative per la compartecipazione al costo delle prestazioni.

Con questi necessari provvedimenti si disincentiveranno gli accessi inappropriati che sono in costante crescita riducendo l’insopportabile pressione che la popolazione esercita nei confronti del pronto soccorso oltre a realizzare una maggiore entrata giustificata dall’uso inappropriato dei servizi.

**INTERVENTO n. 8**

**LA RETE DELLA PREVENZIONE**

## INTERVENTO 8: LA RETE DELLA PREVENZIONE

### Normativa di riferimento:

- DGR n. 17 del 17/01/2011
- DGR n. 1856 del 23/12/2010
- LR n. 17 del 22/11/2010
- DGR n. 1662 del 22/11/2010
- DGR n. 866 del 27/07/2004
- DGR n. 54 del 28/01/2004

### Premessa

Con DGR n. 17 del 17/01/2011 la Regione Marche ha predisposto, in relazione alle vigenti disposizioni di legge in materia di stabilizzazione finanziaria e competitività economica, le linee di indirizzo per l'attuazione del Patto per la salute 2010/2012, che costituiscono direttiva vincolante per gli enti del Servizio Sanitario Regionale.

La citata DGR 17/11, nel prevedere gli interventi da adottare nell'ambito dei Processi Socio-Sanitari, al Punto 1.8.1., individua una serie di attività che trovano la loro attuazione attraverso l'azione dei diversi Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione e che, peraltro, risultano già inserite nell'ambito delle linee progettuali definite dalla DGR 1856/10 (Piano Regionale della Prevenzione).

L'attuale contingenza economico-finanziaria negativa e la necessità di garantire comunque il mantenimento degli equilibri di bilancio a fronte di una elevata qualità delle prestazioni offerte ai cittadini in materia di prevenzione, rende evidente come il rimodellamento organizzativo della rete dei Dipartimenti di Prevenzione previsto al Punto 1.8.2. assuma, di fatto, valenza prioritaria.

La DGRM n.17/11, per quanto concerne la Rete della Prevenzione, dopo aver individuato le azioni di carattere generale connesse alle Linee Progettuali del Piano Regionale della Prevenzione 2010/2012, nel punto 1.8.2, si sofferma sui compiti attribuiti alla "Rete dei Dipartimenti di Prevenzione dell'ASUR", e nel punto 1.8.3 sul "Consolidamento delle misure volte alla sorveglianza epidemiologica, comunicazione del rischio e promozione della salute".

### Attività svolta

Per dare concreta attuazione a quanto previsto dalla menzionata delibera regionale, in via preliminare, si è preso atto di quelli che sono gli interventi attuativi da perseguire riportati nella DGRM 17/11 ed in particolare, per quanto attiene all'Azione 2 ( la rete dei Dipartimenti di Prevenzione):

- Misura, per ogni ZT, di parametri di contesto...
- Revisione ed aggiornamento delle funzioni specialistiche ....
- Individuazione, per le risorse umane, di valori medi regionali al 31.12.09 ...
- Ridefinizione dell'organizzazione e della funzionalità dei dipartimenti di prevenzione...

Si è preso atto, altresì, della tempistica individuata per il raggiungimento dei risultati programmati:

- entro Giugno 2011 è prevista la pianificazione delle attività,
- entro Dicembre 2011 la realizzazione delle prime attività specialistiche in Area Vasta a supporto delle funzioni espletate dai Servizi territoriali,
- entro Dicembre 2012 la riorganizzazione dei Dipartimenti di Prevenzione.

Da una prima disamina dei principali report di attività disponibili, sono emerse evidenti incongruenze tra alcune delle informazioni raccolte e le diverse realtà territoriali; tale condizione costituisce, al momento, una indubbia criticità per una corretta analisi di contesto finalizzata alla futura revisione strutturale ed organizzativa della rete dei Dipartimenti di Prevenzione.

Le schede di sintesi relative alle dotazioni organiche dei vari Servizi e ad alcuni elementi di contesto, pertanto, costituiscono solo una prima e parziale analisi di sistema, sulla base della quale impostare, in collaborazione con le Direzioni di Dipartimento di tutte le Zone Territoriali, il lavoro di approfondimento finalizzato alla ridefinizione di parametri di attività significativi ed omogenei sul territorio. Ciò premesso, si rende necessario procedere nella riorganizzazione di questo settore in tempi molto più contenuti rispetto a quelli indicati al punto 8 della richiamata DGRM 17/11. A tal fine, si è ritenuto indispensabile definire, propedeuticamente, adeguati parametri di rilevazione di attività entro il mese di Maggio 2011.

Preliminarmente, occorre rilevare che la struttura organizzativa dei vari Servizi Dipartimentali è caratterizzata, nel territorio stesso, da una notevole disomogeneità. Tale stato di fatto è conseguente sia

ai diversi adeguamenti normativi che, negli anni, hanno interessato le Strutture di Sanità Pubblica, che a retaggi storici legati anche a specifiche peculiarità locali; ad esempio, in alcune realtà Zonali, diverse funzioni SISP e SIAN (vaccinazioni, libretti di idoneità sanitaria ecc.) vengono espletate a livello distrettuale, con l'utilizzo di personale medico e di assistenza non appannaggio dei Servizi stessi, così come funzioni di Medicina Legale possono risultare ancora in carico ai Dipartimenti di Prevenzione.

Inoltre è stata evidenziata la problematica, peraltro già affrontata nel Piano Sanitario Regionale 2007/2009 ma a tutt'oggi irrisolta, dei rapporti tra salute ed ambiente (DGR 1400/08, DGR1500/09, DGR 1501/09, DGR 1813/10); infatti il PSR prevedeva, come priorità assoluta nel breve termine, la costituzione di una "Eccellenza" in area vasta regionale che, integrando le professionalità operanti nei Dipartimenti di Prevenzione e nell'ARPAM, potesse affrontare tali problematiche, con particolare riferimento alla sorveglianza ambientale-sanitaria della popolazione, all'analisi del rischio sui siti contaminati, all'entrata in vigore del Regolamento europeo REACH. Le esperienze e le difficoltà operative che i Dipartimenti stanno affrontando in questo ambito, rendono sempre viva e pressante la necessità di individuare, tra le altre eventualmente prevedibili, funzioni specialistiche in Area Vasta che possano supportare i Servizi territoriali in questa complessa e sempre più attuale problematica.

Per quanto concerne le attività di cui al Punto 1.8.3. della DGR 17/11, il Gruppo di lavoro ha analogamente ritenuto di dover valutare, sempre di concerto con le Direzioni di Dipartimento e nel rispetto della tempistica prevista, l'opportunità di ridefinire le linee organizzative delle strutture dedicate alla sorveglianza epidemiologica, alla comunicazione del rischio e alla promozione della salute. Ciò nella consapevolezza della primaria importanza che la revisione organizzativa della rete dei Dipartimenti di Prevenzione riveste come strumento essenziale per la omogeneizzazione delle prestazioni offerte nonché per la rimodulazione delle dotazioni di personale.

#### Proposte organizzative

I Dipartimenti di Prevenzione delle Zone Territoriali ASUR sono attualmente organizzati sulla base delle indicazioni contenute nella DGR n. 54/04 che riprende, di fatto, quelle definite dal DLGS 229/99.

L'articolazione attuale ricomprende infatti i seguenti Servizi (Strutture Complesse):

- Igiene e sanità pubblica;
- Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro;
- Igiene degli alimenti e della nutrizione;
- Igiene degli alimenti di origine animale e derivati;
- Sanità animale;
- Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

In staff alla Direzione del Dipartimento è istituita l'Unità Operativa Semplice di Epidemiologia.

Per quanto riguarda l'area veterinaria, sono attualmente contemplate 39 Strutture Complesse; dai dati sul personale ad oggi disponibili risultano ricoperte 11 direzioni di struttura complessa, mentre per altre 7 sono presenti direttori di struttura f.f..

La situazione contingente potrebbe pertanto rendere operativa, in tempi brevi, una revisione organizzativa su Area Vasta che contempli, per ciascuna, tre Strutture Complesse (IAOA, SA, IAPZ), riducendo di fatto le stesse da 39 a 15; l'operatività su scala territoriale Zonale, potrebbe essere garantita con il ricorso alla definizione di U.O. Semplici con valenza territoriale zonale.

Relativamente all'area medica, occorre rilevare che nell'attuale organizzazione Zonale, solo in cinque Zone Territoriali (2, 7, 8, 11, 13) risultano ricoperte le funzioni di Direttore di Struttura Complessa del SIAN; l'igiene degli alimenti di origine animale e derivati è garantita infatti dai Servizi Veterinari IAOA e lo sviluppo della parte nutrizionistica non ha trovato impulso omogeneo in tutte le Zone.

Si ritiene pertanto prevedibile la presenza di una Struttura Complessa SIAN per Area Vasta, garantendo anche in questo caso l'operatività territoriale con il ricorso a U.O. Semplici a valenza Zonale.

Per ciò che concerne i Servizi ISP e PSAL, risultano presenti rispettivamente 12 e 11 Direttori di Struttura Complessa, di cui 2 f.f., situazione che discende dalle consolidate ed innumerevoli competenze attribuite ai Servizi stessi.

Una eventuale riorganizzazione su Area Vasta andrebbe prevista per gradi, a medio termine, al fine di evitare ripercussioni negative sulla qualità dei servizi resi; ciò sia tenuto conto della peculiarità delle attività espletate anche in tema di comunicazione del rischio, che spesso rivestono connotazioni di polizia giudiziaria, nonché della ventilata possibile revisione degli ambiti territoriali delle Aree Vaste stesse.

Per quanto riguarda infine le U.O. Semplici di Epidemiologia, considerato anche che la DGR 17/11 contempla la revisione ed aggiornamento delle funzioni specialistiche da creare in Area Vasta, si ritiene che le stesse possano trovare collocazione in tale ambito.

**INTERVENTO n. 9**

**LA RETE TERRITORIALE**

## INTERVENTO 9: LA RETE TERRITORIALE

### Normativa di riferimento:

- Dlgs 502/92: "Riordino della disciplina in materia sanitaria";
- Legge 229/1999 "Norme per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale";
- Legge 328/2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";
- Deliberazione amministrativa n. 306 del 1 marzo 2000. "Piano regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali 2000/2002";
- DGRM 274 del 25/02/2008: "Linee di Indirizzo per lo sviluppo dell'Ospedale di Comunità — Casa della Salute In Area Vasta";
- deliberazione n. 98 "Piano sociale 2008/2010 partecipazione, tutela dei diritti, programmazione locale in un processo di continuità, stabilizzazione e integrazione delle politiche di welfare"
- ACN 29/07/2009 "Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale";
- DGRM 17 del 17/01/2010: "Linee di indirizzo per l'attuazione del Patto per la salute 2010 - 2012 e della legge di stabilità 2011 – Approvazione";

### Motivazioni:

La Direzione Generale a seguito dell'adozione da parte della Giunta Regionale della DGRM 17 del 17/01/2010: "Linee di indirizzo per l'attuazione del Patto per la salute 2010 - 2012 e della legge di stabilità 2011 – Approvazione", ha avviato una serie di gruppi di lavoro, uno dei quali dedicato alla Rete Territoriale.

La motivazione che ha portato il sistema a proporre una proposta di reingegnerizzazione dell'area territoriale prende spunto dall'osservazione di alcune criticità, diversamente distribuite nel territorio regionale e dal loro rimodellamento.

Pertanto, gli obiettivi che si intende perseguire sono quelli di:

- ✓ promuovere e valorizzare la partecipazione dei cittadini, soprattutto delle loro Associazioni, assicurando forme di gestione sociale (programmazione dei servizi e valutazione dei risultati) nei vari presidi e servizi;
- ✓ ricomporre le separazioni storiche esistenti tra le professioni sanitarie, realizzare concretamente l'attività interdisciplinare tra medici, specialisti, infermieri, terapisti e di integrare operativamente le prestazioni sanitarie con quelle sociali;
- ✓ organizzare e coordinare le risposte da dare al cittadino nelle sedi più idonee, privilegiando il domicilio e il contesto sociale delle persone;
- ✓ sviluppare programmi di prevenzione per tutto l'arco della vita, basati su conoscenze epidemiologiche e sulla partecipazione informata dei cittadini;
- ✓ sviluppare, tramite il distretto, rapporti di collaborazione con l'ospedale di riferimento sia per l'interdipendenza tra cure primarie, cure specialistiche e diagnostica strumentale che per la definizione di protocolli per accessi e dimissioni programmate;
- ✓ favorire il controllo collegiale delle attività e la valutazione degli *outcomes* interno ed esterno ai servizi;
- ✓ offrire occasioni di formazione permanente degli operatori, con particolare riguardo al lavoro di gruppo.

Le Zone Territoriali, su indicazione di questa Direzione, hanno prodotto documenti progettuali riconducibili a quattro macro-azioni:

- 1) Progetto sviluppo Casa della Salute - Azione 1: sviluppo della Casa della Salute;
- 2) Progetto rafforzamento delle équipes territoriali - Azione 2: sviluppo della rete delle cure primarie;
- 3) Progetto realizzazione presidio territoriale H24 - Azione 3: realizzazione dei presidi territoriali H24;
- 4) Progetto Implementazione del PUA - Azione 4: implementazione del Punto Unico di Accesso.

Le Direzioni di Zona hanno provveduto a predisporre progetti inerenti le quattro azioni sopraelencate secondo metodologie condivise e strumenti comuni.

Gli esiti di queste progettualità sono stati analizzati dal gruppo di lavoro all'uopo istituito che, relazionandosi di volta in volta con le Direzioni stesse, ha sintetizzato le seguenti modalità operative:

### **Riorganizzazione della rete territoriale**

Facendo seguito al disposto dall'articolo 9 del vigente testo della LR 13/03 in cui si prevede che:

*2. La Giunta regionale definisce gli ambiti territoriali sociali in modo da assicurarne la coincidenza con gli ambiti delle zone territoriali.*

*2 bis. La Giunta regionale, per assicurare una maggiore integrazione socio-sanitaria, può individuare, sulla base di parametri demografici e territoriali e ferma restando la coincidenza con i distretti sanitari, una diversa articolazione degli ambiti territoriali sociali, a condizione che il costo complessivo degli*

*apparati amministrativi non sia incrementato rispetto a quello sostenuto in caso di coincidenza tra ambito sociale e zona territoriale.*

Parimenti all'art 13 prevede:

*1. I distretti costituiscono il livello territoriale di base in cui si realizza in ogni zona territoriale la gestione integrata tra servizi sanitari, socio-sanitari e sociali.*

*1 bis. L'attività distrettuale è svolta sulla base del programma delle attività distrettuali approvato, nel rispetto degli indirizzi contenuti nel piano di area vasta, secondo criteri e modalità stabiliti dal piano socio-sanitario regionale.*

*2. In particolare il distretto:*

- a) assicura in modo unitario il soddisfacimento della domanda di salute espressa dalla comunità locale;*
- b) individua i livelli appropriati di erogazione dell'offerta dei servizi necessari a soddisfare i bisogni degli utenti;*
- c) assicura la gestione integrata, sanitaria e sociale, dei servizi, accedendo alle risorse del servizio sanitario regionale ed alle altre risorse disponibili;*
- d) cura l'appropriato svolgimento dei percorsi assistenziali attivati dai medici convenzionati e dai servizi direttamente gestiti;*
- e) sviluppa iniziative di educazione alla salute e di informazione agli utenti sulle attività complessivamente garantite dal servizio sanitario regionale;*
- f) garantisce la fruizione, entro limiti temporali massimi definiti dalla programmazione aziendale e zonale, dei servizi erogati dai presidi distrettuali e l'accesso programmato a quelli forniti dagli altri presidi, assicurando in particolare l'integrazione tra servizi territoriali ed ospedalieri.*

Da tali presupposti ne deriva che i distretti coincidano con gli ambiti sociali e quest'ultimi con le zone territoriali sulla base di disposizioni della Giunta Regionale. Si ritiene indispensabile, ai fini del raggiungimento degli obiettivi economici definiti dalla stessa DGRM 17/11, che la decisione regionale di individuare in 13 il numero dei Distretti, così da farli coincidere con il territorio delle attuali Zone Territoriali, debba essere assunta in tempi estremamente contenuti per poter usufruire dei risultati economici derivanti dalla riorganizzazione già entro il corrente anno.

Nelle more delle indicazioni regionali, viene attivato un percorso di individuazione di centri di attività zonali che svolgano le competenze distrettuali.

In particolare, per quanto concerne i supporti amministrativi si prevede la reingegnerizzazioni delle funzioni amministrative in particolare riferite alle attività CUP/CASSA/ANAGRAFE e, per garantire coesione, uniformità di indirizzi e coerenza operativa ed una maggiore incisività nei processi decisionali si individua un **Coordinamento Unico Amministrativo Territoriale**.

In particolare, per quanto attiene l'attività sanitaria territoriale si prevede la reingegnerizzazione dei percorsi assistenziali per garantire la presa in carico e continuità assistenziale a partire dallo sviluppo della rete delle cure primarie e della rete sociosanitaria per la costruzione di un modello unitario e condiviso all'interno della zona territoriale.

Tale processo porterà alla unificazione delle funzioni all'interno della singola zona, costituendo il prerequisito per l'unificazione distrettuale sulla base delle indicazioni regionali.

I progetti che seguono costituiscono lo sviluppo per linee di produzione della unificazione distrettuale.

## **Progetto sviluppo Casa della Salute**

L'istituzione della Casa della salute ha come principale obiettivo quello di favorire, attraverso la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori, la unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni socio-sanitarie, principi fondamentali, affermati esplicitamente dalla legge n. 229/1999 e dalla legge n. 328/2000.

La realizzazione della casa della Salute è ovviamente possibile laddove le condizioni geografiche di non eccessiva dispersione territoriale consentano l'aggregazione dei servizi e non comportino una difficoltà di accesso per i cittadini.

Inoltre, sulla base della DGRM n° 274 del 2008, la Casa della Salute riunisce in un unico luogo diverse funzioni, favorendo interdipendenze e collaborazioni ed attuando nella pratica una reale e fattiva integrazione socio-sanitaria.

In particolare la Casa della salute accoglie:

- ✓ il punto unico di accesso, visto con successivo progetto dedicato;
- ✓ i servizi territoriali quali consultorio, SERT, servizi psichiatrici;
- ✓ ambulatori e strutture dedicate alle cure primarie.

L'attuale necessità di reingegnerizzare le strutture presenti sul territorio, deve tenere presente della diversa collocazione di alcune funzioni di assistenza nelle 24 ore, nonché della domanda del paziente in regime di ricovero che, col variare della popolazione, sia per età che per patologia, è rappresentata fondamentalmente nella fase di acuzie da strutture che erogano cure di medio-breve durata mentre per le patologie multiple, cronico-degenerative necessitano strutture di lungo-assistenza.

Tali condizioni trovano nella Casa della Salute il momento di intersezione tra la rete dei MMG, la rete della domiciliarità e quella della residenzialità, costituendo un polo di riferimento aperto nelle 24 ore per uno specifico ambito territoriale.

Vengono previsti i completamenti delle Casa della Salute nei seguenti siti:

- ✓ Arcevia (Zt04), Monturano (ZT11), Ripatransone e Montefiore (ZT12), quali realtà già avviate. Sono inoltre ipotizzate dalle Direzioni di Zona Case della Salute nei seguenti siti:
- ✓ Mondolfo (ZT3), Mondavio (ZT3), Moie (ZT5), Sarnano (ZT9), Petritoli (ZT11).

Al riguardo sono in fase di elaborazione progetti di fattibilità che devono rispondere al principio che le nuove attivazioni, sia i trascinamenti delle realtà già avviate non dovranno comportare l'allocazione di risorse aggiuntive rispetto a quelle esistenti.

La Casa della Salute è inoltre progressivamente attivata nelle strutture ospedaliere riconvertite previste al punto 1.6.2 Azione 2 della DGRM 17 (piccole strutture).

Nel caso in cui la riconversione, di cui sopra, preveda il mantenimento di posti letto post-acuti (lungodegenza e riabilitazione) la Casa della Salute può affiancarsi alla stessa, condividendone spazi e risorse.

Eventuali costi di avviamento nelle situazioni appena descritte, dovranno trovare copertura economico-finanziaria esclusivamente dai costi cessanti frutto della riconversione.

## **Progetto rafforzamento delle équipe territoriali**

L'aggregazione funzionale in Equipe Territoriale (ET) dei MMG, PLS, Continuità Assistenziale e Specialisti Ambulatoriali, consente di attivare percorsi assistenziali che conducono da una parte alla continuità dell'assistenza in senso temporale (H24), dall'altra alla costruzione di procedure condivise che garantiscono la continuità dell'informazione a favore del paziente e la percorribilità di terapie complesse nel loro percorso attuativo.

In questo senso si prevede la massima diffusione di questo tipo di aggregazione, in tutte le Zone Territoriali, all'interno dei limiti economici previsti dall'ACN e dagli accordi regionali in materia, finalizzando le attività delle équipe all'uso appropriato del farmaco e alla costruzione di percorsi diagnostico-terapeutici su patologie croniche ad alta prevalenza, in particolare su diabete, scompenso cardiaco, bronco pneumopatie cronico-ostruttive.

## **Progetto realizzazione presidio territoriale H24**

Gli ambulatori territoriali H24 devono consentire il miglioramento dell'offerta, la riduzione di ricorsi impropri presso i PS e tutelare il cittadino anche attraverso la garanzia di una continuità assistenziale.

Le progettualità presentate prevedono la realizzazione di strutture organizzative delle cure primarie che, attraverso l'integrazione tra i diversi professionisti che operano a livello territoriale, siano in grado di garantire risposte socio-sanitarie efficaci ed appropriate per un pieno utilizzo delle risorse a tutela di equità, eguaglianza e compatibilità del sistema.

L'individuazione delle sedi in cui progettare la realizzazione di un presidio territoriale H24, deve tenere conto prioritariamente delle sedi già indicate all'interno del progetto Casa della Salute poiché previste come elemento costitutivo.

Ulteriormente, nelle realtà che presentano infrastrutture idonee è ragionevole prevedere l'attivazione del presidio H24, così come previsto nei progetti proposti (Zt02, Zt06, Zt08 e Zt10), comunque, a risorse invariate.

### **Progetto Implementazione del PUA**

Il Punto Unico di Accesso (PUA) costituisce il primo servizio a disposizione dei cittadini, finalizzato a favorire pari opportunità di accesso alle informazioni ed ai servizi da parte di quanti ne hanno bisogno/diritto.

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

Per questo motivo si prevede l'attivazione di almeno un PUA per singola Zona Territoriale, con la prerogativa del privilegiare la riorganizzazione interna per il reperimento delle figure necessarie a realizzarla.

In questo senso, l'attivazione di questo progetto è da considerarsi isorisorse.



## **Allegato 10**

### **INTERVENTO n. 10**

## **LA RETE SOCIO-SANITARIA**

## INTERVENTO 10: LA RETE SOCIO-SANITARIA

### 1. Normativa di riferimento

- Dlgs 502/92: "Riordino della disciplina in materia sanitaria";
- Legge 229/1999 "Norme per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale";
- Legge 328/2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";
- Deliberazione amministrativa n. 306 del 1 marzo 2000. "Piano regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali 2000/2002";
- DGR n. 1115/2007: Istituzione cabine di regia per il coordinamento delle attività progettuali previste dal PSR 2007-2009 (DGR n. 1115/2007);
- DGR n. 720/2007: Consolidamento e sviluppo dell'integrazione socio-sanitaria in Regione
- DGRM 274 del 25/02/2008: "Linee di Indirizzo per lo sviluppo dell'Ospedale di Comunità — Casa della Salute In Area Vasta";
- deliberazione n. 98 "Piano sociale 2008/2010 partecipazione, tutela dei diritti, programmazione locale in un processo di continuità, stabilizzazione e integrazione delle politiche di welfare"
- ACN 29/07/2009 "Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale";
- DGR n. 77/2009: Atto di ricognizione delle strutture pubbliche e private di ricovero per acuti, lungodegenza e riabilitazione residenziali e semiresidenziali
- DGR n. 1789/2009 Criteri per la definizione del fabbisogno sanitario nella Regione Marche (DGR n. 1789/2009);
- DGR n. 384/2009 Lo studio per l'integrazione delle reti clinica, socio-sanitaria, urgenza-emergenza, prevenzione e servizi di supporto
- DGRM 17 del 17/01/2010: "Linee di indirizzo per l'attuazione del Patto per la salute 2010 - 2012 e della legge di stabilità 2011 – Approvazione";

### 2. L'intervento sulla Rete Socio-Sanitaria

La Direzione Generale a seguito dell'adozione da parte della Giunta Regionale della DGRM 17 del 17/01/2010: "Linee di indirizzo per l'attuazione del Patto per la salute 2010 - 2012 e della legge di stabilità 2011 – Approvazione", ha predisposto la presente proposta di reingegnerizzazione della rete socio-sanitaria, partendo dall'osservazione di alcune criticità, diversamente distribuite nel territorio regionale e dal loro rimodellamento.

Pertanto, gli obiettivi perseguiti dal progetto di riordino sono di seguito riportati:

- Organizzazione e consolidamento del livello territoriale dell'integrazione sociale e sanitaria;
- Semplificazione del livello territoriale dell'integrazione sociale e sanitaria;
- Armonizzazione delle procedure organizzative e gestionali dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali nei territori;
- Armonizzazione delle procedure di programmazione integrata sociale e sanitaria ai diversi livelli territoriali secondo una modellistica regionale omogenea;
- Coerenza di sistema tra programmazione integrata sociale e sanitaria dei livelli territoriali con la ridefinizione e rimodulazione dell'offerta dei servizi sociali e sanitari;
- Adozione di un modello concettuale unitario per l'analisi e l'evoluzione del sistema tariffario per le strutture sociosanitarie, residenziali e semiresidenziali;
- Unificazione delle modalità di aggiornamento e gestione delle tariffe per le strutture sociosanitarie, residenziali e semiresidenziali;
- Attivazione delle coerenze di sistema per le strutture sociosanitarie, residenziali e semiresidenziali relativamente a: "Governo della domanda", "Sistemi informativi", "Autorizzazione/Accreditamento", "Fabbisogno", "Sistema tariffario".

Le Zone Territoriali, su indicazione della Direzione Generale, hanno prodotto documenti progettuali riconducibili a quattro macro-azioni:

1. razionalizzazione delle attività delle strutture socio sanitarie – Modifica degli assetti relativi alle strutture socio sanitarie;
2. definizione dell'assetto istituzionale dell'integrazione socio-sanitaria a livello territoriale – Ricognizione dell'organizzazione formale e operativa degli assetti territoriali,
3. definizione dell'assetto istituzionale dell'integrazione socio-sanitaria a livello territoriale – Predisposizione atto di definizione dell'assetto istituzionale dell'integrazione socio-sanitaria a livello territoriale,

4. regolamentazione della programmazione integrata sociale e sanitaria a livello di Area vasta di Zona Territoriale e di Distretto/ambito sociale – attuazione della programmazione regionale a livello di Zona Territoriale.

Gli esiti di queste progettualità sono stati analizzati dal gruppo di lavoro all'uopo istituito che ha portato alla seguente valutazione di sintesi:

1. la quasi totalità delle azioni sono subordinate ad atti di indirizzo regionale;
2. eventuali azioni dei territori non coordinate potrebbero causare una frammentazione del percorso creando una possibile disomogeneità del sistema;
3. nelle more della definizione degli atti di indirizzo regionale si propone di approfondire alcune azioni presenti nei progetti presentati, valorizzando gli aspetti che possono essere di più ampia applicazione;

In ragione di ciò, al fine di predisporre le condizioni necessarie per l'attuazione degli atti di indirizzo regionale si ritiene di primaria importanza attivare un progetto che consenta un adeguato livello conoscitivo dell'attuale offerta della rete socio-sanitaria. Per cui si propone l'adozione del "**Progetto di Data Warehouse per l'integrazione socio sanitaria**", in collaborazione con il Servizio salute ed il Servizio Politiche Sociali, così come di seguito definito.

#### **Progetto di DWH per gli interventi di adeguamento della rete socio sanitaria integrato all'interno del sistema AREAS.**

**Obiettivo:** costruire la base di conoscenze per una valutazione complessiva della reale consistenza della rete socio sanitaria a livello ASUR al fine di: attuare interventi mirati di adeguamento e facilitare il raccordo con gli indirizzi regionali in applicazione della DGRM 17 del 17/01/2010.

#### **Aree di intervento:**

1. assetto organizzativo della rete socio-sanitaria;
2. funzioni integrate sulle basi dei protocolli/accordi;
3. servizi residenziali;
4. servizi domiciliari.

#### **Percorso operativo:**

1. rilevazione a livello zonale dell'assetto organizzativo;
2. costruzione di una banca dati contenente materiale documentale relativo a: convenzioni, accordi di programma e protocolli d'intesa sottoforma abstract e testo integrale, caricata in un apposito programma condiviso in intranet;
3. utilizzo dei flussi FAR, ADI e SINA per l'area residenziale e servizi domiciliari integrando nella funzione DWH presente nel sistema AREAS.

#### **Processo:**

1. richiesta alle zone della produzione degli atti documentali dovuti anche predisponendo un format specifico e omogeneo;
2. verifica del rispetto del caricamento dei flussi che costituiscono debito informativo;
3. rielaborazione in sede ASUR del materiale con trasferimento su supporto informatico;
4. costruzione del DWH;
5. predisposizione dei report di valutazione;
6. confronto con i dati presenti nei data base regionali per la validazione dei medesimi;
7. attuazione di interventi mirati di adeguamento della rete socio-sanitaria.

#### **Soggetti coinvolti a livello di Zone Territoriali/Ambiti sociali:**

Direttori di distretto, Coordinatori d'ambito, Servizi Informatici, Controllo di gestione

#### **Gruppo di lavoro ASUR:**

Il gruppo ha la responsabilità della gestione del processo, in raccordo con il livello operativo zonale

*Figure proposte;*

Direttore di distretto

Coordinatore d'ambito

Responsabile amministrativo dell'area territoriale

Referente del SIA

Referente del Controllo di gestione ASUR

#### **Gruppo di tutoraggio:**

Fausto Mannucci, Lucio Luchetta, Nazzareno Firmani

Il gruppo funge da monitoraggio del processo anche a livello ASUR e di Zona Territoriale.

**Tempi di attivazione:** 01/05/2011

**Tempi di completamento:** 01/12/2011

**Step intermedi e scadenze progettuali:**

1. entro la data del 01/05/2011 dovrà essere completata la rilevazione a livello zonale dell'assetto organizzativo
2. entro la data del 01/06/2011 dovrà essere realizzata la banca dati con la predisposizione del sistema e il relativo caricamento del materiale documentale;
3. entro la data del 15/09/2011 dovrà essere a regime l'analisi dei flussi FAR, ADI e SINA per l'area residenziale e servizi domiciliari, assieme alla predisposizione del report di valutazione complessivo della rete socio-sanitaria
4. entro la data del 3/10/2011 dovranno essere predisposti e attivati gli interventi mirati per l'adeguamento della rete socio-sanitaria.

**Risultati attesi:**

1. costruzione di un sistema informativo omogeneo a livello ASUR per l'Integrazione socio-sanitaria (S.S.I.I.S.S.);
2. assolvimento del debito informativo ministeriale;
3. omogeneizzazione delle intese/convenzioni/accordi a livello territoriale sulla base delle conoscenze di quelli precedentemente sottoscritti;
4. predisposizione di uno specifico modello per la stesura dei nuovi accordi di programma, protocolli d'intesa e convenzioni finalizzati alla definizione dell'assetto organizzativo e gestionale, nelle zone territoriali, in esecuzione agli indirizzi regionali e aziendali;
5. costituzione di un nucleo ASUR di riferimento per il coordinamento degli interventi di adeguamento della rete socio-sanitaria, sulla base dei report derivanti dal sistema informativo.



**Allegato 11**

**INTERVENTO n. 11**

**RAZIONALIZZAZIONE DELLA RETE  
DEI LABORATORI PUBBLICI**

## INTERVENTO 11: RAZIONALIZZAZIONE DELLA RETE DEI LABORATORI PUBBLICI

### Riferimenti normativi:

La legge Finanziaria dello Stato per il 2007, n. 296 del 27 dicembre 2006 all'articolo 1, comma 796, lettera o) prevede che le Regioni approvino un piano di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private accreditate eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio.

La norma si colloca all'interno di un processo di riorganizzazione, razionalizzazione e adeguamento degli standard organizzativi e di personale delle prestazioni di diagnostica di laboratorio che sta attraversando tutti i sistemi sanitari regionali e che trova fondamento nei processi di incremento dell'efficienza resi possibili dal ricorso a metodiche automatizzate e tecnologicamente molto avanzate.

Il recente documento DGR n. 17 del 17/01/2011, che definisce le Linee di indirizzo per l'attuazione del Patto per la Salute 2010-2012 e della Legge di Stabilità 2011, indica il percorso da seguire nel processo di riorganizzazione dei laboratori pubblici.

### Altri riferimenti normativi:

Legge 122/2010; Patto per la salute 2010-2012; Legge regionale 17/2010; PSN e proposta PSSR DGRM 1138/2010; Legge Regionale 36/1998, Legge Regionale 13/2009, Legge 20/2000.

*Descrizione delle ragioni giuridiche e dei presupposti di fatto che portano alla predisposizione del progetto:*

Sulla base delle indicazioni della Giunta Regione Marche, l'organizzazione prevista è un sistema di laboratori di rete fortemente integrati e flessibili dal punto di vista operativo con supporto tecnologico ed in particolare informatico. L'obiettivo è quello di creare una rete laboratoristica mirata a centralizzare la normale attività di routine garantendo, in relazione all'attività svolta presso i Presidi ospedalieri periferici, nelle modalità più appropriate attività o funzioni di diagnostica di base o di urgenza.

La rete dovrà essere così composta:

- nodi centrali (hub), presso cui concentrare prestazioni assistenziali routinarie confluenti dai nodi periferici;
- nodi periferici (spoke) attrezzati con punti prelievo e/o point of care testing per attività diagnostica di base, tipicamente negli ex ospedali riconvertiti in presidi territoriali, H24 o ambulatori;
- nodi periferici (spoke) attrezzati con attività diagnostica di urgenza a supporto dell'attività chirurgica in relazione alla complessità della stessa e rispetto all'orografia del territorio; eventualmente anche tramite point of care testing con software emogasanalizzatore.

- *Descrizione della situazione attuale e di quella prospettica in termini quantitativi, evidenziano dati sul volume di prestazioni erogate, tipologia delle attività svolte, ecc...)*

L'ASUR presenta 23 laboratori pubblici, distribuiti nelle Zone territoriali in modo disomogeneo, che erogano circa 36.850.554 prestazioni di laboratorio analisi per interni e per esterni, come mostrato nella seguente

Tabella 1. Attività laboratori analisi ASUR 2010

vs 1	LABORATORIO	Numero prestazioni per interni	Numero prestazioni per esterni	numero prestazioni effettuate da lab privati accreditati in convenzione 2009	numero di prestazioni effettuate da AO San Salvatore	numero prestazioni effettuate da AOU Ospedali Riuniti	numero prestazioni effettuate da INRCA	numero prestazioni effettuate da altre strutture ASUR	numero totale prestazioni (interni+esterni)	numero prestazioni/ingenti	numero prestazioni/tecnic
ZT	LAB										
1	Tossicologia Pesaro		198.552	653.169					198.552	39.710	198.552
2	URBINO	422.948	553.677	74.506	942	3.375	84	810	976.625	168.384	108.514
2	Cagli	77.721	179.866						257.587	143.104	103.035
2	Sassocorvaro	95.902	191.406						287.308	169.005	95.769
3	FANO	863.108	830.000	189.389	2.841	965			1.693.108	241.873	141.092
3	Pergola	91.800	325.560		960	47			417.360	208.680	104.340
3	Fossombrone	117.800	239.164		610	25			356.964	178.482	118.988
4	SENIGALLIA	984.968	1.120.834	135.436	-	4.216	-		2.105.802	300.829	110.832
5	Cingoli	15.685							15.685		
5	JESI	768.659	1.048.655	155.108	-	12.705	54		1.817.314	227.164	75.721
6	FABRIANO	335.965	496.576	117.489		4.656	12		832.541	118.934	69.378
7	Loreto	92.383	676.526						768.909	192.227	96.114
7	Chiaravalle	50.907	205.800						256.707	128.354	85.569
7	OSIMO	284.458	801.446	955.797					1.085.904	361.968	98.719
8	Recanati	85.189	262.662		-	2.770	-		347.851	69.570	115.950
8	CIVITANOVA	473.989	771.000	197.890		3.720			1.244.989	248.998	113.181
9	MACERATA + Tol.	1.013.968	1.487.490	334.519		1.608			2.501.458	227.405	92.647
10	CAMERINO	236.951	100.000	128.849					336.951	112.317	56.159
10	San Severino	210.370	394.873						605.243	151.311	121.049
11	FERMO	916.969	1.474.655	588.901		3.487			2.391.624	199.302	91.986
12	SAN BENEDETTO	535.306	896.748	678.629		1.830			1.432.054	204.579	119.338
13	ASCOLI	694.500	922.111	216.389	-	1.254	-	182.057	1.616.611	146.965	95.095
13	Amandola	76.413	145.326		-	110			221.739	110.870	55.435
	<b>TOTALI</b>	<b>8.445.959</b>	<b>13.322.927</b>	<b>4.426.071</b>	<b>5.353</b>	<b>40.768</b>	<b>150</b>	<b>182.867</b>	<b>21.768.886</b>	<b>187.179</b>	<b>97.838</b>

Dalla tabella si evincono le seguenti fattispecie:

- le ZT2-3-7 presentano 3 laboratori analisi all'interno della propria Zona Territoriale;
- le ZT 5-8-10-13 presentano 2 laboratori analisi all'interno della propria Zona Territoriale;
- la ZT1 presenta 1 laboratorio di tossicologia ed il resto dell'attività è garantita da AO Marche Nord.
- le ZT4-6-9-11-12 hanno centralizzato tutta l'attività di laboratorio presso un unico laboratorio analisi organizzando l'attività diagnostica con modalità hub&spoke.

Il numero e tipologia di personale che gestisce tale linea produttiva è riassunto nella seguente tabella.

Tabella 1bis. Personale laboratori analisi ASUR 2010

vs 2	Direttore	Dirigenti	Dirigenti Tempo det e contrattista	Dirigente Part time	Coord. Pro.le Tecnici	Tecnici	Tecnici Part time	Tecnici Tempo det	Infermieri	Infermieri Part time	Infermieri generici	Amministrativi	Amministrativi Tempo determinato	OSS/ota	Altro
ZT															
1	1	2	2			1				1		1			1
2	0,8	5	0	0	1	8	0	0	1	0	0	2	2		
2		1,8				2,5			1			1			
2		1,7				3						1			1
3	1	6	0	0	1	9	1	1	3	1	0	5			
3	1	1	0	0	0	3	0	1	0	1	1	1	1		
3	1	1	0	0	0	3	0	0	0	1	0	2			
4	1	6	0	0	1	18	0	0	0	2	0	3	3	0,5	0
5															
5	1	6	1	1	2	20	2	0	2	2	0	5	1		2
6	1	6			1	11				2		3			1
7	1	2	1		1	7			1			1			1
7	1	1				3			2						1
7	1	2			2	9			1		1				2
8	1	4	0	0	0	3	0	0	1	0	0	0	0		0
8	1	4			1	8	1	1	3			1			0,5
9	1	10	0	0	1	23	3	0	8	0	0	0	0		4
10	1	2			1	5						1			1
10		3	1			5						1			
11	1	11	0	0	1	24	0	1	5	0	0	1	0		2
12	1	5	1	0	0	9	0	3	3	1	0	1	0		1
13	1	9	1		1	16			2	1	1	4			2
13		2				4									
	17,8	91,5	7	1	14	194,5	7	7	33	12	3	34	7	19	4

Il personale è inteso in servizio alla data 31/12/2010

Dall'esame delle due tabelle emergono differenze tra zone territoriali ben evidenti relativamente alla capacità produttiva (da un minimo di 55.435 (H di Amandola) prestazioni per ciascun personale tecnico ad un massimo di 141.092 – 121.049 rispettivamente H di Fano e H San Severino). Per quanto riguarda il numero di prestazioni effettuate per dirigente si va da un minimo 69.570 (H di Recanati) ad un massimo di 361.968 (H di Osimo).

- *Descrizione dettagliata del progetto.*

L'ASUR in linea con le azioni individuate dalla DGRM 17/2011 propone di ridisegnare la rete dei laboratori pubblici in sintonia con la riconversione dei piccoli Ospedali e la centralizzazione della normale attività di routine, garantendo, presso i piccoli Ospedali, in relazione alla loro rimodulazione, le più appropriate attività o funzioni di diagnostica di base o di urgenza. La proposta tiene conto dell'opportunità e necessità di favorire la gestione integrata dei laboratori dell'ASUR con quelli delle AO/INRCA.

<b>Zona Territoriale</b>	<b>Situazione attuale</b>	<b>Proposta</b>
ZT1	1 laboratorio tossicologia	1 nodo centrale (Hub) funzionale alle ZZTT. (test di conferma di tossicologia e tossicologia forense)
ZT2	3 Laboratori: presso l'Ospedale di Urbino, Cagli e Sassocorvaro	1 nodo centrale (Hub): laboratorio dell'Ospedale di Urbino 1 nodo periferico (Spoke) con punto prelievi e POCT presso l'Ospedale di Cagli 1 nodo periferico (Spoke) con punto prelievi con attività diagnostica di urgenza presso l'Ospedale di Sassocorvaro
ZT3	2 Laboratori presso l'Ospedale di Fossombrone e Pergola	1 nodo periferico (Spoke) con punto prelievi e POCT presso l'Ospedale di Fossombrone 1 nodo periferico (Spoke) con punto prelievi con attività diagnostica di urgenza presso l'Ospedale di Pergola  Il nodo centrale (Hub) per la Zona 3 è il laboratorio dell'Ospedale di Urbino
ZT4	1 Laboratorio	Presente laboratorio Hub unico presso l'Ospedale di Senigallia.
ZT5	2 Laboratori: presso l'Ospedale di Jesi e di Cingoli	1 nodo centrale (Hub): laboratorio dell'Ospedale di Jesi 1 nodo periferico (Spoke) con punto prelievi e POCT presso l'Ospedale di Cingoli
ZT6	1 Laboratorio	Presente laboratorio Hub unico presso l'Ospedale di Fabriano.
ZT7	3 Laboratori: presso l'Ospedale di Osimo, Chiaravalle e Loreto	1 nodo centrale (Hub): laboratorio dell'Ospedale di Osimo 1 nodo periferico (Spoke) con punto prelievi presso l'Ospedale di Chiaravalle / accordi in AV (ZT5) 1 nodo periferico (Spoke) con punto prelievi e POCT con attività diagnostica di urgenza presso l'Ospedale di Loreto
ZT8	2 Laboratori: presso l'Ospedale di Civitanova e Recanati	1 nodo centrale (Hub): laboratorio dell'Ospedale di Civitanova 1 nodo periferico (Spoke) con punto prelievi con attività diagnostica di urgenza presso l'Ospedale di Recanati
ZT9	1 Laboratorio	1 nodo centrale (Hub): laboratorio dell'Ospedale di Macerata 1 nodo periferico (Spoke) con punto prelievi con attività diagnostica di urgenza presso l'Ospedale di Tolentino
ZT10	2 Laboratori: presso l'Ospedale di Camerino e di S. Severino	1 nodo centrale (Hub): laboratorio dell'Ospedale di Camerino 1 nodo periferico (Spoke) con punto prelievi con attività diagnostica di urgenza presso l'Ospedale di S. Severino
ZT11	1 Laboratorio	Presente laboratorio Hub unico presso l'Ospedale di Fermo.
ZT12	1 Laboratorio	Presente laboratorio Hub unico presso l'Ospedale di S. Benedetto.
ZT13	2 Laboratori: presso l'Ospedale di Ascoli P. e Amandola	1 nodo centrale (Hub): laboratorio dell'Ospedale di Ascoli Piceno. 1 nodo periferico (Spoke) con punto prelievi con attività diagnostica di urgenza presso l'Ospedale di Amandola

La riorganizzazione proposta comporta:

- la centralizzazione degli esami di routine presso l'Ospedale Hub;
- la formazione del personale dedicato all'utilizzo dei "Point of Care" da parte del personale di laboratorio;
- la validazione telematica dei referti ad opera dei laureati del laboratorio in rete, anche in AV, attraverso la firma digitale;
- il trasporto dei campioni al laboratorio Hub.

Oltre alla riorganizzazione strutturale dei laboratori, si propone quanto segue:

1. Costruire percorsi diagnostico-terapeutici standard, in Area Vasta, concordati fra le UUOO richiedenti e MMG/PLS, sulla base delle evidenze della letteratura nazionale ed internazionale esistente, per alcune patologie più frequenti (dolore retro sternale, droghe d'abuso, stroke, sospetta pancreatite, sospetta trombosi, prestazioni preoperatorie per ASA I – II, prestazioni pre- post operatorie per ASA III, Dialisi Controllo Annuale).
2. Evitare la richiesta simultanea di esami che esplorano contemporaneamente diverse ipotesi diagnostiche alternative (TSH, fT3, fT4, anticorpi antitiroide, altri autoanticorpi).  
**Esempi:** esami diagnostici per lo studio della funzione tiroidea mediante test riflessi: eseguire dosaggi di fT3 – fT4 solo in un secondo momento e in funzione dei risultati del TSH (la valutazione tiroidea di base infatti è affidata dalla recente letteratura al dosaggio del solo TSH); esami diagnostici per la contracccezione (evitare la ridondanza di prestazioni costose es. ATIII); esami diagnostici per lo studio e screening delle coagulopatie; esami per lo screening dell'epatite virale; screening mediante richiesta contemporanea di markers oncologici non validati dalla letteratura internazionale richiesta contemporanea di accertamenti multipli per le infezioni sessualmente trasmesse, incompatibili rispetto alle manifestazioni cliniche (vaginite, cervicite, ecc).
3. Evitare la richiesta di uno screening infettivologico di routine per le infezioni virali trasmissibili (HBV, HCV, HIV). Lo screening deve essere eliminato sia come test di ingresso che come test pre chirurgico, secondo evidenze già consolidate a livello nazionale ([www. snlg.it](http://www.snlg.it)) ed internazionale.
4. Migliorare l'appropriatezza della richiesta di alcune prestazioni: coproculture ed urino colture, richiesta VES.
5. Migliorare le performance dei laboratori nell'ambito della partecipazione al sistema di controllo esterno della qualità (VEQ) interregionale, a cui partecipano i laboratori pubblici, tendendo a parametri di eccellenza, stabiliti a livello regionale.
6. Arrivare in tempi brevi alla certificazione ISO 9001/2008 e/o ISO 15189 in tutti i laboratori HUB.
7. Mettere in rete i sistemi informatici gestionali dei laboratori ASUR, già omogenei, con tutte le UU.OO di degenza, i Distretti, l'ADI, RSA, DPA, MMG/PLS delle ZT.

Ciascuna Area Vasta, in base alle competenze e specializzazioni acquisite, individua delle linee di produzione che per particolare complessità dell'indagine e per esigenze di massa critica devono essere concentrate in un laboratorio di area vasta e/o aziendale.

In ambito territoriale zonale di Area Vasta, si può verificare la possibilità di istituire la pronta disponibilità notturna e festiva (eventualmente estendibile ad altre fasce orarie) da parte del dirigente per refertazione e validazione on line dal domicilio opportunamente attrezzato ed interfacciato.

La costruzione della Rete integrata dei Laboratori ASUR/AAOO/INRCA, è affidata ad accordi interaziendali, così come previsto dalla DGRM 17/2010. La proposta aziendale per la costruzione di tale rete è la seguente:

- proposta di sicurezza: concentrare gli esami per TBC ai fini della sicurezza presso un laboratorio ASUR non escludendo la possibilità di centralizzare sul laboratorio di AOU Ospedali Riuniti di Ancona;
- proposta organizzativa: tendere all'eshaustività in area vasta/ASUR per le linee già esistenti e solo successivamente attivare piani di committenza con AAOO, relativamente a prestazioni di elevata complessità per particolari branche: citogenetica, biologia molecolare, virologia, studio dei trapiantati, ecc;
- rivedere i piani di committenza, non solo rispetto ai piani prestazionali, ma anche rispetto all'economicità dell'offerta (è necessario rivedere il valore della tariffa del nomenclatore, visto che attualmente le AA.OO. fatturano a tariffa piena).

- *Explicitazione dei risultati attesi in termini descrittivi e in termini quantitativi individuando sintetici indicatori di risultato.*

La riorganizzazione dei laboratori consente un incremento dell'efficienza di quei laboratori Hub, attualmente sottoutilizzati rispetto alle potenzialità produttive, con un incremento medio delle prestazioni per unità di personale tecnico e per singolo laboratorio,

Il miglioramento dell'efficienza produttiva si basa sulla possibilità di ridurre i costi del personale attualmente impegnato, nonché dei beni utilizzati, per la riduzione delle analisi inappropriate e l'ottimizzazione nell'esecuzione delle stesse conseguente alle manovre di centralizzazione.

Si segnala l'opportunità che i laboratori non ancora certificati siano impegnati a raggiungere la certificazione e la necessità di prevedere l'implementazione dei collegamenti in rete tra il laboratorio e gli MMG/PLS e le strutture territoriali.

### Indicatori di risultato

N° laboratori ASUR	N.° 2011 < 2010
N° prestazioni inviate alle Aziende Ospedaliere	N° 2011 < 2010
N° totale prestazioni inappropriate eseguite in ASUR	N° 2011 < 2010
N° prestazioni per laboratorio hub ZT (se non già unico)	N° 2011 > 2010
N° prestazioni / N° tecnici	N° 2011 > 2010
N° prestazioni / N° dirigenti	N° 2011 > 2010
Costo medio per test ZT	Costo medio 2011 < 2010
Spesa totale ASUR per prestazioni di laboratorio pubblico	Spesa 2011 < 2010
N° dipendenti laboratori pubblici ASUR	N° 2011 < 2010
N° progetti di miglioramento dell'appropriatezza della richiesta andati a regime nel 2011	Almeno 3

- *Eventuale impatto sull'utenza*

Ridisegnando la rete dei punti prelievo, mantenendo gli stessi nei piccoli Ospedali oggetto di riconversione, valutando i "point of care", con l'elaborazione di adeguati protocolli non si prevedono impatti significativi sull'utenza esterna, mentre l'impatto sull'utenza interna è superabile attraverso una revisione dei piani di attività ed il potenziamento della logistica interna tra strutture e la predisposizione di protocolli e accordi in Area vasta per la gestione delle urgenze. Non escludendo la possibilità di trasferire al privato accreditato la gestione diretta dei punti prelievo, dei prelievi domiciliari, dei tamponi vaginali e quant'altro ritenuto opportuno in AV.

- *Analisi dell'impatto sulle risorse umane: descrizione del piano di riallocazione e riqualificazione delle risorse umane interessate dalla riorganizzazione, mettendo in evidenza l'impatto del progetto in termini di variazione dei fondi contrattuali e di dotazione organico.*

Tali interventi consentono di contribuire al raggiungimento dell'obiettivo di contenimento del costo del personale dipendente. In particolare, la riorganizzazione dei laboratori pubblici consentirà di valutare la sostituzione del personale tecnico e laureato cessato in relazione allo standard. La riorganizzazione dell'attività laboratoristica comporterà di conseguenza una razionalizzazione delle UU.OO. semplici e complesse.

- *Analisi dell'impatto economico-finanziario:*

### I) RIDISEGNO RETE DEI LABORATORI PUBBLICI IN SINTONIA CON LA RICONVERSIONE DEI PICCOLI OSPEDALI E LA CENTRALIZZAZIONE DELL'ATTIVITA' DI ROUTINE: COSTI CESSANTI/COSTI EMERGENTI

#### 1. Chiusura dei laboratori degli ospedali di Polo e messa a regime dei POCT:

- Dismissione di alcune apparecchiature non utilizzate in modo ottimale con riduzione del costo per test a livello del laboratorio hub.
- Risparmio per pronta disponibilità del personale tecnico, di circa € 10.000 l'anno per turno.
- Accorpamento del personale in servizio presso il laboratorio hub e mancata sostituzione del personale cessante: stima effettuata sulla base delle possibili cessazioni comunicate (€ 142.000) e di quelle ipotizzate sulla base dei 40 anni di servizio al 31/12/2012 (circa ulteriori € 225.000 euro).
- Si acquisiscono POCT di varia complessità: emogas, coagulazione, chimica clinica, marcatori cardiaci, ecc a seconda della complessità dei pazienti ricoverati o assistiti (circa € 49.000 l'uno su una media di prestazioni di un ospedale di polo).
- Attivazione, ove non presente, dei trasporti di routine dei campioni biologici al laboratorio hub: alla situazione attuale non si prevedono costi aggiuntivi in quanto pressoché tutti gli Ospedali hanno già in essere trasporti sanitari. Ove si rendesse necessario un trasporto per campioni biologici, alle attuali tariffe di Pubblica assistenza per 16 ore al dì, per trasporti di 30 Km, per 365 giorni/anno si può stimare un costo di circa € 50.000.

### II) ESAUSTIVITA' IN AREA VASTA/ASUR PER LE LINEE GIA' ESISTENTI: COSTI CESSANTI/COSTI EMERGENTI

- #### 1. Riduzione dell'invio di prestazioni presso le Aziende Ospedaliere recuperando tutte le prestazioni non eseguite dai laboratori delle singole ZT per mancanza di massa critica:

- Una valutazione di fattibilità, sulla base dei dati di attività 2010, in ambito di AV2, stante l'attuale dotazione di personale e apparecchiature, ha portato ad una ipotesi di risparmio netto (costo dei reagenti sottratto alla tariffa della prestazione inviata a Ospedali Riuniti) di € 250-300.000 l'anno; tale risparmio, con vari distinguo, può essere applicato alle altre AV.
  - Il costo emergente è quello dell'attivazione di trasporti fra i laboratori di ZT almeno 2-3 volte a settimana (stima grossolana € 20.000 l'anno per ogni ZT); quello verso Ospedali Riuniti esiste già.
2. Accentramento di una o più linee analitiche presso un unico laboratorio nell'Area Vasta, attualmente o non completamente eseguite dai laboratori delle singole ZZTT per mancanza di massa critica o dotazione strumentale, ecc.:
- Una valutazione di fattibilità, sulla base dei dati di attività 2010, in ambito di AV2, stante l'attuale dotazione di apparecchiature, ha portato ad una ipotesi di centralizzazione presso la ZT5 dell'attività di citofluorimetria (costo dei reagenti sottratto alla tariffa della prestazione inviata a Ospedali Riuniti) di almeno € 50 euro/prestazione. Attualmente sono gli utenti che si spostano in quanto il prelievo deve essere esaminato subito. Tale risparmio, con vari distinguo, può essere applicato alle altre AV.
  - Altre linee analitiche complete possono essere centralizzate in ambito di AV con risparmio dei costi per reagenti, aumento della qualità del dato e supporto agli specialisti da parte di personale dirigente più competente: metabolismo osseo, biologia molecolare, ecc. Al momento è difficile prevederne l'impatto economico. Quello che sostanzialmente guida il risparmio è la dismissione delle apparecchiature a maggiore impatto presso una singola zona.

### **III) MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA DELLA RICHIESTA**

E' questo l'ambito in cui possono essere ottenuti i risparmi più significativi, aumentando la qualità dell'assistenza.

1. Eliminazione dello screening infettivologico (HBsAg, HCV, HIV) al momento del ricovero e prechirurgico (sia programmato che day-surgery), secondo le Linee guida nazionali (snlg.it) ed internazionali esistenti e consolidate: il risparmio ottenibile è dato da un costo dei reagenti per lo screening di 12 euro circa per il numero di interventi chirurgici effettuati in ASUR nell'anno.
2. Costruzione del progetto riflessi, come più sopra indicato, per TSH, PSA, colesterolo e bilirubina con approfondimento solo nel caso dei risultati patologici: il risparmio annuo ottenibile per la spesa reattivi è dell'ordine di centinaia di migliaia di euro (studio teorico effettuato nella ZT5: risparmio annuo di circa € 100.000 euro di reagenti con l'applicazione del progetto sia ad utenti esterni che interni). Per gli esterni, si deve sottolineare il fatto che la maggior parte dei soggetti con risultati nella norma pagherebbe un ticket molto ridotto, mentre sarebbero penalizzati i soggetti con risultati patologici, che potrebbero pagare un ticket anche superiore a quello in assenza di test riflessi: è necessario pertanto studiare un sistema che eviti questo problema.
3. Eliminazione di alcune prestazioni ormai considerate obsolete (come ad esempio mioglobina e CK-MB): esistono numerosi studi che dimostrano il risparmio ottenibile.
4. Blocchi software per eliminare ripetizioni di test il cui risultato non cambia in tempi brevi, se non addirittura nel corso della vita (antitrombina III, anticorpi IgG antirosolia positivi).
5. Eliminazione della richiesta contemporanea di marcatori tumorali per lo screening: esistono numerosi studi che dimostrano il risparmio ottenibile.

### **IV) COMMITTENZA CON EROGATORI PRIVATI**

1. Modulare l'attività attraverso i piani di committenza con il privato, con la possibilità di gestire i prelievi a domicilio, i punti prelievo ed i tamponi genitali. Fermo restando il costo della convenzione, fissato a livello regionale, tale azione consente un recupero di costi che altrimenti sono sostenuti con risorse interne.

**INTERVENTO n. 12**

**IL GOVERNO DELLA MOBILITA'  
SANITARIA**

## INTERVENTO 12: IL GOVERNO DELLA MOBILITA' SANITARIA

### 1. Normativa di riferimento

- Dlgs 502/92: "Riordino della disciplina in materia sanitaria";
- Legge 229/1999 "Norme per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale";
- Piano Sanitario Nazionale 2011 - 2013
- Intesa del 3 dicembre 2009 tra il Governo, le regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, concernente il nuovo patto per la salute per gli anni 2010-2012
- Decreto Legge n. 78 coordinato con la legge di conversione 30 luglio 2010 n. 122 "Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica" con particolare riferimento agli articoli 9 e 11
- L. R. 17/2010: Modifiche alla legge regionale 20 giugno 2003, n. 13 "Riorganizzazione del Servizio sanitario regionale"
- DGRM 17/11: Linee di indirizzo per l'attuazione del Patto per la salute 2010 – 2012 e della Legge di stabilità 2011. Approvazione.
- DGRM 858/09: Trasferimento del livello erogativo di prestazioni di oculistica, di ortopedia e di chirurgia vascolare dal regime di ricovero ordinario e DH a regime ambulatoriale.

### 2. L'intervento sul Governo della Mobilità sanitaria

Il fenomeno della mobilità sanitaria, sia interna regionale che extra-regionale, rappresenta un importante settore per la programmazione regionale e aziendale, in quanto è indicatore di potenziale carenza dell'offerta nei confronti di particolari bisogni della popolazione o del ricorso improprio a forme di assistenza non sufficientemente governate.

La mobilità sanitaria costituisce, inoltre, una voce economica estremamente significativa, legata alle inefficienze provocate dal disallineamento tra offerta potenziale di ciascun territorio e produzione effettivamente erogata.

In base a quanto approvato dalla Giunta regionale con DGRM 17/2010, l'obiettivo di contenimento della mobilità passiva è perseguito mediante l'implementazione delle seguenti azioni di governo:

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

Sulla base di tali indicazioni, le linee di intervento che l'Azienda intende attuare riguardano:

- a) il governo della domanda;
- b) il potenziamento dell'offerta;
- c) lo sviluppo dei processi di committenza.

Con riferimento al **governo della domanda**, il recupero della mobilità sanitaria è realizzata prioritariamente mediante la sensibilizzazione dei medici prescrittori all'orientamento verso le strutture della Regione Marche nelle aree con i flussi di mobilità passiva più significativi.

La tabella seguente evidenzia le categorie di ricovero che per ciascuna zona territoriale sono interessate da maggiori flussi di mobilità (anno 2009).

Tabella 1 – Mobilità passiva extra-regionale per l'attività di ricovero

Zona di Residenza		Tra 0 e 0,49 - Complessità Bassa	Tra 0,5 ed 1 - Complessità Medio-Bassa	Tra 1 ed 1,99 Complessità Medio-Alta	Tra 2 ed 4,99 Complessità Alta	> di 5 - Complessità Altissima	Totale	
ZT 1	2007	Casi	496	3.084	1.896	396	47	5.919
		Valori	443.779	5.536.712	6.492.684	3.223.299	1.473.843	17.170.318
	2008	Casi	529	3.265	1.847	445	26	6.112
		Valori	495.704	6.016.831	6.516.085	3.736.648	786.384	17.551.653
	2009	Casi	833	3.227	1.439	468	36	6.003
		Valori	873.912	5.975.066	5.318.243	4.288.804	1.290.241	17.746.266
ZT 2	2007	Casi	194	1.283	895	222	16	2.610
		Valori	213.586	2.320.624	3.164.662	1.879.557	478.532	8.056.961
	2008	Casi	228	1.334	846	224	23	2.655
		Valori	237.217	2.502.750	3.022.922	1.952.255	581.812	8.296.957
	2009	Casi	343	1.468	712	243	14	2.780
		Valori	386.509	2.900.820	2.862.231	2.200.428	781.255	9.131.243
ZT 3	2007	Casi	182	1.350	891	220	31	2.674
		Valori	183.281	2.286.604	3.357.682	1.796.571	847.079	8.471.217
	2008	Casi	179	1.356	903	240	24	2.702
		Valori	169.566	2.358.152	3.495.192	2.119.135	801.325	8.943.370
	2009	Casi	354	1.473	684	273	15	2.799
		Valori	370.858	2.607.727	2.585.351	2.568.766	568.379	8.701.080
ZT 4	2007	Casi	66	510	468	90	9	1.143
		Valori	62.194	847.525	1.953.610	713.352	387.895	3.964.575
	2008	Casi	85	548	501	95	11	1.240
		Valori	76.499	940.299	2.146.736	822.763	271.323	4.257.619
	2009	Casi	99	748	277	177	9	1.310
		Valori	90.734	1.282.729	1.119.673	1.644.924	271.394	4.409.454
ZT 5	2007	Casi	118	491	440	119	9	1.177
		Valori	97.214	868.001	1.790.412	1.012.402	378.994	4.147.022
	2008	Casi	100	512	409	102	9	1.132
		Valori	87.026	919.994	1.834.585	751.532	213.997	3.807.134
	2009	Casi	121	649	296	145	10	1.221
		Valori	110.628	1.113.427	1.199.558	1.436.953	341.643	4.202.209
ZT 6	2007	Casi	98	395	310	62	7	872
		Valori	81.505	662.718	1.107.440	494.160	258.952	2.604.776
	2008	Casi	77	413	306	71	4	871
		Valori	71.796	728.423	1.137.167	758.351	167.218	2.862.955
	2009	Casi	114	504	210	93	18	939
		Valori	110.467	791.897	823.383	821.703	595.334	3.142.784
ZT 7	2007	Casi	249	1.402	1.151	237	20	3.059
		Valori	232.563	2.403.209	4.714.300	2.141.783	796.398	10.288.253
	2008	Casi	251	1.211	1.150	250	19	2.881
		Valori	218.709	2.058.240	5.147.033	2.003.530	759.884	10.187.397
	2009	Casi	355	1.565	681	379	25	3.005
		Valori	364.001	2.708.384	2.548.720	3.621.247	859.865	10.102.217
ZT 8	2007	Casi	131	799	531	161	12	1.634
		Valori	135.695	1.380.179	2.046.561	1.309.395	478.761	5.350.591
	2008	Casi	139	814	537	161	16	1.667
		Valori	120.301	1.364.773	2.026.601	1.516.157	585.235	5.613.068
	2009	Casi	156	808	393	150	11	1.518
		Valori	132.285	1.410.315	1.541.155	1.507.276	495.101	5.086.132
ZT 9	2007	Casi	164	1.090	790	225	30	2.299
		Valori	131.021	1.857.156	3.281.662	1.868.937	1.044.865	8.183.640
	2008	Casi	167	1.061	793	235	30	2.286
		Valori	144.158	1.750.391	3.092.968	1.968.545	1.043.248	7.999.310
	2009	Casi	214	1.182	679	272	21	2.368
		Valori	155.953	1.968.882	2.783.036	2.767.092	819.324	8.494.287
ZT 10	2007	Casi	63	422	331	104	7	927
		Valori	48.973	692.628	1.313.989	868.974	235.984	3.160.548
	2008	Casi	77	425	373	96	16	987
		Valori	64.390	681.084	1.286.895	953.524	475.570	3.461.463
	2009	Casi	90	509	245	94	13	951
		Valori	71.185	839.756	966.549	1.006.134	455.109	3.338.734
ZT 11	2007	Casi	191	1.287	1.032	299	31	2.840
		Valori	170.367	2.288.602	3.868.985	2.476.716	925.044	9.729.715
	2008	Casi	173	1.178	937	281	40	2.609
		Valori	163.653	2.076.643	3.464.613	2.385.273	1.130.559	9.220.740
	2009	Casi	237	1.366	719	256	13	2.591
		Valori	211.088	2.426.336	3.143.669	2.553.426	585.817	8.920.336
ZT 12	2007	Casi	270	1.514	921	292	29	3.026
		Valori	198.216	2.538.338	3.544.027	2.333.914	874.102	9.488.597
	2008	Casi	226	1.348	923	226	26	2.749
		Valori	181.632	2.413.222	3.669.809	1.888.684	671.364	8.824.710
	2009	Casi	240	1.285	617	312	19	2.473
		Valori	201.975	2.240.370	2.462.108	2.959.090	736.491	8.600.033
ZT 13	2007	Casi	251	1.416	955	273	35	2.930
		Valori	214.880	2.453.050	3.353.234	2.414.184	937.865	9.373.213
	2008	Casi	225	1.388	885	257	43	2.798
		Valori	197.629	2.549.734	3.351.582	2.513.327	1.111.790	9.724.062
	2009	Casi	275	1.377	553	259	28	2.492
		Valori	255.563	2.373.856	2.178.874	2.545.014	967.125	8.320.431
Totale	2007	Casi	2.473	15.043	10.611	2.700	283	31.110
		Valori	2.213.272	26.135.346	39.989.248	22.533.244	9.118.315	99.989.424
	2008	Casi	2.456	14.853	10.410	2.683	287	30.689
		Valori	2.228.280	26.360.536	40.192.189	23.369.723	8.599.709	100.750.438
	2009	Casi	3.431	16.161	7.505	3.121	232	30.450
		Valori	3.335.157	28.639.563	29.532.552	29.920.856	8.767.079	100.195.206

Dall'analisi di tali dati, è possibile rilevare i seguenti fenomeni:

- L'andamento complessivo nell'arco del triennio 2007-2009 è sostanzialmente stabile;
- Quasi il 90% del fenomeno è concentrato sui gruppi di complessità medio-bassa, medio-alta ed alta;
- L'incidenza sul totale (arrotondato per eccesso/difetto) suddiviso per Area Vasta per l'anno 2009 è riassumibile: AV n.1: 35%; AV n. 2: 22%; AV n. 3: 17%; AAVV n. 4 e 5: 26%;

La tabella n° 2 che segue compara la distribuzione produttiva per MDC tra produttori regionali (ASUR, Aziende Ospedaliere, Privato accreditato) ed extraregionali (F.R.).

Dall'esame di tale tabella sono desumibili i seguenti fenomeni, riassunti per gli MDC con impatto economico in mobilità passiva maggiormente significativo (> €.4.000.000):

- L'MDC 8 (malattie e disturbi dell'apparato osteomuscolare e del tessuto connettivo) e l'MDC 5 (malattie e disturbi del sistema cardiocircolatorio) sono quelli con maggiore impatto economico, pesando rispettivamente € 26.899.392 (in aumento di €.1.092.123 rispetto al 2008) e € 15.311.379 (in diminuzione di €.1.629.417 rispetto al 2008). A tal proposito si rileva che il valore della produzione endogena regionale tra 2008 e 2009 ha subito una leggera flessione di circa 1,1% per l'MDC 8 e del 2.54% per l'MDC 5.
- L'MDC 1 (malattie e disturbi del sistema nervoso) ha fatto registrare un valore economico di € 8.172.851, in significativa riduzione rispetto agli € 9.310.864 rilevati nel 2008. Il valore della produzione endogena regionale è diminuita del 5.8% rispetto al 2008.
- L'MDC 6 (Malattie e disturbi dell'apparato digerente) ha segnato un valore di € 5.210.961, in riduzione del 5,6% rispetto al 2008.
- L'MDC 0 ha fatto registrare un valore di € 5.909.051, in significativo incremento rispetto a € 4.418.850 del 2008. A tal proposito è utile precisare che tale MCD è sostanzialmente rappresentato dai trapianti d'organo e ricoveri di alta complessità rianimatoria (ossigenazione extracorporea – tracheostomia con ventilazione meccanica).
- L'MDC 11 (Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie) ha fatto segnare un valore di € 4.250.258, sostanzialmente sovrapponibile al 2008. Il valore della produzione endogena regionale si è incrementata del 4.56% rispetto al 2008.

Tabella 2 – Incidenza della mobilità passiva extra-regionale per MDC sul totale della produzione marchigiana

Produzione per residenza		MDC																									Totale complessivo		
		0 - NON VALIDO	1 - Malattie e disturbi del sistema nervoso	2 - Malattie e disturbi dell'occhio	3 - Malattie e disturbi dell'orecchio, naso e della gola	4 - Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	5 - Malattie e disturbi del sistema circolatorio	6 - Malattie e disturbi dell'apparato digerente	7 - Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	8 - Malattie e disturbi dell'apparato osteomuscolare e del tessuto connettivo	9 - Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	10 - Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali	11 - Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	12 - Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	13 - Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	14 - Gravidanza, parto e puerperio	15 - Malattie e disturbi del periodo perinatale	16 - Malattie e disturbi del sangue degli organi ematopoietici e del sistema immunitario	17 - Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie ematologiche differenziate	18 - Malattie infettive e parassitarie	19 - Malattie e disturbi mentali	20 - Uso di alcool/farmaci e disturbi mentali organici indotti	21 - Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	22 - Uslioni	23 - Fattori influenzanti lo stato di salute e ricorso ai servizi sanitari	24 - Traumatismi multipli	25 - Infezioni da HIV	Totale complessivo	
Passiva F.R.	2007	Casi	182	2.414	1.966	1.477	921	3.439	1.831	700	7.752	1.317	1.040	1.175	617	1.219	1.045	237	241	1.769	141	694	60	220	33	470	35	115	31.110
		Valori	5.517.257	8.607.427	2.960.404	2.846.376	3.180.117	17.023.939	5.482.499	2.529.047	25.362.533	2.520.168	1.793.272	3.949.418	1.512.255	2.721.854	1.552.464	1.010.388	570.545	6.960.001	464.579	1.163.225	105.067	488.237	462.442	434.294	403.977	367.642	99.989.424
	2008	Casi	152	2.487	1.821	1.455	892	3.126	1.786	689	7.637	1.222	1.127	1.229	549	1.408	1.204	219	248	1.736	143	644	72	232	28	455	14	114	30.689
	Valori	4.418.850	9.310.864	2.833.933	3.197.255	3.160.890	16.940.796	5.524.122	2.857.950	25.807.269	2.349.013	1.982.988	4.077.150	1.330.804	3.206.535	1.894.497	930.700	547.815	6.582.804	412.855	1.121.511	105.082	577.608	537.362	557.906	126.971	356.907	100.750.438	
Totale produzione regionale	2007	Casi	1.281	19.363	22.204	10.524	15.341	32.596	22.437	8.073	24.608	9.252	6.450	10.968	4.785	8.706	21.373	2.615	2.257	11.680	2.459	4.245	536	2.385	98	1.552	314	252	246.554
		Valori	36.469.380	61.101.018	30.300.742	17.435.870	56.494.493	131.494.966	63.483.286	27.144.716	91.434.059	19.715.192	10.821.393	36.235.734	11.320.688	18.656.456	37.509.982	8.290.234	6.887.532	49.514.204	8.543.655	10.762.184	1.138.795	6.015.074	361.174	2.215.599	3.758.861	1.466.365	748.571.111
	2008	Casi	1.182	19.099	23.786	10.556	15.760	32.111	22.186	8.006	24.539	9.315	6.319	11.363	4.853	9.016	21.311	2.919	2.182	11.600	2.539	4.257	453	2.163	99	1.674	247	214	247.749
	Valori	33.496.183	60.565.792	32.211.699	17.884.564	58.385.111	129.632.997	63.404.367	27.227.397	93.080.885	19.914.857	10.765.081	37.235.896	11.632.255	19.360.639	37.987.159	9.796.131	6.832.506	50.374.343	9.268.883	10.795.416	1.017.942	4.757.613	398.850	2.176.638	2.798.493	1.249.662	752.251.360	
% Passiva F.R. produzione regionale	2007	Casi	14,2%	12,5%	8,9%	14,0%	6,0%	10,6%	8,2%	8,7%	31,5%	14,2%	16,1%	10,7%	12,9%	14,0%	4,9%	9,1%	10,7%	15,1%	5,7%	16,3%	11,2%	9,2%	33,7%	30,3%	11,1%	45,6%	12,6%
		Valori	15,1%	14,1%	9,8%	16,3%	5,6%	12,9%	8,6%	9,3%	27,7%	12,8%	16,6%	10,9%	13,4%	14,6%	4,1%	12,2%	8,3%	14,1%	5,4%	10,8%	9,2%	8,1%	128,0%	19,6%	10,7%	25,1%	13,4%
	2008	Casi	12,9%	13,0%	7,7%	13,8%	5,7%	9,7%	8,1%	8,6%	31,1%	13,1%	17,8%	10,8%	11,3%	15,6%	5,6%	7,5%	11,4%	15,0%	5,6%	15,1%	15,9%	10,7%	28,3%	27,2%	5,7%	53,3%	12,4%
	Valori	13,2%	15,4%	8,8%	17,9%	5,4%	13,1%	8,7%	10,5%	27,7%	11,8%	18,4%	10,9%	11,4%	16,6%	5,0%	9,5%	8,0%	13,1%	4,5%	10,4%	10,3%	12,1%	134,7%	25,6%	4,5%	28,6%	13,4%	
ASUR	2007	Casi	842	10.782	14.383	6.703	10.323	18.403	13.605	5.028	16.774	4.913	3.039	6.729	2.584	6.010	15.073	1.796	1.397	7.394	1.725	3.445	347	1.122	72	844	181	60	153.574
		Valori	18.118.735	31.088.177	18.772.851	10.157.146	36.997.069	60.656.716	39.559.640	16.868.046	63.108.381	9.796.913	5.466.719	21.815.951	6.567.208	12.962.102	26.369.097	4.548.637	4.452.957	33.229.683	5.932.492	8.916.223	680.740	2.639.250	237.406	1.246.842	2.008.301	332.905	442.530.185
	2008	Casi	696	10.697	14.801	6.207	10.534	18.129	13.696	4.997	16.662	4.891	3.079	6.973	2.688	6.276	15.177	2.020	1.378	7.313	1.800	3.526	266	969	66	842	162	48	153.893
	Valori	15.527.641	31.021.509	19.662.340	9.739.609	38.014.786	61.163.101	40.148.032	16.714.881	62.804.419	9.620.356	5.450.966	22.350.234	7.060.251	13.575.614	26.645.284	5.497.481	4.448.089	32.903.955	6.505.562	9.018.084	548.091	2.137.026	238.000	1.301.208	1.702.554	304.003	444.103.679	
O Riuniti	2007	Casi	330	4.548	1.810	2.982	2.165	6.753	3.265	1.667	3.844	2.318	1.907	2.029	775	1.381	3.760	664	512	2.792	393	663	88	993	21	471	106	137	46.374
		Valori	15.380.769	16.604.645	2.939.424	6.048.133	10.413.778	47.371.895	10.498.792	5.740.954	15.306.457	5.368.792	2.757.895	7.535.438	1.850.511	3.055.460	6.762.277	3.224.521	1.388.914	10.027.279	1.516.891	1.650.477	194.025	2.703.212	108.155	565.690	1.446.290	823.652	181.184.318
	2008	Casi	384	4.529	2.063	3.246	2.257	6.525	3.217	1.668	3.778	2.333	1.842	1.999	738	1.401	3.685	716	438	2.745	426	609	88	934	27	554	69	100	46.371
	Valori	15.434.385	16.431.480	3.408.446	6.405.651	10.875.748	44.117.220	10.047.932	5.981.987	16.303.819	5.425.647	2.726.420	7.612.140	1.701.361	3.026.295	7.039.311	3.609.486	1.343.888	11.038.941	1.721.975	1.508.217	197.089	2.016.133	146.788	386.635	956.255	571.228	180.034.457	
S. Salvatore	2007	Casi	75	1.933	1.297	360	1.430	2.815	1.990	691	2.099	677	578	1.181	761	768	1.760	148	170	1.046	148	31	7	129	5	33	26	54	20.212
		Valori	2.798.503	6.492.377	1.709.295	462.478	4.934.443	11.317.873	5.579.428	2.408.010	8.133.956	1.515.707	776.263	4.175.097	1.524.543	1.721.028	3.126.759	507.300	572.440	5.137.189	529.772	79.550	12.203	235.593	15.613	20.149	298.732	306.345	64.390.646
	2008	Casi	64	1.860	1.401	390	1.530	2.878	1.958	675	1.893	636	587	1.260	774	697	1.692	175	186	1.032	157	31	3	156	6	52	16	66	20.175
	Valori	2.386.278	6.674.047	1.892.954	517.414	5.303.528	11.683.795	6.032.558	2.402.315	7.470.614	1.293.379	819.035	4.312.923	1.489.667	1.623.407	3.021.090	676.440	595.376	5.039.980	580.271	79.139	593	277.494	14.063	46.827	139.684	374.431	64.747.303	
IMRCA	2007	Casi	23	1.140	775	13	590	1.728	422	187	90	440	471	470	172	4	0	0	51	101	47	23	0	0	0	20	0	6.205	
		Valori	139.364	4.714.808	200.331	25.419	2.111.946	6.250.016	1.410.335	750.607	335.584	1.462.771	879.911	1.657.824	414.745	31.778	0	0	169.657	331.414	195.890	54.460	2.626	104.662	0	48.421	0	21.298.119	
	2008	Casi	19	1.036	204	10	598	1.784	448	159	49	504	340	466	135	5	0	0	40	112	56	30	1	37	0	25	0	6.052	
	Valori	86.840	4.308.495	255.319	24.073	2.184.811	6.732.870	1.474.934	598.122	178.814	1.832.326	712.379	1.635.569	301.799	11.424	0	0	124.276	458.085	220.566	77.475	2.628	119.389	0	63.468	0	21.402.933		
Privato	2007	Casi	33	1.044	285	19	640	1.724	459	185	60	445	333	488	122	5	0	0	65	76	52	37	0	24	1	16	0	6.115	
		Valori	179.356	4.176.423	339.795	46.157	2.338.680	6.648.185	1.654.583	684.283	328.150	1.613.924	723.169	1.758.406	346.429	17.544	0	0	208.764	414.297	218.258	92.077	0	94.401	5.517	38.808	0	21.927.212	
	2008	Casi	11	960	4539	466	833	2.897	3.155	500	1.801	904	455	559	493	538	780	7	127	347	146	83	93	110	88	0	1	19.989	
	Valori	32.009	2.201.011	6.678.841	742.695	2.037.287	5.898.466	6.435.090	1.376.559	4.549.682	1.571.003	940.599	1.051.424	963.682	896.098	1.251.849	9.776	303.562	788.639	368.610	161.474	249.202	332.357	334.947	0	3.463	39.167.843		
Totale complessivo	2007	Casi	19	977	5.317	703	849	2.967	507	2.157	951	471	665	518	637	757	8	140	398	100	61	95	67	201	0	0	0	21.258	
		Valori	61.839	2.130.261	6.992.640	1.197.816	2.006.235	5.936.011	5.700.911	1.530.022	6.323.217	1.743.150	1.056.300	1.325.029	1.079.177	1.123.899	1.281.474	12.724	320.877	933.384	240.590	112.501	269.543	207.571	378.500	0	0	41.963.590	
	2008	Casi	4	1.014	5.294	738	819	2.821	543	2.623	835	395	725	560	673	653	5	142	251	77	59	82	45						

La tabella n. 3 che segue evidenzia i consumi di prestazioni specialistiche per ciascuna area vasta, mettendo in evidenza i flussi di mobilità intra ed extra-regionali (anno 2009).

Tabella 3 – Consumi di prestazioni specialistiche per Area Vasta

BRANCHE PRESTAZIONI	DETTAGLIO CONSUMI PER ZONA DI RESIDENZA (Spesa Lorda)											TASSO Consumi / 1000 Ab. Pesati (Specialistica 2009)
	Autoprodotti in Zona	Privato in Zona	Altre Aree Vaste	Privato Altre Aree Vaste	S.Salvatore	Osp.Riuniti	INRCA	Extra regione (Spesa Netta)	TOTALE	% Privato	% Extraregione	
AV1	28.027.478	8.572.866	1.246.826	124.501	10.175.492	1.284.117	109.613	6.201.239	55.742.132	43%	33%	443.666
AV2	55.433.845	18.694.057	3.145.425	753.218	226.996	20.922.930	9.243.308	3.416.580	111.836.359	58%	15%	913.960
AV3	48.803.901	10.883.844	2.513.329	292.593	40.677	2.298.546	433.930	2.178.975	67.445.795	49%	11%	661.708
AV4	18.893.110	5.178.403	4.780.435	1.002.500	20.202	1.160.612	872.849	834.909	32.743.020	19%	3%	199.833
AV5	28.658.196	9.813.424	1.739.978	238.329	16.526	851.120	116.801	1.471.737	42.906.111	47%	7%	383.438
	179.816.530	53.142.594	13.425.993	2.411.141	10.479.893	26.517.325	10.776.501	14.103.440	310.673.417			

Dall'analisi di tali dati, è possibile rilevare anche nell'ambito delle prestazioni specialistiche un flusso di mobilità differenziato per singola area vasta: AV n.1: 33%; AV n. 2: 15%; AV n. 3: 11%; AAVV n. 4 e 5: 10%.

La tabella n° 4 che segue compara la distribuzione produttiva per branca dei consumi di prestazioni erogati dai singoli produttori regionali (ASUR, Aziende Ospedaliere, Privato accreditato) ed extraregionali (F.R.).

Le criticità presenti che si evidenziano dalla lettura del sistema si concretizzano in una estrema variabilità tra le diverse ZT/AV che possono essere riassunte:

- Composizione dell'offerta
- Criticità dell'alta specializzazione (PET, radioterapia, ecc.)
- Sistema dell'appropriatezza e ruolo dei medici prescrittori (% di consumo > rispetto alle regioni centro settentrionali) maggiori consumi dell'AV 2 rispetto alle altre AV
- Scambi interni al sistema indice di attrazione tra Zone
- Flussi di mobilità verso altre regioni anche per prestazioni a bassa complessità ( 15ml di euro complessivi aa. 2009, di cui circa € 3 milioni per RM colonna e muscolo scheletrica, € 1,2 milioni per il laboratorio analisi 1°, 2°, 3°
- Volumi/tipologie di prestazioni erogate dal privato accreditato (carenza della funzione di committenza)
- Prestazioni erogate da Aziende regionali AO/INRCA (carenza della funzione di committenza);
- Scarsa attenzione ai LEA (MOC valorizzazione a tariffario dell'erogato € 1.3 milioni)
- Mancato trasferimento in regime ambulatoriale di alcune prestazioni (cataratta, streeping, tunnel carpale, ecc).

A Livello aziendale, i flussi di mobilità maggiori sono concentrati nelle seguenti branche (> € 1.000.000):

- Prestazioni di Lab. analisi, anatomia patologica e servizio trasfusionale per € 2.506.620;
- Diagn. PET per € 1.663.154;
- Altre prestazioni per € 1.586.968;
- RMN muscolo scheletrica per € 1.284.320;
- RMN Colonna per € 1.275.626;
- Radioterapia per € 1.249.263;
- Diagn. RMN per € 1.110.078.

Tabella 3 – Consumi di prestazioni specialistiche per Area Vasta

BRANCHE PRESTAZIONI (REGIONE)	DETTAGLIO CONSUMI PER ZONA DI RESIDENZA (Spesa Lorda)									TASSO Consumi / 1000 Ab.Pesati (Specialistica 2009)
	ASUR	Privato	S.Salvatore	Osp.Riuniti	INRCA	Extra regione (Spesa Netta)	TOTALE	% Privato	% Extraregione	
000 - Branca non specificata	4.047.144	60.735	145.948	0	127.878	343.900	<b>4.725.605</b>	1%	7%	3.011
001 - Anestesia	387.319	1.253	5.919	108.984	84	37.476	<b>541.035</b>	0%	7%	345
002 - Cardiologia	5.584.247	1.448.880	246.870	858.344	361.013	109.978	<b>8.609.332</b>	17%	1%	5.485
003 - Chirurgia generale	1.457.980	76.120	52.998	111.959	1.964.048	41.260	<b>3.704.365</b>	2%	1%	2.360
004 - Chirurgia plastica	408.480	27.377	39.295	83.982	81.532	17.669	<b>658.335</b>	4%	3%	419
005 - Chirurgia vascolare-angiologia	158.886	1.744	0	30.224	253	5.538	<b>196.645</b>	1%	3%	125
006 - Dermatologia	2.360.061	17.157	113.792	248.678	235.089	17.538	<b>2.992.315</b>	1%	1%	1.906
007 - D.I.: Medicina nucleare	1.781.136	0	692.878	780.570	600.367	142.337	<b>3.997.288</b>	0%	4%	2.547
-> 007 Diagn. PET	2175753	0	560696	632712	1286	1.663.154	<b>5.033.601</b>	0%	33%	3.207
008 - D.I.: Radiologia diagnostica	215.741	0	0	34	0	52.653	<b>268.428</b>	0%	20%	171
-> 008 Diagn. Convenzionale	13.282.883	1.491.935	526.548	1.107.802	140.568	331.337	<b>16.881.073</b>	9%	2%	10.755
-> 008 Diagn. TC	10867775	631665	519342	1469640	324250	547.203	<b>14.359.875</b>	4%	4%	9.149
-> 008 Diagn. Ecografica	4549079	1367862	140826	689106	119605	217.313	<b>7.083.791</b>	19%	3%	4.513
-> 008 (Eco(color)doppler)	1975614	1.697.493	71676	163856	235031	85.527	<b>4.229.197</b>	40%	2%	2.694
-> 008 (Ecografia addominale)	6531584	1.368.385	184856	596713	185172	169.252	<b>9.035.958</b>	15%	2%	5.757
-> 008 (Ecografia mammella)	1772881	314.112	104184	348501	180	34.501	<b>2.574.359</b>	12%	1%	1.640
-> 008 (Ecografia osteoarticolare)	1130515	341.685	18339	115461	23985	26.342	<b>1.656.327</b>	21%	2%	1.055
-> 008 Diagn. RMN	3663223	531.210	299930	1129521	469145	1.110.078	<b>7.203.107</b>	7%	15%	4.589
-> 008 (RMN Colonna)	2299059	709.468	155836	197095	146671	1.275.626	<b>4.783.855</b>	15%	27%	3.048
-> 008 (RMN muscolo scheletrica)	2337212	1.226.159	185486	401127	204064	1.284.320	<b>5.638.368</b>	22%	23%	3.592
-> 008 Diagn. Vascolare	14655	0	6913	1342	0	4.150	<b>27.060</b>	0%	15%	17
-> 008 Densitometria Ossea	668357	216.950	45408	62861	260821	15.760	<b>1.270.157</b>	17%	1%	809
-> 008 Biopsie e Agoaspirati	384615	7.990	39122	76962	1920	12.044	<b>522.653</b>	2%	2%	333
-> 008 Controllo Drenaggi	11400	0	0	26850	0	0	<b>38.250</b>	0%	0%	24
-> 008 P. Pot. Inappropriate	7124	1.153	32	25	134	76	<b>8.544</b>	13%	1%	5
009 - Endocrinologia	1.078.291	3.824	21.336	843.558	268.515	5.821	<b>2.221.345</b>	0%	0%	1.415
010 - Gastroent. - Chir.e endosc.dig.	1.575.089	259.343	157.519	327.160	180.750	34.515	<b>2.534.376</b>	10%	1%	1.615
-> 010 (Colonscopia)	676983	109.010	101825	73340	6590	158.897	<b>1.126.645</b>	10%	14%	718
011 - Lab.analisi - A.patol. - S.trasf.	60.400.915	20.290.026	2.531.242	6.597.622	1.779.085	2.506.620	<b>94.105.510</b>	22%	3%	59.956
012 - Med. fisica e Riabilitazione	6.454.123	21.165.653	1.151	475.209	389.997	127.676	<b>28.613.809</b>	74%	0%	18.230
013 - Nefrologia	21.375.714	317.382	193.367	44.246	2.026.327	162.338	<b>24.119.374</b>	1%	1%	15.367
014 - Neurochirurgia	78.226	0	12.020	10.914	0	5.830	<b>106.990</b>	0%	5%	68
015 - Neurologia	1.223.334	265.793	171.337	337.924	193.628	64.739	<b>2.256.755</b>	12%	3%	1.438
016 - Oculistica	5.221.068	252.740	186.166	302.874	30.006	315.331	<b>6.308.185</b>	4%	5%	4.019
017 - Odontostom. - Chir.m.facciale	2.299.388	760.999	9.122	105.883	4.059	19.479	<b>3.198.930</b>	24%	1%	2.038
018 - Oncologia	1.412.544	2.790	58.639	137.047	40.050	29.263	<b>1.680.333</b>	0%	2%	1.071
019 - Ortopedia e traumatologia	3.263.145	30.075	149.300	220.001	55.968	38.824	<b>3.757.313</b>	1%	1%	2.394
020 - Ostetricia e ginecologia	2.720.975	62.287	199.802	447.361	68	125.510	<b>3.556.003</b>	2%	4%	2.266
021 - Otorinolaringoiatra	2.277.182	18.015	78.410	174.749	286	29.261	<b>2.577.903</b>	1%	1%	1.642
022 - Pneumologia	1.351.446	201.722	98.858	359.838	47.090	43.012	<b>2.101.966</b>	10%	2%	1.339
023 - Psichiatria	1.792.227	7.739	2.004	66.799	25.556	27.291	<b>1.921.616</b>	0%	1%	1.224
024 - Radioterapia	3.779.693	26.782	1.850.610	4.677.428	219	1.249.263	<b>11.583.995</b>	0%	11%	7.380
025 - Urologia	1.087.906	74.510	143.438	140.237	58.947	27.768	<b>1.532.806</b>	5%	2%	977
026 - Altre prestazioni	2.416.794	165.712	77.619	347.478	59.593	1.586.968	<b>4.654.164</b>	4%	34%	2.965
-> 026 (Astanteria)	4.636.177	0	279.138	1.585.308	126.671	0	<b>6.627.294</b>	0%	0%	4.222
040 - Multi branca	48580	0	0	0	0	0	<b>48.580</b>	0%	0%	31
<b>TOTALE</b>	<b>193.242.523</b>	<b>55.553.735</b>	<b>10.479.893</b>	<b>26.517.325</b>	<b>10.776.501</b>	<b>14.103.440</b>	<b>310.673.417</b>	<b>18%</b>	<b>5%</b>	<b>197.934</b>

Fonte: Flusso C, Anno 2009

Un primo approccio al problema si realizza attraverso eventi di informazione con i medici di medicina generale ed i medici del distretto, per l'analisi di dettaglio delle patologie di ricovero e delle prestazioni specialistiche con flussi significativi di mobilità passiva, sviluppati per singola area vasta.

Le Zone Territoriali di Pesaro, Urbino, Fano, Civitanova e Macerata hanno proposto programmi di informazione/formazione con i MMG e/o la messa a disposizione di report sui flussi di mobilità sanitaria; tali iniziative sono estese a tutte le realtà zonali.

Ulteriori azioni finalizzate al recupero dei flussi della mobilità passiva riguardano:

1. l'affidamento all'UCAD dei compiti di sensibilizzazione dei medici prescrittori sul fenomeno della mobilità sanitaria, assicurando nell'ambito delle funzioni distrettuali la realizzazione della strategia di intervento concordata in Area Vasta;
2. riorganizzazione della rete ospedaliera per reti cliniche, in grado di intercettare la domanda di prestazioni specialistiche e di ricovero dei residenti marchigiani;
3. costruzione di un pool di monitoraggio delle prestazioni di ricovero e delle prestazioni specialistiche, al fine di analizzare tempestivamente le tendenze evolutive dei flussi di mobilità;

4. costruzione di una rete di Referenti specialisti ed utilizzo degli stessi adeguatamente incentivato anche in sedi diverse da quelle di assegnazione;
5. assegnazione progetti Obiettivo a livello di Area Vasta finalizzati al miglioramento dei flussi di mobilità sanitaria.

A completamento dei possibili interventi correttivi dei flussi di mobilità, si richiamano gli interventi di livello regionale. In particolare, la mobilità verso le regioni di confine, di cui alla tabella 5, ha rappresentato un fenomeno rilevante nel triennio 2007-2009; nel triennio si è registrato:

- incidenza del 70% della mobilità passiva, per valore economico, delle regioni di confine (€ 69.801.373 anno 2009), con prevalenza della Regione Emilia Romagna che pesa da sola per circa il 50% (€ 50.516.543).
- lieve decremento del valore complessivo della mobilità, al cui interno si evidenzia un trend in aumento dell'Emilia Romagna e della Toscana, con un significativo decremento dell'Umbria e dell'Abruzzo.

Tabella 5 - Mobilità passiva 2009 verso le regioni a maggior incidenza

Zona di Residenza			Tra 0 e 0,49 - Complessità Bassa	Tra 0,5 ed 1 - Complessità Medio-Bassa	Tra 1 ed 1,99 Complessità Medio-Alta	Tra 2 ed 4,99 Complessità Alta	> di 5 - Complessità Altissima	Totale
Totale	2009	Casi	3.431	16.161	7.505	3.121	232	30.450
		Valori	3.335.157	28.639.563	29.532.552	29.920.856	8.767.079	100.195.206
E. Romagna	2009	Casi	1.410	8.164	3.845	1.513	117	15.049
		Valori	1.475.878	14.736.193	15.282.156	14.566.603	4.455.713	50.516.543
		% valori	2,9%	29,2%	30,3%	28,8%	8,8%	100,0%
Toscana	2009	Casi	218	1.211	424	114	8	1.975
		Valori	203.295	1.929.944	1.523.617	1.115.052	413.738	5.185.646
		% valori	3,9%	37,2%	29,4%	21,5%	8,0%	100,0%
Umbria	2009	Casi	186	1.288	455	191	10	2.130
		Valori	195.952	2.636.729	1.796.444	2.009.670	312.455	6.951.250
		% valori	2,8%	37,9%	25,8%	28,9%	4,5%	100,0%
Abruzzo	2009	Casi	272	1.100	462	281	15	2.130
		Valori	248.362	1.997.756	1.796.045	2.735.256	370.515	7.147.934
		% valori	3,5%	27,9%	25,1%	38,3%	5,2%	100,0%

E' evidente che la strategia di governo tendente alla riduzione della mobilità passiva deve esplicitarsi attraverso azioni mirate sulla mobilità verso le regione di confine, oltre alle azioni di competenza aziendale sul recupero delle fughe.

A tal proposito è importante rappresentare che con la regione Emilia Romagna è vigente un accordo triennale (2009-2011) che dispone ex ante le dinamiche di governo del fenomeno complessivo della mobilità, ed i cui elementi vengono di seguito riportati.

a) Nessun tetto economico per le seguenti macrocategorie:

- Chirurgia dei trapianti;
- Ricoveri in DH e RO per i DRG oncologici 409, 410 e 492;
- Attività di chirurgia oncologica (DRG chirurgici con diagnosi principale compresa tra i codici 140.0 e 239.9);
- Ricoveri in Unità spinale (reparto codice 28);
- Centri grandi ustionati;
- Trauma center.

b) Tetto economico dell'anno 2008 con possibilità di incremento annuale progressivo del 5% e un abbattimento del 50% dell'ulteriore produzione oltre al 5% per le seguenti macrocategorie:

- DRG chirurgici e medici di alta complessità del Testo Unico, con esclusione dei trapianti;
- Ricoveri nei reparti di riabilitazione codice 75;

c) Tetto economico dell'anno 2008 con incremento annuale del 5% per le attività dei reparti codice 56 riservato esclusivamente ai trasferimenti – dal reparto per acuti – dei pazienti di cui alla casistica per DRG chirurgici e medici di alta complessità del Testo Unico.

d) Tetto economico dell'anno 2007 senza possibilità di ulteriore riconoscimento per la produzione oltre al tetto per tutte le altre tipologie di ricoveri.

Con riferimento al **potenziamento dell'offerta**, saranno costituiti gruppi di lavoro aziendali al fine di concentrare in un numero definito e ridotto di unità operative le funzioni specialistiche (chirurgia vascolare, chirurgia toracica, chirurgia urologica maggiore, chirurgia ortopedica protesica, ecc.), prevedendo l'utilizzo delle equipe itineranti.

Le azioni tese al potenziamento dell'offerta saranno inoltre programmate con l'obiettivo della riduzione dei tempi di attesa.

In particolare, il nuovo Piano Nazionale Contenimento dei tempi di attesa (PNCTA) aggiorna l'elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera, per le quali la regione fisserà i tempi massimi di attesa che saranno vincolanti per le aziende regionali. Le prestazioni di nuovo inserimento sono:

Vis endocrinologia	Biopsia percutanea del fegato
Vis gastroenterologia	Emorroidectomia
Vis pneumologia	Riparazioni di ernia inguinale
RNM muscolo-scheletrica; colonna vertebrale ;ECG da sforzo, elettromiografia	Interventi chirurgici sul polmone; tonsillectomia
Le prestazioni di nuovo inserimento vanno ad aggiungere ulteriori criticità nelle strutture aziendali	

Il nuovo piano, inoltre, individua:

- le aree **cardiovascolare e oncologica** quali aree per lo sviluppo di percorsi diagnostico terapeutici (PDT) e fissa i relativi tempi massimi di attesa a garanzia della tempestività della diagnosi e del trattamento,
- promuove la valutazione e il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e ribadisce la necessità **dell'utilizzo delle classi di priorità;**
- **promuove l'acquisto delle prestazioni erogate in regime libero professionale** dai professionisti all'interno dell'azienda nell'ambito del governo delle liste d'attesa;
- prevede il monitoraggio dell'attività libero professionale intramuraria (ALPI) per verificare il previsto rispetto dell'equilibrio tra prestazioni rese dal professionista in regime istituzionale ed in libera professione intramuraria.

In linea con le azioni individuate dal PSR e dalla DGRM 17/2011, l' ASUR, nell' ottica dello sviluppo dell'appropriatezza clinica ed organizzativa finalizzata al contenimento dei TdA, prevede di:

- Costruire/condividere percorsi diagnostico-terapeutici standard, su base AV, concordati fra le UUOO richiedenti e MMG/PLS a partire dall'attuazione dei profili di assistenza elaborati dall'ARS (es. percorso IMA) e dagli screening (K mammella, colon retto, K polmone);
- Stabilire dei valori soglia per le prestazioni ambulatoriali ad elevato rischio di inappropriata potenzialmente comprimibili (es. ecocolor-doppler, RM osteoarticolare, ecc);
- Stabilire cutoff di età per esami potenzialmente inappropriati (es. RM osteoarticolari non effettuabili nei pazienti anziani, se non in situazioni cliniche selezionate);
- Potenziare il ricorso al regime ambulatoriale per la cataratta, tunnel carpale, stripping. ecc.;
- Sviluppare il sistema di trasferimento delle immagini radiologiche;
- Valorizzare il ruolo delle professioni;
- Implementare campagne per diminuire il consumismo di prestazioni radiologiche;
- Effettuare il monitoraggio attento sull'attività libero professionale.

Ciascuna Area Vasta tenderà sia a garantire il rispetto dei tempi di attesa che l'esattività per l'effettuazione dei percorsi diagnostici terapeutici di base (IMA, percorso screening). Le Aree-Vaste in base all'offerta di servizi alle competenze e specializzazioni acquisite, individuano delle linee di produzione che, per particolare complessità, devono essere concentrate (radioterapia, medicina nucleare, neuroradiologia, emodinamica, ecc.); devono inoltre essere definiti sistemi di relazioni strutturate per l'accesso e la presa in carico del paziente da qualunque ZT/AV.

In ciascuna ZT/AV è necessario individuare i livelli e le modalità erogative più appropriate per garantire una soddisfacente risposta ai bisogni di salute della popolazione di riferimento in particolare si dovrà effettuare l'analisi delle potenzialità di offerta propria e degli altri produttori (pubblici/privati), in relazione agli aspetti di:

- definizione dei servizi da rendere, con particolare riguardo ad accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale;
- definizione delle tipologie e dei volumi di attività da acquisire (sia da parte di produttori interni che da altri produttori);
- riorientamento della produzione da parte degli erogatori interni (predisposizione di piani specifici per il riallineamento produttivo relativamente ad attività caratterizzate da bassi livelli di efficienza ed insoddisfacenti rapporti costo/efficacia).

Sul fronte interaziendale, l'ASUR propone di stipulare accordi con le altre Aziende ospedaliere finalizzate alla costruzione della Rete integrata per l'accesso alle prestazioni sia diagnostiche che terapeutiche ad alta complessità così come previsto dalla DGRM 17/2010. In particolare, i principi fondamentali a cui deve ispirarsi tale rete sono i seguenti:

- organizzativa: tendere all'esaustività in area vasta/ASUR per le linee già esistenti e solo successivamente attivare piani di committenza con le AAOO/INRCA;
- rivedere i piani di committenza, non solo rispetto ai piani prestazionali, ma anche rispetto all'economicità dell'offerta (le AAOO fatturano a tariffa piena).

In ciascuna ZT/AV la riorganizzazione in chiave di appropriatezza dell'attività specialistica dovrà tendere ai seguenti risultati attesi:

- L'analisi delle proprie potenzialità produttive finalizzate alla garanzia dei tempi di attesa per le prestazioni di cui al Piano regionale di contenimento dei Tempi di attesa (PRCTA) di prossima emanazione;
- Riorientamento della produzione vs. strutture private accreditate;
- Definizione/implementazione/strutturazione dei percorsi diagnostici terapeutici di presa in carico per IMA e screening oncologici per area vasta (con la garanzia dei tempi di attesa) con la condivisione dei MMG/PLS e specialisti ospedalieri;
- Trasferimento delle prestazioni dal regime RO/DH ad ambulatoriale secondo le soglie definite dalle DGR 85872009 e DGR 61/2010);
- Applicazione delle soglie di ammissibilità all'effettuazione di prestazioni potenzialmente inappropriate e potenzialmente comprimibili (da definire);
- monitoraggio dell'attività libero professionale.

A tal fine, si intraprendono le seguenti azioni:

- Definire l'organizzazione e il sistema delle responsabilità a livello aziendale, di AV e di ZT;
- La Direzione ASUR attraverso l'istituzione di un tavolo di coordinamento/ monitoraggio deve sviluppare la funzione di raccordo tra le specifiche politiche sviluppate a livello delle AV -ZT affinché sia mantenuta la necessaria coerenza nella modalità di gestione clinica ed organizzativa delle liste di attesa, anche al fine di garantire ai cittadini su tutto il territorio ASUR equità di condizioni di accesso ai servizi;
- Le AV e le Zone Territoriali sono responsabili della conduzione complessiva del sistema dell'offerta.

I responsabili della specialistica ambulatoriale zonali sono responsabili: del corretto svolgimento del processo di governo e gestione dei tempi di attesa, della committenza nei confronti dei Direttori dei dipartimenti (produzione interna) ed esterna e della produzione adeguata alla domanda rilevata.

Sulla base delle indicazioni regionali/aziendali ogni AV-ZT dovrà redigere un piano attuativo in cui sia esplicitata, attraverso un piano di produzione, la programmazione attenta di attività necessaria sia al contenimento dei TdA che delle relative performance.

Il piano di produzione dovrà contenere:

- la valutazione del fabbisogno;
- la pianificazione della produzione da parte delle équipe delle strutture proprie, della produzione aggiuntiva, della produzione del privato accreditato;
- la descrizione degli ambiti di garanzia per singola prestazione (la scelta dell'ambito territoriale di garanzia deve essere fatta sulla base delle caratteristiche di complessità della prestazione, evitando ambiti di garanzia troppo ampi per prestazioni di base);
- l'analisi dell'andamento nell'ultimo anno dei tempi di attesa delle prestazioni oggetto di monitoraggio e di quelle che pur non oggetto di monitoraggio presentano cattive performance rispetto ai tempi prefissati;
- la descrizione delle strategie di modulazione temporale della produzione;
- la valutazione sul grado di aderenza rispetto alle distinzioni di priorità (se presenti) e alle modalità di gestione all'atto della prenotazione/accesso delle prestazioni U e B.
- definire il sistema incentivante nella contrattazione del budget delle équipe finalizzato al contenimento dei tempi di attesa
- definire le modalità per l'utilizzo delle 26 ore annuali derivanti dalla riduzione delle 4 ore settimanali dedicate all'aggiornamento, nonché l'eventuale l'attivazione dell'Art 55 comma 2.

Con riferimento ai **processi di committenza**, è stato predisposto un piano di committenza per le strutture pubbliche e private, coerente con il fabbisogno della popolazione residente, sia per le attività ospedaliere che per quelle ambulatoriali.

La funzione di committenza può essere definita come identificazione dei volumi quali-quantitativi di beni o servizi che un soggetto richiede a produttori terzi al fine di esplicitare la propria mission, stipulando un contratto di fornitura, nel quale vengono almeno esplicitati i seguenti elementi:

- Cosa *acquistare*;
- Quanto *acquistare* di cosa;
- Il sistema tariffario;
- I criteri qualitativi di produzione;
- I meccanismi di controllo sugli impegni contrattuali;
- Le penali in caso di inadempienza contrattuale.

E' del tutto evidente il rapporto contrattuale paritario derivante dagli impegni bilaterali: da un lato il committente che detiene i cordoni della borsa, dall'altro il produttore che, nel rispetto dei criteri contrattuali di produzione, ha il diritto di ricevere la contropartita economica.

La disciplina economica insegna come l'equilibrio tra domanda e offerta, che determina il positivo effetto allocativo delle risorse di mercato, nel settore sanitario sia fortemente sbilanciato a favore dell'offerta a causa, fra l'altro, del fatto che nei mercati a connotazione professionale (come quello sanitario) sono gli obiettivi dei professionisti a governare prevalentemente la produzione più che la naturale domanda di prestazioni determinata dall'evoluzione dei bisogni.

La conseguente debolezza della domanda non stimola il governo della produzione, in quanto in carenza di esplicite richieste produttive e potenziali penalizzazioni economiche gli erogatori non hanno quella forte spinta motivazionale a concordare con i propri professionisti regole ferree di produzione quali-quantitativa.

Proprio per dare forza al lato della domanda nell'intento del ripristino dell'equilibrio di mercato, i piani di committenza sono prevalentemente adottati con atti normativi aventi valore dispositivo.

Nel corso degli ultimi anni, gli atti regionali che ineriscono la committenza sono stati in grado di attivare un percorso di significativo miglioramento nel governo delle logiche produttive, anche attraverso meccanismi di penalizzazioni economiche in caso di mancato rispetto degli obiettivi. Pertanto è indispensabile dare continuità alla strada tracciata incrementando i livelli di incisività in termini di efficacia di governo, come la programmazione regionale richiede.

## **PIANO DI COMMITTENZA PER L'ATTIVITÀ DI RICOVERO**

### **1. Obiettivi generali della committenza ospedaliera**

Come è noto la crisi economica ha determinato una prospettiva finanziaria di estrema sofferenza per i prossimi anni, che criticamente si riverbererà sulla spesa sanitaria (settore dei servizi pubblici a maggior investimento), realtà già in atto per effetto delle manovre governative (L.191/09e D.Legge n.78/2010 e prossimo decreto sui costi standard).

In questo contesto la regione Marche ha necessariamente delineato una programmazione triennale 2010 – 2012 finalizzata al governo della spesa sanitaria prefigurando nell'area ospedaliera il settore sul quale concentrare le manovre strutturali di razionalizzazione dell'offerta, dalle quali trarre le risorse utili allo sviluppo armonico dell'assistenza territoriale e della prevenzione necessari al mantenimento degli adeguati livelli assistenziali, in un contesto generale di risorse invariate nella migliore delle ipotesi.

Infatti gli obiettivi economici di sistema più significativi consistono nel:

- *Programmare l'attività al fine di trasferire risorse pari all'1% dall'assistenza ospedaliera all'assistenza territoriale e socio-sanitaria nel 2011 ed aggiungere un ulteriore 1% nel 2012.*
- *Riduzione della mobilità passiva extraregione almeno del 3% annuo (base 2010) a partire dall'anno 2011.*

L'approccio alla realizzazione di tali obiettivi parte ineludibilmente da una attenta programmazione dei volumi quali-quantitativi dei ricoveri ospedalieri da erogare per la popolazione marchigiana, la quale, essendo perfettamente coincidente con la popolazione assistita dell'ASUR, qualifica questa Azienda quale detentrica del ruolo di agente per tale ambito di assistenza, da esplicitare attraverso lo strumento dei piani committenza verso i gruppi di erogatori citati nella sottostante tabella (comprensiva del relativo valore della produzione ospedaliera per i residenti regione Marche):

Tab. 1

<b>GRUPPI EROGATORI</b>	<b>Valore della produzione ospedaliera per residenti regione Marche</b>		
	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
Presidi ASUR	458.349.931	461.264.265	452.580.160
Aziende Ospedaliere	273.118.324	272.510.005	273.952.183
Privato accreditato (come da file SDO)	64.030.643	68.427.482	70.209.377
Extraregionale	113.245.350	112.855.908	112.735.754

In considerazione della centralità dell'azione prospettica sul livello ospedaliero, l'ASUR ha intrapreso un processo di sviluppo della funzione di committenza per centralizzare presso la Direzione Generale le strategie di programmazione, favorendo così la coerenza tra piani operativi e indicazioni di sistema, al fine di rendere effettivo l'impatto economico.

E' ovvio che la strategia della committenza ospedaliera deve esplicitarsi a tutto campo, investendo tutti i gruppi di erogatori sopraccitati con la medesima strategia operativa, in una logica di coerenza sia fra gli obiettivi produttivi assegnati agli erogatori che rispetto alle indicazioni scaturenti dai vincoli quali-quantitativi dello scenario (obiettivi regionali, tassi di ospedalizzazione programmati, indicazioni di appropriatezza, ecc..).

Il raggiungimento dei predetti obiettivi passa necessariamente attraverso l'individuazione coerente di volumi di attività ospedaliera verso gli erogatori, che si traducono in tetti quantitativi per le tipologie di attività ospedaliere da contenere (a maggior rischio di inappropriately) ed incrementi quantitativi per le tipologie di attività oggetto di fughe extraregionali (con particolare riguardo all'alta complessità e alta specializzazione), in un effetto bilanciato che possa produrre la riduzione progressiva del Tasso di Ospedalizzazione della popolazione marchigiana, ancora superiore agli standard raccomandati del 160 per mille.

Tale dinamica deve, di conseguenza, trovare corrispondenza nella previsione prospettica ex ante del valore economico della produzione ospedaliera per i residenti regionali a valere negli scambi finanziari intrasistema. La tabella sottostante riepiloga i valori del triennio 2007-2009.

## **2. Piano di committenza verso le Aziende ospedaliere pubbliche regionali**

### 2.1 Criteri di selezione qualitativa dell'attività

Per individuare i volumi quali-quantitativi di attività si sono raggruppati tutti i DRG in 11 categorie, come di seguito indicate e specificate concettualmente.

Tab.2

CLASSI DRG	SPECIFICA
1. DRG 858	Area a rischio di inappropriately sulla base di indicazioni normative. Riconversione in regime ambulatoriale in base a soglie predeterminate
2. P.S. 2010-2012: DRG con procedure trasferibili in ambulatoriale	Area a rischio di inappropriately sulla base di indicazioni normative. Potenziale riconversione in regime ambulatoriale
3. P.S. 2010-2012: DRG trasferibili da ordinario in diurno (non incl. in DGR 858)	Area a rischio di inappropriately sulla base di indicazioni normative. Potenziale riconversione in regime diurno
4. DRG Dermatologia (non incl. nelle prime 3 cat.)	Area con elevato rischio di inappropriately. Potenziale riconversione in regime ambulatoriale
5. DRG Allergologia (non incl. nelle prime 3 cat.)	Area con elevato rischio di inappropriately. Potenziale riconversione in regime ambulatoriale
6. DRG Selezionati (non incl. nelle prime 3 cat.)	Area con elevato rischio di inappropriately, specialmente per la maggior produzione rispetto al best performer.
7. DRG Sentinella (non incl. nelle prime 3 cat.)	Area a rischio di inappropriately sulla base di indicazioni normative
8.1. A.C. - Cardiocirurgia	Come da indicazioni normative
8.2. A.C. - Cardiologia	Come da indicazioni normative
8.3. A.C. - Chirurgia Toracica	Come da indicazioni normative
8.4. A.C. - Chirurgia Vascolare	Come da indicazioni normative
8.5. A.C. - Neurochirurgia	Come da indicazioni normative
8.6. A.C. - Urologia	Come da indicazioni normative
9. DRG Alta Complessità (non incl. in cat. 7)	DRG Alta Complessità non compresi nella categoria 7
10. Chirurgia oncologica (non incl. in precedenti categorie)	DRG Chirurgici con diagnosi principale compresa tra i codici 140.0 e 239.9
11. DRG Altri (non incl. in tutte le cat. precedenti)	Tutti gli altri DRG non inseriti nelle categorie precedenti

Le categorie da 1 a 7 rappresentano, ovviamente, le aree di attività da contenere in quanto soggette a maggior rischio di inappropriately.

Le categorie 8, e 10 rappresentano l'area di attività su cui focalizzare l'incremento produttivo teso al recupero della mobilità passiva.

Le categorie 9 e 11 rappresentano l'area su cui è necessario prevedere un mantenimento dei volumi produttivi.

### 2.2 Criteri di definizione quantitativa

Trattasi di individuare e ripartire per AAOO i volumi di ricoveri da contenere (categorie da 1,2,4,5,6,7 della tab.2), da razionalizzare (categoria 3 della tab.2) ed da incrementare (categorie 8 e 10 della tab.2).

#### 2.2.1 Area di contenimento / Razionalizzazione

In via preliminare si rileva che nell'anno 2009 si sono registrati 23.190 ricoveri in esubero rispetto al T.O. del 160 \* 1000. Pertanto al fine individuare i volumi complessivi da contenere, si è fatto riferimento al fatto che l'incidenza produttiva totale sui residenti delle AA.OO. (72.816 ricoveri) sulla produzione totale per residenti (274.322 ricoveri) è pari al 26,5%.

Si è quindi operata una riduzione complessiva per le AA.OO. di 6.155 ricoveri, pari al 26,5% di 23.190.

Per l'individuazione dell'area da assoggettare al contenimento ci si è riferiti, alle procedure della DRG 858 e di quelle di cui all'allegato 4 del Patto per la Salute 2010-2012 da trasferire in ambulatorio. Tramite l'applicazione di tali criteri sono stati individuati 2.168 ricoveri trasferibili in un setting ambulatoriale.

Per ripartire il restante volume da decrementare alle singole AA.OO., costituito da 3987 ricoveri (6.155 – 2168), ci si è riferiti all'incidenza produttiva dei 3.987 ricoveri sulla produzione delle AA.OO. relativa al totale dei DRG inclusi nelle categorie 4, 5, 6 e 7 (11.506), che è pari al 34,7%. Si è quindi operata la ripartizione dei 3.987 ricoveri in diminuzione alle singole AA.OO., riducendo del 34,7% il volume che ogni Azienda ha prodotto come DRG scaturenti dalle categorie sopracitate.

Per quanto riguarda l'area di razionalizzazione, si è operato sui DRG potenzialmente inappropriati se erogati in regime ordinario contemplati nell'allegato 5 del Patto della Salute 2010-2012, incrementando, a parità di volumi produttivi, i ricoveri in regime diurno.

La tabella 3 evidenzia, per le singole categorie, il volume di ricoveri decrementati e razionalizzati di ciascun erogatore.

Tab. 3

CLASSI DRG	Regime Ricovero	Osp. Riuniti			San Salvatore			INRCA			TOTALE		
		Casi 2009	Delta	Casi Attesi	Casi 2009	Delta	Casi Attesi	Casi 2009	Delta	Casi Attesi	Casi 2009	Delta	Casi Attesi
1. DRG 858	Diurno	863	-695	168	1.176	-931	245	195	-135	60	2.234	-1.761	473
	Ordinario	23	0	23	3	0	3	3	0	0	26	0	26
2. P.S. 2010-2012: DRG con procedure trasferibili in ambulatoriale		190	-190	0	44	-44	0	173	-173	0	407	-407	0
3. P.S. 2010-2012: DRG trasferibili da ordinario in diurno (non incl. in DGR 858)	Diurno	10.752	3.957	14.709	3.729	1.694	5.423	717	502	1.219	15.198	6.153	21.351
	Ordinario	3.957	-3.957	0	1.694	-1.694	0	502	-502	0	6.153	-6.153	0
4. DRG Dermatologia (non incl. nelle prime 3 cat.)		422	-146	276	48	-17	31	139	-48	91	609	-211	398
5. DRG Allergologia (non incl. nelle prime 3 cat.)		463	-160	303	48	-17	31	0	0	0	511	-177	334
6. DRG Selezionati (non incl. nelle prime 3 cat.)		3.602	-1.248	2.354	2.165	-750	1.415	1.362	-472	890	7.129	-2.471	4.658
7. DRG Sentinella (non incl. nelle prime 3 cat.)		2.266	-785	1.481	747	-259	488	244	-85	159	3.257	-1.129	2.128

## 2.2.2 Volumi in incremento

La richiesta di incremento di produzione è finalizzata al recupero della mobilità passiva. Trattandosi di piani di committenza con Aziende Ospedaliere è ovvio che è necessario focalizzare la problematica sui DRG di Alta complessità, in quanto le AA.OO. sono la sede assolutamente prevalente e a volte esclusiva di tale ambito di attività ospedaliera.

Pertanto si è calcolato l'incremento volumetrico finalizzati al recupero del 20% dei casi di mobilità passiva extraregionale per le discipline di maggiore impatto economico per DRG di alta complessità, ossia: cardiocirurgia, cardiologia, chirurgia toracica, chirurgia vascolare, neurochirurgia e urologia.

Inoltre, anche in funzione dell'accordo di confine con la regione Emilia Romagna, è stato fatto uno specifico focus sulla tipologia di produzione sulla quale non operano tetti, e precisamente nell'attività di chirurgia oncologica (DRG chirurgici con diagnosi principale compresa tra i codici 140.0 e 239.9);

In questo caso la richiesta di incremento è stata dimensionata nel recupero del 50% dei casi in uscita, rispettivamente dell'Area Vasta n° 1 per l'Azienda Ospedaliera Marche Nord e dell'Area Vasta n° 2 per l'Azienda Ospedali Riuniti e l'INRCA.

La tabella 4 riepiloga tale procedimento.

Tab. 4

CLASSI DRG	Regime Ricovero	Osp. Riuniti			San Salvatore			INRCA			TOTALE		
		Casi 2009	Delta	Casi Attesi	Casi 2009	Delta	Casi Attesi	Casi 2009	Delta	Casi Attesi	Casi 2009	Delta	Casi Attesi
8.1. A.C. - Cardiocirurgia		880	35	915							880	35	915
8.2. A.C. - Cardiologia		232	10	242	71	3	74	39	2	41	342	14	356
8.3. A.C. - Chirurgia Toracica		68	5	73							68	5	73
8.4. A.C. - Chirurgia Vascolare		193	21	214							193	21	214
8.5. A.C. - Neurochirurgia		426	20	446	117	5	122				543	25	568
8.6. A.C. - Urologia		243	10	253	152	6	158	2	0	2	397	17	414
10. DRG 492 + chirurgia oncologica (non incl. in precedenti categorie)		2.472	66	2.538	954	257	1.211	165	7	172	3.591	330	3.921

## 2.3 Tetti di spesa economici e coerenza con gli obiettivi di sistema

La seguente tabella 5 riepiloga i volumi e l'impatto economico del piano di committenza.

Tab. 5

CLASSI DRG	Regime Ricovero	Casi 2009		Casi Attesi		Casi 2009		Casi Attesi		Casi 2009		Casi Attesi		Casi 2009		Casi Attesi		Casi 2009		Casi Attesi	
		Casi	Valori	Casi	Valori	Casi	Valori	Casi	Valori	Casi	Valori	Casi	Valori	Casi	Valori	Casi	Valori	Casi	Valori	Casi	Valori
1. DRG 858	Ordinario	863	696.539	169	176.702	3	27.273	3	27.273	199	176.702	3	27.273	3	27.273	60	63.233	26	2.472.138	473	538.349
2. P.S. 2010-2012: DRG con procedure trasferibili in ambulatoriale	Ordinario	190	441.294	0	0	0	0	0	0	173	570.421	0	0	0	0	0	0	407	1.145.033	0	0
3. P.S. 2010-2012: DRG trasferibili da ordinario in diurno (non incl. in DGR 858)	Ordinario	10.752	14.548.429	14.709	18.592.612	3.729	5.294.419	5.423	6.882.664	717	1.008.738	1.219	1.551.083	1.198	20.881.786	21.351	27.026.350	0	0	0	0
4. DRG Dermatologia (non incl. nelle prime 3 cat.)	Ordinario	422	8.903.482	276	1.184.820	48	3.847.529	0	0	502	1.260.634	0	0	6.153	14.011.645	0	0	609	2.874.999	398	1.780.271
5. DRG Allergologia (non incl. nelle prime 3 cat.)	Ordinario	463	327.251	303	214.168	48	47.464	31	139.297	139	848.046	97	554.154	409	375.215	334	245.184	0	0	0	0
6. DRG Selezione (non incl. nelle prime 3 cat.)	Ordinario	3.402	6.395.048	2.354	5.809.126	747	2.165.836	1.415	3.975.059	1.362	4.403.847	890	2.877.468	7.129	19.377.004	4.658	12.655.283	2.257	4.599.170	1.128	6.501.871
7. DRG Sementaria (non incl. nelle prime 3 cat.)	Ordinario	2.266	8.899.954	1.481	4.178.832	1.481	2.165.836	488	1.415.282	3.332	7.022.487	1.59	2.877.468	1.59	9.263.569	2.419	5.525.827	880	14.257.166	915	14.827.702
<b>Totale Sub 1</b>		<b>22.538</b>	<b>42.242.939</b>	<b>19.373</b>	<b>30.183.620</b>	<b>9.654</b>	<b>19.096.442</b>	<b>7.636</b>	<b>12.724.078</b>	<b>3.332</b>	<b>9.061.795</b>	<b>2.419</b>	<b>5.525.827</b>	<b>35.524</b>	<b>70.401.235</b>	<b>29.348</b>	<b>48.433.435</b>	<b>880</b>	<b>14.257.166</b>	<b>915</b>	<b>14.827.702</b>
8.1 A.C. - Cardiologia		880	14.257.166	915	14.827.702	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8.2 A.C. - Cardiologia		232	5.029.035	242	5.241.013	71	1.380.959	74	1.439.164	39	506.489	41	527.832	342	6.916.432	356	7.208.074	0	0	0	0
8.3 A.C. - Chirurgia Toracica		68	780.970	73	751.438	0	0	0	0	0	0	0	0	68	780.970	73	751.438	0	0	0	0
8.4 A.C. - Chirurgia Vascolare		193	2.086.594	214	2.328.016	0	0	0	0	0	0	0	0	193	2.086.594	214	2.328.016	0	0	0	0
8.5 A.C. - Neurochirurgia		426	5.948.128	446	6.226.659	117	1.420.751	122	1.487.280	2	16.518	0	0	543	7.368.976	548	7.713.940	0	0	0	0
8.6 A.C. - Urologia		243	1.500.619	253	1.564.345	152	992.869	158	1.035.033	2	16.518	2	17.219	397	2.510.006	414	2.616.597	0	0	0	0
9. DRG Alia complessiva (non incl. in cat. 7)		2.136	33.186.185	2.136	33.186.185	801	9.901.922	801	9.901.922	91	890.039	91	890.039	3.028	43.978.146	3.028	43.978.146	0	0	0	0
10. DRG 492 + chirurgia oncologica (non incl. in precedenti categorie)		2.472	16.566.646	2.538	16.947.688	954	5.536.967	1.211	7.019.508	165	1.041.141	172	1.070.215	3.991	23.144.354	3.921	25.037.412	0	0	0	0
<b>Totale Sub 2</b>		<b>6.650</b>	<b>79.285.345</b>	<b>6.818</b>	<b>81.073.048</b>	<b>2.095</b>	<b>19.233.468</b>	<b>2.367</b>	<b>20.882.907</b>	<b>297</b>	<b>2.454.187</b>	<b>306</b>	<b>2.505.310</b>	<b>9.042</b>	<b>100.973.000</b>	<b>9.490</b>	<b>104.461.285</b>	<b>28.250</b>	<b>96.064.583</b>	<b>28.250</b>	<b>96.064.583</b>
<b>TOTALE</b>		<b>46.367</b>	<b>180.504.511</b>	<b>43.309</b>	<b>170.032.765</b>	<b>20.334</b>	<b>65.207.995</b>	<b>18.588</b>	<b>60.484.171</b>	<b>6.115</b>	<b>21.927.212</b>	<b>5.211</b>	<b>18.442.367</b>	<b>72.816</b>	<b>287.438.818</b>	<b>67.109</b>	<b>248.959.303</b>				

Il piano di committenza per essere un efficace strumento di programmazione dell'attività deve necessariamente prevedere la responsabilizzazione delle strutture coinvolte. Negli analoghi strumenti utilizzati (vedi accordi di confine) vengono utilizzati tetti di attività e penalizzazioni, che in sostanza rappresentano l'unico strumento di responsabilizzazione possibile.

Pertanto saranno previsti nell'accordo i seguenti tetti e penalizzazioni.

- I valori indicati nella tabella 5 nella colonna casi attesi e valori attesi per le categorie 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 11 sono tetti massimi di riconoscimento produttivo ed economico, specifico per ciascuna categoria, con abbattimento del 100% della produzione oltre il tetto. Il tetto economico è prevalente, anche nel caso di rispetto del tetto di casi per un valore economico esuberante il tetto massimo economico stabilito. Il valore economico atteso di ogni categoria è stato elaborato riproducendo per i casi attesi lo stesso mix produttivo erogato nell'anno 2009.
- Il valore indicato nella riga totale sub 2 colonna valore atteso rappresenta un tetto minimo che le Aziende Ospedaliere devono garantire. Se la produzione risulterà inferiore a tale tetto minimo, il relativo mancato costo costituirà ricavo aggiuntivo per l'ASUR finalizzato alla copertura dei maggiori costi che la stessa avrà sostenuto, sia per produzione diretta che per mobilità passiva. Se la produzione risulterà superiore a tale tetto minimo, il relativo differenziale positivo dovrà essere rappresentato da un aumento della mobilità attiva extraregionale.

In definitiva, i risultati attesi dal processo di committenza, coerentemente con gli obiettivi di sistema, sono i seguenti:

- *Riduzione del Tasso di Ospedalizzazione:* come si evince dalla differenza nella riga totale complessivo tra i casi 2009 e i casi attesi;
- *Programmare l'attività al fine di trasferire risorse pari all'1% dall'assistenza ospedaliera all'assistenza territoriale e socio-sanitaria nel 2011 ed aggiungere un ulteriore 1% nel 2012:* come si evince dalla differenza nella riga totale complessivo tra il valore 2009 e il valore atteso;
- *Riduzione della mobilità passiva extraregione almeno del 3% annuo (base 2010) a partire dall'anno 2011:* come si evince dalla differenza, sia dei casi che valore, nella riga totale sub 2 tra casi 2009 e casi attesi - valore 2009 e valore atteso;
- *Incremento appropriatezza:* come si evince dalla differenza nella riga totale sub 1 tra i casi 2009 e i casi attesi.

### 3. Piano di committenza verso le Case di Cura multi specialistiche private accreditate

Il presente piano di committenza è centrato sulle Case di Cura convenzionate multi specialistiche sulle quali la committenza è attivata in via preliminare da atti regionali. La finalità è pertanto quella di focalizzare l'attenzione del Dipartimento alla Salute sull'introduzione di nuovi elementi di valutazione dell'attività, comuni ai piani di committenza delle Aziende Ospedaliere, in modo da adeguare gli atti di programmazione regionale allo scenario esplicitato.

Partendo dagli obiettivi di sistema indicati in premessa, la determinazione quali-quattro attività della produzione attesa dalle strutture private è stata ispirata ai seguenti principi:

- Rispetto quantitativo, in casi e valore economico, dei macrobiettivi regionali di sistema;
- Definizione quali-quantitativa dei volumi richiesti in linee produttive da:
  - *contenere* (quelle a maggior rischio di inappropriatezza);
  - *incrementare* (con particolare riguardo su quelle a maggiore fuga extraregionale);
  - *mantenere*.
- Correlazione dei tetti volumetrici quali-quantitativi ad un sistema di incentivazioni /disincentivazioni attraverso la previsione di penalizzazioni economiche sul riconoscibile finanziario.

Questa logica evidentemente incrementerebbe l'incisività della committenza, richiedendo a tutti i produttori regionali, pubblici e privati, gli stessi sacrifici organizzativi quale contributo all'equilibrio del sistema.

Il dato relativo al Privato accreditato inserito nella precedente tabella n° 1 è descrittivo del valore di tutta la produzione ospedaliera del privato accreditato della regione Marche per i residenti. Nella seguente tabella n° 6 si sono circoscritti i valori della produzione ospedaliera dell'anno 2009 delle sole Case di Cura Multispecialistiche, che è la tipologia produttiva coinvolta nel processo di trasferimento di risorse dall'assistenza ospedaliera all'assistenza territoriale. In considerazione di tale processo sono stati inseriti anche i dati relativi al valore della produzione di specialistica ambulatoriale.

Tab.6

	Ospedaliera		
	Acuti	Lungodegenza e riabilitazione	Tot. Produzione per residenti
CASA DI CURA ' VILLA ANNA ' SRL	€ 5.011.032	€ 244.897	€ 5.255.929
CASA DI CURA 'STELLA MARIS' SRL	€ 3.788.180	€ 82.148	€ 3.870.329
CASA DI CURA 'VILLA SAN MARCO'	€ 3.038.618		€ 3.038.618
CASA DI CURA DOTT. MARCHETTI SRL	€ 2.650.758	€ 410.629	€ 3.061.388
CASA DI CURA VILLA IGEA	€ 8.198.126	€ 519.176	€ 8.717.302
CASA DI CURA VILLA PINI SANATRIX GESTION	€ 12.559.476	€ 807.485	€ 13.366.961
CASA DI CURA VILLA SERENA	€ 3.138.788	€ 3.307.777	€ 6.446.565
RITA SRL CASA CURA PRIVATA VILLAVERDE	€ 4.527.012	€ 45.357	€ 4.572.369
<b>Totale</b>	<b>€ 42.858.698</b>	<b>€ 5.407.992</b>	<b>€ 48.329.460</b>

### 3.1 Criteri di selezione qualitativa dell'attività

In linea con l'impostazione adottata per i piani di committenza con le Aziende Ospedaliere, la presente proposta opera una selezione qualitativa delle tipologia di attività di ricovero, da contenere o da incrementare, ed una definizione quantitativa dei volumi corrispondenti. Peraltro tale impostazione è coerente con le disposizioni di cui all'art. 8-quinquies-Accordi contrattuali del D.Lgs.502/92 e s.m.i. che al comma 1, punto b) prevede che le regioni individuino gli indirizzi per la formulazione dei programmi di attività delle strutture interessate, con l'indicazione delle funzioni e delle attività da potenziare e depotenziare, secondo le linee di programmazione regionale.

La tabella 7 riepiloga le categorie nei quali sono stati raggruppati i DRG.

Tab. 7

CLASSI	SPECIFICA
1. DRG 858	Area a rischio di inappropriatezza sulla base di indicazioni normative. Riconversione in regime ambulatoriale in base a soglie predeterminate
2. P.S. 2010-2012: DRG con procedure trasferibili in ambulatoriale (non incl. in DGR 858)	Area a rischio di inappropriatezza sulla base di indicazioni normative. Potenziale riconversione in regime ambulatoriale
3. P.S. 2010-2012: DRG trasferibili da ordinario in diurno (non incl. in DGR 858)	Area a rischio di inappropriatezza sulla base di indicazioni normative. Potenziale riconversione in regime diurno
4. DRG a maggior tasso di fuga extraregionale (non incl. in prec. categorie)	DRG selezionati in base all'incidenza di fuga extraregionale
5. DRG Altri (non incl. in tutte le cat. precedenti)	Tutti gli altri DRG non inseriti nelle categorie precedenti

Le categorie da 1, 2 e 3 rappresentano le aree di attività da contenere/razionalizzare, in quanto soggette a maggior rischio di non appropriatezza.

La categoria 4 rappresenta l'area di attività su cui focalizzare l'incremento produttivo teso al recupero della mobilità passiva.

Le categoria 5 rappresenta l'area su cui è necessario prevedere un mantenimento dei volumi produttivi.

### 3.2 Criteri di definizione quantitativa

Trattasi di individuare e ripartire per Casa di Cura i volumi di ricoveri da contenere, (categorie 1 e 2 della tab.3), da razionalizzare (categoria 3 della tab.3) e da incrementare (categoria 4 della tab.3).

#### 3.2.1 Area di contenimento / Razionalizzazione

In via preliminare si rileva che nell'anno 2009 si sono registrati 23.190 ricoveri in esubero rispetto al T.O. del 160 \* 1000. Pertanto al fine individuare i volumi complessivi da contenere, si è fatto riferimento al fatto che l'incidenza produttiva totale sui residenti delle Case di cura multi specialistiche (21.109 ricoveri) sulla produzione totale per residenti (274.322 ricoveri) è pari al 7,7%. Si dovrebbe quindi operare una riduzione complessiva per le Case di Cura multi specialistiche di 1.784 ricoveri, pari al 7,7% di 23.190.

Per l'individuazione dell'area da assoggettare al contenimento ci si è riferiti, alle procedure della DRG 858 e di quelle di cui all'allegato 4 del Patto per la Salute 2010-2012 da trasferire in ambulatorio. Tramite l'applicazione di tali criteri sono stati individuati 4.494 ricoveri trasferibili in un setting ambulatoriale. Nonostante i ricoveri da ridurre individuati con quest'ultimo criterio siano numericamente superiori a quelli previsti per l'allineamento al tasso di ospedalizzazione, si è optato per la soluzione più restrittiva, considerando che i 4.494 casi individuati fanno riferimento ad una casistica altamente inappropriata.

Per quanto riguarda l'area di razionalizzazione, si è operato sui DRG potenzialmente inappropriati se erogati in regime ordinario contemplati nell'allegato 5 del Patto della Salute 2010-2012, incrementando, a parità di volumi produttivi, i ricoveri in regime diurno.

La successiva tabella 8 riepiloga le suddette operazioni relative all'area di contenimento ed a quella di razionalizzazione.

Tab. 8

CLASSI	1. DRG 858		2. P.S. 2010-2012: DRG con procedure trasferibili in ambulatoriale (non incl. in DGR 858)	3. P.S. 2010-2012: DRG trasferibili da ordinario in diurno (non incl. in DGR 858)		4. DRG a maggior tasso di fuga extraregionale (non incl. in prec. categorie)	5. DRG Altri (non incl. in tutte le cat. precedenti)	Totale complessivo	
	Regime ricovero	Diurno	Ordinario	Diurno	Ordinario				
CASA DI CURA ' VILLA ANNA ' SRL	Casi 2009	653		88	581	125	429	434	2.310
	Valori 2009	709.585		133.218	855.776	208.604	1.794.355	1.309.494	5.011.032
	Casi Attesi	132		0	706		648	434	1.920
	Valori attesi	145.539	0	0	979.344		2.639.628	1.309.494	5.074.005
CASA DI CURA DOTT. MARCHETTI SRL	Casi 2009	82	3	114	300	130	258	419	1.306
	Valori 2009	106.282	4.340	168.162	403.450	216.791	757.735	993.998	2.650.758
	Casi Attesi	25	3	0	430		311	419	1.188
	Valori attesi	34.105	4.340	0	530.305		916.684	993.998	2.479.431
CASA DI CURA 'STELLA MARIS' SRL	Casi 2009	2		7	315	303	205	892	1.724
	Valori 2009	2.893		9.873	401.219	475.609	541.572	2.303.722	3.734.889
	Casi Attesi	1		0	618		310	892	1.821
	Valori attesi	984	0	0	585.605		836.856	2.303.722	3.727.166
CASA DI CURA VILLA IGEA	Casi 2009	1.560	4	225	1.299	230	334	898	4.550
	Valori 2009	1.737.206	4.765	334.168	1.986.939	466.711	1.063.111	2.605.226	8.198.126
	Casi Attesi	318	4	0	1.529		407	898	3.156
	Valori attesi	355.685	4.765	0	2.307.805		1.297.408	2.605.226	6.570.889
CASA DI CURA VILLA PINI SANATRIX GESTION	Casi 2009	1.191	2	196	1.566	447	1.072	1.240	5.714
	Valori 2009	1.324.277	2.212	309.633	2.579.748	825.472	4.328.567	3.189.567	12.559.476
	Casi Attesi	248	2	0	2.013		1.367	1.240	4.870
	Valori attesi	280.121	2.212	0	2.880.558		5.489.054	3.189.567	11.841.512
CASA DI CURA 'VILLA SAN MARCO'	Casi 2009	36	1	93	379	289	115	557	1.470
	Valori 2009	46.469	1.447	141.654	595.052	475.213	460.907	1.317.876	3.038.618
	Casi Attesi	11	1	0	668		157	557	1.394
	Valori attesi	14.697	1.447	0	760.062		658.099	1.317.876	2.752.181
CASA DI CURA VILLA SERENA	Casi 2009	464	9	147	407	234	111	481	1.853
	Valori 2009	518.497	12.459	219.820	419.998	346.774	305.710	1.315.531	3.138.788
	Casi Attesi	100	4	0	641		133	481	1.360
	Valori attesi	115.726	5.226	0	633.159		367.281	1.315.531	2.436.923
RITA SRL CASA CURA PRIVATA VILLAVERDE	Casi 2009	375	24	197	417	173	258	738	2.182
	Valori 2009	481.071	34.720	304.929	597.655	314.920	675.802	2.117.915	4.527.012
	Casi Attesi	114	16	0	590		339	738	1.797
	Valori attesi	154.275	23.146	0	703.648		934.788	2.117.915	3.933.772
TOTALE	Casi 2009	4.363	43	1.067	5.264	1.931	2.782	5.659	21.109
	Valori 2009	4.926.281	59.941	1.621.458	7.839.836	3.330.094	9.927.759	15.153.329	42.858.698
	Casi Attesi	949	30	0	7.195	0	3.673	5.659	17.506
	Valori attesi	1.101.131	41.135	0	9.380.486	0	13.139.799	15.153.329	38.815.880

#### 3.2.2 Volumi in incremento

La richiesta di incremento di produzione è finalizzata al recupero della mobilità passiva. Trattandosi di piani di committenza con Case di Cura è ovvio che è necessario focalizzare la problematica sui DRG che le

medesime sono in grado di erogare e che sono oggetto di fughe extraregionali. A tal fine, per ogni casa di cura multispecialistica, sono stati selezionati i restanti DRG non inclusi nella DGR 858, nel patto della salute e non riferiti ai parti, che fossero stati erogati nel 2009 su almeno 30 casi, considerando la produzione totale, e che avessero avuto un valore della produzione totale in mobilità passiva di almeno 250.000 euro (tabella 9).

Il numero dei singoli DRG selezionati è stato quindi incrementato al fine di ridurre i casi di mobilità passiva extraregionale su tali DGR, relativi ai residenti dell'area vasta di appartenenza delle varie case di cura. La percentuale di incremento, che ovviamente non eccede mai il numero massimo di casi in mobilità passiva per i singoli DRG, è stata fissata al 20%, al pari dei piani di committenza delle AAOO (tabella 10).

Tab.9

DRG	CASA DI CURA ' VILLA ANNA ' SRL	CASA DI CURA DOTT. MARCHETT I SRL	CASA DI CURA 'STELLA MARIS' SRL	CASA DI CURA VILLA IGEA	CASA DI CURA VILLA PINI SANATRIX GESTION	CASA DI CURA 'VILLA SAN MARCO'	CASA DI CURA VILLA SERENA	RITA SRL CASA CURA PRIVATA VILLAVERD E	Totale complessiv o	AV1	AV1	AV2	AV3	AV4-5	TOT	
															Casi	Valori
544	186				307				493	493	440	718	282	546	1986	17.610.028
359	203		168	90					461	461	942	435	273	582	2232	4.979.539
225	103				597				700	700	398	376	246	358	1378	2.869.966
127	101	72	130		124	53		145	625	625	516	150	66	174	906	2.480.017
234	62	151					61		274	274	237	204	111	111	663	2.148.394
149	30			62	33				125	125	180	54	63	69	366	2.000.401
223					101			98	199	199	232	170	294	216	912	1.971.807
479			140		161	35			336	336	177	66	87	102	432	1.717.828
500	296							94	390	390	316	96	52	126	590	1.603.861
494	126		54	73	59	47			359	359	250	90	40	115	495	1.453.672
290		59		34					93	93	118	92	88	144	442	1.121.508
498						46			46	46	37	21	12	37	107	1.099.112
311			35	67			51		153	153	189	63	48	153	453	899.010
316					61	31			92	92	124	40	40	42	246	797.426
211					57				57	57	52	44	35	33	164	696.762
335				40					40	40	38	26	25	60	149	660.984
532								66	66	66	51	43	18	17	129	580.226
063					199				199	199	58	23	16	16	113	362.633
Totale complessivo	1107	282	527	366	1699	212	112	403	4708	4708	4355	2711	1796	2901	11763	45.053.174

Tab.10

CASA DI CURA	DRG																		Totale complessivo
	063	127	149	211	223	225	234	290	311	316	335	359	479	494	498	500	532	544	
CASA DI CURA																			
Casi 2009		101	30			103	62					203		126		296		186	1.107
Valori 2009	273.343	175.865			222.203	209.547						526.019		368.701		828.889		1.653.987	4.258.553
Casi attesi	20	6			21	12						41		23		59		37	219
Valori attesi	54.669	35.173			44.441	41.909						105.204		67.303		165.778		330.797	845.273
Casi 2009	72					151	59												282
Valori 2009	187.499					501.928	149.591												839.019
Casi attesi	11					30	12												53
Valori attesi	28.646					100.386	29.918												158.950
Casi 2009	130							35				168	140	54					527
Valori 2009	348.821							71.179				413.523	489.156	153.740					1.476.419
Casi attesi	26							7				34	28	11					105
Valori attesi	69.764							14.236				82.705	97.831	30.748					295.284
Casi 2009			62					34	67			40	90	73					366
Valori 2009			334.892					87.161	137.105			178.251	223.552	210.526					1.171.486
Casi attesi			12					7	13			8	18	15					73
Valori attesi			66.978					17.432	27.421			35.650	44.710	42.105					234.297
Casi 2009	199	124	33	57	101	597				61			161	59				307	1.699
Valori 2009	529.803	326.518	158.664	250.266	197.181	1.360.029				188.411			509.842	143.190				2.733.820	6.397.724
Casi attesi	16	11	7	11	20	119				12			29	8				61	295
Valori attesi	42.597	28.965	31.733	50.053	39.436	272.006				37.682			91.835	19.416				546.764	1.160.487
Casi 2009		53								31			35	47	46				212
Valori 2009		141.836								103.717			116.668	141.593	482.149				985.963
Casi attesi		11								6			7	9	9				42
Valori attesi		28.367								20.743			23.334	28.319	96.430				197.193
Casi 2009						61		51											112
Valori 2009						202.259		105.598											307.857
Casi attesi						12		10											22
Valori attesi						40.452		21.120											61.571
Casi 2009		145			98											94	66		403
Valori 2009		380.336			195.203											251.083	468.307		1.294.929
Casi attesi		29			20											19	13		81
Valori attesi		76.067			39.041											50.217	93.661		258.986
Casi 2009	199	625	125	57	199	700	274	93	153	92	40	461	336	359	46	390	66	493	4.708
Valori 2009	529.803	1.658.353	669.421	250.266	392.385	1.582.231	913.734	236.752	313.881	292.128	178.251	1.163.094	1.115.666	1.017.750	482.149	1.079.972	468.307	4.387.806	16.731.948
Casi attesi	16	108	25	11	40	140	55	19	31	18	8	92	64	66	9	78	13	99	891
Valori attesi	42.597	286.478	133.884	50.053	78.477	316.446	182.747	47.350	62.776	58.426	35.650	232.619	213.000	187.890	96.430	215.994	93.661	877.561	3.212.040

### 3.2.3 Tetti di spesa economici e coerenza con gli obiettivi di sistema

La Tabella 11 riepiloga volumi ed impatto economico per ogni Casa di Cura multispecialistica secondo i criteri di contenimento/razionalizzazione e di incremento sopradescritti.

Tab.11

CLASSI	1. DRG 858		2. P.S. 2010-2012: DRG con procedure trasferibili in ambulatoriale (non incl. in DGR 858)	3. P.S. 2010-2012: DRG trasferibili da ordinario in diurno (non incl. in DGR 858)		4. DRG a maggior tasso di fuga extraregionale (non incl. in prec. categorie)	5. DRG Altri (non incl. in tutte le cat. precedenti)	Totale complessivo	
	Diurno	Ordinario		Diurno	Ordinario				
<b>Regime ricovero</b>									
CASA DI CURA ' VILLA ANNA ' SRL	Casi 2009	653		88	581	125	429	434	<b>2.310</b>
	Valori 2009	709.585		133.218	855.776	208.604	1.794.355	1.309.494	<b>5.011.032</b>
	Casi Attesi	132		0	706		648	434	<b>1.920</b>
	Valori attesi	145.539	0	0	979.344		2.639.628	1.309.494	<b>5.074.005</b>
CASA DI CURA DOTT. MARCHETTI SRL	Casi 2009	82	3	114	300	130	258	419	<b>1.306</b>
	Valori 2009	106.282	4.340	168.162	403.450	216.791	757.735	993.998	<b>2.650.758</b>
	Casi Attesi	25	3	0	430		311	419	<b>1.188</b>
	Valori attesi	34.105	4.340	0	530.305		916.684	993.998	<b>2.479.431</b>
CASA DI CURA 'STELLA MARIS' SRL	Casi 2009	2		7	315		303	205	<b>1.724</b>
	Valori 2009	2.893		9.873	401.219	475.609	541.572	2.303.722	<b>3.734.889</b>
	Casi Attesi	1		0	618		310	892	<b>1.821</b>
	Valori attesi	984	0	0	585.605		836.856	2.303.722	<b>3.727.166</b>
CASA DI CURA VILLA IGEA	Casi 2009	1.560	4	225	1.299	230	334	898	<b>4.550</b>
	Valori 2009	1.737.206	4.765	334.168	1.986.939	466.711	1.063.111	2.605.226	<b>8.198.126</b>
	Casi Attesi	318	4	0	1.529		407	898	<b>3.156</b>
	Valori attesi	355.685	4.765	0	2.307.805		1.297.408	2.605.226	<b>6.570.889</b>
CASA DI CURA VILLA PINI SANATRIX GESTION	Casi 2009	1.191	2	196	1.566		447	1.072	<b>5.714</b>
	Valori 2009	1.324.277	2.212	309.633	2.579.748	825.472	4.328.567	3.189.567	<b>12.559.476</b>
	Casi Attesi	248	2	0	2.013		1.367	1.240	<b>4.870</b>
	Valori attesi	280.121	2.212	0	2.880.558		5.489.054	3.189.567	<b>11.841.512</b>
CASA DI CURA 'VILLA SAN MARCO'	Casi 2009	36	1	93	379	289	115	557	<b>1.470</b>
	Valori 2009	46.469	1.447	141.654	595.052	475.213	460.907	1.317.876	<b>3.038.618</b>
	Casi Attesi	11	1	0	668		157	557	<b>1.394</b>
	Valori attesi	14.697	1.447	0	760.062		658.099	1.317.876	<b>2.752.181</b>
CASA DI CURA VILLA SERENA	Casi 2009	464	9	147	407	234	111	481	<b>1.853</b>
	Valori 2009	518.497	12.459	219.820	419.998	346.774	305.710	1.315.531	<b>3.138.788</b>
	Casi Attesi	100	4	0	641		133	481	<b>1.360</b>
	Valori attesi	115.726	5.226	0	633.159		367.281	1.315.531	<b>2.436.923</b>
RITA SRL CASA CURA PRIVATA VILLVERDE	Casi 2009	375	24	197	417	173	258	738	<b>2.182</b>
	Valori 2009	481.071	34.720	304.929	597.655	314.920	675.802	2.117.915	<b>4.527.012</b>
	Casi Attesi	114	16	0	590		339	738	<b>1.797</b>
	Valori attesi	154.275	23.146	0	703.648		934.788	2.117.915	<b>3.933.772</b>
TOTALE	Casi 2009	4.363	43	1.067	5.264	1.931	2.782	5.659	<b>21.109</b>
	Valori 2009	4.926.281	59.941	1.621.458	7.839.836	3.330.094	9.927.759	15.153.329	<b>42.858.698</b>
	Casi Attesi	949	30	0	7.195	0	5.659	5.659	<b>17.506</b>
	Valori attesi	1.101.131	41.135	0	9.380.486	0	13.139.799	15.153.329	<b>38.815.880</b>

(sono escluse dall'analisi i codici 56 e 60)

L'efficacia dell'azione di committenza in ordine all'orientamento della produzione è direttamente collegato al sistema dei vincoli preventivi presenti negli accordi con i produttori, che devono essere improntati con un'unica logica per dare, oltrechè coerenza al sistema, anche la maggiore equità possibile fra i vari gruppi dei produttori stessi.

Pertanto il presente atto di committenza riproduce sostanzialmente lo stesso sistema di vincoli sia di ordine finanziario che di tipologia e modalità assistenziale contenuti nelle proposte di committenza verso le Aziende Ospedaliere, ed opera attraverso tetti collegati alla tipologia di volumi descritti nella tabella 10. Peraltro tale impostazione si armonizza con la previsione di cui al comma 2, lettera b) dell'art.8 quinquies – Accordi contrattuali del D.Lgs. 502/92 e s.m.i. che dispone che la regione e le Aziende Unità Sanitarie Locali indichino nei contratti i volumi massimi di prestazioni che le strutture presenti si impegnano ad assicurare, distinto per tipologia e modalità di assistenza, nonché, al punto d), il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate.

Pertanto:

- I valori indicati nella tabella 11 per ogni Casa di Cura nelle colonne sub 1 e sub 2 della colonna valori attesi sono tetti massimi di riconoscimento economico, con abbattimento del 100% della produzione oltre il tetto. Dovrà essere altresì considerato tetto massimo il numero di casi disposto per regime assistenziale (diurno ed ordinario), di guisa che in caso di rispetto del tetto economico ma con uno sbilanciamento verso un incremento del regime ordinario, si dovrà dare luogo alla valorizzazione a tariffa diurna dell'esubero dei casi in ordinario, riducendo di pari importo il tetto di spesa. Il tetto economico è prevalente, anche nel caso di rispetto del tetto di casi per un valore economico esuberante il tetto massimo economico stabilito. Il valore economico atteso di ogni categoria è stato elaborato riproducendo per i casi attesi lo stesso mix produttivo erogato nell'anno 2009.
- I valori indicati nella tabella 11 per ogni Casa di Cura nella colonna altri DRG rappresenta un tetto massimo di riconoscimento, sia come casi che economico, con abbattimento del 100% della

produzione oltre il tetto. Il tetto economico è prevalente, anche nel caso di rispetto del tetto di casi per un valore economico esuberante il tetto massimo stabilito.

- Il valori indicati nella tabella 11 per ogni Casa di Cura nella colonna a maggiore fuga extraregionale rappresentano tetti massimi di riconoscimento, produttivo ed economico, con i medesimi vincoli di cui al punto precedente. Esclusivamente per tale tipologia produttiva, in caso di superamento del tetto economico, potrà essere previsto il riconoscimento economico in esubero, a condizione esclusiva che tale differenziale sia sostenuto da un miglioramento del saldo di mobilità extraregionale, relativo allo stesso anno di produzione e circoscritto agli stessi DRG, entro il tetto massimo economico del 50 % dell'eventuale miglioramento del saldo.

Per dovere di completezza è utile rappresentare che l'impostazione seguita non può prevedere budget comunicanti fra le categorie di cui alla precedente tabella 11, e, conseguentemente, non può essere parimenti prefigurata la previsione contenuta nei precedenti accordi regionali con le Case di Cura multispecialistiche private accreditate di poter, con accordi locali, rendere comunicanti i budget tra le macrotipologie di attività (ricovero, residenziale ed ambulatoriale). Tali vincoli si rendono indispensabili per orientare in modo realmente efficace gli obiettivi produttivi di sistema, in quanto l'elasticità della comunicazione dei budget fornisce agli erogatori la possibilità di implementare politiche di produzione disallineate dalle necessità dell'attuale scenario, invalidando l'autorevolezza della committenza che può unicamente concretizzarsi attraverso il potere di porre il complesso di regole ritenuto più adeguato alle condizioni contingenti del sistema.

Dalla lettura della tabella 11 è possibile evidenziare la coerenza con gli obiettivi di sistema:

- *Riduzione del Tasso di Ospedalizzazione:* come si evince dalla differenza nella colonna totale complessivo tra i casi 2009 e i casi attesi;
- *Programmare l'attività al fine di trasferire risorse pari all'1% dall'assistenza ospedaliera all'assistenza territoriale e socio-sanitaria nel 2011 ed aggiungere un ulteriore 1% nel 2012:* come si evince dalla differenza nella colonna a totale complessivo tra il valore 2009 e il valore atteso;
- *Riduzione della mobilità passiva extraregione almeno del 3% annuo (base 2010) a partire dall'anno 2011:* come si evince dalla differenza, sia dei casi che valore, nella colonna totale a maggiore fuga extraregionale tra casi 2009 e casi attesi – valore 2009 e valore atteso;
- *Incremento appropriatezza:* come si evince dalla differenza:
  - nelle colonne totale patto salute diurni ed ordinari tra i casi 2009 e i casi attesi, nelle quali si evince la riduzione dei ricoveri ordinari a favore di quelli diurni per i DRG di cui all'allegato 5 del Patto per la Salute 2010-2012;
  - nella colonna totale patto della salute chirurgici tra i casi 2009 e casi attesi, dovuta al passaggio a regime ambulatoriale delle procedure di cui all'allegato 4 del Patto per la Salute 2010-2012.

#### 1.1.1.1 La specialistica ambulatoriale

La specialistica ambulatoriale è il necessario completamento del set erogativo di ogni struttura di produzione ospedaliera. Peraltro tale livello assistenziale è soggetto ad un significativo sviluppo sia quantitativo che di complessità, oltre che per le disposizioni di cui al Patto per la Salute sulla riduzione dei posti letto, anche in quanto l'evoluzione medica consente da un lato di riassorbire progressivamente volumi di attività ospedaliera che a parità di efficacia terapeutica possono essere erogati a costi più contenuti e dall'altro uno sviluppo diagnostico che determina una crescente domanda di prestazioni.

Pertanto anche le Case di Cura multispecialistiche devono prevedere lo sviluppo della specialistica ambulatoriale, sia per mantenere il proprio posizionamento di mercato in funzione della crescente deospedalizzazione che per rispondere in maniera adeguata alle richieste di committenza, da sostenere attraverso riallocazioni economiche del budget operativo.

E' quindi evidente che i recuperi economici derivanti dall'applicazione sulla produzione ospedaliera dei criteri suesposti, fatti salvi gli incrementi di produzione ospedaliera per il recupero della mobilità passiva, dovranno essere riversati sulla specialistica ambulatoriale per:

- Assorbire la produzione chirurgica ospedaliera da passare in ambulatoriale, per effetto dell'applicazione del Patto della Salute 2010-2012;
- Incrementare la produzione di specialistica ambulatoriale per le branche di maggiore interesse territoriale in funzione delle criticità sulle liste di attesa individuate dalle Zone Territoriali/AV di riferimento della Casa di Cura;
- Consentire il mantenimento del budget per ogni Casa di Cura.



**Allegato 13**

**INTERVENTO n. 13**

**LO SVIULUPPO DEI SISTEMI  
INFORMATIVI**

# LO SVILUPPO DEI FLUSSI ISTITUZIONALI

## SOMMARIO

1.	PREMESSA _____	2
2.	DIAGNOSI ORGANIZZATIVA_____	4
2.1	CONTESTO ORGANIZZATIVO _____	4
2.2	IL PATRIMONIO INFORMATIVO DISPONIBILE_____	4
3.	PERCORSO DI RIORGANIZZAZIONE_____	6
3.1	IL QUADRO DI RIFERIMENTO _____	6
3.2	LA DIRETTRICE ORGANIZZATIVA/GESTIONALE _____	7
3.3	LA DIRETTRICE INFORMATION AND COMMUNICATION TECHNOLOGY_____	10

## 1. PREMESSA

A livello nazionale l'esperienza dei "Mattoni del SSN" ed il NSIS hanno reso evidente il crescente bisogno di disporre di set minimi di informazione e di dati uniformi su cui costruire misure affidabili, condivise a livello nazionale in grado di esprimere il contenuto dell'assistenza erogata in relazione alle dinamiche di bilanciamento tra costi e qualità.

Risulta quindi indispensabile gestire i Livelli Essenziali di Informazione (LEI) che rappresentano il set minimo di informazioni che i sistemi informativi a supporto dei processi clinico-assistenziali devono essere in grado di generare per le finalità di organizzazione, gestione e governo dei Livelli Essenziali di Assistenza.

A fronte di tali esigenze nasce il Progetto Tessera Sanitaria, introdotto dall'articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269 – Disposizioni in materia di monitoraggio della spesa nel settore sanitario e appropriatezza delle prescrizioni sanitarie, convertito con modificazioni nella legge 24 novembre 2003, n. 326, che ha l'obiettivo di rendere disponibili alle ASL, alle Regioni e al Ministero il patrimonio informativo relativo alle prescrizioni mediche, garantendo l'affidabilità dei dati (in termini di associazione medico prescrittore - assistito e prestazione erogata), la tempestività della disponibilità delle informazioni, l'identificazione certa e univoca dell'assistito mediante la Tessera Sanitaria (TS), la confrontabilità dei dati nel rispetto della normativa vigente in materia di tutela dei dati personali.

Il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) ha evidenziato che la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza poteva essere effettuata solo attraverso la disponibilità dei corrispondenti Livelli Essenziali di Informazione che permettessero, attraverso dati analitici, la misura dei LEA stessi.

Su tale base si sono sviluppati i lavori del NSIS lungo tre direttrici diverse:

- La standardizzazione del linguaggio;
- I dati e la loro elaborazione;
- Le metodologie di analisi dei dati.

A livello regionale, per rispondere alle crescenti esigenze di alimentazione delle informazioni dell'NSIS, si è reso necessario adottare nuove infrastrutture ICT per la produzione dei flussi, ma la mancanza di una funzione organizzativa che coordinasse le attività e la carenza di un modello complessivo di gestione ha condotto ad una serie di interventi locali non omogenei.

Sulla base delle indicazioni della Giunta Regione Marche, il principale obiettivo di questo intervento riguarda la creazione di una funzione organizzativa responsabile per i "Flussi Istituzionali" sia nell'ambito regionale che in ambito ASUR. Tale funzione organizzativa, in ambito ASUR, avrà il compito di fornire strumenti abilitanti alla creazione dei nuovi flussi e alla gestione ottimale dei flussi esistenti ed avrà il compito di effettuare il monitoraggio della qualità dei dati e di fornire gli strumenti di supporto decisionale direzionale.

L'attività di realizzazione dei nuovi sistemi informativi è orientata a supportare i processi gestionali dell'area di interesse, e non costituisce un semplice sistema di raccolta e invio delle informazioni.

## **2. DIAGNOSI ORGANIZZATIVA**

### **2.1 CONTESTO ORGANIZZATIVO**

Attualmente non esiste una funzione organizzativa preposta alla gestione dei flussi istituzionali in ambito Zone/Aree Vaste che permetta di definire una precisa responsabilità e precisi compiti.

Si avverte l' esigenza di avere a disposizione strumenti e metodi integrati e bilanciati che consentano di verificare la qualità e la quantità delle prestazioni sanitarie erogate, coerentemente con quanto previsto dai criteri di efficienza nell'utilizzo dei fattori produttivi, compatibilmente con il finanziamento assegnato.

Ad oggi le estrazioni delle informazioni vengono effettuate su distinte banche dati (SDO, File C, farmaceutica, file F ecc.), manca un'infrastruttura automatizzata di gestione centralizzata delle informazioni derivanti dai flussi ed il personale incaricato della gestione dei flussi lavora spesso in modo disaggregato e senza la disponibilità di strumenti adeguati.

A livello regionale si dispone del sistema di datawarehouse, in corso di completamento nell'ambito del progetto AREAS, che prevede l'acquisizione sia dei dati provenienti dal sistema amministrativo contabile e di gestione del personale AREAS, sia dai flussi ministeriali ed altri flussi. Tale sistema è uno strumento che sarà in grado di fornire strumenti di lettura ed analisi delle informazioni per una reportistica direzionale, ma deve essere integrato con il futuro sistema di accoglienza flussi, oggetto della presente azione.

### **2.2 IL PATRIMONIO INFORMATIVO DISPONIBILE**

Si riportano di seguito alcuni dettagli sul patrimonio informativo attualmente gestito in riferimento al Nuovo Sistema Informativo Sanitario, distinto per tipologia di fonte, dimensione di analisi e flussi associati.

Le fonti informative gestionali, organizzative ed economiche sono riconducibili a quattro dimensioni di analisi:

- A) Anagrafiche delle Strutture del SSN;
- B) Fattori produttivi impiegati delle Strutture del SSN;

- C) Attività svolte dalle Strutture del SSN;
- D) Dati economici relativi alle Strutture del SSN.

Le fonti informative relative all'assistenza sanitaria sono riconducibili a ciascun Livello Essenziale di Assistenza:

- A) Assistenza Sanitaria collettiva;
- B) Assistenza distrettuale;
- C) Assistenza ospedaliera.

### **3. PERCORSO DI RIORGANIZZAZIONE**

#### **3.1 IL QUADRO DI RIFERIMENTO**

Per quanto attiene alle tendenze innovative, di sviluppo e miglioramento dell'assetto attuale, a partire dal quadro emerso sullo stato dell'arte su esposto e in relazione all'odierno quadro normativo nazionale e regionale vigente, sono formulate di seguito le ipotesi progettuali sottese alle azioni che potranno essere condotte ed attivate per facilitare e promuovere l'istituzione della funzione organizzativa per il governo dei flussi istituzionali e per supportate le sue attività.

Il percorso di riorganizzazione si muove essenzialmente lungo due direttrici fondamentali di sviluppo:

- la direttrice organizzativa/gestionale
- la direttrice Information and Communication Technology

## 3.2 LA DIRETTRICE ORGANIZZATIVA/GESTIONALE

### **Creazione funzione organizzativa responsabile per i flussi istituzionali**

Il ruolo assegnato alla funzione organizzativa per i flussi istituzionali è quello di definizione e continuo adeguamento nel tempo dei contenuti informativi e delle modalità di alimentazione del patrimonio informativo aziendale, in coerenza con le esigenze di monitoraggio sanitario e le indicazioni del Piano Sanitario Regionale e dell'NSIS.

Obiettivo sostanziale è pertanto quello di costruire gli strumenti necessari per l'analisi del bisogno sanitario e della capacità di risposta del SSR. La funzione organizzativa deve quindi essere sempre più in grado di mettere a disposizione strumenti di supporto al processo valutativo e decisionale sia attraverso un sempre più ampio e completo patrimonio informativo, in termini di prestazioni sanitarie raccolte - ricoveri, specialistica ambulatoriale, assistenza farmaceutica, assistenza territoriale – sia mediante una capacità elaborativa sempre più avanzata, partendo da quanto già disponibile in virtù della conoscenza delle banche dati esistenti e degli strumenti che permettono di verificare la qualità e la completezza delle basi dati disponibili.

I principali compiti assegnati alla funzione organizzativa sono di seguito sintetizzati:

- relazionarsi con il livello regionale (e laddove previsto con il livello nazionale) per supportare l'individuazione degli strumenti abilitanti la gestione dei flussi e l'ottimizzazione della gestione del dato (mediante l'adozione di strumenti di data quality);
- verifica quali/quantitativa dei dati e miglioramento continuo della qualità del dato;
- monitoraggio qualità e tempestività dei flussi inviati
- supporto alla definizione di soluzioni informatiche per l'attivazione di nuovi flussi informativi
- elaborazione della reportistica direzionale finalizzata a monitorare lo stato di avanzamento delle attività.

Nel seguito si esplicitano alcune tra le attività prioritarie:

Verifica quali/quantitativa dei dati

L'ASUR gestisce un patrimonio informativo che rappresenta una fonte di informazioni di grande rilevanza e che, negli ultimi anni, sta seguendo un percorso di profonda valorizzazione e potenziamento. Al fine di sviluppare metodologie per l'analisi dei dati in grado di supportare l'ASUR nella fase di comprensione dei fenomeni sanitari, si rende necessaria l'attuazione di attività di monitoraggio della completezza e della qualità dei dati raccolti, fondamentale per lo sviluppo di qualsiasi modello descrittivo o previsionale, mediante l'applicazione di metodologie e strumenti di data quality.

L'ASUR intende, quindi, da un lato potenziare le suddette attività e, dall'altro, svilupparne di nuove che possano, in caso di dati mancanti o incompleti, evidenziare aree di miglioramento e intervento. Questo consentirà di disporre di una base dati qualitativamente e quantitativamente affidabile sulla quale poter applicare metodologie finalizzate a supportare la programmazione sanitaria nazionale e regionale quali, ad esempio, la stima dell'appropriatezza delle prestazioni erogate e dell'efficienza delle strutture erogatrici.

#### Supporto alla definizione di soluzioni per l'attivazione di flussi informativi

La funzione organizzativa, in collaborazione con i sistemi informativi aziendali, dovrà supportare i livelli centrali nell'individuare i principali interventi/progetti applicativi da mettere in atto al fine di conseguire gli obiettivi strategici individuati. Gli interventi previsti si sostanzieranno nello studio di soluzioni applicative finalizzate ad attivare nuovi flussi informativi e all'ottimizzazione dei sistemi esistenti che generano flussi.

Si ribadisce che la produzione di questi nuovi flussi deve essere colta come occasione per la realizzazione di nuovi sistemi informativi volti a supportare i processi gestionali dell'area di interesse, e non costituire un semplice sistema di raccolta e invio delle informazioni.

### **Creazione di un gruppo di tecnici esperti per l'erogazione delle attività di supporto alla funzione organizzativa per i flussi istituzionali**

Per l'attuazione delle attività assegnate alla funzione organizzativa in parola, si rende necessaria la creazione di un gruppo di lavoro di tecnici esperti, appartenenti ai sistemi informativi aziendali, che supportino le attività della funzione organizzativa ed in grado di:

- creare e personalizzare la reportistica e le nuove estrazioni;

- integrare i nuovi flussi sul datawarehouse regionale;
- fornire il supporto al governo dell'infrastruttura strumentale all'evoluzione del sistema

Tale gruppo di esperti dovrà collaborare con il gruppo dei tecnici regionali individuati per la gestione del datawarehouse regionale.

### **3.3 LA DIRETTRICE INFORMATION AND COMMUNICATION TECHNOLOGY**

#### **Sistemi accoglienza flussi**

L'ASUR, nel governo del processo di gestione dei flussi, necessita di disporre di un sistema di accoglienza flussi integrato, solido ed omogeneo, che garantisca l'interoperabilità dei sistemi informativi, adottando le più moderne tecnologie e secondo gli standard esistenti, e consenta l'effettuazione delle analisi di data quality.

Tale sistema dovrebbe sostituire totalmente l'invio manuale dei flussi, ove ancora sussiste.

Si sottolinea pertanto che tra i compiti assegnati alla funzione organizzativa in parola è prevista la collaborazione con il livello regionale, deputato alla creazione dell'infrastruttura di accoglimento, controllo e correzione dei flussi inviati dalle Aziende/ZZTT, per garantire il supporto all'individuazione degli strumenti abilitanti la gestione dei flussi e l'ottimizzazione della gestione del dato (mediante l'adozione di strumenti di data quality).

#### **Sistema unico aziendale di gestione delle anagrafiche**

L'ASUR sta realizzando un sistema anagrafico centralizzato che gestisca l'Anagrafe Sanitaria Unica Regionale degli Assistiti ed il sistema delle anagrafi di riferimento, con lo scopo di creare una base dati centralizzata aziendale, al fine di omogeneizzare i dati presenti nelle anagrafi locali delle Zone Territoriali.

Oltre alle finalità di gestione dei dati clinici/amministrativi il sistema dovrà essere valido in prospettiva nei sistemi di:

- "CCE, Cartella Clinica Elettronica Locale", cioè limitata ad una singola struttura sanitaria; questa soluzione viene anche chiamata "Electronic Patient Record" (EPR);
- "FSP, Fascicolo Sanitario Personale", cioè forme più complete di servizio che prevedono una qualche modalità di integrazione e di accesso in rete, su dati provenienti da applicazioni cliniche eterogenee. Queste varie forme vengono denominate genericamente "Electronic Health Record" (EHR).

L'Anagrafe sanitaria in via di acquisizione non è solo una base dati, ma è soprattutto un sistema informativo che consente la gestione centralizzata dell'archivio dei dati anagrafici degli assistiti residenti e domiciliati sul territorio regionale, delle eventuali esenzioni e del rapporto (scelta/revoca) dell'assistito con

il medico (medico di medicina generale – MMG, pediatra di libera scelta – PLS) e degli assistibili. Inoltre, il sistema permette la gestione dei flussi informativi relativi alla Tessera Sanitaria rilasciata dall’Agenzia delle Entrate, la produzione dei flussi informativi regionali e ministeriali (es FLS-11, FLS-12 ..ecc ) ed il rilascio di certificati ( esenzione, convenzioni, etc, ).

Infine il sistema informativo deve adottare strumenti di cooperazione applicativa, per integrarsi con:

- I servizi esposti da SOGEI (mediante web service in tempo reale)
- Indice Nazionale delle Anagrafi - Sistema di Accesso e di Interscambio Anagrafico (INA-SAIA).
- i sistemi informativi unici aziendali (AREAS, CUP, Screening, Dipartimento di Prevenzione, ecc)
- i sistemi informativi dipartimentali delle singole ZZTT (RIS, ADT, ecc)

con l’obiettivo finale di raggiungere un elevato livello di qualità del dato anagrafico e renderlo disponibile a tutti i sistemi informativi che necessitano del dato stesso.

Nel dettaglio, l’ ASUR può così trattare i profili anagrafici relativi a:

- cittadini italiani residenti sul territorio della Regione Marche;
- cittadini italiani residenti in Italia e con domicilio sanitario presso una delle Zone Territoriali;
- cittadini stranieri regolarmente soggiornanti nelle Marche;
- cittadini stranieri regolarmente soggiornanti in Italia e con domicilio sanitario presso una delle Zone Territoriali.
- Utenti occasionali del SSR ( assistibili)

Gli utenti del sistema sono il personale medico, sanitario ed amministrativo delle Zone Territoriali che, attraverso un applicativo, disponibile sulla rete ASUR, possono alimentare il sistema con i dati anagrafici di pertinenza.

Di seguito sono elencate le macro categorie per l’identificazione delle informazioni necessarie per definire le modalità di accesso dei soggetti abilitati:

<b>Ruolo</b>	<b>Funzioni abilitate</b>	<b>Tipologia dei Dati</b>
Operatore amministrativo	Lettura	• informazioni anagrafiche

presso strutture del sistema sanitario e socio-sanitario	Scrittura limitatamente ai : <ul style="list-style-type: none"> <li>• dati anagrafici non certificati</li> <li>• dati sanitari nell'ambito della Zona di appartenenza</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• primarie;</li> <li>• codice fiscale;</li> <li>• informazioni anagrafiche secondarie.</li> <li>• Informazioni di assistenza sanitaria</li> </ul>
Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta Medico convenzionato per svolgere attività di MMG/PLS	Lettura limitatamente ai propri assistiti	<ul style="list-style-type: none"> <li>• informazioni anagrafiche primarie;</li> <li>• codice fiscale;</li> <li>• informazioni anagrafiche secondarie.</li> <li>• Informazioni di assistenza sanitaria</li> </ul>
Medico che opera nell'ambito dei servizi sanitari delle strutture del sistema sanitario e socio-sanitario regionale	Lettura	<ul style="list-style-type: none"> <li>• informazioni anagrafiche primarie;</li> <li>• codice fiscale;</li> <li>• informazioni anagrafiche secondarie.</li> <li>• Informazioni di assistenza sanitaria</li> </ul>
Farmacista, Operatore sanitario della farmacia abilitato alla professione	Lettura	<ul style="list-style-type: none"> <li>• informazioni anagrafiche primarie;</li> <li>• codice fiscale;</li> <li>• informazioni anagrafiche secondarie.</li> <li>• Informazioni di assistenza sanitaria</li> </ul>
Infermiere, Operatore sanitario non medico che opera nell'ambito delle strutture del sistema sanitario e socio-sanitario.	Lettura	<ul style="list-style-type: none"> <li>• informazioni anagrafiche primarie;</li> <li>• codice fiscale;</li> <li>• informazioni anagrafiche secondarie.</li> <li>• Informazioni di assistenza sanitaria</li> </ul>
Cittadino	Lettura	<ul style="list-style-type: none"> <li>• informazioni anagrafiche primarie;</li> <li>• codice fiscale;</li> <li>• informazioni anagrafiche secondarie.</li> <li>• Informazioni di assistenza sanitaria</li> </ul>
	Scrittura informazioni anagrafiche non certificate, scelta e revoca MMG/PLS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• informazioni anagrafiche secondarie.</li> <li>• Informazioni di assistenza sanitaria</li> </ul>
Referente Anagrafe Zonale	Lettura	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tutte le tabelle del sistema</li> </ul>
	Scrittura nell'ambito della Zona di appartenenza	<ul style="list-style-type: none"> <li>• informazioni anagrafiche primarie;</li> <li>• codice fiscale;</li> <li>• informazioni anagrafiche secondarie.</li> <li>• Informazioni di assistenza sanitaria</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tabelle di riferimento (toponomastica, MMG/PLS, etc )</li> </ul>
Referente Aziendale Amministratore	Anagrafe (ASUR) –	Letture/Scrittura	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tutte le tabelle del sistema</li> </ul>

Si evidenzia che è già prevista la figura di Referente Anagrafe Zonale e Referente Anagrafe Aziendale (ASUR) – Amministratore che verrà impiegato in particolare nell'attività di riconciliazione delle informazioni di interesse interzonale.

Tali figure devono essere rappresentate all'interno della funzione organizzativa per i flussi istituzionali.

### **Datawarehouse**

Nell'ambito del progetto AREAS si sta sperimentando una piattaforma *open-source* di *business intelligence* "Spago BI" con il duplice obiettivo di aumentare le potenzialità di rappresentazione di dati e fenomeni da un universo di banche dati in costante crescita e di garantire agli utenti del sistema una più vasta offerta di strumenti di analisi.

La piattaforma consente la navigazione interattiva dei dati, attraverso percorsi di analisi "guidati" e percorsi "liberi", e offre all'utilizzatore la possibilità di intervenire direttamente sui parametri di analisi (attraverso operazioni di *drill-down/drill-up* o modificando le misure di interesse). Tale sperimentazione si inserisce in un contesto di evoluzione indirizzato allo sviluppo di un ampio e completo strumento di sostegno alle scelte dei diversi decisori istituzionali.

Il sistema di *datawarehouse* in corso di realizzazione prevede l'acquisizione sia dei dati provenienti dal sistema amministrativo contabile e di gestione del personale AREAS, sia dai flussi ministeriali e altri flussi.

Allo stato attuale è necessario che l'ASUR acquisisca il *know-how* per appropriarsi completamente dello sviluppo del sistema, in modo da poter garantire in modalità autonoma rispetto al fornitore, da un lato, l'introduzione di nuovi strumenti di analisi dei dati e dall'altro l'acquisizione di nuovi flussi.

E' necessario pertanto individuare un gruppo di tecnici informatici appartenenti ai sistemi informativi aziendali, specializzati in attività di sviluppo, da formare adeguatamente ed impiegare nelle attività di supporto alla funzione organizzativa responsabile per i flussi istituzionali.

Tale gruppo di esperti dovrà collaborare con il gruppo dei tecnici regionali individuati per la gestione del *datawarehouse* regionale.

Tali figure debbono essere rappresentate all'interno della funzione organizzativa per i flussi istituzionali.

**INTERVENTO n. 14**

**LO SVILUPPO DEL SISTEMA DI  
MONITORAGGIO DIREZIONALE**

## INTERVENTO 14: SVILUPPO DEL SISTEMA DI MONITORAGGIO DIREZIONALE

### 1. Il contesto di riferimento

Il triennio 2010-2012 rappresenta un'importante momento nella riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale sulla base della revisione del nuovo Patto per la Salute 2010-2012, in generale, e dell'organizzazione dell'Azienda ASUR, in particolare. Infatti, è di recente approvazione la nuova Legge di riordino del SSR (L. 17/2010) che modifica ed integra la L. 13/2003, con cui era stata istituita l'ASUR.

La Legge 13, così come modificata dalla L.R. 17/10, prevede un rafforzamento e la formalizzazione dell'Area Vasta quale livello fondamentale per innescare una serie di interventi che permettano di raggiungere elevati livelli di efficacia e di efficienza della gestione.

L'anno 2010 rappresenta altresì il primo esercizio della nuova programmazione triennale 2010-2012, che, rispetto al precedente triennio di gestione aziendale (2007-2009) caratterizzato da un finanziamento complessivo incrementale del 3% medio annuo, è fortemente condizionato dalla netta riduzione delle quote incrementali di finanziamento conseguenti all'andamento della situazione economica generale del Paese e agli inevitabili interventi strutturali di razionalizzazione della spesa pubblica in generale e di quella sanitaria in particolare.

### 2. Gli obiettivi strategici

Sul versante della mission aziendale, l'ASUR deve garantire in modo costante ed uniforme la tutela dei cittadini residenti nell'intero territorio della Regione Marche.

La dimensione regionale di ASUR favorisce il perseguimento dell'obiettivo di rendere omogenea ed equamente accessibile l'offerta dei servizi, per la possibilità di una lettura unica e coerente dei bisogni di salute, nella prospettiva di fornire risposte appropriate su più livelli di complessità.

Tuttavia tale obiettivo non è di immediata e facile soluzione, tenuto conto del peso di una distribuzione storicamente asimmetrica dell'offerta e della fragilità strutturale del sistema, determinata dalla frammentazione eccessiva delle sedi di erogazione dei servizi.

Obiettivo strategico dell'ASUR, comunque, resta quello di realizzare un sistema efficiente, snello e capace di risposte rapide, in grado di produrre economie ed ottimizzazioni di sistema al fine di garantire la compatibilità e sostenibilità economica dell'intero sistema socio-economico regionale messo a forte rischio dalla netta riduzione dei trasferimenti statali, nonché, ove possibile, quello di liberare risorse da destinare alla qualificazione ulteriore dell'offerta.

In questa prospettiva, l'ASUR sostiene ed indirizza le Aree Vaste nel loro ruolo di attori protagonisti di nuove forme di governance nei rispettivi territori affinché, anche attraverso una sempre maggiore integrazione tra le Zone Territoriali che la compongono, siano garantiti dei servizi forniti e gestori delle strutture ed organizzazioni all'uopo deputate.

A tale scopo, il monitoraggio della gestione non cerca più di seguire solamente gli scostamenti dei valori previsti a budget, ma viene indirizzato a seguire l'andamento dei fattori critici di successo, incentrando la propria attenzione sui processi chiave legati ai più significativi scopi strategici. Cambiano i processi ed i meccanismi operativi e, tra questi, il controllo di gestione contestualmente ai sistemi informativi: la focalizzazione sui processi richiede, infatti, l'adattamento dei sistemi informativi tradizionali, per monitorare le operazioni anche lungo questa dimensione di analisi.

Il sistema di controllo di gestione ha, infatti, come obiettivo prioritario quello di aiutare i vertici aziendali a guidare l'Azienda verso i propri obiettivi strategici e, in particolare, a compiere scelte funzionali alla creazione di valore.

In questa accezione, il sistema di controllo di gestione deve essere considerato come parte del più ampio Management System (Sistema di Direzione), finalizzato a gestire e indirizzare l'azienda verso gli obiettivi strategici, minimizzando i rischi di percorso.

Accanto ad esso si devono prevedere altri sistemi operativi, anch'essi come parte del sistema di direzione, che consentono di comporre una serie di decisioni in via anticipata rispetto allo svolgersi della gestione (i sistemi di pianificazione strategica) e che svolgono un'azione di rinforzo rispetto al conseguimento degli obiettivi aziendali (il sistema di ricompensa/punizione, carriera, di potenziale umano, ecc.).

Per il raggiungimento di tali obiettivi strategici, l'ASUR individua due principali strumenti a supporto dell'attività direzionale, l'uno di tipo organizzativo e l'altro operativo:

1) una **nuova organizzazione della funzione di Controllo di gestione ASUR**, che, in applicazione della L. 17/2010 (art. 8bis), valorizzi il livello di monitoraggio e controllo della gestione di Area Vasta;

2) l'individuazione di un **modello di monitoraggio direzionale**, in grado di valutare in modo sistematico sia la performance aziendale (sotto i molteplici aspetti: di natura economico-finanziaria, di orientamento al paziente, di valutazione dei processi interni e, infine, di apprendimento e crescita), sia di confrontare le varie realtà territoriali in un'ottica di miglioramento continuo e di benchmarking.

Per quanto riguarda la riorganizzazione del Controllo di gestione ASUR, si rimanda all'intervento n. 3 relativo al Governo delle attività amministrativo-tecniche-logistiche.

Per quanto attiene, invece, al cruscotto direzionale, si elencano nel prospetto seguente gli indicatori che vanno a costituire il sistema di monitoraggio aziendale, raggruppati per singola prospettiva di analisi. Tale elenco, a carattere provvisorio, dovrà costantemente essere aggiornato con nuovi indicatori che sappiano riflettere i fenomeni gestionali che la direzione intende monitorare.

COD.	INDICATORE
<b>INDICATORI ECONOMICO-FINANZIARI - EQUILIBRIO DI BILANCIO</b>	
A1	Scostamento Assoluto dal budget
A2	Scostamento % dal budget
A3	Spesa percentuale per livello assistenza prevenzione
A4	Spesa percentuale per livello assistenza distrettuale
A5	Spesa percentuale per livello assistenza ospedaliero
A6	Spesa pro capite totale
A7	Spesa pro capite per livello assistenza prevenzione
A8	Spesa pro capite per livello assistenza distrettuale
A9	Spesa pro capite per livello assistenza ospedaliero
A10	Spesa pro capite totale: $\Delta$ Media ASUR
A11	Spesa pro capite per livello assistenza prevenzione: $\Delta$ Media ASUR
A12	Spesa pro capite per livello assistenza distrettuale: $\Delta$ Media ASUR
A13	Spesa pro capite per livello assistenza ospedaliero: $\Delta$ Media ASUR
A14	Costo del personale per livello assistenza prevenzione: $\Delta$ Media 3 ZZTT migliori
A15	Costo del personale per livello assistenza distrettuale: $\Delta$ Media 3 ZZTT migliori
A16	Costo del personale per livello assistenza ospedaliero: $\Delta$ Media 3 ZZTT migliori
<b>INDICATORI ECONOMICO-FINANZIARI - SPESA FARMACEUTICA</b>	
B1	Spesa farmaceutica pro-capite per le prime 5 categorie ATC più costose DGR 1227/2010
B2	Inibitori della pompa acida (ATC4:A02BC): Consumi
B3	Inibitori selettivi della serotonina (ATC4:N06AB): Consumi
B4	Altri antidepressivi (ATC4:N06AX): Consumi
B5	% di Sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina
B6	% Unità posologiche off patent dei farmaci DGR 140/2009
<b>INDICATORI DI PROCESSO INTERNO - ASSISTENZA OSPEDALIERA: Governo della domanda</b>	
C1	Tasso di ospedalizzazione globale
C2	Tasso di ospedalizzazione sui ricoveri ordinari
C3	Tasso di ospedalizzazione sui ricoveri in day hospital e one day hospital
C4	% di fughe extra regione

COD.	INDICATORE
<b>INDICATORI DI PROCESSO INTERNO - ASSISTENZA OSPEDALIERA: Efficienza</b>	
D1	Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati
D2	Indice di performance degenza media per acuti totale (Struttura <100 PL)
D3	Indice di performance degenza media per acuti totale (Struttura >100 PL)
D4	Peso medio DRG dei ricoveri ordinari
D5	Costo del presidio ospedaliero / valore della produzione di ricovero e specialistica (Struttura <100 PL)
D6	Costo del presidio ospedaliero / valore della produzione di ricovero e specialistica (Struttura >100 PL)
D7	Costo del presidio ospedaliero / valore della produzione di ricovero e specialistica (Struttura <100 PL): Δ Media ASUR
D8	Costo del presidio ospedaliero / valore della produzione di ricovero e specialistica (Struttura >100 PL): Δ Media ASUR
D9	Rapporto strutture complesse / strutture semplici nei presidi ospedalieri: Δ Media ASUR
<b>INDICATORI DI PROCESSO INTERNO - ASSISTENZA OSPEDALIERA: Appropriately</b>	
E1	% Ricoveri ordinari con DRG potenzialmente inappropriati DGR 1227/2010
E2	% DRG medici dimessi dai reparti chirurgici
E3	DRG chirurgici potenzialmente inappropriati: % Ricoveri in day surgery
E4	% Ricoveri ordinari medici brevi
E5	% Ricoveri in day hospital medico con finalità diagnostica
E6	Ricoveri medici oltre soglia per 1000 residenti over 65
E7	% Ricoveri con DRG chirurgico sul totale die ricoveri
<b>INDICATORI DI PROCESSO INTERNO - ASSISTENZA OSPEDALIERA: Qualità clinica</b>	
F1	% Ricoveri ripetuti entro 30 giorni per la stessa MDC
F2	% Parti cesarei DGR 1227/2010
F3	% Fratture di femore operate entro 2 giorni dall'ammissione
F4	Mortalità intraospedaliera per infarto
F5	Embolia polmonare o trombosi venosa post chirurgica
F6	Indice di sinistrosità
<b>INDICATORI DI PROCESSO INTERNO - ASSISTENZA TERRITORIALE</b>	
G1	Tasso di ricovero per scompenso cardiaco (residenti 45-74 anni)
G2	Tasso di ricovero per diabete globale (residenti 15-74 anni)
G3	Tasso di amputazioni maggiori per diabete
G4	Tasso di ricovero per BPCO (residenti 45-74 anni)
G5	Tasso di ricovero per polmonite (residenti 15-74 anni)
G6	Tasso di ricovero per patologie psichiatriche di pazienti maggiorenni
G7	% Ricoveri psichiatrici di pazienti maggiorenni ripetuti entro 1 anno
G8	Tasso di prestazioni di specialistica ambulatoriale
G9	Tasso di prestazioni di laboratorio
G10	Tasso di prestazioni di medicina nucleare

COD.	INDICATORE
G11	Tasso di prestazioni di radiologia diagnostica
G12	Tasso di prestazioni di risonanza magnetica
G13	Tasso di prestazioni di TAC
G14	Tasso di prestazioni di ecocolordoppler
G15	Tasso di assistenza nelle strutture residenziali: $\Delta$ Mediana
G16	Tasso di assistenza nelle strutture semiresidenziali: $\Delta$ Mediana
G17	N. soggetti con età > 65 anni trattati con ADI
G18	Spesa pro capite per assistenza sanitaria di base: $\Delta$ Media ASUR
G19	Spesa pro capite continuità assistenziale : $\Delta$ Media ASUR
G20	Valore pro capite dell'assistenza specialistica - attività clinica: $\Delta$ Media ASUR
G21	Valore pro capite per assistenza specialistica - attività di laboratorio: $\Delta$ Media ASUR
G22	Valore pro capite per assistenza specialistica - attività di diagnostica strumentale e per immagini: $\Delta$ Media ASUR
G23	Rapporto strutture complesse / strutture semplici nei distretti: $\Delta$ Media ASUR
<b>INDICATORI DI PROCESSO INTERNO - PREVENZIONE COLLETTIVA</b>	
H1	Estensione dello screening cervice uterina
H2	Estensione dello screening mammografico
H3	Estensione allo screening del colon-retto
H4	Tasso standardizzato infortuni indennizzati
H5	Rapporto strutture complesse / strutture semplici nei Dipartimenti di Prevenzione: $\Delta$ Media ASUR
<b>INDICATORI DI ORIENTAMENTO VERSO IL PAZIENTE - TEMPI DI ATTESA</b>	
I1	% Prestazioni in regime di ricovero DRG 1227/2010 (DGR 494/2007) entro TMA
I2	$\Delta$ % 2010-2009 Prestazioni in regime di ricovero DRG 1227/2010
I3	% Prestazioni ambulatoriali DRG 1227/2010 (DGR 494/2007) entro TMA
I4	$\Delta$ % 2010-2009 Prestazioni ambulatoriali DRG 1227/2010

**INTERVENTO n. 15**

**LO SVILUPPO DEL SISTEMA DI  
MONITORAGGIO  
DELL'APPROPRIATEZZA**

## INTERVENTO 15: LO SVILUPPO DI UN SISTEMA DI MONITORAGGIO DI APPROPRIATEZZA

### 1. Normativa di Riferimento

- Piano Sanitario Nazionale 2011 - 2013
- Intesa del 3 dicembre 2009 tra il Governo, le regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, concernente il nuovo patto per la salute per gli anni 2010-2012
- Decreto Legge n. 78 coordinato con la legge di conversione 30 luglio 2010 n. 122 "Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica" con particolare riferimento agli articoli 9 e 11
- DGRM 17/11: Linee di indirizzo per l'attuazione del Patto per la salute 2010 – 2012 e della Legge di stabilità 2011. Approvazione.
- DGRM 1138/2010: recepimento del PSSR 2010 – 2012 (all'esame della Commissione Consiliare competente).
- DGRM 1227/2010: Definizione del processo di budgeting delle Aziende, delle Zone Territoriali, dei Presidi di Alta Specializzazione, del Dipartimento Regionale di Medicina Trasfusionale e dell'INRCA per l'anno 2010
- DGRM 77/09: Atto di ricognizione delle strutture pubbliche e private di ricovero per acuti, lungodegenza e riabilitazione residenziali e semiresidenziali della Regione ai sensi della L. n. 296/2006 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge finanziaria 2007).
- DGRM 858/09: Trasferimento del livello erogativo di prestazioni di oculistica, di ortopedia e di chirurgia vascolare dal regime di ricovero ordinario e DH a regime ambulatoriale.
- DGRM 1789/09: Criteri per la definizione del fabbisogno sanitario nella Regione Marche.

### 2. Il sistema di monitoraggio dell'appropriatezza

Sulla base delle indicazioni della Giunta Regione Marche i principali obiettivi di questo intervento riguardano il monitoraggio del sistema aziendale, attraverso un sistema di indicatori selezionati che consentono di monitorare le performance conseguite dalle AV-ZT sia nel contesto territoriale in cui operano, sia relativamente alle strategie perseguite dal sistema regionale.

Attualmente non esiste un percorso ben codificato che permetta di identificare i problemi e quantificare gli obiettivi.

Esistono diverse banche dati (SDO, File C, farmaceutica, ecc.) dalle quali si estraggono in maniera sistematica dati, ma si sente l'esigenza di avere un metodo integrato e bilanciato che consenta di verificare il rispetto dei criteri di appropriatezza e qualità delle prestazioni sanitarie erogate, coerentemente con quanto previsto dai Livelli Essenziali di Assistenza, e dei criteri di efficienza nell'utilizzo dei fattori produttivi, compatibilmente con i finanziamenti assegnati.

I principali obiettivi di questo intervento riguardano:

- la quantificazione dell'inappropriatezza sia clinica che organizzativa delle attività erogate attraverso metodi e strumenti che coinvolgano sia l'ASUR che le AO/INRCA;
- la messa in atto di manovre correttive;
- lo sviluppo di una strategia e di strumenti in grado di premiare e valorizzare le migliori performance e di penalizzare, anche da un punto di vista economico l'inappropriatezza in modo da liberare risorse e reinvestire nei processi di sviluppo del SSR.

In questa fase si è posto l'obiettivo di pervenire ad una proposta ragionata di un set di indicatori rivolti al monitoraggio e alla valutazione dell'attività sanitaria, il più possibile aderente al - Sistema nazionale di Verifica e controllo sull'Assistenza Sanitaria (SiVeAS), di cui all'ALLEGATO 1.

Premesso che l'ASUR già utilizza gli strumenti di monitoraggio nei settori dell'appropriatezza indicati, si ritiene opportuno proporre un tavolo di condivisione che riguardi le Aziende pubbliche e private, coordinato a livello regionale che porti all'adozione uniforme su tutto il territorio di tale metodologia.

➤ Attività di ricovero in regime ordinario. Riguarda sia le strutture pubbliche che private e utilizza come strumenti sia le analisi condotte a livello centrale regionale, utilizzando il database dei ricoveri ospedalieri (SDO), sia controlli ad hoc svolti sulla documentazione clinica dalle Aziende del SSR sotto il coordinamento regionale (CVPS). Per quanto riguarda il monitoraggio sulle SDO andrà condiviso e formalizzato con le Aziende pubbliche e private del SSR un set di indicatori (% di DRG ad alto rischio di inappropriatezza di ricoveri ripetuti, di ricoveri consecutivi, di DRG complicati, di degenza oltre soglia, ecc)

➤ Attività di ricovero in regime di day- hospital e day- surgery. Riguarda sia le strutture pubbliche che private e utilizza come strumenti sia le analisi condotte a livello centrale regionale, utilizzando il database dei ricoveri ospedalieri (SDO), sia i controlli ad hoc svolti sulla documentazione clinica dalle

Aziende del SSR sotto il coordinamento regionale del CVPS. In particolare i controlli sulla documentazione clinica consentiranno la verifica della corrispondenza con i criteri clinici di appropriatezza dei DH medici formalizzati dalla Regione Marche (CVPS). Per quanto riguarda il monitoraggio delle SDO andrà condiviso e formalizzato con le Aziende pubbliche e private del SSR un set di indicatori (% di DRG ad alto rischio di inappropriatezza, di ricoveri ripetuti, di DRG complicati, ecc).

➤ Attività specialistica. Riguarda l'attività ambulatoriale erogata dalle strutture pubbliche e private. L'attività per questa linea riguarda lo sviluppo di indicatori che consentano l'analisi delle caratteristiche dell'offerta e della domanda ed è finalizzata alla definizione dei servizi da rendere, con particolare riguardo ad accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale anche in relazione al riorientamento della produzione da parte degli erogatori interni ed alla definizione delle tipologie e dei volumi di attività da acquisire (sia da parte di produttori interni che da altri produttori).

➤ Attività in mobilità passiva extraregionale. Riguarda le prestazioni sia ambulatoriali che di ricovero effettuate presso altre regioni. A questo ambito andranno applicati gli stessi strumenti utilizzati per il monitoraggio delle attività svolte dalle strutture pubbliche e private della Regione Marche.

➤ Assistenza farmaceutica. Riguarda la definizione di un insieme di indicatori per il monitoraggio della spesa e dei consumi farmaceutici sia a livello ospedaliero, sia a livello territoriale, che siano esplicativi dei livelli di spesa e di consumo (ALLEGATO 2)

➤ Residenzialità

- Indicatori sui dati economici di costo (e – se disponibili - di ricavo e, per differenza, di risultato) relativi alle singole aree di attività istituzionale
- indicatori relativi ai costi medi per prestazione;
- le quote di contribuzione dovute dagli utenti, eventualmente assunte a proprio carico (in misura totale o parziale) dai Comuni, per gli assistiti in condizioni economiche disagiate;
- il rimborso da parte delle Zt, delle prestazioni sanitarie.

I risultati altresì riguardano:

➤ l'individuazione ed elaborazione di un sistema di indicatori di monitoraggio dell'appropriatezza (vedi allegato 1 e 2);

➤ l'aggiornamento delle linee guida per il monitoraggio ed il controllo dell'appropriatezza. Sono riconfermati, in quanto già in essere, controlli relativi a:

Assistenza ospedaliera

- day surgery o one day surgery con sole procedure classificate come "ambulatoriali" secondo la DGRM – 1212/2004; secondo la DGR 605/2002;
- day hospital con DRG medico senza l'indicazione di procedure tra quelle previste negli elenchi allegati al repertorio regionale dei day hospital diagnostici e terapeutici medici; DGRM 1212/2004; repertorio regionale dei dh diagnostici e terapeutici; DGR 1709/2003.
- controlli tramite metodica PRUO dei ricoveri con DRG 91 in età inferiore a 15 anni (polmoniti in età pediatrica); Manuale PRUO Pediatrico (Decreto 204 del 9/10/2006).
- controlli tramite metodica PRUO dei ricoveri con DRG 127 in utenti di età maggiore a 60 anni (insufficienza cardiaca e shock); Manuale PRUO adulti (Decreto 204 del 9/10/2006).
- Particolare rilievo è stato riservato al controllo della completezza delle cartelle cliniche facendo riferimento alle "Linee guida per la corretta compilazione, gestione, custodia e archiviazione della documentazione sanitaria con particolare riferimento alla cartella clinica ed al registro operatorio" ed in ogni cartella clinica è stato valutato il diario clinico, la cartella infermieristica, la scheda unica integrata; il verbale operatorio e documentazione anestesiologicala in quelle con DRG chirurgico. Per la verifica di questa ultima parte sono state selezionate cartelle in maniera randomizzata per ogni Unità operativa.
- Controlli dei fenomeni a rischio di inappropriatezza (LEA) sulla base della Direttiva 49 e riferimenti precedenti.

Oltre ai controlli sopra citati nel quarto trimestre sono stati effettuati:

- Controlli sulle cartelle con ricovero per degenza post acuzie (Lungodegenza) secondo la Direttiva 49.
- Controlli sulle cartelle con ricovero per intervento di taglio cesareo, secondo la direttiva 49.
- Controlli sulle cartelle per ricovero di legatura e stripping di vene, secondo la direttiva 49.
- Controlli sulle cartelle per la verifica della correttezza della codifica con particolare riferimento ai DRG complicati, secondo la direttiva 49
- Controlli nei reparti chirurgici sui DRG medici con valore superiore al 30%; secondo la direttiva 49.

Assistenza specialistica

- monitoraggio dei tempi di attesa
- monitoraggio dell'indice di offerta delle strutture
- monitoraggio dei consumi standardizzati per la popolazione residente
- rispetto delle soglie di trasferimento di alcune prestazioni dal regime RO/DH (cataratta, tunnel carpale, iniezione intravitale, ecc) ad ambulatoriale secondo le soglie definite dalle DGR 85872009 e DGR 61/2010)

- definire delle soglie di ammissibilità all'effettuazione di prestazioni potenzialmente inappropriate e potenzialmente comprimibili (RM osteoarticolare, ecocolordoppler) e monitorarle
- monitoraggio dell'attività libero professionale

Tra i vantaggi attesi dall'introduzione del sistema di monitoraggio dell'appropriatezza si elencano:

- il raggiungimento di un più razionale utilizzo del personale dipendente;
- il recupero in termini di efficienza in relazione alla razionalizzazione dell'offerta;
- la riorganizzazione dell'attività nel senso di appropriatezza clinica ed organizzativa, favorita dai dati ottenuti con il monitoraggio, potrà avere come effetto il miglioramento dell'accessibilità al sistema e prestazioni di più alta qualità rispetto alla attuale.

**Allegato 1: Indicatori di appropriatezza e qualità clinica dei ricoveri**

COD.	INDICATORE
<b>ASSISTENZA OSPEDALIERA: Appropriatezza</b>	
E1	% Ricoveri ordinari con DRG potenzialmente inappropriati DGR 1227/2010
E2	% DRG medici dimessi dai reparti chirurgici
E3	DRG chirurgici potenzialmente inappropriati: % Ricoveri in day surgery
E4	% Ricoveri ordinari medici brevi
E5	% Ricoveri in day hospital medico con finalità diagnostica
E6	Ricoveri medici oltre soglia per 1000 residenti over 65
<b>ASSISTENZA OSPEDALIERA: Qualità clinica</b>	
F1	% Ricoveri ripetuti entro 30 giorni per la stessa MDC
F2	% Parti cesarei DGR 1227/2010
F3	% Fratture di femore operate entro 2 giorni dall'ammissione
F4	Mortalità intraospedaliera per infarto
F5	Embolia polmonare o trombosi venosa post chirurgica
F6	Indice di sinistrosità

## Allegato 2: Indicatori di appropriatezza prescrittiva della spesa farmaceutica

<b><u>ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA: Spesa</u></b>	
H1	Spesa farmaceutica pro-capite per le prime 5 categorie ATC più costose
COD.	INDICATORE
<b><u>ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA: Appropriately prescrittiva</u></b>	
I1	Inibitori della pompa acida (ATC4:A02BC): Consumi
I2	Inibitori della HMG CoA reduttasi (ATC4:C10AA): Tasso di abbandono
I3	Inibitori selettivi della serotonina (ATC4:N06AB): Consumi
I4	Altri antidepressivi (ATC4:N06AX): Consumi
I5	% di Sartani sulle sost. ad azione sul sist. renina-angiotensina
I6	Morfina (ATC6:N02AA01): Consumi
<b><u>ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA: Efficienza prescrittiva</u></b>	
L1	Inibitori della pompa acida (ATC4:A02BC): % Off patent
L2	Inibitori della HMG CoA reduttasi (ATC4:C10AA): % Off patent
L3	Inibitori selettivi della serotonina (ATC4:N06AB): % Off patent
L4	Altri antidepressivi (ATC4:N06AX): % Off patent
L5	ACE inibitori non associati (ATC4:C09AA): % Off patent
L6	ACE inibitori associati (ATC4:C09BA): % Off patent
L7	Derivati diidropiridinici (ATC4:C08CA): % Off patent
L8	Fluorochinoloni (ATC4:J01MA): % Off patent

Consumo territoriale di farmaci oppioidi

<b><u>ALLEGATO 2) ASSISTENZA FARMACEUTICA OSPEDALIERA: Appropriately prescrittiva</u></b>	
Consumo ospedaliero di antibiotici	
Incidenza degli antibiotici iniettabili nei reparti	
Consumo ospedaliero di morfina	