



Piano Socio Sanitario Regionale 2023-2025

*Salute, sicurezza e
innovazione per i
cittadini marchigiani*

Marzo 2023

INDICE

PREMESSA	6
PARTE PRIMA: IL FABBISOGNO E LA DOMANDA	11
1 LA POPOLAZIONE E LA SALUTE: INQUADRAMENTO GENERALE.....	11
1.1 IL CONTESTO DEMOGRAFICO ED EPIDEMIOLOGICO.....	11
1.1.1 La popolazione in Italia e nelle Marche	11
1.1.2 Il quadro epidemiologico	12
1.2 LA DOMANDA DI ASSISTENZA SANITARIA	13
1.3 LA MOBILITÀ SANITARIA.....	15
1.3.1 La mobilità ospedaliera	15
1.4 L'EVOLUZIONE DEL FABBISOGNO	18
PARTE SECONDA: I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA	20
1 PREVENZIONE: IL POTENZIAMENTO DEI SISTEMI DI PREVENZIONE E SICUREZZA SUL TERRITORIO	20
1.1 PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE	20
1.1.1 Area Promozione della Salute	24
1.1.2 Area Prevenzione e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro	28
1.1.3 Area Ambiente Clima e Salute	31
1.1.4 Altre Aree della Prevenzione	33
1.2 SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE.....	41
1.2.1 Assetto organizzativo dell'Area della Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare	42
1.2.2 Sanità e benessere animale	44
1.2.3 Sicurezza alimentare a tutela dei consumatori	45
1.2.4 Igiene degli alimenti e sicurezza nutrizionale.....	46
2 ASSISTENZA TERRITORIALE: L'AMPLIAMENTO DEI SERVIZI DI PROSSIMITÀ TERRITORIALE E DOMICILIARE E DELLE CURE INTERMEDIE	48
2.1 LA RETE SOCIO SANITARIA	48
2.2 LE STRUTTURE DISTRETTUALI	55
2.2.1 Distretto: funzioni e standard organizzativi	55
2.2.2 Casa della Comunità	56

2.2.3	Ospedale di Comunità	57
2.2.4	Centrale Operativa Territoriale	58
2.2.5	Centrale Operativa 116117	59
2.3	CURE PRIMARIE E MEDICINA TERRITORIALE.....	59
2.4	ASSISTENZA DOMICILIARE.....	60
2.5	INFERMIERE DI FAMIGLIA O COMUNITÀ	63
2.6	CONSULTORIO FAMILIARE.....	65
2.7	PERCORSO NASCITA E AREA MATERNO INFANTILE	67
2.7.1	Preso in carico della gravidanza secondo i vari livelli di rischio	67
2.7.2	Preso in carico della gravidanza fisiologica.....	68
2.7.3	Implementazione delle procedure di partoanalgesia	69
2.7.4	Riduzione dei tagli cesarei	70
2.7.5	Rete di medicina prenatale.....	71
2.7.6	Diagnosi precoce del diabete in età pediatrica e screening dei minori a rischio di diabete.....	72
2.8	LA RETE DELLE CURE PALLIATIVE	73
2.8.1	La rete delle cure palliative pediatriche	76
2.9	CRONICITÀ E PERCORSI DI INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO	77
2.10	RETE DELLA DIABETOLOGIA MARCHIGIANA	78
2.11	MALATTIE RARE	80
2.12	DISABILITÀ E NON AUTOSUFFICIENZA.....	81
2.13	RETE REGIONALE DELLA RIABILITAZIONE	83
2.14	SALUTE MENTALE E DIPENDENZE	85
2.14.1	Salute mentale	86
2.14.2	Dipendenze	89
2.14.3	Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DNA)	92
2.15	SANITÀ PENITENZIARIA.....	94
2.16	IL SISTEMA DI ACCOGLIENZA	96
3	ASSISTENZA OSPEDALIERA: LA RIMODULAZIONE DELLE RETI CLINICHE, IL RECUPERO DELLA MOBILITÀ PASSIVA E IL POTENZIAMENTO DEI SERVIZI IN AREE PARTICOLARMENTE DISAGIATE.....	98
3.1	RIQUALIFICAZIONE DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA.....	98
3.2	LA RETE OSPEDALIERA	101
3.4	RIORGANIZZAZIONE DELLE RETI CLINICHE.....	105
3.5	IL POTENZIAMENTO DELL'ATTIVITÀ IN PRONTO SOCCORSO	116
3.6	LE RETI CLINICHE ONCOLOGICHE.....	118
3.7	LA RETE TRAPIANTOLOGICA E LA BANCA DEI TESSUTI	120

4	IL GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA, IL CONSOLIDAMENTO DELLE MODALITÀ DI RACCORDO E DI COORDINAMENTO DEI SERVIZI, LA GESTIONE DEL RISCHIO	122
4.1	IL GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA	122
4.2	IL NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO PER L'EMERGENZA-URGENZA	127
4.3	IL SISTEMA DEI CONTROLLI.....	129
4.4	RISCHIO CLINICO E SICUREZZA DELLE CURE	131
5	LO SVILUPPO DELL'ASSISTENZA FARMACEUTICA, DELLA PROTESICA E DEI DISPOSITIVI MEDICI..	133
5.1	ASSISTENZA FARMACEUTICA.....	133
5.2	ASSISTENZA PROTESICA	137
5.3	DISPOSITIVI MEDICI	138
	PARTE TERZA: LE FUNZIONI TRASVERSALI	140
6	L'INNOVAZIONE E LA DIGITALIZZAZIONE NEL SSR.....	140
6.1	L'evoluzione della sanità e l'intelligenza artificiale	140
6.2	L'OSPEDALE VIRTUALE.....	145
6.3	SISTEMA INFORMATIVO SOCIO SANITARIO E SANITÀ DIGITALE	145
6.3.1	Fascicolo Sanitario Elettronico	148
6.3.2	Cartella clinica unica delle terapie intensive	149
6.3.3	Potenziamento della rete informatica regionale dei Laboratori Analisi	150
6.3.4	Sicurezza informatica.....	152
6.4	TELEMEDICINA.....	152
6.5	IMAGING CON RISONANZA MAGNETICA.....	155
6.6	TECNOLOGIE BIOMEDICHE	156
6.7	FLUSSI INFORMATIVI E MONITORAGGIO DEL SSR	158
7	L'ADEGUAMENTO INFRASTRUTTURALE: IL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA (PNRR)	162
7.1	LA "MISSIONE 6: SALUTE" E LE SUE AZIONI	163
7.2	IL PROGETTO DELLA REGIONE MARCHE	164
7.3	LA MISSIONE 5 COMPONENTE SOCIALE E LE SUE AZIONI CHE SI INTEGRANO CON LA SANITÀ	174
8	LA QUALIFICAZIONE DEL PERSONALE E LA VALORIZZAZIONE DELLA RICERCA	177
8.1	POLITICHE DEL PERSONALE.....	177
8.2	RISORSE UMANE, BENESSERE ORGANIZZATIVO E FORMAZIONE	178

8.3	MEDICINA CONVENZIONATA	184
8.4	RICERCA.....	186
9	GLI INTERVENTI IN AMBITO NORMATIVO, ORGANIZZATIVO E RELAZIONALE	190
9.1	L'ASSETTO ISTITUZIONALE DEL SSR	190
9.2	AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO	191
9.3	ASSOCIAZIONISMO, VOLONTARIATO E TERZO SETTORE	193
9.4	COMUNICAZIONE	193
9.5	TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE	194
9.6	CODICE ETICO COMPORTAMENTALE	195

PREMESSA

La sanità dopo la pandemia

La situazione di emergenza causata dalla pandemia da covid-19, che ha caratterizzato gli anni 2020 e 2021, ha fortemente condizionato il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale marchigiano, che, per buona parte di tali anni, si è quasi unicamente orientato alla definizione delle strategie e degli indirizzi necessari all'organizzazione degli interventi riguardanti la risposta alla diffusione del virus in concomitanza con quanto è avvenuto all'interno del quadro di riferimento nazionale e internazionale. In questo contesto, è stato comunque indispensabile non venir meno alla necessità di rispondere anche a tutte le altre esigenze e domande di assistenza espresse dalla popolazione, con una enorme pressione sull'intero sistema e sulle professionalità presenti.

L'impatto devastante dell'emergenza pandemica, senza dimenticare gli eventi sismici del 2016 ed inizio 2017, ha evidenziato la necessità di sviluppare forme assistenziali meno rigide e più velocemente riconfigurabili, che forniscano risposte assistenziali ai disagi derivanti da bisogni emergenti e dalla variabilità delle necessità dei cittadini. E' indispensabile individuare le attività assistenziali che possano prevenire la diffusione di patologie e siano in grado di rispondere con immediatezza a necessità conseguenti ad eventi di carattere emergenziale, con il ricorso a modalità organizzative flessibili e diffuse sul territorio e con supporti di tipo psico-socio assistenziali nonché forme di assistenza "a distanza" (teleassistenza, telemedicina).

Il programma di governo

Con l'avvio della nuova legislatura a seguito delle elezioni svoltesi nel mese di settembre 2020, la Regione Marche ha adottato un programma di governo per il periodo 2020-2025 denominato "Ricostruiamo le Marche". Il Programma ha disegnato 10 impegni strategici e 10 priorità operative. Tra queste ultime, alla luce delle richieste emergenti e della criticità registrate nei periodi precedenti, viene dato particolare rilievo all'area della sanità e del sociale, sotto la voce "Sanità e sociale di qualità per tutti: nessuno resti solo".

In particolare, vengono declinate le azioni e gli interventi da realizzare per la trasformazione e la ricostruzione della sanità regionale. Tra i punti qualificanti viene indicata la stesura di un nuovo Piano Socio Sanitario Regionale, basato su principi di integrazione tra sanità e sociale, miglioramento dell'assistenza ospedaliera e territoriale; sviluppo di ospedali di alta specializzazione e strutture minori diffuse su tutto il territorio, abbattimento liste di attesa, drastica riduzione di mobilità passiva, integrazione tra servizi pubblici e privati, lotta agli sprechi, ottimale utilizzo delle risorse regionali, nazionali (Fondo sanitario) ed europee (Recovery Fund).

Il piano nazionale di ripresa e resilienza

L'Unione Europea ha risposto alla crisi pandemica con il Next Generation EU (NGEU), un programma che prevede investimenti e riforme concernenti la transizione ecologica e digitale, il miglioramento della formazione delle lavoratrici e dei lavoratori, il conseguimento di una maggiore equità di genere, territoriale e generazionale, con un determinante impatto sull'evoluzione dei servizi sanitari.

Per l'Italia nel suo complesso e per ciascuna Regione, il NGEU rappresenta una eccezionale opportunità di sviluppo, investimenti e riforme. Per ottemperare alle richieste dell'UE, l'Italia ha presentato il proprio pacchetto di investimenti e riforme: il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Il Piano si sviluppa intorno a tre assi strategici condivisi a livello europeo: digitalizzazione e innovazione, transizione ecologica, inclusione sociale. Questo Piano, si articola inoltre in sei Missioni e 16 Componenti. Le sei Missioni del Piano sono: digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo; rivoluzione verde e transizione ecologica; infrastrutture per una mobilità sostenibile; istruzione e ricerca; inclusione e coesione; salute. La Missione 6 (Salute) "è focalizzata su due obiettivi: il rafforzamento della prevenzione e dell'assistenza sul territorio, con l'integrazione tra servizi sanitari e sociali, e l'ammodernamento delle dotazioni tecnologiche del Servizio Sanitario Nazionale. Potenzia il Fascicolo sanitario elettronico e lo sviluppo della telemedicina. Sostiene le competenze tecniche, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario oltre a promuovere la ricerca scientifica in ambito biomedico e sanitario".

Il PNRR fornisce quindi importanti indicazioni su cui far convergere le azioni di riprogettazione e riorganizzazione dei sistemi sanitari regionali, in considerazione inoltre delle risorse economiche che verranno messe a disposizione.

La programmazione regionale

Il presente piano socio sanitario vede il consolidamento e lo sviluppo del sistema integrato dei servizi territoriali come priorità assoluta. In questa prospettiva deve essere strettamente coerente con i Livelli Essenziali di Assistenza, e con l'integrazione tra i sistemi dei servizi sociali e sociosanitari, declinando in maniera definita e incontrovertibile la necessità di potenziare il sistema della prevenzione e delle cure territoriali, sviluppare piani assistenziali individualizzati e coerenti con i bisogni di salute, ribadire la centralità dei bisogni del cittadino, che non si deve trovare in balia di sistemi assistenziali rigidi e incapaci di comunicare, con la consapevolezza che tutto ciò che colpisce i soggetti fragili si moltiplica in termini di disagio. A questo si aggiunge la necessità di superare le separazioni tra i sistemi, sanitario, sociosanitario, sociale, scolastico, produttivo, ecc., a favore di forme di interazione e integrazione in cui i cittadini sono parte attiva e non spettatori passivi, incapaci di comprendere come e dove chiedere assistenza.

Il consolidamento dell'attività programmatoria regionale passa anche attraverso la riorganizzazione del servizio sanitario regionale, di cui alla recente Legge regionale 8 agosto 2022 n. 19, che ha rivisto l'assetto organizzativo del sistema in termini di strutture e funzioni presenti sul territorio marchigiano, con particolare attenzione al potenziamento dei servizi territoriali, agli strumenti di programmazione e alle modalità di partecipazione dei principali soggetti coinvolti.

Intersectorialità e sinergie

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

Mai come in questo periodo la necessità di inclusione dei diversi settori, comprendendo la scuola, il lavoro e la protezione sociale, si rende necessaria: la resilienza, l'inclusione e la coesione sociale sono necessarie per far crescere la fiducia nel funzionamento dell'intero sistema, oltre alle competenze individuali e comunitarie, e per promuovere stili di vita orientati al benessere e al mantenimento della salute.

Un lavoro di integrazione fra diversi settori consente di affrontare le varie questioni sotto molteplici punti di vista. Tale approccio permette di conseguire un reale cambiamento finalizzato alla riduzione delle disuguaglianze e al miglioramento delle condizioni di vita e dello stato di salute della popolazione

Le disuguaglianze (economiche, sociali, territoriali, organizzative, ...) creano condizioni sfavorevoli per una qualità di vita dignitosa e aprono allo sviluppo di fragilità, vulnerabilità, e quindi al possibile sviluppo di patologie. Una popolazione anziana in aumento, la popolazione fragile per eccellenza, richiede di operare in modo appropriato per avere risorse a sufficienza e garantire in modo equo l'accesso alle cure, riportando i cittadini al centro dell'azione e delle politiche sanitarie.

Sostenibilità economica

La tutela del diritto alla salute delle persone richiede che ciascun cittadino abbia il diritto di ottenere prestazioni di cura secondo l'effettiva necessità e bisogno, ma questo non significa che vi può essere un accesso e un utilizzo indiscriminato delle prestazioni e dei servizi sanitari. Il soddisfacimento dei bisogni di salute della popolazione nelle sue varie manifestazioni deve essere garantito attraverso una efficiente ed efficace allocazione delle risorse disponibili. Il presente Piano vuole orientare le attività e le azioni descritte affinché siano garantite nell'ambito delle risorse assegnate al servizio sanitario regionale e nel rispetto dei vincoli definiti dalla finanza pubblica.

Il Piano Socio Sanitario Regionale 2022-2024, a partire dal Programma di governo regionale 2020-2025, si sviluppa quindi in coerenza con le indicazioni di carattere nazionale e internazionale, volte a rimodulare e rinnovare la capacità di risposta dei singoli sistemi sanitari, senza far venir meno il modello comune di politica sanitaria definito dall'OMS, riguardante il miglioramento in modo significativo della salute e del benessere delle popolazioni, la riduzione delle disuguaglianze di salute, il rafforzamento della sanità pubblica e la garanzia di sistemi sanitari che pongano al centro la persona e che siano universali, equi, sostenibili e di alta qualità.

Nell'ambito di questi riferimenti di carattere generale, sono definite le strategie, i programmi, le azioni e i tempi per lo sviluppo della sanità marchigiana il cui paradigma deve essere salute, qualità delle cure, innovazione e sicurezza per tutti.

STRUTTURA E OBIETTIVI

Il Piano è un documento di *indirizzo strategico* che, in forma sintetica ma esaustiva, definisce le priorità della sanità a breve-medio termine, e formula contemporaneamente le principali indicazioni di carattere operativo per dare immediata attuazione all'azione di rinnovamento della sanità regionale.

Il piano definisce i programmi strategici che renderanno possibile un deciso salto di qualità del sistema socio sanitario regionale. Questi programmi sono rivolti a garantire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e assumono, nella gran parte dei casi, un carattere trasversale a tutti i settori assistenziali, il cui conseguimento è necessario per creare le migliori condizioni (in termini strutturali, organizzativi, tecnologici, ecc.) per l'attuazione delle specifiche azioni di miglioramento.

I programmi contengono specifici obiettivi che definiscono operativamente le azioni prioritarie da attivare nei diversi settori di intervento.

Sono inoltre presenti sei Appendici, contenenti gli approfondimenti sugli aspetti di carattere demografico ed epidemiologico, sull'organizzazione del sistema, sulla mobilità e sui bisogni di salute della popolazione marchigiana.

Programmi strategici e obiettivi prioritari

Il Piano vuole fornire una visione per la sanità marchigiana del prossimo futuro, individuando la cornice normativa e i principali strumenti necessari per dare attuazione ai programmi previsti.

Il Piano riporta l'inquadramento dello scenario attuale in termini epidemiologici e sanitari della Regione, con l'evidenziazione di eventuali criticità e di punti di forza: dall'analisi della situazione esistente deriva la formulazione del fabbisogno e degli orientamenti per le diverse aree di intervento.

Il Piano fornisce quindi le indicazioni operative per consentire la formalizzazione e il puntuale avvio delle azioni necessarie al conseguimento di ciascuno degli obiettivi indicati, nonché le modalità per consentire il monitoraggio e la valutazione dello stato di attuazione.

Il contenuto fondamentale del Piano riguarda la descrizione dei Programmi Strategici della Regione per i prossimi tre anni, in coerenza con le indicazioni del livello centrale e con le esigenze emergenti in ambito regionale, necessari per rispondere ai bisogni dei cittadini.

I Programmi Strategici si traducono in specifici *Obiettivi Prioritari* da sviluppare per le diverse aree di intervento. Alcuni Programmi hanno la caratteristica della "trasversalità", nel senso che riguardano particolari condizioni "di sistema" che sono necessarie e comuni a tutte le azioni da intraprendere.

Di seguito si riporta in sintesi l'elenco dei Programmi con l'indicazione di alcuni degli elementi che concorrono a definire gli obiettivi prioritari da raggiungere.

Per quanto riguarda i Livelli Essenziali di Assistenza:

1. **PREVENZIONE.** *Il potenziamento dei sistemi di prevenzione e sicurezza sul territorio:* per programmare e creare concrete azioni di intervento laddove si presentano le condizioni di maggiore criticità per situazioni

di emergenza, fragilità e cronicità a causa di particolari patologie o di specifiche condizioni epidemiologiche e sociali, etniche, relativamente ai temi collegati al Piano Regionale della Prevenzione su salute, ambiente, sicurezza sul lavoro nonché sanità veterinaria e sicurezza alimentare;

2. *ASSISTENZA TERRITORIALE. L'ampliamento dei servizi di prossimità territoriale e domiciliare e delle cure intermedie:* per rendere disponibili servizi e trattamenti in modo diffuso e in tempi ragionevoli, con lo sviluppo dei servizi territoriali e con una presenza capillare in tutta la regione, riducendo la mobilità sanitaria nonché per eliminare eventuali differenze nell'erogazione dell'assistenza, legate ai territori, al genere, all'età, alla provenienza. I temi trattati riguardano la rete socio sanitaria sul territorio delle cure primarie, le Case della comunità, gli Ospedali di comunità, le disabilità, Malattie rare, Salute mentale, Dipendenze patologiche, Cure palliative, sanità penitenziaria;
3. *ASSISTENZA OSPEDALIERA. La rimodulazione delle reti cliniche, il recupero della mobilità passiva, il potenziamento dei servizi in aree particolarmente disagiate:* per incrementare gli interventi in chiave organizzativa e professionale che consentano di garantire prestazioni di alta qualità in modo appropriato e coerente con il contesto demografico ed epidemiologico, con la domanda e i bisogni dei pazienti e per il recupero della mobilità passiva, relativamente a temi quali il consolidamento delle reti cliniche, l'organizzazione dei servizi ospedalieri, con particolare attenzione alle aree particolarmente disagiate;
4. *Il governo dei tempi di attesa, il consolidamento delle modalità di raccordo e coordinamento dei servizi, la gestione del rischio:* per un efficiente ed efficace raccordo tra strutture, operatori e cittadini, potenziando le funzioni di integrazione tra ospedale e territorio attraverso servizi diffusi e differenziati, per temi quali il sistema dell'emergenza urgenza, il governo dei tempi di attesa, la gestione del rischio e la sicurezza delle cure;
5. *Lo sviluppo dell'Assistenza farmaceutica, della protesica e dei dispositivi medici:* per rendere adeguata e appropriata l'assistenza farmaceutica e la rete dei servizi ad essa collegati, nonché per il rafforzamento della farmacovigilanza, oltre all'adeguamento delle azioni per la protesica e i dispositivi medici;

Per quanto riguarda aree e azioni trasversali e di supporto:

6. *L'innovazione e la digitalizzazione nel SSR:* programma trasversale per portare le strutture, tramite investimenti in tecnologia, ai più elevati standard di funzionamento e di sicurezza in chiave organizzativa, strutturale, tecnica e logistica nonché per consolidare l'integrazione dei sistemi di comunicazione e informazione, digitalizzando e semplificando i sistemi di supporto e le procedure amministrative, nonché per consentire analisi e valutazioni necessarie per orientare le scelte e superare tempestivamente le criticità, con particolare riferimento alla digitalizzazione dei processi clinico assistenziali, alla telemedicina, al fascicolo sanitario elettronico;
7. *L'adeguamento infrastrutturale:* piena attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (Pnrr), rendendo coerente l'implementazione del progetto regionale con le azioni necessarie su tutte le principali realtà strutturali e infrastrutturali della sanità regionale;
8. *La qualificazione del personale e la valorizzazione della ricerca:* per adeguare e valorizzare le competenze manageriali, tecniche, professionali e digitali e le esperienze del personale, attraverso il potenziamento degli organici, l'incremento della formazione specialistica e la ridefinizione dei profili professionali e lo sviluppo delle attività di ricerca;
9. *Gli interventi in ambito normativo, organizzativo e relazionale:* piena attuazione della legge regionale di riforma della sanità per un miglior esercizio della governance insieme ad un adeguamento del ruolo e dell'organizzazione del sistema pubblico, in termini di differenziazione, integrazione dei servizi e rapporti con interlocutori istituzionali, stakeholder e cittadini.

L'attuazione dei Programmi del Piano, declinati negli Obiettivi prioritari, sarà demandata ad uno o più atti della Giunta regionale che, con l'eventuale parere della Commissione consiliare competente su specifici argomenti, definiranno il dettaglio delle specifiche misure attuative, con gli indicatori di monitoraggio, la tempistica ed i target da raggiungere. La definizione dell'orizzonte temporale, considera la seguente tempistica per la realizzazione degli obiettivi:

a breve termine, entro 12 mesi;
a medio termine, tra 12 e 24 mesi;
a medio/lungo termine, oltre 24 mesi.

MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

Per il monitoraggio periodico e la valutazione dell'applicazione del Piano sarà individuato, con atto della Giunta regionale, un "comitato di verifica", composto da rappresentanti degli stakeholder competenti nelle diverse materie indicate e verrà indicata una struttura tecnica regionale che si occuperà della verifica periodica dello stato di attuazione degli interventi e degli eventuali impatti sul sistema, attraverso l'analisi e la valutazione dei parametri definiti nei documenti di attuazione.

La definizione e la realizzazione del Piano avviene secondo principi di partecipazione, responsabilità e trasparenza, con il coinvolgimento di tutti gli interlocutori che possono partecipare ai processi decisionali, di cambiamento e di diffusione delle conoscenze.

PARTE PRIMA: IL FABBISOGNO E LA DOMANDA

1 LA POPOLAZIONE E LA SALUTE: INQUADRAMENTO GENERALE

1.1 IL CONTESTO DEMOGRAFICO ED EPIDEMIOLOGICO

1.1.1 La popolazione in Italia e nelle Marche

La popolazione residente in Italia è progressivamente diminuita nell'ultimo quadriennio: secondo l'ultimo dato ufficiale pubblicato dall'Istat, tra il 1° gennaio 2017 e il 1° gennaio 2021 la popolazione residente in Italia si è complessivamente ridotta di 809 mila unità. Si è passati da 60,07 milioni di abitanti (al 1° gennaio 2017) a 59,26 milioni di abitanti (al 1° gennaio 2021), con un tasso di variazione negativo medio annuo pari al 3,38%. Decrescita che si è rilevata pressoché costante nel primo triennio (con un tasso di variazione medio annuo del -2,37%) ma più significativa nell'ultimo anno di analisi: dal 1° gennaio 2020 al 1° gennaio 2021 la popolazione italiana, infatti, è diminuita del 6,44%, conseguenza dell'impatto della pandemia di COVID-19 su natalità e mortalità.

La dinamica presentata si riflette sulla composizione della popolazione per fasce d'età: con costanza, aumentano, negli anni, gli anziani mentre diminuiscono i giovani. Il 9% della popolazione residente è rappresentata dalla popolazione immigrata, mediamente più giovane della popolazione italiana.

L'evoluzione descritta comporta un'ulteriore significativa variazione nella composizione della popolazione per fasce d'età, con evidenti ripercussioni sul fabbisogno di servizi di salute.

Le previsioni mostrano un'incidenza della popolazione di 65 anni e oltre sul totale della popolazione in aumento (+1,8% nel quinquennio) e, di contro, una diminuzione dell'incidenza della popolazione nelle fasce di età dagli 0 anni ai 64 anni (-1,9% nel quinquennio).

La popolazione residente nella Regione Marche, al 1° gennaio 2021, è pari a 1.501.406 abitanti (dato provvisorio pubblicato dall'Istat). L'analisi della tendenza della popolazione della Regione Marche mostra un andamento decrescente negli ultimi anni: dal 1° gennaio 2017 al 1° gennaio 2021 si è registrata una contrazione del numero di residenti pari al 2%. Come già rilevato nel contesto nazionale, il tasso di variazione del periodo ha risentito dell'impatto della pandemia COVID, mostrandosi tendenzialmente costante nel primo triennio (decrescita media dello 0,4%) e più rilevante nel 2020 (-0,7%).

In linea con l'andamento previsionale della popolazione in Italia, anche il numero dei residenti nella Regione Marche appare destinato a subire una contrazione. Sulla base dello "scenario mediano", dai dati ufficiali pubblicati dall'Istat, si stima una diminuzione del 1,9% nel prossimo quinquennio. Si passerà da 1,49 milioni di persone al 1° gennaio 2022 a 1,46 milioni di persone al 1° gennaio 2027, con una tendenza annua in diminuzione al tasso medio di variazione dello 0,4% (meno accentuato nel 2025 e 2026).

La stessa tendenza rilevata a livello nazionale è attesa in tema di composizione della popolazione per fasce di età. La popolazione di età superiore ai 65 anni subirà, nel quinquennio, un aumento del 5,5%, cioè si passerà da 384 mila persone over 65 stimate al 1° gennaio 2022 a 405 mila persone over 65 stimate al 1° gennaio 2027; contestualmente si avrà anche una contrazione della popolazione di età under 65 nello stesso periodo (-4,5% nel quinquennio). Considerando la tendenza in diminuzione della popolazione residente, l'aumento del numero di residenti anziani inciderà sulla composizione della popolazione nel suo complesso: si avrà pertanto nel 2027 il 27,6% di persone con 65 anni e più (di cui il 5% over 85 anni) e il restante 72,3% di persone compreso nelle fasce di età da 0 anni a 14 anni e da 15 anni ai 65 anni.

1.1.2 Il quadro epidemiologico

A livello nazionale, cronicità e policronicità raggiungono numeri importanti con l'avanzare dell'età: tra i 65 e gli 85 anni più della metà delle persone convive con una patologia cronica e la quota aumenta fino a interessare i tre quarti degli ultra-ottantacinquenni, di cui la metà risulta policronico.

La prevalenza per singole patologie croniche muta notevolmente con l'età: prima dei 55 anni la più frequente riguarda l'apparato respiratorio e coinvolge il 6% degli adulti mentre dopo i 55 anni, progressivamente con l'avanzare dell'età, aumenta la prevalenza di cardiopatie e di diabete, che raggiungono valori intorno al 30% e al 20% verso gli 80 anni.

La prevalenza dei tumori raggiunge il suo valore massimo (circa 15%) intorno agli 80 anni.

Per la Regione Marche, attraverso l'analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) dei ricoveri ospedalieri del triennio 2017-2019, viene mostrato come le diagnosi relative a tumori (54.037) e malattie cardiovascolari (40.618) rappresentino nell'ordine le patologie più diffuse, seguite da diabete e patologie cerebrovascolari. Oltre a questi ricoveri maggiormente frequenti, ne sono presenti altri ad elevato peso in termini diagnostici, terapeutici e di caregiving quali le broncopneumopatie cronico ostruttive, le demenze, l'Alzheimer, l'insufficienza renale e la sclerosi multipla. Per la popolazione straniera, le principali cause di ricorso al ricovero sono rappresentate da: traumi, malattie cardiovascolari e respiratorie negli uomini, parti, complicanze in gravidanza e tumori per le donne.

Dall'analisi delle diagnosi principali, stratificate per classi di età, la classe di età maggiormente colpita per le patologie più frequenti, oncologica e cardiovascolare, per tutto il triennio preso in considerazione, risulta essere quella dai 65 agli 84 anni.

Per quanto riguarda le patologie oncologiche, che determinano oltre un terzo di tutti i ricoveri, si osserva che il tumore alla mammella nelle femmine e alla prostata nei maschi rappresentano i quadri di maggiore incidenza e prevalenza, seguiti dal tumore al colon-retto per entrambi i sessi. Per tutti questi quadri esistono programmi di screening di popolazione e protocolli per diagnosi e trattamento precoce (a cui è opportuno stimolare una maggiore adesione della popolazione, compreso il personale sanitario ed i MMG) e programmi di trattamento secondo protocolli definiti per la loro terapia secondo evidenze cliniche condivise: appare, quindi, opportuno consolidare l'adozione di protocolli omogenei che possano prendere in carico precocemente le relative diagnosi e gestirle nelle reti cliniche definite nella Regione.

Il trattamento delle malattie croniche non trasmissibili (MCNT) produce una significativa parte della domanda di prestazioni sanitarie dato l'aumento dell'aspettativa di vita, il conseguente progressivo invecchiamento della popolazione e la necessità di controllare le condizioni dei cronici e prevenirne le complicanze. Le tendenze rilevate a livello demografico, secondo lo scenario previsionale mediano, evidenziano, per il periodo 2022-2027, una modesta ma costante riduzione della popolazione, in cui cresce l'incidenza delle fasce di età più elevate, in cui i soggetti portatori di malattie croniche sono maggiormente presenti.

La multicronicità, ossia la presenza di più patologie croniche, che è la condizione di persone affette da due o più condizioni di cronicità oppure da altre patologie croniche, colpisce un numero crescente di persone con l'aumento dell'età. La prevalenza della multicronicità, è del 24% tra la popolazione di oltre 14 anni nelle Marche, rispetto al 27% circa nazionale (OS). Tale condizione è stimata al 4% tra i 18 e 49 anni, al 8,8% tra i 50 ed i 69 anni, e riguarda il 23,7% oltre i 65 anni (PS). Il trattamento delle cronicità, secondo il Piano Nazionale Cronicità recepito dalle Marche e le indicazioni della Medicina di Iniziativa dell'Agenas, determinerà una parte sempre più significativa del fabbisogno di prestazioni sanitarie da parte della popolazione.

L'impatto della pandemia da Covid-19 sul trattamento delle patologie, specie chirurgiche, oggetto dell'attività ospedaliera ha comportato ripetute riduzioni delle attività programmate e il differimento di quelle non urgenti. Anche a parità di prevalenza ed incidenza delle patologie ciò comporterà nei prossimi anni una maggiore richiesta, non facilmente quantificabile, di prestazioni derivante dalla necessità di recuperare i ritardi e le prestazioni rimandate a causa della pandemia.

Un approfondito quadro di riferimento sugli aspetti demografici ed epidemiologici, corredato da grafici e tabelle numeriche, predisposto in collaborazione con l'Università Politecnica delle Marche, è riportato in **Appendice 1**.

1.2 LA DOMANDA DI ASSISTENZA SANITARIA

L'avvento della pandemia di COVID-19 ed il suo conseguente impatto sul Servizio Sanitario Nazionale (SSN) hanno evidenziato le carenze strutturali di quest'ultimo. La Missione Salute del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) è strutturata per porre rimedio a tali lacune e pone tra i suoi obiettivi l'adeguamento del SSN ad un contesto demografico ed epidemiologico in evoluzione nonché l'equità del servizio, che garantisca il soddisfacimento dei bisogni di salute della popolazione, senza differenze geografiche o dettate da elementi socioeconomici. Si pone altresì l'obiettivo di capillarizzare l'offerta di salute sul territorio, rafforzando parallelamente la rete dell'assistenza primaria territoriale.

Per consentire l'adeguamento del SSN è necessaria un'attenta analisi di contesto, che consenta in primo luogo l'identificazione del fabbisogno di prestazioni sanitarie espresso dalla popolazione, con la relativa distribuzione geografica. Poiché il reale fabbisogno è difficilmente tracciabile con le fonti dati disponibili, esso può essere comunque approssimato attraverso il consumo sanitario delle prestazioni tracciate abitualmente dai flussi sanitari amministrativi regionali, analizzando in particolare il consumo di prestazioni sanitarie concernenti ricoveri in ospedale, accessi in pronto soccorso e prestazioni ambulatoriali, relative ai residenti nella regione Marche, descrivendo la distribuzione spaziale della domanda ed identificando eventuali aree geografiche nelle quali l'offerta sia carente.

Complessivamente, il confronto tra il biennio 2018-2019 ed il biennio successivo ha evidenziato l'impatto della pandemia di SARS-CoV-2, con una riduzione diffusa e significativa degli accessi. Tale riduzione, tuttavia, non è destinata a persistere nel tempo. Ciò identifica il consumo del biennio 2018-2019 come base analitica utile alla futura programmazione: nel breve termine, infatti, è plausibile che il consumo si riassetti su livelli pre-pandemici.

Ricoveri ospedalieri

La media annuale del numero di ospedalizzazioni nel corso del biennio 2018-2019 è stata pari a 228.005, corrispondente ad un tasso di 150,5 ammissioni per 1000 residenti. Nel biennio successivo si è registrato un forte decremento, dovuto all'impatto della pandemia: il numero medio annuo di ammissioni è stato 169.715, mentre il tasso è sceso a 113,0 per 1000. La provincia per la quale si registra il maggior numero ed anche il tasso grezzo massimo di ammissioni è quella di Ancona, per entrambi i bienni, mentre il tasso minimo di accesso è nella provincia di Macerata ed il numero minimo di accessi in quella di Fermo. I residenti nella provincia di Fermo sono quelli maggiormente interessati dal fenomeno della mobilità, seguiti da quelli della provincia di Ascoli Piceno: nel biennio 2018-2019 rispettivamente solo il 50,5% ed il 58,6% delle ospedalizzazioni dei residenti in queste province sono avvenute in strutture ubicate entro le province stesse.

All'estremo opposto, la provincia di Ancona ha erogato entro il territorio provinciale l'84,6% delle ospedalizzazioni che interessano i propri residenti. Ancona è stata anche provincia di destinazione per una buona percentuale dei ricoveri dei residenti nelle altre province (10,7% dei ricoveri che interessano residenti di Ascoli Piceno, 16,0% di quelli di Fermo, 20,1% di quelli di Macerata, 8,9% di quelli di Pesaro e Urbino). Il tempo medio di percorrenza tra il comune di residenza e quelli di ospedalizzazione variava tra 37,8 minuti per la provincia di Ancona e 48,1 per quella di Ascoli Piceno. Durante il biennio successivo non si evidenziano variazioni degne di nota.

Accessi in pronto soccorso

Nel biennio precedente la pandemia, in media sono stati osservati 477.093 accessi al pronto soccorso tra i residenti della regione Marche, ciò equivale ad un tasso medio annuo di 314,8 accessi per 1000 residenti. Come

per le ospedalizzazioni, nel biennio successivo è stato osservato un forte decremento, con un numero medio annuo di accessi pari a 343.330 ed un tasso di 229,0 per 1000.

Nel corso del biennio 2018-2019 sono emerse sostanziali differenze territoriali sia nel numero che nel tasso di accessi, con la provincia di Ancona che ha assorbito il maggior numero di accessi (in media 173.117 all'anno) e che ha presentato anche il maggior tasso di accesso (369,1 accessi per 1000 residenti), e la provincia di Fermo all'estremo opposto (47.906 accessi/anno, 277,6 accessi per 1000 residenti). Il tempo medio di attesa tra il triage e la presa in carico effettiva variava da 78 minuti nella provincia di Pesaro e Urbino e 91 minuti in quella di Ascoli Piceno. Le medesime differenze territoriali si sono espresse nel corso del biennio 2020-2021, ma con una forte riduzione degli accessi.

Anche la mobilità ha presentato sostanziali differenze geografiche: mentre la provincia di Ancona nel corso del biennio 2018-2019 ha coperto il 97,6% degli accessi dei propri residenti, quella di Fermo ne ha coperti solo il 77,7%, mentre i tempi medi di percorrenza variavano tra 10 minuti per la provincia di Ascoli Piceno e 15 minuti per quelle di Fermo e Macerata. Il biennio 2020-2021 ha mostrato una situazione simile.

Prestazioni ambulatoriali

Il numero medio annuale di prestazioni ambulatoriali di interesse erogate ai residenti nella regione Marche è stato di 4.694.573 per il biennio 2018-2019 e di 3.834.884 nel biennio successivo, con la consueta riduzione associata all'outbreak pandemico. I corrispondenti tassi medi annui sono stati rispettivamente pari a 3.097,9 e 2.560,0 per 1000 residenti.

L'etogeneità spaziale osservata per i due precedenti outcome risulta in questo caso attenuata. Nel biennio 2018-2019 le province di Ancona ed Ascoli Piceno hanno registrato tassi di accesso simili e vicini a 3.300 per 1000 residenti e le restanti tre province tassi che variavano tra 2.900 e 3.000 accessi per 1000 residenti. Nel corso del biennio successivo, il valore massimo è stato registrato nel territorio di Ascoli Piceno, con un tasso medio annuo di accesso pari a 2.846,0 per 1000 residenti, mentre il minimo è stato osservato nella provincia di Fermo, con 2.348,0 accessi per 1000 residenti.

Nel corso del primo biennio analizzato, il tempo medio d'attesa per ricevere la prestazione era pari a 38 giorni, ma nella provincia di Macerata esso si riduceva a 27 giorni, mentre in quella di Ancona raggiungeva i 50 giorni. Nel corso del secondo biennio, i tempi di attesa si sono ridotti consistentemente, raggiungendo una media di 26 giorni, nuovamente con differenze provinciali marcate.

La provincia caratterizzata dalla maggiore mobilità intra ed extraregionale è risultata quella di Fermo, che ha coperto solo il 73,6% delle prestazioni dei suoi residenti nel biennio 2018-2019 ed il 67,7% nel biennio successivo, mentre all'estremo opposto si è collocata quella di Ancona, con percentuali rispettivamente pari a 90,9% e 89,5%. I tempi medi di percorrenza sono risultati inferiori ai 20 minuti per tutte le province in entrambi i bienni.

Tempi di attesa

Il fenomeno dei tempi di attesa e delle criticità legate alla difficoltà di garantire prestazioni nel rispetto dei codici di priorità, rappresenta uno degli aspetti sui quali porre la massima attenzione e indirizzare le energie al fine di soddisfare la domanda di salute dei cittadini e limitare la mobilità sanitaria.

L'approfondimento, corredato da grafici e tabelle numeriche, predisposti in collaborazione con l'Università degli Studi di Milano - Bicocca, è riportato in **Appendice 2**.

1.3 LA MOBILITÀ SANITARIA

La mobilità sanitaria è espressione di un diritto del cittadino a richiedere prestazioni sanitarie a qualsiasi struttura, senza vincoli territoriali, per cercare una risposta al proprio bisogno di salute. Il percorso di cura origina da un bisogno di salute che richiede prestazioni sanitarie che devono essere rese disponibili, in condizioni di accessibilità, appropriatezza e qualità.

La mobilità sanitaria può essere distinta in:

- **attiva** cioè generata da pazienti non marchigiani che si rivolgono ai servizi sanitari regionali (pubblici o privati convenzionati);
- **passiva** cioè originata dai marchigiani che si recano fuori regione, presso strutture pubbliche o private convenzionate, per accedere a prestazioni sanitarie.

La richiesta di prestazioni sanitarie fuori dal territorio regionale può essere dovuta a:

- ricerca della qualità, ovvero ricerca di una migliore qualità della struttura, dei medici o anche delle relazioni interpersonali tra operatore sanitario e paziente;
- dimensione logistica, cioè connessa alla possibilità di ridurre gli spostamenti o alla disponibilità di un “appoggio” in loco o presso l’ospedale, ecc.;
- motivo di necessità, nei quali rientrano le scelte dettate dall’impossibilità di fruire, nella propria regione, con tempistica appropriata, delle prestazioni di cui si ha bisogno (ad es. per liste d’attesa eccessivamente lunghe).

1.3.1 La mobilità ospedaliera

Valutazione dell’impatto economico della mobilità sanitaria

La componente dei ricoveri ospedalieri ha determinato, per tutto il quadriennio 2017-2020, oltre il 75% del valore economico complessivo e rappresenta l’elemento di maggior “costo sociale” per i cittadini che si rivolgono a strutture sanitarie di altre regioni, non trovando, all’interno del sistema sanitario regionale, una offerta di servizi ritenuta adeguata ai bisogni (tab. 6 Appendice 3). In particolare, su 161 milioni di euro di mobilità passiva regionale (dato puntuale del 2019), i ricoveri ospedalieri ammontano a oltre 121 milioni di euro. Analogamente, per la mobilità attiva, considerata come un indicatore della capacità di attrazione da parte dei sistemi sanitari regionali, il valore economico dei ricoveri, pari a oltre 94 milioni di euro, corrisponde a circa l’80% del totale delle prestazioni di ricovero erogate per pazienti provenienti da fuori Regione (119 milioni di euro nel 2019).

A livello regionale, il saldo di mobilità ospedaliera fra attiva e passiva, pur mantenendosi negativo in valore economico per oltre 13 milioni di euro, registra un costante trend in miglioramento, particolarmente nel 2020, in parte correlato alla pandemia Covid-19 che ha ridotto drasticamente i movimenti (tab. 7, Appendice 3). Il valore dei ricoveri in mobilità passiva della Regione Marche si attesta, nello stesso periodo, oltre i 120 milioni di euro (in contrazione soprattutto nel 2019), e rappresenta, mediamente, il 15% del valore complessivo dei ricoveri effettuati dalla popolazione marchigiana nel periodo 2017-2019 (tab. 8, Appendice 3). Una quota del 34-35% è riconducibile a popolazione residente nell’Area Vasta 1, mentre il 10-11% è riferita ai residenti dell’Area Vasta 4. Le restanti Aree Vaste presentano un’incidenza intermedia, con valori più significativi dell’Area Vasta 2 rispetto alla 3 e alla 5 (tab. 8, Appendice 3).

Analisi del numero e della tipologia dei ricoveri in mobilità

Il numero totale dei ricoveri in mobilità passiva rappresenta il 13% del numero totale dei ricoveri erogati dal SSR, inferiore a quello verificato in termini di valore economico (15%), suggerendo una prevalenza di ricoveri con complessità medio-alta (tab. 9, Appendice 3), confermato anche dall’analisi delle informazioni presenti nelle Schede di Dimissione Ospedaliera (DRG-Diagnosis Related Groups, ovvero Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi). Le principali aree diagnostiche che contribuiscono a generare mobilità passiva sono:

- **ortopedico-traumatologica (39%)**: in particolare, il DRG 544 (*Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto arti inferiore*) e il DRG 503 (*Interventi sul ginocchio senza diagnosi di infezione*), DRG 498 (*Artrodesi vertebrale escluso cervicale*), DRG 224 (*Interventi su spalla e avambraccio*). Nell'ambito del DRG 558 le diagnosi più frequenti sono "Aterosclerosi coronarica di arteria coronarica nativa" e "Altre forme specificate di cardiopatia ischemica cronica". Per il DRG 104 invece troviamo in prevalenza "Disturbi della valvola aortica" e "Disturbi della valvola mitrale".

- **cardiologica-interventistica (28%)**: in particolare DRG 104 (Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco), DRG 558 (*Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore*), DRG 105 (*Interventi su valvole cardiache senza cateterismo*), DRG 518 (*Interventi su sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA*) (fig. 3, all 1). I ricoveri cardiologici per procedure per via percutanea, nonostante la disponibilità di tale procedura sul territorio regionale, rappresentano il 68% dei DRG in oggetto e sono in mobilità passiva nel 31% dei casi (tab. 10, all 1).

Distribuzione mobilità passiva per Area vasta

Il ricorso a ricoveri extra-regionali in area ortopedico-traumatologica non è uniforme nelle diverse articolazioni territoriali: in Area Vasta 1 rappresentano il 59% del totale dei ricoveri dei residenti nell'area, in Area Vasta 3 il 38% e nelle altre Aree Vaste circa il 30% (tab. 11, Appendice 3).

Per ciò che attiene I ricoveri extra-regione più rilevanti di area cardiocirurgica/interventistica, l'incidenza è maggiore in Area Vasta 4 (57%), si riduce in Area Vasta 3 e 5 (rispettivamente 30% e 33%) e scende al di sotto del valore medio regionale nelle restanti Aree Vaste (tab. 12 e 12 bis, Appendice 3).

Mobilità passiva ospedaliera – Regioni più attrattive

Nel 2019, senza particolari differenze nel triennio considerato, si conferma la capacità attrattiva dell'Emilia Romagna, le cui strutture ospedaliere, pubbliche e private convenzionate, erogano circa il 50% dei ricoveri di residenti marchigiani che decidono di spostarsi fuori regione (tab. 13, Appendice 3). Seguono la Lombardia con il 13% circa, l'Umbria e il Lazio con percentuali attorno all'8- 9%.

L'Emilia-Romagna, in minor misura l'Umbria, accoglie la maggior parte di mobilità "di contiguità", soprattutto per le prestazioni di non elevata complessità, per le quali ha minor influenza la qualità percepita del servizio erogato. Gli elementi che sottendono la qualità percepita possono essere molteplici, non sempre associati ad una conoscenza specifica ma talvolta da indicazioni provenienti dagli stessi operatori sanitari o da altri pazienti con la stessa problematica clinica ("effetto passaparola").

La migrazione extraregionale, è più forte dall'Area Vasta 1 (51%) rispetto al restante territorio regionale (AV2 = 20%, percentuali via via inferiori per i residenti nelle restanti Aree Vaste) e, in particolare, il 72% della mobilità passiva di AV1 è rivolta all'Emilia Romagna, nel 90% dei casi per problemi di natura ortopedico-traumatologica: asportazione della cartilagine semilunare del ginocchio, sostituzione totale del ginocchio, sostituzione totale dell'anca, riparazione cuffia rotatori (tab. 14 e 15 e fig. 21, tab. 4, Appendice 3).

L'identificazione di poli di eccellenza (es. istituto Ortopedico Rizzoli in Emilia Romagna o Istituto Europeo Tumori) indirizza le scelte di spostamento per la cura di patologie più rilevanti.

Per quanto concerne invece i ricoveri in area cardiologica interventistica (tab. 16, Appendice 3), il 59% dei ricoveri complessivi regionali in mobilità passiva sono svolti presso strutture dell'Emilia Romagna. Pur confermando la forte capacità attrattiva delle strutture emiliano-romagnole, il fattore di prossimità geografica risulta meno rilevante rispetto a quanto osservato per l'area ortopedico-traumatologica. Infatti, in Area Vasta 4, nel 2019, i ricoveri in mobilità passiva di area cardiologica interventistica in Emilia Romagna, costituiscono il 76% del totale, percentuale sostanzialmente confermata nei 3 anni di osservazione dei dati.

Mobilità passiva ospedaliera – strutture pubbliche e private

In Emilia Romagna, che attrae il 50% dei ricoveri extra-regione, i ricoveri si distribuiscono nel 60% presso strutture private e nel 40% presso strutture pubbliche. In particolare presso le strutture private si concentrano i ricoveri: il 59% DRG medico 256 (*Altre diagnosi sistema muscolo-scheletrico*), il 56% DRG Chirurgico 503 (*Interventi sul ginocchio*), il 51% DRG Chirurgico 225 (*Interventi sul piede*), il 40% DRG Chirurgico 544 (*Sostituzione articolazioni arti inferiori*) (tab. 5 e 6bis, Fig. 2, all 1). I marchigiani si rivolgono a strutture private dell'Emilia Romagna prevalentemente per interventi di asportazione della cartilagine del ginocchio, sostituzione totale di ginocchio, sostituzione totale di anca, (tab. 7bis, Appendice 3). In ambito cardiologico interventistico, le strutture private dell'Emilia Romagna vengono scelte prevalentemente per prestazioni di angioplastica percutanea coronarica transluminale o aterectomia coronarica (tab. 12 bis, 13bis e 14 bis, 16 bis, 17 bis all 1).

Tale distribuzione si conferma, pur con alcune differenze, anche per i flussi verso Lombardia (83% privato convenzionato) e Lazio (73% privato convenzionato) (tab. 8 bis, 15 bis Appendice 3) ad eccezione dell'Umbria (solo nel 19% la mobilità si rivolge a strutture private) (tab. 9 bis e 10 bis, Appendice 3).

Un recente rapporto CENSIS, definisce la Regione Marche "*di cerniera*", in quanto è oggetto di mobilità attiva dalle regioni meridionali e al contempo produce un flusso di mobilità passiva verso il Nord. La persistenza di un saldo negativo di mobilità, pur se in riduzione, impone l'attuazione di specifici interventi di riorganizzazione dell'offerta regionale, in particolare per garantire l'ottimizzazione dell'offerta sanitaria sul territorio regionale per i residenti, che rappresenta un servizio gradito al cittadino poiché non lo espone a costi e disagi conseguenti allo spostamento (es. disturbi psicologico/emozionali per mancanza dell'apporto familiare).

Mobilità attiva ospedaliera

Il valore dei ricoveri in mobilità attiva della Regione Marche (93 milioni di euro) rappresenta, mediamente, il 12% della produzione complessiva di ricoveri nella Regione Marche (775 milioni di euro) (tab. 2 ter, 3 ter, 5 ter e 6 ter), con un case mix di ricoveri di complessità medio-alta.

I ricoveri erogati dalle strutture del Sistema Sanitario Regionale sono oltre 227 mila unità, su base annua, nel triennio 2017-2019; una diminuzione rilevante (-20%) si è avuta nel 2020 rispetto al dato registrato nell'anno precedente, per effetto del fenomeno pandemico. Le strutture presenti nelle cinque aree vaste hanno contribuito alla formazione di suddetto valore regionale in modo diverso, con un trend pressoché costante negli anni 2017-2019, maggiore per l'Area vasta 2 (44%), in prevalenza per ricoveri di complessità. L'analisi di dettaglio sulle strutture eroganti ha posto in evidenza che l'incidenza media, nel triennio 2017-2019, del valore dei ricoveri erogati in mobilità attiva dalle strutture private è pari al 51% (Fig 5 ter, tab 8 ter). Il contributo fornito dalle strutture private sul totale del valore dei ricoveri, erogati nelle stesse aree vaste, è significativamente diverso tra le aree territoriali del SSR e passa da un minimo del 2% (Area vasta 1) a un massimo del 34% (Area vasta 5) (tab 3 ter), pressoché confermato anche dall'analisi del numero dei ricoveri (tab 4 ter e 7 ter).

Le aree che mostrano un'incidenza significativa nella mobilità attiva ospedaliera sono (fig 7 ter):

- l'area ortopedico-traumatologica (che spiega il 23,5% del valore totale della mobilità attiva regionale);
- l'area neurologica (che spiega l'8,5% del valore totale della mobilità attiva regionale);
- l'area cardiologica interventistica (che spiega il 5,3% del valore totale della mobilità attiva regionale)
- l'area della chirurgia generale (che spiega il 3,6% del valore totale della mobilità attiva regionale).

Per l'area ortopedico-traumatologica, il DRG 545 (*Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio*), DRG 4967 (*Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con CC*) e il DRG 546 (*Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con deviazione della colonna vertebrale o neoplasia maligna*) sono erogati esclusivamente dall'Area Vasta 5 mentre il DRG 496 (*Artrodesi vertebrale con approccio anteriore/posteriore combinato*) unicamente dall'Area Vasta 3. L'unico DRG a cui contribuiscono tutte le aree vaste è il DRG 544 (*Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori*) (tab 14 ter). 6/11 DRG che contribuiscono maggiormente alla mobilità attiva a livello regionale sono gli stessi che producono i maggiori flussi di mobilità passiva e sono erogati nel 93% dei casi da strutture private (tab 13 ter, 14 ter, 18 ter). La struttura pubblica che eroga più ricoveri in mobilità attiva di area ortopedico-traumatologica è l'AOU Riuniti di Ancodelle Marche (20%) seguita dal presidio di Fabriano (12%) (tab 15 ter).

I DRG più rilevanti di area neurologica in mobilità attiva corrispondono a 623 ricoveri, pari al 19% del totale dei ricoveri erogati dalle strutture della Regione Marche e corrispondono al 3% del totale dei ricoveri in mobilità attiva della Regione Marche (tab 16 ter). Il 97% dei ricoveri in mobilità attiva è erogato da strutture private del SSR; il restante 7% da strutture pubbliche del SSR (tab 17 ter).

I DRG più rilevanti di area cardiologica interventistica in mobilità attiva corrispondono al 17% del totale dei ricoveri erogati dalle strutture della Regione Marche (tab 19 ter). 2/6 DRG in di mobilità attiva a livello regionale (considerando i primi 50 DRG che derivano dall'aggregazione dei primi 20 DRG in mobilità attiva di ciascuna Area Vasta) sono gli stessi che determinano i maggiori flussi di mobilità passiva, e sono erogati nel 100% dei casi (46 ricoveri associati al DRG 104 e 91 ricoveri associati al DRG 105) dall'Azienda Ospedali Riuniti di Ancona.

I DRG più rilevanti di area chirurgia generale in mobilità attiva costituiscono il 3,4% del totale dei ricoveri in mobilità attiva (tab 20 ter e 21 ter).

La progressiva riduzione della mobilità passiva costituisce un obiettivo strategico della Regione.

Un approfondito quadro di riferimento sugli aspetti della mobilità sanitaria, corredato da grafici e tabelle numeriche, predisposto in collaborazione con l'Università Politecnica delle Marche, è riportato in **Appendice 3**.

1.4 L'EVOLUZIONE DEL FABBISOGNO

L'analisi del contesto demografico – basata sui dati ISTAT (2021) – ha rilevato che, a fronte di una contrazione del numero dei residenti di circa il 2% nei prossimi cinque anni, la popolazione di età superiore ai 65 anni è destinata a crescere. Tra questi ultimi, in particolare, una crescita significativa è stimata per la fascia degli over 85 anni. Nonostante la popolazione complessiva sia destinata a contrarsi, inoltre, è previsto un significativo aumento del numero di persone che vivranno sole. L'aumento della longevità è strettamente correlato all'aumento dei fabbisogni di prestazioni sanitarie per i soggetti con cronicità e policronicità: attualmente, tra i 65 e gli 85 anni più della metà delle persone convive con una patologia cronica e la quota aumenta fino a interessare i tre quarti degli ultra-ottantacinquenni, di cui la metà risulta policronico. Stimato che la fascia di popolazione più anziana è destinata a crescere, si avrà conseguentemente un incremento della domanda di prestazioni di diagnosi e cura delle patologie croniche. Nel dettaglio, dalla stima della prevalenza per ogni cronicità sulla popolazione marchigiana oltre i 14 anni nel prossimo quinquennio, considerato il trend demografico previsto e i tassi di prevalenza presentati nel rapporto Osservasalute (2021), emerge che il Servizio Sanitario Regionale dovrà fronteggiare una domanda potenziale stimata in crescita. Sulla base dei dati disponibili la domanda espressa negli ultimi anni è risultata inferiore al fabbisogno potenziale. La domanda potenziale, pertanto, risulta significativamente superiore rispetto alle capacità di offerta consolidate del SSR, per cui serve un notevole incremento della capacità di risposta, in particolare sul fronte delle patologie croniche nella popolazione anziana, con un forte coinvolgimento della rete dei Medici di Medicina Generale e dei servizi territoriali (strutture ambulatoriali, Case di comunità, Ospedali di Comunità).

L'attuazione dei modelli organizzativi previsti dal D.M. 77/2022 diventa quindi un elemento ineludibile della programmazione, in particolare sulle modalità di gestione della domanda di prestazioni per patologie croniche insieme al potenziamento dei servizi territoriali e domiciliari e allo sviluppo degli screening e delle azioni di prevenzione primaria e secondaria delle malattie oncologiche, con l'obiettivo di:

- trattare i pazienti cronici prima della comparsa di complicanze più gravi e permanenti facendo emergere la domanda non espressa di persone meno consapevoli;
- alleggerire la domanda sui servizi ospedalieri a cui sarebbero affidati solo alcuni casi di elevata complessità per le sole prestazioni;
- ridurre i costi sociali indotti per spostamenti specie per le persone anziane e residenti in località meno prossime ai presidi ospedalieri.

Inoltre, particolare attenzione dovrà essere prestata alla gestione delle aree che manifestano difficoltà nell'accesso alle prestazioni, quali ad esempio l'entroterra della provincia di Pesaro e Urbino e l'area a sud-ovest della provincia di Macerata. Le analisi riportate nelle appendici, consentono peraltro di identificare singole prestazioni o gruppi di prestazioni che presentano criticità territoriali peculiari, sulle quali risulta indispensabile intervenire al fine di garantire condizioni di maggiore equità nella distribuzione dei luoghi di accesso e di maggiore quantità di servizi da rendere disponibili.

La scelta strategica della domiciliarità e della gradualità dell'intervento, che sceglie la casa e comunque la comunità come primario luogo di cura del cittadino, richiede di avere sul territorio una rete di strutture di cure primarie in cui il cittadino sia effettivamente "preso in carico". La presa in carico specifica e a graduale intensità rappresenta la prima condizione di efficacia del sistema: ogni cittadino in relazione alla propria condizione di rischio o patologia deve essere inserito in un percorso (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale - PDTA) personalizzato di prevenzione, diagnosi precoce o cura e deve avere un professionista - denominato "case manager" - e una struttura di riferimento che sia responsabile dell'offerta del programma di prevenzione, diagnosi o cura e del suo monitoraggio.

La "presa in carico" del cittadino da parte del professionista, dovrà essere effettuata principalmente nelle Case della Comunità, nei Distretti Territoriali, negli Ospedali di Comunità, e negli studi dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta, oppure nelle Farmacie dei Servizi in quelle realtà territoriali in cui i servizi sono lontani e di difficile accesso per la popolazione. L'accesso ai servizi dovrà inoltre essere migliorato attraverso una efficace azione di governo dei tempi di attesa per le prestazioni specialistiche. La rete ospedaliera, principalmente rivolta agli acuti, potrà supportare la gestione delle patologie croniche attraverso la collaborazione di specialisti nell'inquadramento iniziale del piano terapeutico e negli esami diagnostici a media od elevata complessità.

Nella *Seconda* e *Terza* parte del presente Piano sono contenute le indicazioni strategiche con cui fornire risposte adeguate ai bisogni emergenti della popolazione marchigiana, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e in coerenza con lo scenario evolutivo del SSN.

PARTE SECONDA: I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

1 PREVENZIONE: IL POTENZIAMENTO DEI SISTEMI DI PREVENZIONE E SICUREZZA SUL TERRITORIO

1.1 PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE

Le azioni e gli interventi di sanità pubblica partono dai bisogni della popolazione intesi in una accezione di salute globale, che richiede di affrontare in modo intersettoriale e multidisciplinare le questioni emergenti, estendendo al di là dei confini del settore sanitario gli sforzi organizzativi per prospettare una definizione ampia di Prevenzione. Il Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025 (approvato con DGR 1640/2021), sulla base delle indicazioni nazionali, include interventi che riguardano la promozione e la tutela della salute, la sicurezza nei luoghi di lavoro oltre ai temi “ambiente e salute” e “sicurezza alimentare e veterinaria”, in particolare con lo sviluppo o il potenziamento di sistemi di sorveglianza mirati alla riduzione dei rischi ambientali per la popolazione (siti inquinanti di interesse nazionale e non solo) e per lo sviluppo di azioni efficaci per affrontare le grandi emergenze.

Il riferimento normativo, ma anche metodologico per le principali attività dell’Area della Prevenzione, è rappresentato infatti dal Piano Regionale della Prevenzione (PRP), che recepisce il Piano Nazionale (PNP). Il presente Piano socio sanitario ne richiama i temi principali sottolineandone l’importanza nell’ambito della programmazione regionale.

All’interno del PRP sono quindi presenti i principali settori della Prevenzione, compresi quelli di consolidata valenza strategica: il settore delle Malattie infettive/Vaccinazioni e *preparedness* alle emergenze di origine infettiva, che ha assunto notevole rilevanza per la gestione della pandemia Covid-19; il settore degli Screening oncologici, che oltre che rappresentare un’area medica trasversale tra territorio, ospedale e ambito sociale, risulta un programma di Sanità pubblica che oltre ad avere un notevole significato preventivo ha altri elementi di rilievo, quali l’approccio universalistico e gratuito, l’attenzione alle fragilità, la capacità di avere un effetto importante anche in termini diagnostico-terapeutici.

L’esperienza della pandemia da virus SARS-COV-2

La risposta ad una emergenza pandemica non può che tener conto dell’esperienza maturata con la pandemia da virus SARS-CoV-2, che ha richiesto una rapida adattabilità del sistema Prevenzione, che ha avuto un ruolo centrale nella gestione della pandemia per rispondere alle diverse fasi epidemiche.

Per l’ambito vaccinale si è trattato di uno sforzo organizzativo senza precedenti, che ha visto la realizzazione di soluzioni diverse, dai Punti Vaccinali di Popolazione ai Punti Vaccinali Ospedalieri, dai Punti Vaccinali di Prossimità gestiti dai MMG con la collaborazione dei Comuni alle Unità vaccinali mobili (camper), dalle equipe che hanno vaccinato nelle strutture per anziani alle vaccinazioni nei Luoghi di lavoro. Anche le Farmacie hanno rappresentato una risorsa importante aggiuntiva e la notevole attività dei MMG e dei PLS ha consentito di raggiungere tutte le fasce di popolazione.

Anche i modelli di raccolta e distribuzione dei vaccini, con diversi HUB operativi nel territorio regionale ed un coordinamento centrale hanno rappresentato un’esperienza utile ed applicabile in diversi scenari.

Le altre attività, di fondamentale importanza per la tutela della salute della popolazione, sono state rappresentate dalla sorveglianza epidemiologica e sanitaria, dall’isolamento dei casi e il tracciamento dei contatti. Per quanto riguarda il *contact tracing* sono stati messi in atto meccanismi semplificati, con l’utilizzo di una piattaforma informatica che ha permesso di facilitare le attività e sono state attuate procedure che hanno permesso di gestire un numero molto elevato di casi e contatti stretti; per la somministrazione dei tamponi diagnostici è stato

sviluppato a livello territoriale il modello dei *Diagnostic Drive Throught*. L'attivazione di nuovi punti territoriali raggiungibili in auto, con la possibilità di effettuare il tampone nasofaringeo senza scendere dal veicolo, ha permesso di velocizzare le procedure e gestire il numero elevato di casi delle ondate epidemiche. Sono state messe in campo modalità avanzate di collaborazione con i dirigenti scolastici, con l'utilizzo di una piattaforma per la registrazione dei casi e dei contatti stretti. Nel complesso la capacità dei sistemi di sorveglianza di identificare e isolare tempestivamente le persone contagiose e i loro contatti ha rappresentato un elemento fondamentale per la gestione dell'epidemia. Altro elemento di notevole rilevanza sviluppato nel corso della pandemia da virus SARS-CoV-2 è stato il Sistema informatizzato regionale di popolazione dati per la raccolta e l'aggregazione dei dati epidemiologici e clinici dei soggetti affetti da Covid-19 sul territorio regionale. A livello territoriale l'ex ASUR ha utilizzato un programma per la gestione dei casi e dei contatti che si è integrato con gli altri sistemi di sorveglianza relativi agli altri flussi informativi (ricoveri, mortalità, esami diagnostici).

Va infine rilevato che nel corso della pandemia altre attività dei Dipartimenti di Prevenzione sono state le iniziative di comunicazione per la popolazione, con la realizzazione di strumenti ad alto impatto divulgativo (es. video-tutorial); inoltre, in ambito comunicativo di notevole rilievo è stata la gestione del Numero Verde Regionale.

La recente pandemia ha richiesto un grande sforzo organizzativo e una grande flessibilità per l'incremento delle capacità di risposta sul territorio; obiettivo prioritario della Regione è far sì che queste capacità di azione rapida e di adattamento alle diverse fasi pandemiche vengano mantenute e potenziate.

La preparazione alle emergenze di sanità pubblica

L'esperienza della pandemia da virus SARS-CoV-2 ha dimostrato in maniera evidente la rilevanza della *"preparedness"*, ovvero la capacità di preparazione e risposta alle emergenze per la salute pubblica e che questa funzione trasversale a tutte le articolazioni del Servizio Sanitario Regionale debba rafforzarsi in particolar modo nei confronti delle emergenze di natura infettiva.

Nelle Marche un percorso di *preparedness* è cominciato nel 2007 con l'adozione del Piano Regionale di Preparazione e Risposta ad una eventuale pandemia influenzale (DGR 1371/07) che nel biennio 2008-2009 ha promosso un percorso di preparazione capillare con la costituzione di Comitati pandemici locali e il recepimento territoriale delle indicazioni veicolate dal Piano Pandemico Regionale. Negli anni è stato attivato e potenziato il GORES (Gruppo Operativo Regionale per le Emergenze Sanitarie), un tavolo tecnico d'interfaccia tra Servizio Salute e Protezione Civile regionale che ha coordinato la risposta sanitaria a numerose emergenze di carattere regionale. Nel 2020 è stato formalizzato un aggiornamento del Piano pandemico (DGR 1257/2020), e con DGR 1364/2021 sono state approvate le *"Misure strategiche previste dal Piano Pandemico Regionale di cui alla dgr n.1257/2020"*, con la definizione di interventi specifici per il controllo della curva epidemica della pandemia Covid-19 e la gestione delle necessità assistenziali emergenti nel periodo autunno-inverno.

A livello nazionale, in data 25/1/2021 è stato sancito l'Accordo Stato Regioni Province Autonome sul documento *"Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023"*. Il Piano contiene le azioni necessarie alla risposta ad un evento pandemico influenzale, specificandone attori e scadenze. Pur essendo un piano pandemico specifico per l'influenza, esso prevede molteplici azioni di *preparedness* trasversali che potranno essere usate per la risposta ad altri agenti patogeni emergenti.

Con DGR n. 188 del 28/2/2022 la Regione Marche ha approvato il *"Piano strategico-operativo regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale"*, recependo le indicazioni del Piano nazionale.

La gestione di una pandemia influenzale rappresenta un'emergenza complessa, nei confronti della quale viene richiesta una risposta superiore rispetto alle capacità ordinarie di intervento per la gestione delle emergenze di sanità pubblica. I tempi rapidi d'intervento per le specifiche azioni mirate necessitano della predisposizione di strumenti che possano garantire, per i tempi strettamente occorrenti, una straordinarietà dell'azione organizzativa e gestionale, in relazione a possibili impatti sulla popolazione che l'influenza pandemica potrebbe manifestare nella sua evoluzione. Il Piano strategico-operativo regionale attuativo di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale ha definito la *governance* a livello regionale ed ha individuato i Piani attuativi relativi a diversi settori, che sono stati dettagliati da specifici Gruppi Tecnici multidisciplinari (decreto Dirigente Settore Prevenzione ARS n.27 del 12 ottobre 2022):

- Piano di Attività di sorveglianza epidemiologica e virologica
- Piano di potenziamento e flessibilità dei Servizi di Prevenzione
- Piano di potenziamento e flessibilità dei Servizi sanitari territoriali
- Piano di potenziamento e flessibilità dei Servizi ospedalieri
- Piano relativo alle Misure di prevenzione e controllo delle infezioni, farmacologiche e non
- Piano di Approvvigionamento e Accantonamento di DPI, medicinali (farmaci e vaccini)
- Piano di Formazione
- Piano di Comunicazione
- Piano di Attività di ricerca e sviluppo

Per ogni Piano individuato, sono stati specificati obiettivi ed azioni per ognuna delle quattro fasi pandemiche (fase interpandemica, Fase di Allerta pandemica, Fase Pandemica, Fase di Transizione). Nella individuazione delle azioni dei diversi Piani attuativi è stata definita una check list delle attività/ funzioni operative previste ed uno schema di Piano di contingenza con le diverse componenti coinvolte nella gestione delle fasi pandemiche.

Da rilevare, infine, che come specificato nel DM 77 del 23/5/2022, per la sorveglianza delle malattie infettive in uno scenario di pre-allerta epidemica, potrà essere prevista la strutturazione di un team multisetoriale per fronteggiare le emergenze pandemiche, con uno standard di riferimento di professionisti sanitari da definire in base alle condizioni epidemiologiche e all'evoluzione delle fasi pandemiche, come previsto dal Piano Pandemico Nazionale, nell'ambito delle risorse di cui all'articolo 1, comma 261 della legge n. 234/2021.

Obiettivi Prioritari:

Breve termine:

disponibilità di un proprio Piano pandemico a livello territoriale (AST ed Enti ospedalieri); realizzazione di un corso di formazione FAD sul Piano Regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023 rivolto a tutti gli Operatori;

Medio termine:

svolgimento di una esercitazione regionale. Strutturazione team multisetoriale.

Medio / Lungo termine:

mantenere la capacità del Servizio Sanitario Regionale di rispondere ad una futura emergenza pandemica attraverso lo sviluppo e l'applicazione dei Piani attuativi già definiti e l'attivazione del sistema di *governance* già individuato.

Il Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2020-2025

Le principali attività dei prossimi anni per quanto riguarda l'area della Prevenzione, dovranno essere sviluppate come previsto dal *Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2020-2025*, approvato con la DGR n. 1640 del 28/12/2021.

Il Piano Regionale declina a livello territoriale il Piano Nazionale della Prevenzione (Intesa Stato – Regioni e Province Autonome n. 127/CSR del 06/08/2020) e comprende 10 Programmi Predefiniti, comuni a tutte le Regioni, e 4 Programmi facoltativi di valenza regionale. È previsto un monitoraggio ed una valutazione annuale ministeriale. L'attuazione del Piano Regionale della Prevenzione rientra tra gli adempimenti del LEA "Prevenzione collettiva e sanità pubblica" (DPCM 12 gennaio 2017), la cui valutazione è a cura del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA in condizioni di appropriatezza ed efficienza nell'utilizzo delle risorse e per la verifica della congruità tra le prestazioni da erogare e le risorse messe a disposizione dal SSN, come previsto dall'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005.

A livello regionale sarà necessario garantire e potenziare le attività di supporto a tutti i Programmi per agevolare il conseguimento degli obiettivi, a cominciare da quelli trasversali: equità, intersectorialità, formazione e comunicazione.

A livello territoriale – Aziende Sanitarie Territoriali – saranno adottate le modalità organizzative necessarie per l’attuazione locale dei Programmi, con funzioni e responsabilità attribuite per favorire la collaborazione e l’integrazione tra dipartimenti e servizi chiamati a collaborare sui programmi del PRP quali ad esempio Dipartimenti Dipendenze, Salute mentale, Dipartimenti materno infantili, Distretti sanitari.

Per il monitoraggio delle attività del PRP e per acquisire informazioni utili per indirizzare e rimodulare gli interventi preventivi è necessario il potenziamento delle attività di sorveglianza epidemiologica: il sistema di sorveglianza PASSI (*Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia*) che raccoglie informazioni sugli stili di vita e fattori di rischio comportamentali della popolazione adulta di 18-69 anni; il sistema di sorveglianza PASSI d’Argento, sulla popolazione ultra64enne; OKkio alla Salute, sistema di sorveglianza sul sovrappeso e l’obesità e i fattori di rischio correlati nei bambini delle scuole primarie (6-10 anni); Hbsc (*Health Behaviour in School-aged Children - Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare*), studio multicentrico sullo stato di salute dei giovani e il loro contesto sociale in ragazzi di età scolare: 11, 13 e 15 anni; la Sorveglianza dei Bambini 0- 2 anni, effettuata tramite indagini campionarie periodiche.

Gli elementi maggiormente innovativi del PRP delle Marche sono: l’estensione degli interventi che abbracciano l’intero arco della vita (*Life course*); l’articolazione per *setting*, intesi come contesti (servizio sanitario, scuola, lavoro, comunità, ecc.) in cui è possibile raggiungere più facilmente individui e gruppi di popolazione per promuovere la salute e realizzare interventi di prevenzione; l’impiego di azioni basate su evidenze di efficacia e buone pratiche; l’intersectorialità, con il coinvolgimento di diversi attori/istituzioni, finalizzato a rendere facili le scelte salutari, sviluppando reti e alleanze secondo l’approccio europeo della salute in tutte le politiche (*Health in all Policies*); l’equità come componente essenziale del Piano e come elemento da sviluppare in ogni Programma. Inoltre, viene prospettata una definizione ampia di Prevenzione: il Piano Regionale (sulla base delle indicazioni nazionali) include interventi che riguardano anche il tema “ambiente clima e salute”.

Il Piano concorre quindi operativamente al raggiungimento degli obiettivi a lungo termine che mirano a prolungare la vita vissuta in buona salute, ridurre progressivamente le morti premature ed evitabili, aumentare l’equità, il benessere sociale e il potere decisionale del singolo e della comunità per raggiungere il più elevato standard di salute possibile. Rappresenta inoltre lo strumento fondamentale di pianificazione degli interventi di prevenzione e promozione della salute da realizzare sul territorio: tenendo conto della esperienza della pandemia da COVID-19, sottolinea l’indispensabilità di una programmazione basata sempre più su integrazione, coordinamento e rete tra le diverse istituzioni, strutture e attività presenti nel territorio, per assicurare flessibilità, efficacia e tempestività di risposta sia a situazioni di emergenza, sia ai bisogni di salute della popolazione. In questo senso, per la gestione delle attività descritte, sono stati attivati specifici gruppi tecnici sia interni alle macro-aree organizzative del SSR, sia misti con soggetti esterni al SSR e portatori di interesse. Il coordinamento e la capacità di gestione di tali gruppi rappresentano una attività impegnativa e complessa, ma di grande rilevanza per l’attuazione delle azioni e degli obiettivi previsti.

Di seguito, si riporta una sintesi degli interventi previsti nel Piano Regionale della Prevenzione, la cui attuazione è prevista entro l’anno 2025.

Obiettivi Prioritari:

Breve termine:

potenziamento del coordinamento del PRP a livello regionale; potenziamento del coordinamento del PRP a livello territoriale, con l’approvazione da parte delle AST dei Piani Integrati Locali per la completa attuazione dei Programmi del Piano Regionale della Prevenzione.

Potenziamento e valorizzazione dell’epidemiologia (sistemi di sorveglianza di popolazione) come strumento di monitoraggio dello stato di salute delle comunità, di valutazione di impatto dei programmi, di governance dei processi, anche nella direzione dell’ integrazione con altre strutture e aree del sistema (come indicato del Ministero della salute n. 77 del 23 maggio 2022).

Medio e lungo termine:

la realizzazione dei Programmi del PRP, in vigore fino al 31/12/2025, rappresenta l'attività più rilevante di programmazione che i Dipartimenti di Prevenzione dovranno sviluppare nei prossimi anni, anche in coerenza con le indicazioni del presente Piano.

1.1.1 Area Promozione della Salute

Programma 1: Scuole che Promuovono Salute

Con il Programma "Scuole che Promuovono Salute" (SPS) si intende dare ulteriore impulso alla collaborazione tra sistema scolastico, sistema sanitario, ambito sociale ed altri portatori di interesse significativi nei diversi territori, proponendo un percorso di promozione della salute per l'intero ciclo di istruzione in coerenza con gli "Indirizzi di policy integrata per la Scuola che Promuove salute" e con l'Approccio Globale della Salute dell'OMS. La sinergia tra scuola, sanità e comunità si realizza principalmente attraverso:

- accordi intersettoriali a supporto delle azioni di promozione della salute nel settore scolastico;
- attività di formazione congiunta;
- condivisione di programmi *life skills oriented*.

L'istruzione è un pilastro fondamentale nella costruzione delle scelte e dei comportamenti che si svilupperanno nel corso della vita individuale e nella comprensione dei processi di mutamento sociale con riferimento all'accesso al mercato del lavoro, alla formazione dei nuclei familiari, ai comportamenti e stili di vita e alle condizioni socio-economiche e di provenienza di individui e famiglie. Il sistema educativo scolastico è quindi un luogo centrale per la diffusione del concetto di salute globale, per produrre trasformazioni culturali ed economiche nella società. A tale scopo, per promuovere le condizioni di benessere e gli stili di vita sani è strategico, in ottica di equità, sviluppare la *Rete delle Scuole Promotrici di Salute* - che adotta programmi incentrati su buone pratiche e/o con evidenza di efficacia, culturalmente "competenti" - in modo omogeneo su tutto il territorio regionale sulla base di una valutazione degli Istituti Scolastici aderenti e non per area geografica e per tipologia di Istituto.

Tra le diverse azioni, il Modello delle Scuole che Promuovono Salute (SPS) prevede:

- l'istituzione del Coordinamento Regionale per le SPS rappresentativo dei riferimenti istituzionali coinvolti quali USR Marche, ARS, AST, Dipartimenti regionali interessati – Politiche Sociali e Sport, Istruzione e altre componenti con il compito di indirizzare e ratificare quanto previsto dal Programma;
- l'organizzazione di iniziative comunicative, anche in ottica interculturale, che realizzino la restituzione dello stato dell'arte regionale sia delle SPS che delle attività poste in essere presso tutte le scuole regionali e favoriscano in maniera diffusa la conoscenza del Programma e dei suoi obiettivi;
- un'azione equity oriented indirizzata alle scuole del territorio che risultano meno raggiunte dalle buone pratiche, attraverso azioni di advocacy per la diffusione dell'approccio globale alla salute.

Per condividere i principi fondanti di questo Programma è necessaria la collaborazione di tutti gli operatori che lavorano nei contesti scolastici ed educativi. Condividere saperi, competenze ed esperienze risulta fondamentale per costruire ambienti scolastici che tengano conto della salute e del benessere psichico, fisico e sociale dello studente nel corso del ciclo di vita, dei docenti e delle famiglie.

Programma 2: Comunità attive (Promozione dell'attività fisica)

L'inattività fisica e la sedentarietà contribuiscono al carico di malattie croniche che impediscono un invecchiamento in buona salute, con un impatto maggiore nelle aree e nei gruppi di popolazione più svantaggiati. Promuovere l'attività fisica è un'azione di sanità pubblica prioritaria che necessita di strategie integrate che contemplino i determinanti politici ed economici dei vari settori tra i quali la pianificazione urbanistica e dei trasporti, l'istruzione, l'economia, lo sport e la cultura.

Questo Programma ha pertanto l'obiettivo generale di incrementare, anche attraverso la creazione e/o il rafforzamento di reti tra i vari portatori di interesse, uno stile di vita sano ed attivo inteso come dinamicità comportamentale e mentale, stimolando una partecipazione attiva dell'utente finale alla costruzione e mantenimento della propria salute, con il focus sul movimento e gli altri stili di vita.

Gli obiettivi strategici da raggiungere sono:

- uno stile di vita sano e attivo in tutte le età e nei setting di vita e di lavoro, integrando cambiamento individuale e trasformazione sociale;
- la gestione proattiva dei fattori di rischio modificabili della demenza al fine di ritardare o rallentare l'insorgenza o la progressione della malattia;
- l'identificazione precoce e la presa in carico dei soggetti in condizioni di rischio aumentato per Malattie croniche non trasmissibili e/o affetti da patologia;

Le azioni conseguenti devono quindi: favorire nelle città la creazione di contesti favorevoli alla salute, mobilità sostenibile e la creazione di aree verdi e spazi pubblici sicuri, inclusivi e accessibili anche alle persone più anziane; ridurre la prevalenza di anziani in condizioni di fragilità; promuovere e supportare politiche/azioni integrate e intersettoriali tese a rendere le città e gli insediamenti umani più sani, inclusivi e favorevoli alla promozione della salute, con particolare attenzione ai gruppi più vulnerabili della popolazione; migliorare la qualità dell'aria indoor e outdoor. Il Programma "Comunità attive" intende coinvolgere il più ampio e qualificato numero di stakeholder, riconoscendo identità e ruoli diversi, con particolare riguardo agli enti locali (Comuni e municipalità) quali super-setting in cui gli altri convergono, per favorire una programmazione condivisa fin dall'inizio dei processi, con chiarezza degli obiettivi e delle responsabilità, e sensibilizzare la popolazione sull'importanza di uno stile di vita attivo e dello sport come strumento per il benessere psico-fisico;

Ogni azione prevede un gruppo di lavoro multisettoriale ed intersettoriale; il Programma si rivolge a tutte le fasce d'età e adotta le lenti dell'equità secondo il processo dell' *Health equity audit*.

Di seguito sono riportate sinteticamente le più significative azioni da attivare previste dal Programma per il periodo di vigenza del Piano Regionale della Prevenzione 2020-25.

- *Localizziamo la Salute*: mappatura *on line* delle attività di movimento (p.es. gruppi di cammino) esistenti in tutto il territorio marchigiano organizzate anche da Enti Locali ed Enti di Promozione Sportiva;
- *Facciamoci del bene*: un pacchetto di attività motorie ed incontri di in/formazione per la popolazione (soprattutto femminile over 50 anni) organizzati tra AST, comuni, associazioni;
- *Attività Fisica Adattata (AFA) Esercizio Fisico Strutturato (EFS)*: Predisposizione di Linee guida regionali, con il contributo dell'Università, per l'implementazione della formazione degli operatori di palestre per la salute, per creare una rete marchigiana che ha come utenti finali le persone affette da Malattie Croniche Non Trasmissibili;
- *Intervento motivazionale breve I Livello*: Formazione di operatori dei vari servizi nel territorio (consultori, medici di base, pediatri, anche nell'ambito sociale etc) su un modello validato di intercettazione di utenti motivati a cambiare stili di vita;
- *Città insieme*: Azione che punta alla condivisione di obiettivi di salute a sostegno degli Enti Locali per l'attivazione di piani del verde urbano e piani di mobilità sostenibile, e per la creazione di un ambiente favorevole al benessere psico-fisico.
- *Nonni, nipoti e comunità per la Salute*: Si continua la collaborazione con i sindacati dei pensionati CGIL- CISL- UIL già consolidata negli anni passati per costruire insieme attività che vedano gli ultra 65enni sia come fruitori che come educatori tra pari, anche in collaborazione con gli studenti ed altre associazioni.
- *Attiviamo la Salute per tutti (azione equity)*: Costruzione di percorsi formativi insieme agli operatori che seguono le persone affette da demenza e/o malattia mentale, e altre realtà affinché supportino i propri pazienti ad un miglioramento degli stili di vita ed implementazione dell'attività motoria.

Programma 3: Luoghi di Lavoro che Promuovono Salute

Il terzo Programma del Piano Regionale della Prevenzione sostiene la promozione della salute negli ambienti di lavoro, secondo il modello *Workplace Health Promotion* (WHP) raccomandato dall'OMS, presidiando specificatamente la prevenzione dei fattori di rischio comportamentali delle malattie croniche e degenerative e la promozione dell'invecchiamento attivo e in buona salute mediante cambiamenti organizzativi che incoraggino e facilitino l'adozione di stili di vita salutari.

Il Programma agisce su fattori non tradizionalmente associati al rischio lavorativo, ma viene raccomandato, pur nell'assoluto rispetto di ruoli e funzioni dei diversi settori dei Dipartimenti di Prevenzione che intervengono, nella prospettiva di un approccio orientato al modello di *Comprehensive Workplace Health-Total Worker Health*, attraverso il quale si intende:

- attivare processi ed interventi tesi a rendere il luogo di lavoro un ambiente “favorevole alla salute” attraverso cambiamenti organizzativo-ambientali (incremento di opportunità strutturali per l'adozione di scelte comportamentali salutari) e a far sviluppare competenze e consapevolezze (empowerment) nei lavoratori;
- sostenere la promozione della salute negli ambienti di lavoro, secondo il modello *Workplace Health Promotion* (WHP) raccomandato dall'OMS, presidiando specificatamente la prevenzione dei fattori di rischio comportamentali delle malattie croniche e degenerative e la promozione dell'invecchiamento attivo e in buona salute mediante cambiamenti organizzativi che incoraggino e facilitino l'adozione di stili di vita salutari.

Operativamente il Programma consiste nella proposta di un percorso strutturato, fondato su un processo partecipato interno che coinvolga le figure aziendali strategiche (RSPP, Medico Competente, RLS, Rappresentanze Sindacali, Risorse Umane, ecc.) ed i lavoratori stessi, che impegna il Datore di lavoro a mettere in atto azioni efficaci e sostenibili ovvero pratiche raccomandate in quanto basate su evidenze di efficacia e/o Buone Pratiche validate e criteri di sostenibilità economico-organizzativa, in tema di comportamenti preventivi/salutari, in particolare negli ambiti Alimentazione, Tabagismo, Attività Fisica, Alcool e dipendenze.

Con la medesima metodologia è possibile diffondere informazioni su comportamenti raccomandabili quali l'adesione agli screening oncologici e lo screening HCV che potrà essere offerto dai Medici Competenti, per i quali è previsto uno specifico intervento formativo FAD. Risulta quindi importante dare continuità a quanto già realizzato con la linea d'intervento Lavorare in Stile del precedente PRP 2014-19 avvalendosi della metodologia sperimentata, ampliando le azioni ai luoghi di lavoro sanitari e alle micro imprese.

Programma 4: Dipendenze

Nell'ambito del Programma “Dipendenze” sono declinati, in omogeneità e attraverso azioni congiunte e sinergiche con gli altri Programmi, gli obiettivi trasversali di Intersettorialità, Formazione, Comunicazione ed Equità. Il Programma è orientato allo sviluppo di funzioni previsionali e strategiche di intervento di prevenzione delle diverse forme di dipendenza da sostanze e comportamenti e in relazione a fenomeni emergenti di particolare rilievo per la salute della popolazione generale, declinando una strategia regionale, fortemente orientata all'intersettorialità, che rinforzi le condizioni di appropriatezza, impatto e sostenibilità nella programmazione di azioni efficaci, sulla base di alcuni presupposti fondamentali, quali:

- il riconoscimento e la valorizzazione della dimensione culturale della prevenzione per orientare e contrastare le reali caratteristiche di fenomeni, assai differenti nelle loro specifiche manifestazioni ma altrettanto omogenei per le dimensioni di vulnerabilità, i fattori di rischio esistenti e lo sfondo socioculturale in cui si innestano;
- il coinvolgimento e il raccordo di tutte le energie istituzionali, culturali e sociali per garantire un sistema di intervento complessivo che consideri e permetta la sinergia costante e continuativa di tutte le risorse umane, professionali, tecniche, organizzative e sociali necessarie per una prevenzione efficace;
- la partecipazione e la mobilitazione delle risorse e delle capacità presenti all'interno della popolazione di riferimento per permettere che giovani e adulti siano maggiormente responsabilizzati verso i comportamenti di consumo e abuso di sostanze nei propri contesti di vita e per la tutela della propria salute;

- la promozione e l'adozione di programmi basati sulle evidenze di efficacia adattando modalità e contenuti ai contesti e ai destinatari degli interventi, migliorando le capacità e le competenze degli operatori di settore.

Un obiettivo importante da perseguire è rappresentato dal rafforzamento della collaborazione e dell'azione sinergica tra i Dipartimenti per le Dipendenze ed i Dipartimenti di Prevenzione per una efficace integrazione delle azioni.

Il Programma punta a:

- sviluppare il coordinamento degli interventi e delle azioni di tutti gli attori del territorio applicando strumenti organizzativi che favoriscano uniformità ed equità nell'erogazione degli interventi preventivi e creando partnership costanti e continuative a livello locale valorizzando in primis la collaborazione con i Dipartimenti di Prevenzione;
- qualificare le attività di prevenzione, coerentemente agli *European drug prevention quality standards*, aumentando la diffusione e l'adozione di iniziative *Evidence-Based* (azioni raccomandate) di prevenzione universale, selettiva, indicata e di riduzione dei danni connessi alla dipendenza da sostanze;
- sviluppare le capacità del sistema regionale di mettere a disposizione dei decisori ai diversi livelli (politico, tecnico, organizzativo) set informativi integrati per la lettura e l'analisi dei fenomeni di interesse del Programma, dei trend di consumo e delle prospettive evolutive;
- promuovere competenze aggiornate e consapevolezza di ruolo dei diversi soggetti attivi in campo preventivo a livello territoriale, con particolare riferimento agli ambiti sociali, educativi, culturali, istituzionali, associazionistici, ecc.;

Il Piano Regionale per la Prevenzione 2020-2025 offre quindi una cornice all'interno della quale orientare ed uniformare a livello regionale gli interventi di prevenzione universale, selettiva, indicata e le azioni di riduzione del danno valorizzando il *know how* che ciascun attore ha sviluppato sul tema in questione nel corso degli anni. Il tema è ulteriormente approfondito nel paragrafo 2.11.2.

Programma 5: Sicurezza negli Ambienti di Vita (incidenti stradali e domestici)

Gli Incidenti domestici rappresentano un rilevante problema di Sanità Pubblica. La maggior parte di questi incidenti può essere evitata attraverso alcune modifiche nell'organizzazione della casa, spesso ritenuta erroneamente come un "luogo sicuro". Una maggior attenzione da parte dei genitori risulta essenziale nella prevenzione degli incidenti domestici dei più piccoli. La prevenzione delle cadute è di fondamentale importanza per la sicurezza delle persone anziane, per la quale è necessario agire su tutti i determinanti, dall'ambiente domestico, agli spazi pubblici, ai programmi di attività fisica, e anche attraverso la valutazione dell'appropriatezza prescrittiva, per un corretto uso dei farmaci.

Nell'ambito della sicurezza stradale, i principali fattori di rischio sono costituiti da comportamenti non corretti alla guida dell'auto e il mancato utilizzo di dispositivi di sicurezza (cinture, seggiolini per bambini). Il Programma d'azione europeo per la sicurezza stradale, per il decennio 2011-2020 ha posto particolare attenzione sugli utenti della strada considerati "vulnerabili" per età (bambini, giovani e anziani) o per categoria (motociclisti, ciclisti, pedoni).

Il Programma "Sicurezza negli ambienti di vita" si focalizza sulla promozione della sicurezza, sia domestica che stradale, mediante il coinvolgimento della collettività e di tutte le realtà attive territoriali.

L'obiettivo comune delle azioni è la sensibilizzazione della comunità, degli operatori sanitari e degli enti locali, mediante attività educative, informative e formative, finalizzate alla promozione della cultura della sicurezza e alla diffusione di una appropriata percezione del rischio, che possa indirizzare all'adozione di comportamenti e accorgimenti volti a prevenire gli incidenti domestici e stradali, in un approccio *life course* (in tutte le fasi della vita).

Nel Programma sono previste 9 azioni, complessivamente rivolte:

- all'allestimento di un sistema di monitoraggio regionale per la rilevazione del fenomeno incidentalità nella Regione Marche, in collaborazione con l'Osservatorio Epidemiologico Regionale, il Ministero della Salute e

l'ISS, per l'identificazione delle categorie suscettibili e a maggior rischio sulle quali orientare le azioni di intervento;

- alla formazione degli operatori sanitari riguardo la diffusione della cultura della sicurezza nella popolazione rispettivamente anziana e pediatrica, con l'obiettivo di sviluppare le conoscenze e le competenze degli operatori coinvolti nei diversi setting;
- alla predisposizione di materiale riguardante la prevenzione dell'incidentalità domestica e stradale da integrare al "documento di pratiche raccomandate e sostenibili" da proporre in ambito scolastico, alle imprese-aziende/pubbliche amministrazioni/aziende sanitarie e ospedaliere;
- al monitoraggio della realizzazione di contributi da parte del sistema sanitario nei procedimenti di VAS relativi a *Piani Urbani Di Mobilità Sostenibile* (PUMS), con l'implementazione della collaborazione congiunta tra Regione, Dipartimenti di Prevenzione e ANCI per la realizzazione di una rete integrata ambiente e salute, costituita da operatori regionali del SSN, SNPA e Comuni;
- alla sottoscrizione di accordi intersettoriali, con i portatori di interesse, volti alla promozione della diffusione della cultura della sicurezza stradale e domestica, al fine di diffondere in modo capillare la cultura della sicurezza negli ambienti di vita e stradale;
- alla realizzazione di interventi di comunicazione/informazione riguardo la diffusione della cultura della sicurezza in ambito domestico e stradale rivolti alla popolazione generale, per sviluppare le conoscenze e la percezione del rischio nella popolazione generale, con particolare riferimento alle fasce più a rischio;
- alla diffusione e sensibilizzazione della cultura della sicurezza domestica e stradale agli anziani, in quanto utenti vulnerabili sia nell'ambiente domestico che stradale.

La sicurezza domestica e stradale è caratterizzata da elevata complessità e deve essere promossa con un'azione integrata e trasversale tra tutti gli stakeholder (Enti locali, istituzioni, associazioni di categoria, privato sociale, ecc.). Il ruolo degli enti istituzionali e sanitari, compresi i Dipartimenti di Prevenzione, è quello di coordinare e gestire la rete che collega tutti i portatori d'interesse coinvolti nel perseguimento della sicurezza in ambiente domestico e stradale, attraverso attività di *advocacy* negli e tra gli enti territoriali, al fine di promuovere politiche per la sicurezza della popolazione generale ed in particolare per le fasce considerate più vulnerabili per età (bambini e anziani) o per categoria (soggetti affetti da patologie, motociclisti, ciclisti, pedoni).

Obiettivi Prioritari:

Breve termine:

potenziamento del coordinamento del PRP a livello regionale per quanto riguarda la Promozione della salute.

Medio termine:

Strutturazione nelle AST della Rete della Promozione della Salute, con personale adeguatamente formato da corsi di formazione specifici.

1.1.2 Area Prevenzione e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro

Il tessuto produttivo delle Marche risulta costituito in massima parte da aziende di dimensioni contenute e questo comporta specifiche criticità nella tutela della sicurezza e della salute dei lavoratori; tali criticità sono solo parzialmente affrontabili con gli strumenti classici di vigilanza e ispezione (per le quali è previsto uno sviluppo in accordo con le recenti modifiche al Decreto legislativo 81/2008 che prevedono il coordinamento di area sanitaria ed Ispettorato Nazionale del Lavoro delle attività di vigilanza in materia di salute e sicurezza sul lavoro), ai quali devono quindi affiancarsi anche altri approcci sinergici basati su azioni di formazione, informazione e assistenza capillarmente diffuse verso lavoratori e datori di lavoro (anche tramite l'impiego sistematico di strumenti di comunicazione informatica). Si configura di particolare potenzialità, in tale ambito, la rete dei Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza territoriale (RLSt), che va sostenuta dal sistema pubblico in via diretta oltre che tramite

la collaborazione con gli organismi della bilateralità. Lo sviluppo di materiali di buone prassi e di matrici lavoro-esposizione costituisce un ambito operativo di rilievo, particolarmente se la costruzione di tali strumenti si realizza secondo percorsi quanto più possibile condivisi e se i prodotti del percorso medesimo sono adeguatamente diffusi in modo da raggiungere tutti i potenziali utilizzatori.

Programma 6: Piano mirato di prevenzione

Nelle Marche è previsto l'avvio di tre Programmi Mirati di Prevenzione dedicati rispettivamente:

- 1) a sviluppare azioni di tutela specificamente rivolte ai lavoratori precari e/o con contratti cosiddetti atipici, per i quali appare complessivamente più elevata, rispetto alle situazioni ordinarie, la probabilità di carenze di formazione, informazione e addestramento nonché di piena accessibilità all'offerta di assistenza dei Servizi pubblici di Prevenzione così come dei Servizi clinici di diagnosi e cura;
- 2) a contrastare gli effetti a lungo termine dell'esposizione occupazionale ad agenti chimici e fisici tra i quali in particolare l'amianto, la silice libera cristallina, le polveri di legno, le polveri di cuoio, la formaldeide, il cromo, il nichel, i pesticidi (usati non solo in agricoltura ma anche in funzioni di servizio terziario come il diserbo delle strade), i farmaci e i disinfettanti ad uso veterinario, la radiazione solare;
- 3) a contrastare l'esposizione occupazionale ad agenti biologici, con un focus sul virus SARS-CoV-2 ma senza dimenticare gli altri agenti di rilievo. L'obiettivo è quindi quello di sviluppare, in modo quanto più possibile condiviso, un'offerta organica di iniziative da un lato di igiene industriale, dall'altro di formazione, informazione e assistenza che tenga in particolare conto le peculiarità sopra esposte e la necessità di coinvolgere tutti i gruppi di lavoratori, superando le diseguità determinate da collocazione territoriale, comparto produttivo, tipologia contrattuale, genere, origine etnica ed eventuali difficoltà linguistiche e culturali in genere. Le sopraindicate specificità hanno orientato l'elaborazione di piani mirati di prevenzione dei rischi professionali declinati come segue:

Piano mirato di prevenzione per lavoratori precari e/o con contratti cosiddetti atipici (con particolare riguardo al contrasto delle barriere linguistiche, degli handicap fisici e psichici, della marginalità sociale e occupazionale, delle criticità legate alla maternità e alla cura dei figli).

Piano mirato di prevenzione per l'esposizione professionale ad effetti fisici e chimici con effetti a lungo termine (con particolare riguardo a valutazione dei rischi anche da esposizioni combinate e sinergiche, misure di prevenzione e protezione, formazione, informazione e addestramento, sorveglianza sanitaria efficace anche per gli effetti a lungo termine successivi alla cessazione dell'esposizione).

Piano mirato di prevenzione per l'esposizione professionale ad agenti biologici (SARS-CoV2; micobatterio tubercolare; virus dell'epatite C - HCV; microrganismi nei reflui fognari; microrganismi di interesse zootecnico con diffusione a carattere endemico o epidemico).

Programma 7: Prevenzione in edilizia ed agricoltura

Per quanto riguarda l'Edilizia va rilevato che la crisi economico-produttiva ha provocato una perdita di imprese e di occupati in quasi tutti i settori produttivi a livello nazionale, più marcato nel settore delle costruzioni. Un ulteriore elemento di riflessione sulle modifiche produttive che sono avvenute e stanno ancora avvenendo, deriva dall'andamento delle notifiche preliminari ex art. 99 del D. Lgs 81/08, salite progressivamente, fino ad attendersi un incremento notevole in ragione degli eventi sismici occorsi nel 2016 e dell'introduzione di incentivi economici alla ristrutturazione. Questi elementi indicano la necessità del permanere di un impegno costante e prioritario verso questo comparto produttivo.

Il contrasto agli infortuni, ed anche alle patologie lavoro correlate, per l'edilizia e l'agricoltura si sviluppa - a partire dall'esperienza maturata dalle Regioni nel solco dei Piani Nazionali Costruzioni ed Agricoltura all'interno di gruppi di lavoro istituiti presso il Gruppo Tecnico Interregionale SSL, e condotta in collaborazione con INAIL e con l'Ispettorato nazionale del Lavoro (INL) - attraverso gli strumenti sia del controllo sia dell'assistenza delle/alle imprese, valorizzando in questo modo le linee di indirizzo già prodotte a garanzia di una più ampia uniformità di intervento su tutto il territorio nazionale.

Le specificità della Regione Marche richiedono azioni mirate alla prevenzione nei settori edilizia ed agricoltura, sulla base della seguente lista di aree di priorità, da implementare sulla base di ulteriori esigenze sopravvenienti nel tempo:

Edilizia

- Ricostruzione post-sisma 2016-17 in tutti i territori regionali coinvolti ed in particolare nelle aree interne delle province di Macerata, Fermo e Ascoli Piceno;
- Interventi di ristrutturazione e ricostruzione edilizia (110%) quantomeno fino al 2023;
- Lavori di manutenzione/rimozione di materiali contenenti amianto che espongono anche a particolari rischi per la sicurezza (es. cadute dall'alto);
- Attività di edilizia stradale relativa a interventi sulla rete stradale e autostradale regionale;
- Promozione della qualità della sorveglianza sanitaria effettuata dai medici competenti per esposizione a sostanze pericolose (polveri, fibre, fumi etc..) in aziende operanti nel territorio marchigiano.

Agricoltura

- Sicurezza di macchine e attrezzature agricole, con focus sulle trattrici (es. per rischio ribaltamento)
- Promozione della sicurezza e della salute dei lavoratori nell'utilizzo di sostanze pericolose (pesticidi, farmaci e disinfettanti per uso veterinario etc...)
- Promozione della qualità della sorveglianza sanitaria effettuata dai medici competenti per esposizione a sostanze pericolose (pesticidi, farmaci e disinfettanti per uso veterinario etc...) in aziende operanti nel territorio marchigiano.

Programma 8: Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro

Il lavoro e i luoghi di lavoro sono soggetti a continui cambiamenti dovuti all'introduzione di nuove tecnologie, sostanze e processi lavorativi, a modifiche della struttura della forza lavoro e del mercato del lavoro, nonché a nuove forme di occupazione e organizzazione del lavoro. Pur in tale contesto caratterizzato da un forte grado di evoluzione, le attuali evidenze confermano la necessità di focalizzare l'attenzione del sistema della prevenzione su tre aree di rischio ritenute particolarmente significative, ma caratterizzate allo stesso tempo dal noto livello di sottostima dei danni cronici da esposizioni professionali: prevenzione dei tumori di origine professionale, prevenzione delle patologie dell'apparato muscolo-scheletrico di origine professionale, prevenzione dello stress correlato al lavoro. Allo stato delle conoscenze attuali, gli agenti cancerogeni che appaiono prioritari sono: amianto, silice libera cristallina, polveri di cuoio, polveri di legno, formaldeide, idrocarburi policiclici aromatici, radiazione solare. Riguardo le patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico i principali obiettivi, in continuità con il precedente Piano, saranno:

- favorire la emersione delle patologie professionali muscolo-scheletriche (MSK);
- implementare le capacità del sistema pubblico e privato di valutare e gestire le diffuse condizioni di sovraccarico biomeccanico lavorativo per una adeguata prevenzione delle patologie professionali MSK e dei relativi esiti;
- implementare i flussi Ospedale-ASL per alcune patologie MSK (Ernia discale lombare e Sindrome del tunnel carpale) passibili di ricovero (ordinario o Day Hospital) con l'obiettivo di sviluppare iniziative di ricerca attiva delle malattie professionali MSK.

In particolare sarà consolidata una modalità proattiva di intervento, tipica del piano mirato di prevenzione che, pur coerente con i disposti normativi vigenti, rappresenta un'evoluzione del "controllo" nelle imprese, sicuramente a vantaggio di efficienza della Pubblica Amministrazione e potenzialmente più efficace essendo in grado di coniugare l'assistenza con la vigilanza, fondata sulla conduzione di processi di prevenzione volti al miglioramento delle misure generali di tutela e non alla sola verifica dell'applicazione della norma.

Allo stato delle conoscenze attuali, gli scenari espositivi che appaiono prioritari sono: agricoltura, pesca, edilizia, fabbricazione di calzature, fabbricazione di mobili in legno, navalmeccanica e metalmeccanica in genere, logistica e trasporti, attività alberghiere e di ristorazione.

Per quanto riguarda lo stress lavoro-correlato si tratta di un problema di salute dovuto al lavoro che è andato negli anni accentuandosi, in ragione dei notevoli cambiamenti dell'organizzazione del lavoro e dell'andamento del mercato del lavoro, con evidenti ripercussioni anche al livello di produttività delle aziende e al livello economico. Collegato a questo tema è sempre più necessario inquadrare nell'ambito delle attività di prevenzione dei rischi psicosociali le molestie, violenze, aggressioni nei luoghi di lavoro, con particolare riferimento alla sanità.

Il Programma intende contribuire all'accrescimento ed al miglioramento complessivo del sistema di gestione dei cosiddetti rischi psicosociali, attraverso un piano di monitoraggio sullo stato di attuazione delle indicazioni normative e tecniche, definizione di standard per gli interventi formativi e la realizzazione di azioni mirate di prevenzione. Lo sviluppo del programma prevede la realizzazione dello specifico piano mirato. Allo stato delle conoscenze attuali, gli scenari espositivi che appaiono prioritari, anche alla luce della pandemia COVID-19 ancora in corso, sono: scuola, pubblica amministrazione, sanità pubblica e privata, logistica e trasporti, attività alberghiere e di ristorazione.

Va infine rilevato che dal 2021 sono previste estese opere di ricostruzione con apertura di numerosi cantieri (pubblici ma soprattutto privati) nel periodo post-sisma. In vista dell'elevato numero di aziende e lavoratori edili che si troveranno ad operare in un territorio concentrato nelle Aziende Sanitarie Territoriali di Macerata, Fermo e Ascoli Piceno, sarà necessario porre ulteriore attenzione alle azioni già in atto, puntando sul coordinamento delle attività di vigilanza e sull'assistenza ad aziende e figure della prevenzione per aumentare la consapevolezza e l'impegno di imprese e professionisti rispetto alla tutela della salute e sicurezza degli addetti. Nell'ambito dell'area della sicurezza in ambito lavorativo verranno effettuati interventi specifici per i Medici Competenti, con proposte innovative (screening HCV) e verrà istituito un Gruppo tecnico per quanto riguarda i Medici Competenti degli Enti del SSR.

Obiettivi Prioritari:

Breve termine:

Potenziamento dei Servizi Prevenzione Sicurezza Ambienti di Lavoro delle AST, per il rafforzamento delle attività di sorveglianza in sinergia con l'Ispettorato del lavoro e delle attività di prevenzione, formazione, informazione e assistenza verso lavoratori e datori di lavoro.

Medio termine:

costituzione di una rete regionale SPSAL a livello di AST organizzata in modo omogeneo a livello territoriale con l'obiettivo di uniformare attività e procedure e di perseguire gli obiettivi del PRP 2020-2025.

1.1.3 Area Ambiente Clima e Salute

Programma 9: Ambiente clima e salute

È noto che l'impatto sulla salute dei determinanti ambientali e la tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita rappresentano tematiche rilevanti in Sanità pubblica. In quest'ottica di *Environmental Health*, per utilizzare una definizione coniata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, le modalità operative non possono che basarsi sull'integrazione di competenze ambientali e sanitarie e sul contributo congiunto di molteplici discipline con l'obiettivo di concorrere a salvaguardare e tutelare un ambiente che presenti caratteristiche tali da porsi a supporto della salute.

A livello organizzativo, nell'ambito della macro tematica ambiente-salute, nella nostra Regione sono impegnate strutture e operatori con competenze e funzioni specifiche, afferenti ai Dipartimenti di Prevenzione, all'ARPAM e all'Istituto Zooprofilattico Sperimentale Marche Umbria.

La complessità della tematica e la multidisciplinarietà delle competenze richieste hanno condotto a livello regionale all'avvio di un percorso organizzativo in campo ambientale-sanitario e alla condivisione di un approccio metodologico e operativo che si è concretizzato nella stesura di linee guida per la valutazione integrata di impatto ambientale e sanitario (VIAS) per le procedure di valutazione integrata ambientale (VIA) e valutazione ambientale strategica (VAS).

Il Programma si basa necessariamente sulla intersettorialità e sulla multidisciplinarietà ed ha tra gli obiettivi quello di definire Tavoli tecnici ed Accordi interistituzionali con i diversi Enti coinvolti nella tematica Ambiente e Salute. I Tavoli tecnici saranno utili anche per la valutazione dei programmi dedicati a rigenerazione urbana/Urban health/mobilità sostenibile ecc., finalizzati a promuovere ambienti "salutogenici".

Un altro obiettivo strategico è il consolidamento e la formalizzazione della Rete regionale integrata Ambiente-Salute, costituita da Operatori regionali del SSN e SNPA, anche alla luce dei mutati scenari organizzativi e funzionali intervenuti negli ultimi anni nelle organizzazioni regionali dell'Agenzia ambientale (ARPAM) e delle nuove Aziende Sanitarie Territoriali (AST).

Il fine dell'istituzione di tale struttura è da individuare primariamente nello sviluppo di professionalità e competenze su tematiche che concernono il rapporto ambiente-salute e, nello specifico, su questioni che concernono le valutazioni sanitarie all'interno delle procedure di bonifica dei siti contaminati, le valutazioni integrate di impatto ambientale e sanitario nell'ambito delle procedure autorizzatorie ambientali (VIA, VAS, AIA), le valutazioni tossicologiche ambientali, siano esse in situazioni emergenziali che nell'ambito di consulenze, e le attività di formazione in materia di epidemiologia ambientale e di risk assessment. A sostegno della Rete sarà attivato un programma specifico di formazione sui temi ambiente, clima e salute, compresa la valutazione di impatto ambientale e sanitario, epidemiologia ambientale e tossicologia ambientale, comunicazione del rischio, temi della valutazione e gestione del rischio chimico per operatori interni al SSN (con particolare riferimento ai MMG, PLS) e operatori del SNPA, anche attraverso modalità via web (FAD).

Tale prospettiva di una maggiore integrazione tra enti e strutture ambientali e sanitarie viene ripresa e supportata anche dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) che sull'argomento con la Legge 29 giugno 2022, n. 79 di conversione del DL 30 aprile 2022 n. 36, prevede l'istituzione del Sistema nazionale prevenzione salute (SNPS) dai rischi ambientali e climatici allo scopo di migliorare e armonizzare le politiche e le strategie messe in atto dal Servizio Sanitario Nazionale per la prevenzione, il controllo e la cura delle malattie acute e croniche, trasmissibili e non trasmissibili, associate a rischi ambientali e climatici. La norma prevede, altresì, che il SNPS, mediante l'applicazione dell'approccio integrato 'one-health', con l'adeguata interazione con il Sistema Nazionale a rete per la Protezione Ambientale (SNPA) concorra al perseguimento degli obiettivi di prevenzione primaria correlati in particolare alla promozione della salute, alla prevenzione e al controllo dei rischi sanitari associati direttamente e indirettamente a determinanti ambientali e climatici.

Con Decreto del Ministero della Salute 9 giugno 2022, sono stati individuati i compiti dei soggetti che fanno parte del SNPS e; a tal fine, è previsto che le Regioni e PA istituiscano il Sistema regionale prevenzione salute dai rischi ambientali e climatici (SRPS), assicurando l'approccio integrato '*One Health*' nella sua evoluzione '*Planetary Health*', che concorre, a livello regionale, al perseguimento degli obiettivi di prevenzione primaria del SNPS.

Anche il Decreto 77 del 23/5/2022 del Ministero della Salute concernente il "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo della assistenza territoriale nel SSN" nella parte relativa alla "Prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico" specifica che nell'ambito delle attività di tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati il Dipartimento di Prevenzione, quale parte della costituenda rete del Sistema Nazionale di Prevenzione Salute, Ambiente e Clima (SNPS), garantisce il supporto al raggiungimento dell'obiettivo "salute" nelle azioni di controllo sulle matrici ambientali attraverso interventi di analisi e di monitoraggio in stretto raccordo con le Agenzie del Sistema Nazionale per la Protezione dell'Ambiente con l'obiettivo di identificare e valutare i rischi per la popolazione e per gli ecosistemi.

Inoltre, con la Legge 1° luglio 2021, n. 101, in recepimento del DL 6 maggio 2021, n. 59, è stato approvato il Piano nazionale per gli investimenti complementari (PNC) per la realizzazione degli investimenti del programma "salute,

ambiente, biodiversità e clima” che prevede anche il rafforzamento complessivo delle strutture e dei servizi di SNPS-SNPA a livello nazionale, regionale e locale, migliorando le infrastrutture, le capacità umane e tecnologiche e la ricerca applicata. Risulta quindi strategica la costituzione di una rete interistituzionale, con un coordinamento su base territoriale regionale.

Riguardo le azioni specifiche, va citato che sono previsti interventi specifici per quanto riguarda la tematica *Amianto* e la tematica rischio chimico (*REACH/CLP*). L'intersectorialità, con il coinvolgimento dei diversi settori della Prevenzione, rappresenta un elemento di rilievo. Inoltre, saranno realizzati eventi di formazione/informazione/aggiornamento e verrà inoltre attuato anche nella nostra regione il percorso formativo “A Scuola con il REACH e il CLP...insieme per essere più sicuri”, promosso dal Ministero della Salute e dal Ministero dell’Istruzione. Il Gruppo Tecnico regionale e la Rete di Vigilanza REACH garantiranno almeno il livello dell’attività di vigilanza e controllo realizzato nel territorio regionale negli ultimi anni e richiesto dai Piani Nazionali per il controllo del REACH e del CLP tramite la programmazione dell’Autorità competente per i controlli.

Obiettivi Prioritari:

Breve termine:

Costituzione del Sistema Regionale Prevenzione Salute per i rischi ambientali e climatici (SRPS) (Decreto del Ministero della Salute 9 giugno 2022).

Medio /lungo termine:

potenziamento complessivo delle strutture e dei servizi del SRPS, migliorando le infrastrutture, le capacità umane e tecnologiche e la ricerca applicata come previsto dal Piano nazionale per gli investimenti complementari (PNC) per la realizzazione degli investimenti del programma “salute, ambiente, biodiversità e clima” (Legge 1° luglio 2021, n. 101, in recepimento del DL 6 maggio 2021, n. 59).

1.1.4 Altre Aree della Prevenzione

Programma 10: Misure per il contrasto dell’Antimicrobico-Resistenza

Le infezioni correlate all’assistenza (ICA) sono infezioni acquisite in tutti gli ambiti assistenziali, inclusi ospedali per acuti, day-hospital/day-surgery, lungodegenze, ambulatori, assistenza domiciliare, strutture residenziali territoriali. Di fatto sono la complicità più frequente e grave dell’assistenza sanitaria, effetto della progressiva introduzione di nuove tecnologie sanitarie, che, se da una parte migliorano le possibilità terapeutiche e l’esito della malattia, dall’altra possono consentire l’ingresso dei microrganismi anche in sedi corporee normalmente sterili. L’emergenza di ceppi batterici resistenti agli antibiotici, visto il largo uso di questi farmaci a scopo profilattico o terapeutico sia in ambito umano che animale, complica ulteriormente il decorso di molte ICA, con un impatto clinico ed economico rilevante.

La resistenza agli antibiotici è un fenomeno naturale causato dalle mutazioni genetiche a cui vanno incontro i batteri. Tuttavia un uso eccessivo e improprio degli antibiotici, sia in ambito umano che animale, accelera la comparsa e la diffusione dei batteri resistenti agli antibiotici. Solo un uso più contenuto e più appropriato di questi farmaci in tutti i settori, può contrastare lo sviluppo di batteri resistenti e aiutare a preservare l’efficacia degli antibiotici per le generazioni future.

Usare bene gli antibiotici è una responsabilità di tutti gli operatori sanitari, sia di coloro che operano in sanità umana che animale, che devono contribuire a fronteggiare le resistenze antibiotiche nei seguenti modi:

- Intensificando la prevenzione ed il controllo delle infezioni.

- Prescrivendo e somministrando antibiotici solo quando sono realmente necessari, scegliendo la molecola corretta e per un timing adeguato.

Nella Regione Marche è attivo sin dal 2013 un *sistema di sorveglianza* specifico istituito e realizzato dapprima nell'ambito di un progetto finanziato dal Centro per il Controllo delle Malattie del Ministero della Salute e successivamente previsto nelle attività del Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018 prorogato al 31/12/2019. Pertanto la Regione Marche partecipa attivamente al sistema nazionale di sorveglianza sentinella dell'antimicrobico resistenza (AR-ISS) previsto dal PNCAR 2017-2020 e dalla circolare n. 1751 del 18/01/2019 del Ministero della Salute. Nel quinquennio 2021-2025 il sistema verrà ulteriormente implementato e migliorato.

Fondamentale è inoltre offrire una adeguata formazione agli operatori sanitari ed una corretta informazione alla popolazione e pianificare e attuare programmi di controllo, per garantire la messa in opera di misure efficaci per ridurre al minimo il rischio di trasmissione delle ICA ed il buon uso degli antibiotici.

Va inoltre rilevato che nella seduta del 30 novembre 2022 è stato approvato in Conferenza Stato-Regioni il Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025 che ha l'obiettivo di fornire le linee strategiche e le indicazioni operative per affrontare l'emergenza dell'Antibiotico-Resistenza nei prossimi anni, seguendo un approccio multidisciplinare e una visione *One Health*.

Obiettivi Prioritari:

Breve termine:

Recepimento del Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025 ed aggiornamento del Gruppo Tecnico Regionale.

Medio termine:

Potenziamento delle strutture per mettere in atto a livello regionale gli obiettivi del Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025 e della strategia nazionale del Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025.

Programma 11: Screening oncologici

Due sono le strategie principali per contrastare l'insorgenza dei tumori: la rimozione delle cause/fattori di rischio conosciuti, ovvero l'adozione di uno stile di vita sano (prevenzione primaria) o la diagnosi precoce individuando la malattia il più precocemente possibile, prima che la manifestazione clinica abbia inizio (prevenzione secondaria).

Il test di screening è un esame che consente di individuare in fase iniziale una malattia, uno specifico tumore, in persone asintomatiche. Oltre allo specifico suggerimento che il medico può dare alla persona a rischio di sviluppare un certo tipo di tumore (per familiarità, stile di vita, esposizioni lavorative, ecc.) è stato dimostrato che si possono ottenere risultati efficaci grazie allo screening di popolazione, dove l'azienda sanitaria invita direttamente la fascia di popolazione ritenuta a rischio di sviluppare una certa malattia, offre gratuitamente il test ed eventuali approfondimenti. L'adesione agli screening oncologici è del tutto volontaria.

In Italia i programmi di screening si sono dimostrati efficaci nel cambiare la storia naturale dei tumori della mammella (GISMA), della cervice uterina (collo dell'utero) (GISCI) e del colon retto (GISCOR). In alcuni casi, lo screening riesce a evitare l'insorgenza del tumore, in altri può salvare la vita consentendo l'intervento precoce o guidando i sanitari verso interventi poco invasivi e non distruttivi. L'attivazione di programmi di screening per questi tre tumori è quindi sostenuta sia a livello nazionale che internazionale.

L'efficacia di un programma di screening si misura soprattutto attraverso due parametri:

- la riduzione della mortalità (lo screening è efficace se è in grado di evitare e/o ridurre i decessi per la patologia individuata) che però si può osservare solo dopo molti anni dall'avvio del programma
- la riduzione dell'incidenza (vale a dire i nuovi casi) dei tumori e dei loro precursori.

Per raggiungere questi risultati occorre che la struttura sanitaria incaricata degli screening curi particolarmente l'estensione degli inviti e che la popolazione, particolarmente quella più vulnerabile e difficile da raggiungere, aderisca in modo adeguato.

Nelle Marche sono attivi 3 percorsi di screening oncologici:

- screening per il tumore della mammella (interessa le donne dai 50 ai 69 anni mediante l'invito a eseguire una mammografia ogni due anni)
- screening per il tumore della cervice uterina (interessa le donne dai 25 ai 64 anni mediante l'invito a eseguire un pap-test ogni 3 anni)
- screening del tumore del colon-retto (interessa uomini e donne dai 50 ai 69 anni mediante l'invito a eseguire la ricerca del sangue occulto fecale (FIT) ogni 2 anni)

Negli ultimi 7 anni gli screening oncologici organizzati hanno progressivamente coinvolto, tramite un invito postale, il 100% della popolazione interessata per fascia d'età.

Il tasso di adesione ai percorsi screening ha registrato un progressivo aumento dal 2015 al 2019, per poi subire un brusco calo durante l'apice della pandemia per poi ritornare ai dati pre-Covid e comunque sempre al di sopra della media nazionale. Comunque, nonostante queste buone performance, l'adesione agli screening oncologici resta subottimale, particolarmente per quanto riguarda la popolazione straniera residente.

Se però analizziamo i dati forniti dall'indagine PASSI nel periodo 2020-2021, in cui oltre allo screening organizzato si considerano anche i dati provenienti dagli screening spontanei (cioè effettuati autonomamente dalla popolazione) nelle Marche l'adesione ad un percorso di screening oncologico coinvolge la gran parte della popolazione interessata per fascia d'età con valori al di sopra della media nazionale.

Per migliorare il funzionamento dei programmi degli screening oncologici, in questi anni sono stati elaborati dei PDTA regionali (Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali) che garantiscono qualità ed uniformità di cura nel territorio regionale:

- PDTA del tumore del colon-retto (DGRM 1415/12)
- PDTA del tumore della mammella (DGRM 14/17)
- PDTA del tumore della cervice uterina (DGRM 1440/17)

Al fine di migliorare l'efficacia dei percorsi di screening sono in via di attivazione:

- Estensione a tutto il territorio regionale del percorso screening del tumore della cervice uterina mediante l'utilizzo del HPV-DNA Test per le donne dai 30 ai 64 anni (ogni 5 anni);
- Ampliamento della fascia d'età (da 50-69 a 45-74 anni) per il percorso screening del tumore della mammella e del tumore del colon-retto;
- Estensione a tutto il territorio regionale dei programmi di screening dei tumori eredo-familiari della mammella e del colon-retto come previsto dai PDTA;
- Revisione periodica dei PDTA alla luce delle nuove evidenze scientifiche.

Infine, la Regione Marche partecipa al progetto pilota nazionale RISP (Rete Italiana Screening Polmonare), coordinato dall'Istituto Tumori di Milano, sullo screening del tumore del polmone.

Obiettivi Prioritari:

Breve termine:

Potenziamento del coordinamento regionale. Attivazione dei percorsi relativi allo screening del tumore della cervice uterina mediante l'utilizzo del HPV-DNA Test ed all'ampliamento della fascia d'età (da 50-69 a 45-74 anni) per il percorso screening del tumore della mammella.

Medio/ lungo termine:

Potenziamento delle Segreterie screening a livello territoriale AST.

Consolidamento della Rete screening e raggiungimento degli obiettivi del PRP 2020-2025.

Programma 12: Vaccinazioni/Malattie Infettive

Le malattie infettive hanno rappresentato una delle più importanti cause di malattia, disabilità e morte. Oltre alle consolidate conoscenze sulle malattie infettive e le relative strategie di prevenzione, affiorano e si rafforzano nuove consapevolezze, come l'impatto dei cambiamenti climatici sul rischio di emergenza e/o riemergenza di malattie infettive e la possibile diffusione pandemica di nuovi patogeni in grado di impattare in modo severo sullo stato di salute di intere popolazioni e sulla sostenibilità dei sistemi sanitari, come dimostrato dalla recente diffusione del SARS-CoV-2.

La pandemia Covid-19, ancora in corso, ha interessato, con ondate successive di casi, anche la nostra Regione e ha reso necessario attuare azioni di risposta di carattere straordinario e urgente, per la tutela della salute pubblica.

E' quanto mai importante che nel periodo di vigenza del presente PSSR in coerenza con il Piano della Prevenzione possano essere posti in essere meccanismi correttivi di natura tecnica e organizzativa, finalizzati a migliorare tutti i sistemi di sorveglianza regionali delle malattie infettive, a cominciare dalle attività diagnostiche, per arrivare alle attività di notifica, passando attraverso una strutturazione delle rapporti tra ospedale, territorio e laboratori analisi nella gestione dei campioni per gli approfondimenti diagnostici utili alla sorveglianza epidemiologica. Sarà opportuno, a questo proposito, sfruttare i percorsi di informatizzazione che sono stati tracciati per la gestione informatizzata di alcuni rilevanti processi operativi in corso di pandemia, come, a titolo esemplificativo, la gestione del *contact tracing*, delle indagini epidemiologiche e della sorveglianza sanitaria dei casi di Covid-19 attraverso il gestionale "Quarantena" utilizzato su tutto il territorio regionale e in grado di interfacciarsi con multipli sistemi informativi, tra cui il Sistema Informativo dei laboratori analisi delle Marche.

Nel complesso, le coperture vaccinali hanno subito una inversione di tendenza dopo il preoccupante calo registrato nel periodo 2010-2015. Il ristoro dei dati di copertura è stato sostenuto dalla Legge 119/2017 sull'estensione dell'obbligo vaccinale. Quando sembrava che il rilevante fenomeno dell'esitazione vaccinale, spiccatamente rappresentato nelle Marche, fosse superato o comunque posto sotto controllo, si è diffusa la pandemia Covid-19 con la relativa infodemia. La situazione di incertezza e paura diffusa nella popolazione durante la pandemia ha favorito il propagarsi di informazioni fuorvianti sulle pratiche mediche: terapie ospedaliere, terapie domiciliari, prevenzione rispetto al trattamento, ciò potrebbe essersi tradotto o potrebbe tradursi in futuro in un aumento del fenomeno di esitazione vaccinale sia per i nuovi vaccini anti Sars-CoV-2 sia per le vaccinazioni del calendario vaccinale. Per questo sarà fondamentale investire tempo e risorse in un programma comunicativo che possa affrontare la *vaccine hesitancy* e le potenziali conseguenze negative sulla possibile futura riemergenza di malattie infettive prevenibili con vaccinazione.

Tra le principali macroaree di intervento si inserisce il Piano Nazionale Eliminazione Morbillo e Rosolia congenita (PNEMoRc), il quale necessita della costituzione di un Gruppo Tecnico Regionale incaricato di monitorare l'attuazione del Piano, l'andamento epidemiologico e la copertura vaccinale di Morbillo e Rosolia, la revisione delle procedure di invio dei campioni per la diagnostica delle patologie sopracitate, nonché tramite l'attuazione di *site visit* territoriali in modo da rilevare eventuali criticità locali così da poter applicare opportuni miglioramenti.

Di fondamentale importanza è, inoltre, il miglioramento del sistema di sorveglianza, notifica, validazione e diagnostica di malattie infettive mediante la riorganizzazione della funzione "gestione e controllo delle malattie infettive" per le Marche, con la finalità di dare piena attuazione regionale agli standard nazionali di validazione delle malattie infettive sottoposte a notifica obbligatoria e rispondere ai debiti informativi nazionali anche in relazione alle sorveglianze speciali attive in Italia.

Grazie all'istituzione della Rete Integrata Regionale sulle Arbovirosi sarà recepito il Piano Nazionale delle Arbovirosi. Tale sistema avrà gli obiettivi di monitorare l'introduzione di nuovi insetti vettori, di individuare il più precocemente possibile nuovi casi, per poter attuare immediatamente adeguate misure di controllo finalizzate a impedire la trasmissione del virus. Inoltre avrà lo scopo di valutare l'eventuale insorgenza di resistenze agli insetticidi in commercio.

Il programma mira a ridefinire le procedure per l'invio di campioni e le relative priorità d'intervento con particolare attenzione al rafforzamento della sorveglianza a carico delle Malattie Batteriche Invasive e della TB, anche mediante l'informatizzazione del flusso dei dati di sorveglianza.

Nel corso del periodo di vigenza del PRP sarà completata l'informatizzazione dell'anagrafe vaccinale regionale attraverso la messa in opera di un nuovo software gestionale.

Un ruolo di grande rilievo viene dato alla definizione di strategie comunicative finalizzate al miglioramento dell'adesione vaccinale consapevole, che verranno implementate nel periodo di vigenza del presente Piano. La comunicazione dovrà inoltre essere parte della formazione degli operatori sanitari, in maniera tale da costruire e mantenere la fiducia della popolazione e nelle istituzioni sanitarie attraverso strategie di comunicazione adeguate.

L'altro ambito di formazione si focalizza sul recepimento del Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale al fine di promuovere l'interesse individuale e collettivo delle vaccinazioni, instaurando relazioni attente alle esigenze e preoccupazioni dei singoli, basate sul dialogo "chiaro" e "comprensibile", necessario anche per affrontare il complesso fenomeno dell'esitazione vaccinale. La restante preparazione si dovrebbe focalizzare sulla parte tecnica e scientifica delle vaccinazioni. La formazione dovrà inoltre essere orientata al recepimento del Piano di Preparazione e Risposta ad una pandemia influenzale PanFlu (DGR n. 188/2022).

In ultima istanza, il programma si concentra sulla comunicazione alla popolazione generale e a popolazioni specifiche rispetto al tema HIV/AIDS così come riportato all'interno del Piano nazionale PNAIDS, mediante strategie comunicative multisetting da parte della Commissione Tecnica Regionale HIV/AIDS.

Le attività territoriali dovranno essere organizzate anche con l'attivazione di specifiche campagne per il recupero vaccinale, utilizzando modelli organizzativi per la vaccinazione di massa, nel rispetto delle regole anti-Covid-19. Di rilievo anche le azioni che dovranno essere messe in atto per migliorare le coperture vaccinali negli anziani (completamento della vaccinazione contro l'influenza e vaccinazioni contro pneumococco, *Herpes zooster*). Andranno anche rafforzate le attività di formazione e di comunicazione (compreso lo sviluppo del sito web *Vaccinarsi*) e verranno realizzate iniziative per la diffusione a tutti i livelli delle Linee guida regionali.

Le azioni da implementare per il rafforzamento della attività vaccinali sono rappresentate: dalla diffusione di reportistica annuale su coperture vaccinali e su vaccinovigilanza; dal coinvolgimento attivo di MMG e PLS nelle attività vaccinali; dalla presa in carico dei genitori esitanti nelle diverse possibilità di contatto; dalla valutazione e revisione delle sedi vaccinali sul territorio regionale; dal rafforzamento dell'attuale Anagrafe Vaccinale in un sistema gestionale con estensione dell'utilizzo ai MMG, PLS; dal recepimento del nuovo Piano Nazionale Vaccinale in corso di definizione e dalla realizzazione delle nuove Linee Guida regionali e formazione di tutti gli Operatori sanitari; dal rafforzamento delle strategie di comunicazione e delle attività di formazione.

Da rilevare, infine, che anche nelle Marche è stato attivato il programma di Screening gratuito per la prevenzione, l'eliminazione e l'eradicazione del Virus dell'Epatite C (DGR n. 936/2021) e nel 2023 verrà effettuato lo screening di popolazione (fascia d'età nati 1969-1989).

Obiettivi Prioritari:

Breve termine:

Rafforzamento del coordinamento regionale e implementazione delle azioni prioritarie: coinvolgimento MMG-PLS, strategie di comunicazione, attività di formazione.

Medio termine:

Consolidamento dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica anche in ottica di *preparedness* e revisione delle sedi vaccinali.

Programma 13: Prevenire e prendersi cura: il PPDTA dell'Osteoporosi e delle fratture da fragilità quale Modello partecipativo regionale per il management delle patologie croniche

Questo Programma è stato ideato quale prosecuzione della precedente linea di intervento del PRP 2014-19 che era stata sviluppata dal Gruppo tecnico regionale "OSSI DURi... SI DIVENTA. Prevenzione dell'Osteoporosi e del rischio di frattura correlato" e costituisce la naturale evoluzione verso l'integrazione tra Prevenzione, Clinica e Assistenza resa possibile dal Piano Nazionale della Prevenzione 2020-25 che prevede la possibilità della stesura di Percorsi Preventivi-Diagnostici-Terapeutici-Assistenziali (PPDTA) collegati al Piano Nazionale delle Cronicità. Le fratture da fragilità rappresentano un forte rischio per la salute dei soggetti over 50enni. In tale fascia di età il

rischio di sperimentare una frattura nei restanti anni di vita è stato stimato intorno al 50% per le donne e 20% per gli uomini, colpendo una donna su tre ed un uomo su cinque. Molti soggetti infatti vanno incontro ad una storia di ripetute fratture con conseguenze rilevanti su morbilità e mortalità, tanto che le fratture da fragilità costituiscono ormai la quarta causa di morbosità associata alle malattie croniche.

Quali obiettivi specifici, sono stati identificati i seguenti:

1. Studio, stesura e approvazione del PPDTA model su Osteoporosi e fratture da fragilità riproducibile in altri PPDTA.
2. Identificazione modello organizzativo sperimentale di intervento motivazionale di secondo livello, che comprenda offerta di adeguato strumento di identificazione rischio di frattura, conseguente agli invii dal primo livello di intervento motivazionale breve.

La Prevenzione primaria e secondaria/terziaria è stata oggetto particolare dei lavori svolti finora mediante sensibilizzazione della popolazione generale, formazione degli operatori sanitari, compresi Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, informazione/formazione dei caregiver specialmente di soggetti già fratturati. La particolare composizione del Gruppo tecnico Regionale, che fin dall'inizio è stato caratterizzato dalla multidisciplinarietà e intersettorialità, ha permesso di poter cogliere gli stimoli offerti dal PNP e di proporre quella che appare una vera e propria sfida organizzativa e di offerta omogenea a tutta la popolazione marchigiana di una prevenzione e presa in carico competente, diffusa e adeguata delle persone a rischio e/o già malate. Infatti, l'invidiabile longevità dei marchigiani tuttora presente non può che avere un ritorno positivo da una migliore prevenzione dell'osteoporosi e delle sue complicanze disabilitanti, dalla buona capacità di intercettazione dei soggetti a rischio, da una gestione adeguata e di prossimità delle persone che hanno avuto frattura da fragilità, anche per prevenire la temibile seconda frattura. Va anche considerato che le fratture da fragilità impattano pesantemente sulle abilità funzionali residue e sulla mortalità e dunque costituiscono un importante ambito d'azione da affrontare in una visione sistemica e di insieme, in modo sistematico e organizzato, non solo con un PDTA classico, ma con un vero e proprio PPDTA, ovvero con uno strumento idoneo per implementare le attività preventive e per ridurre in maniera significativa la variabilità della pratica clinica nella gestione delle varie patologie, favorendo una integrazione tra diversi servizi e diverse professionalità e assicurando la continuità assistenziale. L'identificazione di un univoco percorso con tutte le figure professionali coinvolte nella patologia da fragilità, permetterà la totale presa in carico del paziente, con ricadute positive anche sulla riduzione delle complicanze.

Obiettivi Prioritari:

Breve termine:

Consolidamento del Gruppo tecnico multidisciplinare e definizione del PPDTA.

Medio / lungo termine:

Potenziamento della Rete territoriale per l'applicazione di PPDTA ed attuazione del modello previsto per la prevenzione dell'osteoporosi e la prevenzione/gestione delle fratture da fragilità.

Programma 14: I primi 1000 giorni di vita

La salute materno-infantile ha una valenza strategica per i sistemi sanitari nazionali di tutti i Paesi in quanto è lo specchio del benessere psico-fisico e della qualità dell'assistenza dell'intera popolazione. Alcuni rilevanti problemi di salute del bambino e dell'adulto sono prevenibili mediante semplici azioni di promozione della salute e di sani stili di vita familiari da realizzare nei primi 1000 giorni di vita del bambino (periodo che va dal concepimento fino al secondo anno di vita).

In questo arco di tempo l'attuazione di interventi precoci di promozione della salute, semplici e di provata efficacia, svolti già nel periodo preconcezionale, in gravidanza e nei primi anni di vita creano le condizioni favorevoli per un sano sviluppo psico-fisico degli adulti del futuro e rappresentano un'efficace modalità di contrasto alle disuguaglianze di salute garantendo a tutti i nuovi nati le migliori condizioni di "partenza".

Il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 invita le Regioni a implementare e consolidare la progettazione di azioni di prevenzione e promozione della salute seguendo un approccio “life-course” (lungo tutto il ciclo di vita della persona) a partire proprio dai suoi primi 1000 giorni, per proteggere e promuovere la salute fisica e mentale, favorire un invecchiamento sano e attivo e una buona qualità della vita in età avanzata.

Nel Piano Regionale della Prevenzione 2014-2019 con il programma di lavoro: “Bambini DOP Denominazione Origine Protetta” è stato affrontato il tema della salute nell’infanzia, in particolare sui seguenti temi: la promozione dell’allattamento al seno; la prevenzione di incidenti domestici e stradali, la promozione di stili di vita salutari in gravidanza per il contrasto al fumo ed all’alcol; lo sviluppo/apprendimento di abilità sociali, cognitive e personali (life skills) in età infantile. L’attuale programma mira a dare nuovo impulso a quanto avviato con il precedente PRP 2014-2019 attraverso azioni formative, comunicative e di contrasto alle disuguaglianze di salute. In particolare:

- per sostenere l’allattamento al seno si intende realizzare una formazione, secondo gli standard Unicef, di un nucleo di formatori regionali “accreditati” che sostengano successive azioni formative a cascata;
- per promuovere tra i professionisti sanitari e socio-sanitari la diffusione di competenze trasversali in ambito di promozione della salute si propone una formazione sull’“Intervento motivazionale breve” finalizzato ad aumentare la consapevolezza dell’importanza di modifiche di stili di vita a rischio. Tale formazione è rivolta a tutti gli operatori che, in diversi contesti di vita, si “interfacciano” con il “target” mamme-neogenitori;
- per creare un linguaggio comune tra operatori sanitari e non (con competenze diverse) e porre le basi per un lavoro di rete e di effettiva collaborazione tra i diversi soggetti di un territorio si propone un percorso formativo sul tema dell’“Early Child Development”;
- per aumentare le conoscenze sui fattori favorevoli a un sano sviluppo psico-fisico del bambino si intende progettare e realizzare strumenti ed eventi informativi rivolti alla comunità;
- per contrastare disuguaglianze di accesso a percorsi preventivi ed assistenziali offerti alla donna, alla coppia, ai genitori, dal primo contatto in gravidanza fino ai due anni di vita del bambino si intende applicare lo strumento dell’Health Equity Audit in una realtà territoriale pilota. Tale strumento, partendo dall’analisi delle evidenze e delle iniquità esistenti, identifica quanto equamente i servizi e le risorse sono distribuiti in relazione ai bisogni di salute di gruppi di popolazione o aree territoriali ed individua le azioni prioritarie da introdurre per fornire servizi equi per la popolazione.

Obiettivi Prioritari:

Breve termine:

Costituzione del Gruppo tecnico multidisciplinare.

Medio termine:

Consolidamento della Rete territoriale trasversale per la promozione della salute e di sani stili di vita familiari nei primi 1000 giorni di vita del bambino.

Altri Obiettivi dell’Area Prevenzione e Sanità Pubblica

Si riportano di seguito gli obiettivi prioritari relativi ad altre Aree del Sistema Prevenzione.

Altre Aree - Obiettivi Prioritari:

Medio termine:

Area Medicina necroscopica:

- costituzione di un gruppo tecnico regionale di coordinamento;
- revisione delle procedure nell’ottica di omogeneo miglioramento.

Area Medicina dello Sport:

- Revisione ed aggiornamento delle Linee guida;
- Potenziamento del Registro Regionale Informatico Centralizzato

Area Tutela sanitaria radiazioni ionizzanti e non ionizzanti:

- Aggiornamento del procedimento per il rilascio del Nulla Osta di categoria B (art.52) per le pratiche comportanti e connesse alle esposizioni a scopo medico e veterinario e di ricerca scientifica in vivo e in vitro svolte presso strutture sanitarie, riguardo le autorità competenti, le procedure per il rilascio con recepimento delle disposizioni di cui all'Allegato XIV, gli organismi tecnici territorialmente competenti per l'istruttoria tecnica, in considerazione a criteri di univocità e omogeneità sul territorio regionale, a tutela dei lavoratori, dell'ambiente e della popolazione;
- A fronte dell'emanazione del Piano Nazionale d'azione per il Radon (PNR), art.10 Dlgs n.101/2020, istituzione di un Gruppo di lavoro tecnico multidisciplinare al fine di redigere le linee guida finalizzate all'individuazione delle aree prioritarie, alla redazione di specifici programmi di misurazione, alle modalità di svolgimento delle attività di monitoraggio e bonifica, per il raggiungimento di una mappatura del territorio regionale;
- Definizione procedure operative regionali del Piano nazionale per la gestione delle emergenze radiologiche e nucleari.

Area Tutela della Popolazione dal Rischio chimico

- Formazione ed attività di vigilanza su prodotti biocidi;
- Formazione ed attività di vigilanza su prodotti cosmetici.

1.2 SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE

La Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare è un'area della prevenzione fortemente regolata da vincoli normativi unionali e nazionali, finalizzati alla prevenzione delle malattie infettive e diffuse e delle zoonosi e al perseguimento dei livelli minimi di sicurezza alimentare (rischio accettabile) tali da garantire, mediante la pianificazione, programmazione ed esecuzione dei controlli ufficiali e delle altre attività ufficiali, la tutela della salute pubblica, animale e dell'ambiente secondo il principio del "One Health" e la correttezza del mercato agroalimentare. Le azioni inerenti alla sicurezza nutrizionale, inoltre, contribuiscono in modo sostanziale ai corretti stili di vita e alla prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili (MCNT) come evidenziato anche dal DPCM sui LEA del 2017, dal Piano Nazionale della Prevenzione e dal Piano Nazionale delle Cronicità https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato. Il principale riferimento normativo nazionale è rappresentato dal «Piano Nazionale Integrato (PNI) 2020-2022» di cui all'Intesa Stato Regioni del 20 febbraio 2020 (Rep. Atti n. 16/CSR del 20/02/2020), attualmente in fase di aggiornamento. Il PNI stabilisce gli obiettivi strategici nazionali che consistono nella tutela del consumatore mediante il mantenimento di un elevato livello di protezione della salute umana, della salute degli animali, della sanità delle piante e della sicurezza alimentare con ulteriore attenzione verso l'e-commerce e nel contrasto alle frodi e agli illeciti a danno dei consumatori e degli operatori, anche nei settori del biologico e delle Indicazioni Geografiche registrate, attraverso la cooperazione e il coordinamento tra le diverse autorità competenti e gli organi di controllo. Il PNI viene opportunamente declinato a livello regionale nel Piano di Controllo Regionale Pluriennale (PCRP) all'interno del quale vengono definite le politiche regionali, la governance e gli obiettivi di competenza con lo scopo principale di garantire l'assolvimento degli obblighi normativi a tutela della salute pubblica e degli animali, della sicurezza alimentare e della tutela degli animali d'affezione. Il PCRP rappresenta lo strumento regionale di attuazione delle politiche comunitarie, nazionali e regionali relativamente alla programmazione, realizzazione, rendicontazione e valutazione delle attività di controllo ufficiale in tutti i settori della sicurezza alimentare, in particolare l'igiene e la salubrità degli alimenti e delle bevande, l'igiene delle produzioni zootecniche, la sanità animale ed il benessere animale. Copre tutto il campo d'applicazione del Regolamento 2017/625/UE sui controlli ufficiali in sicurezza alimentare e si declina nelle 10 aree previste all'articolo 1, comma 2, dello stesso Regolamento, che costituiscono i settori sui quali si effettuano i controlli ufficiali per la verifica del rispetto della normativa unionale. Il piano comprende l'insieme delle disposizioni legislative relative ai mangimi e agli alimenti, compresa, ad esempio, l'igiene dei mangimi e degli alimenti, i materiali a contatto con gli alimenti, gli organismi geneticamente modificati (OGM), l'irradiazione, l'etichettatura, gli aspetti nutrizionali. Oltre al PCRP, l'altro importante riferimento normativo regionale è il Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025 (approvato con DGR 1640/2021) che declina a livello regionale il Piano Nazionale della Prevenzione (Intesa Stato – Regioni e Province Autonome n. 127/CSR del 06/08/2020) e che disciplina le attività dei Dipartimenti di Prevenzione con azioni che coinvolgono trasversalmente tutte le politiche regionali, specificando i principi e la visione generale, mediante l'individuazione di programmi e linee progettuali comprendenti i più rilevanti temi della Sanità Pubblica.

Con il PCRP 2015-2018 sono stati raggiunti importanti obiettivi, sia per la Pubblica Amministrazione sia per i portatori di interesse, quali una migliore modulazione e pianificazione dei controlli in funzione della valutazione dei rischi, lo sviluppo e l'adeguamento dei sistemi informativi, la valorizzazione delle istanze territoriali tramite l'identificazione di specifici obiettivi strategici, una migliore risposta alle emergenze sanitarie.

Il nuovo Piano, con una prospettiva temporale triennale e in un'ottica di miglior efficienza ed appropriatezza del Sistema, consentirà di garantire lo sviluppo e l'applicazione di un modello organizzativo integrato tra le tre aree di competenza dei Servizi Veterinari (Sanità Animale, Igiene degli Alimenti di Origine Animale, Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche) e i Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN) dei Dipartimenti di Prevenzione, che vada ad incrementare l'efficacia e l'efficienza operativa dell'area specifica all'interno della prevenzione primaria collettiva e, nel contempo, una più efficace integrazione dei Servizi Veterinari e dei SIAN con le altre Autorità competenti coinvolte, promuovendo una maggiore corresponsabilizzazione degli operatori sugli obiettivi della "legislazione alimentare".

Con il PRP 2014/2018 sono state realizzate strategie inter e multisettoriali, che hanno coinvolto altri Enti nella realizzazione delle azioni previste, con la regia dei Dipartimenti di Prevenzione. In questo ambito, la

multidisciplinarietà e la trasversalità di azione hanno rappresentato punti di forza per tutte le attività previste. Il nuovo PRP, con una prospettiva temporale quinquennale, in un'ottica coerente di rilancio dei Dipartimenti di Prevenzione, segue le indicazioni centrali e tende a sviluppare quanto già realizzato con il precedente Piano, puntando ulteriormente sul rinforzo delle Reti e dell'epidemiologia attraverso il coordinamento tra Dipartimenti di Prevenzione, Ospedali (Medicina interna, Pediatria, Laboratorio Analisi, Pronto Soccorso...) e Territorio (Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Medici di Continuità Assistenziale) al fine di rilevare tempestivamente le noxa alla salute pubblica.

In tale contesto, di primaria importanza sarà anche lo sviluppo ed il rafforzamento della collaborazione con gli altri attori istituzionali locali, quali le Università, l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche, l'ARPAM, l'Agenzia per l'innovazione nel settore agroalimentare e della pesca "Marche Agricoltura Pesca", gli Enti Parco, la rete dei CRAS Marche e gli altri attori nazionali, quali l'ISS, l'ISPRa, la rete degli IZZSS, con i suoi centri di riferimento nazionali, lo stesso Ministero della Salute, per la promozione di progettualità finalizzate allo sviluppo di aspetti innovativi relativi alle tematiche di Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare secondo i principi della "One Health" e della "Health in all policies" (Salute in tutte le politiche) che caratterizzeranno il nuovo assetto della prevenzione in base a quanto previsto dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Oltre ai classici ambiti di operatività della Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare, ricompresi nella programmazione di periodo del PCRP, verranno sviluppati, anche in accordo alle misure previste dalla Missione 6 del PNRR, nuovi ambiti strategici di seguito descritti.

1.2.1 Assetto organizzativo dell'Area della Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare

Con l'entrata in vigore del D. Lgs. 2 febbraio 2021, n. 27, il Ministero della Salute, le Regioni, le Province autonome di Trento e Bolzano, le Aziende sanitarie locali, nell'ambito delle rispettive competenze, sono le Autorità competenti designate a pianificare, programmare, eseguire, monitorare e rendicontare i controlli ufficiali e le altre attività ufficiali nonché procedere all'adozione delle azioni esecutive previste dagli articoli 137 e 138 del Regolamento 2017/625/UE, e ad accertare e contestare le relative sanzioni amministrative nei seguenti settori: a) degli alimenti, inclusi i nuovi alimenti, e la sicurezza alimentare, in tutte le fasi della produzione, della trasformazione e della distribuzione di alimenti comprese le norme relative alle indicazioni nutrizionali e il loro coinvolgimento nel mantenimento dello stato di salute fornite sui prodotti alimentari, anche con riferimento ad alimenti contenenti allergeni e alimenti costituiti, contenenti o derivati da OGM, nonché la fabbricazione e l'uso di materiali e oggetti destinati a venire a contatto con gli alimenti; b) mangimi e sicurezza dei mangimi in qualsiasi fase della produzione, della trasformazione, della distribuzione e dell'uso, anche con riferimento a mangimi costituiti, contenenti o derivati da OGM; c) salute animale; d) sottoprodotti di origine animale e prodotti derivati ai fini della prevenzione e della riduzione al minimo dei rischi sanitari per l'uomo e per gli animali; e) benessere degli animali; f) prescrizioni per l'immissione in commercio e l'uso di prodotti fitosanitari, dell'utilizzo sostenibile dei pesticidi.

Il D. Lgs. 27/2021 attribuisce funzioni di Polizia Giudiziaria al personale delle Autorità competenti designate, addetto ai controlli ufficiali e alle altre attività ufficiali, e definisce gli obblighi di segnalazione alle Autorità competenti da parte del personale e delle forze di polizia appartenenti ad altre Istituzioni nonché da parte dell'Autorità giudiziaria.

Il D. Lgs. 5 agosto 2022, n. 136, prevede che siano definiti i compiti e le attribuzioni del responsabile del servizio veterinario regionale (RSV) e le modalità di funzionamento della rete nazionale dei RSV. Si tratta di un'innovazione normativa pienamente conforme alla normativa unionale di settore e a quella nazionale che regola il sistema di governance dei servizi veterinari in Italia.

La Legge 29 giugno 2022, n. 79, di conversione del D.L. 30 aprile 2022, n. 36 e il D.M. 9 giugno 2022 assegnano nuovi compiti e funzioni ai Dipartimenti di Prevenzione nell'ambito del Sistema Regionale Prevenzione Salute allo scopo di migliorare e armonizzare le politiche e le strategie messe in atto dal Servizio sanitario nazionale per la prevenzione, il controllo e la cura delle malattie acute e croniche, trasmissibili e non trasmissibili, associate a rischi ambientali e climatici.

Risulta pertanto necessario procedere alla riorganizzazione dei Servizi afferenti all'Area della Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare oltre che per rafforzarne il ruolo di Autorità competenti adeguandole ai nuovi compiti e funzioni già descritti, anche allo scopo di rispondere alle raccomandazioni impartite dal Ministero della Salute in sede di audit di sistema svoltosi in regione Marche dal 7 al 10 maggio 2013.

Obiettivi Prioritari:

Breve termine:

- Istituzione della Conferenza permanente per Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare con compiti di Coordinamento dell'Autorità Competente Regionale con le Autorità Competenti Locali;
- Istituzione del Nucleo permanente regionale di Coordinamento per il Piano Regionale Pluriennale dei Controlli;
- Potenziamento dei sistemi informativi della Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare e conseguente dematerializzazione degli adempimenti amministrativi connessi alle attività di controllo ufficiale, per un più funzionale assolvimento dei fabbisogni di programmazione e rendicontazione delle attività;
- Potenziamento dell'attività di comunicazione del rischio in sicurezza alimentare rivolta agli operatori istituzionali, alla popolazione coinvolta (gli operatori, inclusi gli allevatori, i cittadini) mediante un'attività formativa e informativa da realizzarsi per il tramite dei portatori di interesse (associazioni di categoria) e attraverso il portale dedicato (<https://veterinariaalimenti.sanita.marche.it/>), implementato nell'ambito del Piano Regionale e-health di cui alla DGR 2169/2002 e DGR 187/2004, in un'ottica di partecipazione, responsabilità, trasparenza e trasversalità, con l'obiettivo di veicolare notizie ed informazioni inerenti ad argomenti di Sanità Pubblica Veterinaria e Igiene degli alimenti e della nutrizione;
- Corretta allocazione degli introiti di cui al D. Lgs. 32/2021 e del tariffario regionale delle prestazioni veterinarie al fine di garantire le risorse necessarie al sistema ufficiale di controllo degli stabilimenti;
- Miglioramento continuo della qualità delle attività di audit a cascata dell'Autorità Competente Regionale (ACR) sulle Autorità Competenti Locali (ACL) da perseguire anche mediante l'attivazione di protocolli di collaborazione con altre regioni;

Medio termine:

- Riorganizzazione dell'Area della Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare attraverso l'individuazione di funzioni e competenze e la ridefinizione e ampliamento delle articolazioni organizzative trasversali e verticali dei quattro Servizi dell'area della Sanità Animale, della Igiene degli alimenti di origine animale, della Igiene degli allevamenti e produzioni zootecniche e della Igiene degli alimenti e della nutrizione;
- Potenziamento delle Autorità Competenti Locali in sicurezza alimentare (ACL) agli standard richiesti dalla nuova legislazione alimentare e istituzione di una UOC giuridico-amministrativa come articolazione organizzativa dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Territoriali, funzionale agli adempimenti conseguenti all'adozione delle azioni esecutive previste dagli articoli 137 e 138 del Regolamento 2017/625/UE, all'accertamento e contestazione delle sanzioni amministrative e alla riscossione dei diritti sanitari;
- Sviluppo della rete veterinaria regionale e riorganizzazione della rete epidemiologica veterinaria regionale secondo quanto previsto dal D. Lgs. 5 agosto 2022, n. 136, attraverso la revisione della D.G.R. Marche n. 1766 del 1/12/2008 e l'istituzione di una UOSD di "Epidemiologia veterinaria, comunicazione del rischio e flussi informativi" come articolazione organizzativa dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Territoriali, nel rispetto di quanto disposto dall'art. 34, comma 3, della Legge Regionale 8 agosto 2022, n. 19;
- Definizione competenze dei Servizi Veterinari e dei SIAN nell'ambito del Sistema Regionale Prevenzione Salute;
- Formazione continua per la gestione ottimale del sistema dei controlli ufficiali e sui metodi e le tecniche di controllo ufficiale per il personale addetto al controllo ufficiale ed interventi formativi e campagne informative/divulgative destinate agli operatori del settore alimentare;

Medio-lungo termine:

- Potenziamento delle attività di epidemiosorveglianza veterinaria in ottica di “One Health”, mediante l’istituzione di presidi veterinari presso i Centri regionali di Recupero Animali Selvatici (CRAS Marche);
- Sviluppo di progettualità interregionali finalizzate alla gestione delle problematiche sanitarie sui territori di confine sfruttando la collaborazione e la competenza territoriale dell’Istituto Zooprofilattico Sperimentale Umbria e Marche e degli Enti Parco;
- Istituzione del Polo Integrato di Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare per la gestione delle attività ad “alta complessità” che veda il coinvolgimento e la partecipazione dei Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione, dell’Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell’Umbria e delle Marche, della Facoltà di Medicina Veterinaria dell’Università di Camerino, della rete CRAS Marche e degli altri Enti interessati.
- Adozione della banda ultra-larga per la connessione in rete dell’Autorità Competente Regionale (ACR) e delle ACL al fine di incrementare l’efficacia, l’efficienza e l’appropriatezza della gestione.

1.2.2 Sanità e benessere animale

La sorveglianza delle malattie animali trasmissibili è da sempre di fondamentale importanza per garantire gli scambi commerciali di animali e ha guadagnato ulteriore rilevanza per la sanità pubblica a seguito delle recenti epizootie quali la SARS nel 2003 e, più recentemente le epidemie influenzali e la pandemia da COVID-19. La recente introduzione della peste suina africana nel territorio nazionale rappresenta un rischio significativo per il commercio dei suini e dei prodotti di origine suina con possibili blocchi alle esportazioni e perdite economiche rilevanti se non individuate precocemente. Le malattie zoonotiche (malattie trasmesse dall’animale all’uomo) rappresentano il 60% delle malattie infettive che colpiscono l’uomo e quasi il 100% delle malattie infettive emergenti nell’uomo è di origine animale. Il rilievo precoce di tali patologie risulta pertanto critico per prevenire la loro introduzione e diffusione e, conseguentemente, limitare le loro conseguenze sulla salute e sull’economia. L’emergenza di nuovi agenti infettivi è correlata alla perdita e alla frammentazione degli habitats, alla riduzione della biodiversità e all’occupazione da parte dell’uomo di aree ricche di biodiversità. Le attività dell’uomo che causano la riduzione delle specie selvatiche, la perdita di habitats e l’incremento di densità di specie adattate agli ambienti antropizzati (specialmente se mammiferi), risultano positivamente correlati ad un aumentato rischio di salto di specie (spillover). Per tali motivi risulta di fondamentale importanza implementare un’attività strutturata di sorveglianza e monitoraggio dei principali agenti zoonotici nella fauna selvatica.

L’applicazione di elevati standard di benessere animale e di biosicurezza risulta fondamentale per ridurre il rischio di insorgenza di patologie stress-correlate e il ricorso agli antibiotici. L’utilizzo non corretto degli antibiotici in medicina veterinaria, oltre a comportare un aumento del potenziale rischio sanitario per gli allevatori, può essere responsabile della riduzione sia dell’efficienza degli allevamenti sia della sicurezza delle produzioni. Infatti, sono già noti il rischio di contaminazione ambientale, dovuto alla presenza di germi resistenti nelle deiezioni degli animali trattati, e il rischio diretto per veterinari, allevatori e addetti ai lavori di acquisire resistenza agli antibiotici attraverso l’esposizione protratta o ripetuta a essi (ad esempio, attraverso la preparazione di mangimi medicati), mentre è ancora in corso di valutazione l’impatto potenziale che l’impiego di antimicrobici nel settore zootecnico può avere sul rischio di trasmissione di batteri resistenti all’uomo, in particolare attraverso il consumo di alimenti di origine animale.

Obiettivi Prioritari:

Breve termine:

- Attivazione di piani di farmacovigilanza per la verifica del corretto uso e gestione del farmaco veterinario finalizzati alla prevenzione e contrasto alla antimicrobico-resistenza a tutela della salute pubblica;
- Monitoraggio e valutazione della corretta applicazione delle buone pratiche di allevamento al fine di migliorare l’efficienza produttiva e ridurre le patologie stress-correlate e l’impatto di queste sull’ambiente;

- Promozione dell'utilizzo del sistema ClassyFarm per il supporto nell'attività di classificazione degli stabilimenti zootecnici sulla base del rischio e per garantire l'accesso all'istituto della premialità previsto dalla politica agricola comune agli operatori;
- Definire, adottare, implementare il Piano di monitoraggio e sorveglianza sanitaria della fauna selvatica, per incrementare la sensibilità dei piani di profilassi e controllo previsti da normativa unionale mediante integrazione, nel processo di analisi del rischio, di dati di epidemiosorveglianza nella popolazione selvatica;

Medio termine:

- Adeguamento dei piani di sorveglianza ed eradicazione, finalizzati al mantenimento dello stato di indennità degli allevamenti nei confronti delle principali malattie infettive denunciabili, ai nuovi requisiti previsti dal Regolamento 2016/429/UE (Animal health law) e regolamenti delegati e di esecuzione, anche con la puntuale applicazione delle norme di biosicurezza al fine di garantire i requisiti sanitari per la commercializzazione e l'export di animali e prodotti di origine animale;
- Miglioramento del sistema di gestione delle emergenze veterinarie, epidemiche e non, al fine di contenere in tempi rapidi il rischio di diffusione di malattie, anche a carattere zoonotico;
- Rafforzamento della rete integrata di prevenzione dei rischi zoonosici in ottica "One Health" mediante l'adozione di specifici piani di sorveglianza volti a monitorare l'ingresso, l'amplificazione e l'eventuale diffusione dei principali agenti zoonotici nella fauna selvatica e sinantropa ed ulteriore rafforzamento e potenziamento della sorveglianza delle zoonosi a trasmissione vettoriale (arbovirusi);
- Attivazione di percorsi di formazione per gli Operatori del Settore Alimentare;
- Ulteriore consolidamento delle attività di assistenza di secondo livello in rete dell'Ospedale Veterinario Universitario Didattico dell'Università di Camerino, per agevolare il ricorso a prestazioni sanitarie veterinarie per la cura delle patologie complesse, attraverso la costituzione ed istituzionalizzazione della Rete clinica veterinaria regionale delle Marche;
- Ulteriore rafforzamento delle attività di controllo del randagismo canino e felino;

Medio-lungo termine:

- Realizzazione di una rete di punti di raccolta per lo stoccaggio temporaneo di carcasse animali a temperatura di refrigerazione al fine di garantire il corretto smaltimento delle stesse in risposta alle emergenze epidemiche;
- Attivazione, in collaborazione con l'IZS Umbria e Marche, di uno stabilimento confinato in ottemperanza a quanto previsto dal Reg. 2016/429/UE adatto al contenimento di animali provenienti da focolai di malattie infettive o posti sotto sequestro sanitario e/o penale.

1.2.3 Sicurezza alimentare a tutela dei consumatori

La sicurezza degli alimenti può essere garantita solo mediante un approccio di filiera comprendente tutti i fattori che intervengono direttamente o indirettamente nelle produzioni agro-zootecniche. Pertanto, i controlli ufficiali di sicurezza alimentare si estendono all'intera filiera agroalimentare, dalla produzione alla lavorazione, trasformazione, distribuzione, deposito, trasporto, commercio e somministrazione. Oltre ai controlli previsti dal PRCP, i Servizi competenti attuano altri controlli in base a specifici piani nazionali, tra i quali il Piano Nazionale OGM, il Piano Nazionale per i residui di farmaci veterinari, il Piano Nazionale per i residui di prodotti fitosanitari, il Piano Nazionale per i residui di additivi, conservanti e sostanze aromatizzanti e il Piano Nazionale di controllo per gli alimenti trattati con radiazioni ionizzanti.

L'attività di controllo ufficiale su Operatori del Settore Alimentare e su matrici alimentari operata dai Servizi competenti appare come lo strumento irrinunciabile per prevenire l'insorgenza di malattie trasmesse da alimenti.

Obiettivi Prioritari:

Breve termine:

- Dematerializzazione e digitalizzazione dei procedimenti amministrativi sanzionatori per migliorare l'appropriatezza di processo;

Medio termine:

- Miglioramento delle attività di controllo per la tutela del benessere animale durante l'allevamento, il trasporto e la macellazione, promuovendo la formazione degli operatori del settore alimentare;
- Miglioramento dell'efficacia e dell'appropriatezza dei controlli ufficiali a tutela dei consumatori mediante un più esteso impiego della tecnica dell'audit e una corretta gestione delle non conformità finalizzata a supportare le imprese nell'applicazione delle disposizioni normative;
- Implementazione ed aggiornamento dei sistemi di categorizzazione del rischio;

Medio-lungo termine:

- Miglioramento del coordinamento tra le Amministrazioni competenti al fine di ottimizzare la pianificazione e la programmazione delle attività di ricerca di contaminanti nei prodotti alimentari con quella di monitoraggio in campo ambientale.

1.2.4 Igiene degli alimenti e sicurezza nutrizionale

Quanto riferito al paragrafo precedente trova applicazione anche nel campo della igiene degli alimenti di origine vegetale, delle acque destinate al consumo umano e del corretto impiego dei prodotti fitosanitari. La sorveglianza e promozione della salute in ambito nutrizionale riveste anch'essa un'importanza fondamentale ai fini del sostegno alla sana alimentazione nei diversi contesti di vita (scuola, lavoro, comunità, sistema sanitario).

Obiettivi Prioritari:**Breve termine:**

- Collaborazione alla costituzione e all'attività del TaRSiN (Tavolo Regionale sulla Sicurezza Nutrizionale) come indicato dal Ministero della Salute (nota prot. 0009003-09/03/2021 – DGISAN-MDS-P);

Medio termine:

- Adozione del Piano di Azione Nazionale per l'uso sostenibile dei prodotti fitosanitari previsto dal Decreto 22 gennaio 2014 - Ministro MIPAAF di concerto con Ministro dell'Ambiente e della tutela del territorio e del mare e il Ministro della Salute al fine di perseguire gli obiettivi dichiarati di riduzione dei rischi e degli impatti dei prodotti fitosanitari sulla salute umana, sull'ambiente e sulla biodiversità, di tutela dei consumatori, di salvaguardia dell'ambiente acquatico e delle acque potabili, di conservazione della biodiversità e di tutela degli ecosistemi sfruttando le leve della intersectorialità e dell'approccio "One Health";
- Attuazione, e relativa comunicazione dei risultati, dei Sistemi di Sorveglianza della Popolazione - Okkio alla Salute, HBSC, GYTS - al fine di monitorare lo stato di salute e stili di vita di alcune fasce di età della popolazione e la percezione degli stessi;

Medio-lungo termine:

- Sviluppo di un modello regionale sulla ristorazione collettiva basato su quanto indicato dal Decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministro della Transizione ecologica e con Ministero delle Politiche Agricole e forestali del 28 ottobre 2021 (Definizione ed aggiornamento delle «Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione ospedaliera, assistenziale e scolastica») in un'ottica di promozione della salute e di prevenzione delle patologie croniche non trasmissibili secondo un approccio intersectoriale;
- Promozione di sani stili di vita e della riduzione dello spreco e dell'impatto ambientale anche attraverso la Ristorazione collettiva;
- Potenziamento dei programmi di comunicazione e sensibilizzazione su corretta alimentazione, attività fisica, uso di sale iodato, indicazioni nutrizionali e di salute con un approccio "One Health" con Amministrazioni Comunali, Enti, Istituzioni scolastiche e stakeholders;
- Promozione della Dieta mediterranea anche in coerenza con la L.R. 17 maggio 2018 n. 14 "Tutela e valorizzazione della dieta mediterranea";
- Consolidamento e/o messa in opera attività di consulenza e counseling nutrizionale come da LEA 2017.

2 ASSISTENZA TERRITORIALE: L'AMPLIAMENTO DEI SERVIZI DI PROSSIMITÀ TERRITORIALE E DOMICILIARE E DELLE CURE INTERMEDIE

2.1 LA RETE SOCIO SANITARIA

Il sistema sociosanitario si sta da tempo orientando verso un progressivo spostamento dei servizi dall'ospedale al territorio, come luogo per la salute di comunità, rafforzando nel contempo l'integrazione tra i due ambiti.

In questa prospettiva, la rete dei servizi sociosanitari ha un ruolo chiave ed insostituibile nella attuazione dei percorsi di assistenza e cura rivolti in particolare alla presa in carico dei soggetti fragili.

La rete delle unità d'offerta sanitarie e sociosanitarie, di cui al Regolamento regionale n.1/2018, comprende servizi residenziali e semiresidenziali rivolti agli utenti delle diverse aree assistenziali previste dai LEA:

- ANZIANI attraverso residenze sanitarie assistenziali (RSA), Residenze Protette (RP) e centri diurni (SR) sia per persone non autosufficienti che per persone con demenza;
- DISABILI, mediante residenze sanitarie e sociosanitarie per disabili (RD), Gruppi appartamento e centri diurni (SRDis);
- SALUTE MENTALE, attraverso residenze terapeutiche per la Salute mentale e Comunità protette (SRP) e gruppi appartamento per la salute mentale (SRP4), residenziale per la Salute mentale - Infanzia e Adolescenza (SRT-IA) e centri diurni (SSRP) sia per adulti che per adolescenti;
- DIPENDENZE PATOLOGICHE, attraverso residenze terapeutico riabilitative (STD), centri diurni (CDT);
- MINORENNI attraverso Comunità socio-psico-educativa integrata per Minorenni (CPEM) e centri diurni (SPEM).

Per la fase terminale della vita, sono presenti le strutture residenziali quali gli hospice e le cure palliative domiciliari.

A tali servizi residenziali e semiresidenziali si aggiungono i servizi ambulatoriali e domiciliari:

- alle famiglie, alle donne e agli adolescenti, con i consultori famigliari,
- ai soggetti fragili in generale, mediante assistenza domiciliare integrata (ADI) e degenze di comunità.

Si tratta di una rete di servizi capillarmente diffusa sul territorio regionale, a cui è necessario dare nel prossimo futuro ulteriore impulso e sviluppo.

In particolare con l'entrata in vigore dei nuovi Manuali di Autorizzazione e Accreditamento dei servizi residenziali e semiresidenziali di cui alle DD.GG.RR n. 937/2020 e n.938/2020 e la conseguente ri-autorizzazione all'esercizio delle strutture, sarà importante effettuare una rivalutazione di tutti i pazienti presenti nelle strutture al fine di valutare l'appropriatezza dei setting assistenziali. Sarà inoltre importante integrare il Manuale relativo alle strutture sociali, di cui alla dgr 940/2020, con utili norme di raccordo con i manuali relativi alle strutture sociosanitarie.

Per dare attuazione alla D.G.R. n. 1115/2018 si prevede di insediare il Tavolo Permanente degli Enti Gestori, al fine di mettere a tema la questione della rimodulazione degli attuali regimi tariffari e contestualmente dare anche avvio ad una revisione organica e globale del sistema della residenzialità in un'ottica che contemperi la necessità di una migliore qualità dell'assistenza e dei servizi e l'impatto che i nuovi manuali di autorizzazione e accreditamento avranno sulle strutture già esistenti tenendo in considerazione anche l'area delle strutture con autorizzazione nell'area sociale.

Lo sviluppo della rete si articolerà sui diversi ambiti attraverso il rafforzamento degli interventi a sostegno della domiciliarità, essendo questo il livello assistenziale in cui maggiormente si integrano i servizi della rete informale

e della rete dei servizi sociali con effetti positivi in termini di qualità di vita e sostenibilità rispetto all'evoluzione dei bisogni, attraverso la "presa in carico" globale, integrata e flessibile destinata a:

- sostenere la domiciliarità delle persone anziane con disabilità complesse;
- sviluppare percorsi di supporto alla domiciliarità attraverso specifiche misure di sostegno del caregiver familiare, anche sulla base delle previsioni della DGR 1028/2021 e commi 254 e 255 della L., 205/2017 che definisce la figura del caregiver familiare;
- assicurare forme di "residenzialità protetta/assistita" – intermedie tra domicilio e Struttura residenziale - capaci di ritardare il più possibile il ricovero in Struttura residenziale sostenendo le capacità residue o percorsi di vita autonoma anche tramite il coordinamento e integrazione con la Linea di intervento 1.1.2 "Autonomia anziani nonautosufficienti" del PNRR Misura 5- Componente 2 – Sottocomponente 1 che riguarda interventi per una vita autonoma e per la deistituzionalizzazione delle persone anziane, in particolare non autosufficienti, in capo agli Ambiti Territoriali Sociali;
- favorire l'apertura delle strutture residenziali a persone che vivono al proprio domicilio e presentano bisogni complessi non affrontabili da parte della tradizionale rete territoriale dei servizi semiresidenziali;
- favorire forme di accoglienza "temporanea" volta a sostenere specifiche esigenze del caregiver sia familiare che professionale, in particolare prevedendo/rafforzando i Servizi di sollievo di cui al comma 162, lettera b) della L.234/2021;
- assicurare risposte più mirate agli anziani e alle persone con disabilità, anche attraverso una revisione degli attuali standard gestionali dei servizi dedicati, in raccordo con le previsioni del Piano Regionale Non autosufficienza, attuato ai sensi del DPCM 03/10/2022 (che adotta il Piano Nazionale Non autosufficienza).

Sarà data specifica attenzione al rafforzamento dell'integrazione della rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali e verrà sostenuto l'obiettivo della prossimità dei servizi/interventi in un'ottica di facilitazione e sostegno alla famiglia.

In **Appendice 6**, "*La rete dei servizi territoriali*", sono riportate le strutture riguardanti i servizi residenziali e semiresidenziali per tipologia di utenti e per le diverse aree assistenziali previste dai LEA.

Integrazione con le Politiche Sociali

È necessario premettere che le prestazioni sociosanitarie si rivolgono a persone definite "fragili" sul piano psico-fisico, per le quali il sistema della salute deve contenere risposte anche sotto il profilo ambientale, familiare e delle condizioni economiche. Se gli interventi di cura non sono adeguatamente supportati da azioni che facilitano il mantenimento/reinserimento nell'ambiente di vita, la loro efficacia è limitata e rimane aperto il problema della vulnerabilità sociale.

L'integrazione tra servizi sociali e servizi sanitari e sociosanitari diventa quindi una necessità "imperativa" per organizzare risposte globali e integrate, così come la governance istituzionale deve guidare i processi che stanno alla base della tutela della salute e della qualità di vita delle persone fragili.

Il Piano Sociale Nazionale 2021-2023 (PSN 2021-2023) prevede che *"Il lato sanitario deve operare in stretto raccordo con il lato sociale: è chiamato a contribuire al Piano Sociale Nazionale e al Piano Non Autosufficienza e a condividerne le priorità, nella misura in cui vengono toccati punti di competenza sociosanitaria nonché all'attuazione dei LEPS (livelli essenziali delle prestazioni sociali) e all'attuazione degli interventi del PNRR Misura 5"* e che *"Tutto questo richiede una programmazione coordinata a livello centrale e fortemente integrata a livello territoriale. È necessario attivare un modello organizzativo, con modalità di coordinamento per un utilizzo funzionale delle risorse professionali"*

Con il Piano Sociale Nazionale 2021-2023 vengono introdotti ulteriori Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (previsti dalla L.328/2000 e il cui avvio è stato dato dalla L.33/2017, D.lgs 147/2017 e DI 4/2019) da attuarsi a cura degli Ambiti Territoriali Sociali, tra i quali i seguenti di rilevanza socio-sanitaria:

- LEPS SUPERVISIONE DEL PERSONALE DEI SERVIZI SOCIALI: sono previsti progetti di supervisione "multiprofessionale" di equipe, con il coinvolgimento anche di operatori socio-sanitari quali psicologi ed educatori professionali socio-sanitari (agganciato all'intervento 1.1.4 del PNRR M5C2)

- LEPS DIMISSIONI PROTETTE, ha come obiettivo primario la costituzione di équipes professionali, con formazione specifica, per favorire la de-istituzionalizzazione e il rientro a domicilio dagli ospedali, in virtù della disponibilità di servizi e strutture per l'assistenza domiciliare integrata. Sono azioni che anticipano l'adozione della legge quadro sugli interventi in favore degli anziani non autosufficienti, con specifico riferimento ai progetti di rafforzamento dell'assistenza domiciliare per le dimissioni protette, di de-istituzionalizzazione, di riconversione di case di riposo (agganciato all'intervento 1.1.2 del PNRR M5C2)
- LEPS PREVENZIONE DELL'ALLONTANAMENTO FAMILIARE DI MINORI, prevede l'attivazione di azioni di supporto domiciliare rivolte ai genitori, al fine di ridurre o evitare il rischio di allontanamento dei bambini e adolescenti dal proprio nucleo familiare, garantite da una connessione più forte tra il sistema socioassistenziale, sanitario e educativo (agganciato all'intervento 1.1.1 del PNRR M5C2)

La Legge n. 234 del 30 dicembre 2021, "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024", introduce, con le disposizioni di cui ai commi 159-171 dell'art.1, innovazioni importanti, che focalizzano l'attenzione sulla reale integrazione socio sanitaria, finalizzata a garantire una effettiva inclusione sociale delle persone con disabilità e delle persone non autosufficienti. Introduce inoltre ulteriori LEPS con rilevanza socio-sanitaria, ossia:

- LEPS DI EROGAZIONE: i servizi socio-assistenziali degli ATS volti a promuovere la continuità e qualità della vita a domicilio delle persone anziane non autosufficienti (assistenza domiciliare sociale ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIALE, ASSISTENZA SOCIALE INTEGRATA CON I SERVIZI SANITARI, ADATTAMENTI DELL'ABITAZIONE COMPRESI DI SERVIZI DI TELESOCORSO E TELEASSISTENZA), facendo riferimento preciso anche all'ambito di azione dei LEA di interesse per la non autosufficienza, quali i percorsi assistenziali integrati, le cure domiciliari e le cure palliative domiciliari di cui al DPCM 12 gennaio 2017 artt. 21-22-23.
- LEPS DI PROCESSO: PERCORSO ASSISTENZIALE INTEGRATO per una presa in carico e valutazione integrata dei cittadini con bisogni assistenziali complessi all'interno dei PUA, localizzati nelle Case delle Comunità, a cura di unità valutative integrate (UVI). L'attuazione del 'Percorso assistenziale integrato' è sostenuto da un accordo interistituzionale tra Ambito Territoriale Sociale e Distretto Sanitario, da adottarsi a livello regionale, sulla base dello schema tipo di cui al PNNA 2022-2024 e comunque con il necessario coordinamento con altri strumenti regionali, il quale esprime la necessaria intesa istituzionale richiesta a questo scopo, insieme agli elementi di cooperazione professionale e organizzativa che ne garantiscono la piena attuazione

A queste innovazioni, che sono state recepite nel PIANO NAZIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA 2022-2024 (PNNA 2022-2024) e ritrovano corrispondenze e parallelismi nel DM 77/2022, sarà data attuazione nell'ambito di un efficace modello regionale di integrazione socio-sanitaria, da disegnare e attuare con il coinvolgimento degli enti locali, rivolto a tutte le fragilità e teso a garantire lo sviluppo graduale di sistemi di servizi integrati e a consolidare il percorso assistenziale integrato tra area sociale, sociosanitarie e sanitaria.

L'interazione tra LEPS e LEA sanitari e socio-sanitari dovrà essere affrontata secondo un approccio di organizzazione e gestione integrata, in modo da definire le pertinenze organizzativo-gestionali di riferimento di ciascuna area.

L'integrazione sociosanitaria diventa un obiettivo non più procrastinabile e diventa essenziale il coordinamento tra interventi di natura sanitaria e interventi di natura sociale, a fronte di bisogni di salute molteplici e complessi, sulla base di progetti assistenziali personalizzati. Il raccordo tra politiche sociali e politiche sanitarie consente di dare risposte unitarie all'interno di percorsi assistenziali integrati, con il coinvolgimento e la valorizzazione di tutte le competenze e le risorse, istituzionali e non, presenti sul territorio.

I bisogni complessi richiedono una valutazione che tenga conto di diversi aspetti, situazione psico-fisica della persona con particolare riferimento all'autonomia funzionale, contesto di vita e di relazione, risorse reddituali e tutto questo richiede un approccio multidimensionale.

Scopo primario della valutazione multidimensionale è la misurazione dello stato di salute della persona, del grado di autonomia e di autosufficienza, delle risorse personali e familiari sulle quali può contare e delle condizioni economiche che possono condizionare, qualora non autosufficiente, la sua permanenza nell'ambiente di vita. Dalla valutazione multidimensionale deriva la formulazione del Progetto Individuale.

Gli indirizzi regionali degli ultimi anni si sono mossi per l'appunto in questa direzione, strutturando il sistema lungo due direttrici principali:

- la presa in carico globale della persona;
- la differenziazione delle risposte in relazione ai bisogni della persona e della famiglia.

Tali direttrici trovano il loro fondamento da un lato sulla rete consolidata di unità di offerta e/o di servizi, costituente il primo pilastro del welfare, e dall'altro nell'insieme di risposte integrate, flessibili e modulabili governate dal sistema. In questi anni si è affrontato il tema della disabilità, della fragilità e della vulnerabilità, ponendo l'obiettivo prioritario di adeguare il sistema sociosanitario alle nuove complessità emergenti, fornendo risposte innovative, flessibili e appropriate alle persone fragili, in molti casi non prese in carico dalla tradizionale rete dei servizi.

Le persone fragili e le loro famiglie possono quindi trovare risposte, non solo nella rete consolidata afferente al sistema sociale o al sistema sociosanitario, ma anche in percorsi personalizzati flessibili e integrati che si affiancano al sistema d'offerta standardizzato e non sono catalogabili come appartenenti esclusivamente ad uno dei due sistemi.

L'integrazione della Rete Sociosanitaria con le politiche sociali ha lo scopo di mantenere la persona fragile nel proprio contesto di vita, valorizzando anche il lavoro di cura e di assistenza svolto dalla famiglia e dai caregiver formali.

Nell'ambito della presa in carico integrata delle fragilità devono trovare posto ad esempio le demenze, la disabilità con particolare riferimento ai minori e/o adolescenti (autismo, disturbi comportamentali dello sviluppo, difficoltà relazionali, vittime di bullismo ecc.), le problematiche di salute mentale con doppia diagnosi di dipendenza ovvero in situazione di grave marginalità, persone affette da ludopatia, percorsi specifici di sostegno alla donna vittima di violenza ecc. Sono bisogni necessitanti di assistenza e interventi flessibili, valutazione degli aspetti sociali, sociosanitari e sanitari, integrazione delle professionalità e delle competenze e sviluppo di un progetto personalizzato che tocchi tutte le dimensioni di vita della persona e della sua famiglia, con identificazione di un budget di cura e la definizione di costi standard di prestazioni/interventi.

Per il rafforzamento dell'integrazione socio-sanitaria è imprescindibile infine la considerazione anche delle seguenti dimensioni:

- a. dimensione professionale: promuovendo sia percorsi di formazione comune tra operatori sociali e sanitari in diverse aree di settore, sia la cultura dell'ascolto reciproco e della costruzione partecipata dei servizi innovativi sui territori
- b. dimensione organizzativa: promuovendo processi di reingegnerizzazione dei percorsi per l'erogazione dei servizi e definizione di metodologie e strumenti condivisi di valutazione dei casi
- c. dimensione informativa: promuovendo l'unicità del trattamento dei dati comuni.

Potenziamento e Decentralizzazione della Rete Sanitaria nel Territorio

In coerenza con il programma di governo della Giunta Regionale "Ricostruiamo le Marche", in risposta alle numerose sollecitazioni da parte dei Comuni delle aree interne, la Regione intende mettere in atto un'azione concreta per il riequilibrio del territorio in risposta alle emergenti necessità assistenziali, in ottica di prossimità, per patologie a media e bassa intensità di cure, soprattutto ad accesso diretto da parte del cittadino. Pertanto, considerando anche lo scenario dei bisogni assistenziali emersi durante la fase pandemica da Covid-19, si intende rivedere le direttrici di sviluppo della rete sanitaria marchigiana mettendo in campo azioni che favoriscano un maggiore equilibrio della rete ospedaliera, evitando concentrazioni, con maggior diffusione nel territorio.

La Regione Marche riconosce, nell'ambito del proprio territorio, aree particolarmente disagiate con condizioni meteorologiche e geografiche ostili, tipicamente in ambiente montano o premontano, collegate con modalità non agevoli con la principale rete viaria regionale, alle quali si aggiungono anche specifici aspetti di vulnerabilità sismica. Al fine di garantire maggiore prossimità dei servizi sanitari alle popolazioni residenti nelle suddette aree, si provvederà a rafforzare in particolare, presso le strutture di Amandola e Pergola, sia le attività di pronto soccorso, con personale medico dedicato all'Emergenza-Urgenza (D.M. 30.01.98) e integrato con il DEA di riferimento per il servizio e l'aggiornamento relativo, sia globalmente i servizi sanitari, soprattutto per attività

diagnostica radiologica che verrà completata anche con apparecchiature TAC/RMN aggiornate e possibilità di trasmissione di immagini in rete al centro hub/spoke più vicino.

Il potenziamento e la riorganizzazione dei servizi sanitari territoriali ed extra ospedalieri rappresenta una delle principali linee di sviluppo tracciate dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) nella Missione M6 relativa alla Salute e in particolare nella componente 1 M6C 1 " *Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale*".

L'investimento si concentra sul potenziamento e sulla creazione di strutture e presidi che rappresentino il riferimento territoriale per la presa in carico del bisogno di salute dei cittadini.

Nello specifico, il PNRR identifica due tipologie di strutture: le Case della Comunità (CdC) e gli Ospedali di Comunità (OdC).

La Casa della Comunità (CdC), rappresenta il modello organizzativo che rende concreta l'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. È infatti, il luogo fisico, di prossimità e di facile individuazione al quale il cittadino può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria e socio-sanitaria.

Gli OdC si configurano come strutture di ricovero di cure intermedie e si collocano tra il ricovero ospedaliero, tipicamente destinato al paziente acuto, e le cure territoriali. Gli OdC sono quindi strutture sanitarie della rete territoriale dedicate al ricovero breve, secondo gli standard definiti dall'Intesa in sede di Conferenza Stato Regioni n. 17/CSR del 20/02/2020 destinate a pazienti che necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica. -In particolare tali interventi sono rivolti a favorire una efficace dimissione protetta in luoghi, prossimi al domicilio, più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia.

Tale intervento è strettamente integrato e connesso con la Linea di attività 1.1.3 "Rafforzamento servizi sociali per dimissione anticipata/prevenzione dell'ospedalizzazione" della Missione 5 Componente 2 del PNRR che con il LEPS "Dimissioni protette" previsto dal Piano Nazionale Politiche Sociali e riguarda interventi per rafforzare i servizi sociali a domicilio per garantire la dimissione anticipata e prevenire il ricovero in ospedale.

Con D.G.R. n. 656 del 26/05/2022 " *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Missione 6 Salute – Componenti 1 e 2: Aggiornamento dell'elenco degli interventi di cui alla delibera n. 271 del 14/03/2022 e approvazione del Piano Operativo Regionale*" è stato approvato il Piano Operativo Regionale (POR) che raccoglie tutti gli interventi, finanziati con fondi PNRR M6 Salute, rivolti al potenziamento dell'assistenza territoriale.

Tra i vari interventi previsti, sono coinvolte nelle attività di adeguamento le strutture di Cingoli, Cagli e Fossombrone (già Ospedali di Comunità in base alla D.G.R. 139/2016) che saranno, così potenziate quali Case della Comunità, a rappresentare un nodo strategico del percorso di cura, presso strutture di prossimità, del paziente con basso margine di imprevedibilità e/o instabilità clinica, riducendo il rischio di una ospedalizzazione impropria ed una precoce istituzionalizzazione.

Presso tali strutture, situate in zone geograficamente e meteorologicamente disagiate, saranno rese disponibili prestazioni di specialistica ambulatoriale, diagnostica radiologica e laboratoristica per la copertura completa dei bisogni sanitari della popolazione residente: Centro Unico Prenotazioni (CUP), Punto Unico di Accesso (PUA), Punto Prelievi, Centro Assistenza Limitata Dialisi (CAL), Continuità assistenziale, Assistenza infermieristica h12, 7su7gg, Diagnostica di base, Equipe Multiprofessionali (MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali Interni, Infermieri e figure sociosanitarie), Screening, Ambulatori specialistici (Cardiologia, Diagnostica vascolare, Ematologia, Endocrinologia, Diabetologia, Geriatria, Ginecologia, Medicina interna, Nefrologia, Neurologia, Oculistica, Oncologia, Ortopedia, Otorinolaringoiatria, Flebologia, Dermatologia, Urologia, Gastroenterologia, Riabilitazione, Pneumologia, Psichiatria e Psicologia Clinica), Attività Immunotrasfusionale, Attività di Riabilitazione e Terapia Fisica, Ambulatorio Chirurgico (Endoscopia digestiva di I livello, Chirurgia breve, ecc), Centro Ambulatoriale Terapia del Dolore.

Tali strutture sono già dotate di moduli di degenza di cure intermedie, in quanto già Ospedali di Comunità, e sono dotate di posti letto di riabilitazione e/o di lungodegenza. Saranno inoltre previsti percorsi, di potenziamento della rete di Emergenza Urgenza, mediante la presenza di personale medico dedicato H24, in aggiunta a quello già presente nelle ambulanze medicalizzate.

Tali strutture organizzative territoriali, integrate funzionalmente con l'Assistenza primaria e la Continuità Assistenziale, hanno il compito di garantire le necessarie prestazioni sanitarie ai cittadini, residenti in aree

particolarmente disagiate, con compiti di stabilizzazione ed eventuale trasporto al Pronto Soccorso/DEA di riferimento attraverso la rete del 118, diagnosi e trattamento di patologie emergenti a media e bassa intensità assistenziale che non richiedono la presa in carico presso il PS/DEA di riferimento, osservazione breve non intensiva, teleconsulto e telemonitoraggio. In particolare, presso la struttura di Cingoli, già dotata di un reparto di Lungodegenza, potrà essere previsto il potenziamento delle risorse umane dedicate all'Emergenza-Urgenza (D.M. 30.01.98), integrate dal punto di vista organizzativo e funzionale con il DEA di riferimento, al fine di garantire, in modalità H24, prestazioni di media e bassa intensità assistenziale più prossime al territorio e contribuire ad attenuare l'attuale sovraccarico di lavoro del pronto soccorso degli ospedali per acuti di riferimento.

Ulteriore elemento strategico per la gestione e il coordinamento della risposta ai bisogni sanitari in ambito territoriale è rappresentato dalla Centrale Operativa Territoriale, strumento organizzativo innovativo, introdotto con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, che svolgerà la funzione di coordinamento della presa in carico del cittadino/paziente e di raccordo tra servizi e soggetti coinvolti nel processo assistenziale nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e della rete di emergenza-urgenza.

Area Medicina Legale

Le molteplici attività di medicina legale previste dalla DGRM n. 1526/97 necessitano di un modello organizzativo da potenziare allo scopo di renderle omogeneamente applicabili in tutto il territorio regionale tenendo conto della multidisciplinarietà che esse comportano. È necessario valorizzare l'attività medico-legale di supporto e di consulenza in ambito aziendale ospedaliero e territoriale nei casi di presunti casi di responsabilità professionale sanitaria in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge n. 24/2017 (legge Gelli) Ciò sia come supporto medico-legale all'operato dei sanitari del SSR in fase clinica che come consulenti nelle fasi di contenzioso stragiudiziale e giudiziale. Vanno considerate, inoltre, le modifiche legislative intervenute in merito agli accertamenti degli stati disabilitanti – invalidità civile, stato di handicap, collocamento al lavoro - (Legge n. 102/2009) che impongono una sinergia operativa, anche informatica, tra le strutture medico-legali regionali e l'INPS nell'ottica di una semplificazione delle procedure esistenti, del rispetto del rigore metodologico, della trasparenza, della migliore accessibilità alle prestazioni anche certificative da parte dell'utenza specie di quella fragile.

I principali obiettivi per quest'area sono rappresentati dai seguenti:

- costituzione di un Gruppo tecnico regionale di coordinamento
- potenziamento sanitario ed amministrativo delle UU.OO.CC di Medicina Legale
- migliorare/semplificare il percorso del cittadino in tutte le prestazioni medico-legali di competenza del SSR;
- attuazione delle indicazioni di cui al D.M. 03/04/2017 "Linee guida per l'assistenza, riabilitazione e trattamento dei disturbi psichici dei rifugiati e delle vittime di tortura;
- riduzione dei Tempi di attesa nell'espletamento degli accertamenti per il riconoscimento dell'invalidità civile, handicap e collocamento mirato al lavoro utilizzando il sistema informatico VOA (Verifiche ordinarie ASL) già operativo e testato da questa Regione, diffuso dall'INPS in tutto il territorio nazionale.

Medicina di Genere

Regione Marche intende proseguire nel percorso già avviato in questi anni di riconoscimento delle differenze biologiche e socioculturali di genere, con la finalità di promuovere eguaglianza ed equità nella salute.

Porre attenzione al genere in sanità pubblica è una scelta strategica e richiede:

- La promozione di iniziative di prevenzione genere-specifiche;
- La creazione di percorsi diagnostico- terapeutici declinati secondo il genere;
- Attenzione alle problematiche genere-specifiche in tutte le azioni di sviluppo sanitario e sociosanitario;
- Inclusione degli aspetti di genere nella elaborazione dei flussi informativi;
- Formazione verso tutti gli operatori sanitari sia relativamente alla tematica specifica sia ponendo attenzione che gli aspetti clinici trattati nei diversi ambiti formativi siano trattati anche in relazione al genere;

- Confronto con gli ambiti di ricerca studio e formazione accademica affinché vengano sviluppate ricerche genere-specifiche;
- Informazione diffusa sulla medicina di genere e le sue implicazioni a livello della salute;
- Incremento della partecipazione a bandi nazionali che premiano quelle strutture che offrono servizi dedicati alla prevenzione, diagnosi e cura delle principali patologie di genere (Bandi Bollini Rosa e Bollini Azzurri per gli ospedali e Bollini RosaArgento per le RSA promossi dall'Osservatorio nazionale sulla salute della donna e di genere – Fondazione ONDA).

2.2 LE STRUTTURE DISTRETTUALI

Il Decreto Ministeriale 23 maggio 2022 n. 77 ha adottato il regolamento recante “*Modelli e standard per lo sviluppo dell’Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale*” con la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale, ai sensi dell’art. 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311. Con questo documento, per la prima volta vengono definiti gli standard che dovranno essere rispettati in ogni Regione per quanto riguarda l’assistenza territoriale.

Il ruolo centrale nel sistema territoriale deve essere svolto dal Distretto sanitario al cui interno si colloca la Casa della Comunità come luogo dove i cittadini potranno trovare assistenza h24 ogni giorno della settimana.

All’interno del Distretto vi devono essere gli Ospedali di Comunità con una forte presenza di assistenza infermieristica principalmente orientati alla presa in carico dei pazienti nelle fasi post ricovero ospedaliero o in tutti quei casi dove c’è bisogno di una particolare assistenza vicino al domicilio del paziente. Nel nuovo sistema un forte ruolo rivestiranno gli infermieri di famiglia o comunità che saranno impiegati in molte delle nuove strutture definite dal decreto.

A coordinare i vari servizi presenti nel Distretto vi saranno poi le Centrali operative territoriali e forte impulso verrà dato al numero di assistenza territoriale europeo 116117 che i cittadini potranno chiamare per richiedere tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensità assistenziale. Vengono poi fissati gli standard per l’assistenza domiciliare e viene definito l’utilizzo dei servizi di Telemedicina.

Il decreto ministeriale rappresenta nella sostanza la riforma degli attuali assetti delle cure primarie e ha il compito decisivo di indirizzare l’impiego delle risorse del PNRR. Di seguito vengono richiamati gli elementi principali del decreto riguardanti funzioni, requisiti e standard delle strutture dell’area territoriale la cui realizzazione costituisce un obiettivo prioritario della Regione Marche.

Obiettivi Prioritari:

- implementazione dei nuovi modelli organizzativi di assistenza territoriale (Casa della Comunità, Ospedale di Comunità, Centrale Operativa Territoriale) anche attraverso nuovi modelli di governance, che prevedano interazione e integrazione strutturata con i servizi sociali di ATS quali i servizi sociali territoriali per la presa in carico, gli sportelli di segretariato sociale, i centri servizi/stazioni di posta (di cui alla Linea di attività 1.3.1 “Centri servizi e stazioni di posta per la povertà” del PNRR M5C2 – intervento finalizzato alla realizzazione di centri di servizi ed inclusione volti ad offrire attività di presidio sociale e sanitario e di accompagnamento per persone in condizione di deprivazione materiale, di marginalità anche estrema e senza dimora, per facilitare l’accesso alla intera rete dei servizi, l’orientamento e la presa in carico, al tempo stesso offrendo alcuni servizi essenziali a bassa soglia (servizi di ristorazione, di orientamento al lavoro, di distribuzione di beni alimentari, di screening e prima assistenza sanitaria, di consulenza amministrativa e legale, ecc.);
- Sviluppo e implementazione di nuovi flussi informativi Sanitari, integrati con flussi informative riferiti ai servizi sociali, strutturati per i nuovi percorsi di assistenza territoriale e per attivare cruscotti informativi di monitoraggio.

2.2.1 Distretto: funzioni e standard organizzativi

Il Distretto costituisce il centro di riferimento per l’accesso a tutti i servizi che sul territorio devono essere garantiti da una Azienda sanitaria. Attraverso la Casa della Comunità, che costituisce una sua articolazione, persegue l’integrazione tra le diverse strutture sanitarie, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, l’uniformità dei livelli di assistenza e la pluralità dell’offerta. Il Distretto deve garantire una risposta assistenziale integrata in termini di risorse, strumenti e competenze professionali impiegate, per determinare una efficace presa in carico della popolazione di riferimento.

Ai fini della programmazione, per un Distretto di circa 100.000 abitanti, con variabilità secondo criteri di densità di popolazione e caratteristiche orografiche del territorio, devono essere previsti i seguenti standard:

- almeno 1 Casa della Comunità *hub* ogni 40.000-50.000 abitanti;
- Case della Comunità *spoke* e ambulatori di Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali. Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunità, avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente;
- 1 Infermiere di Famiglia o Comunità ogni 3.000 abitanti Tale standard è da intendersi come numero complessivo di Infermieri di Famiglia o Comunità impiegati nei diversi setting assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola;
- 1 Unità di Continuità Assistenziale UCA (1 medico e 1 infermiere) ogni 100.000 abitanti;
- 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore;
- 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti.

All'interno del progetto per il PNRR, come descritto nello specifico capitolo del presente Piano, la Regione Marche intende istituire i Distretti coerentemente con gli standard previsti, perseguendo la coincidenza con gli Ambiti Territoriali Sociali (ATS). A tal fine occorrerà attivare un processo di concertazione con i Sindaci e con i territori per la definizione dei nuovi confini di ATS coincidenti con i Distretti Sanitari; quindi una volta definiti i Distretti Sanitari andranno poi definiti gli ATS. Al fine di concretizzare la programmazione e gestione integrata socio-sanitaria, si potranno prevedere accordi tra Distretti Sanitari e ATS (ad esempio estensivi dell'accordo citato per l'area della non autosufficienza e previsto dal PNNA) che tengano conto dell'esperienza delle UOSes di cui alla DGR 111/2015.

Tali accordi saranno strategici per dare attuazione alle previsioni del DM 77/2022 relative al Programma delle attività territoriali, secondo le quali tale programmazione determinerà le risorse per l'integrazione socio-sanitaria e le quote, rispettivamente, a carico delle aziende sanitarie e dei comuni e al fine di valorizzare e integrare le risorse delle comunità di riferimento su cui insiste il Distretto, esso è proposto, sulla base delle risorse assegnate, dal Comitato dei sindaci dei Comuni appartenenti all'Ambito Territoriale Sociale e dal Direttore di distretto ed è approvato dal direttore generale della ASL/AST.

2.2.2 Casa della Comunità

La Casa della Comunità (CdC) rappresenta un nuovo strumento del Servizio Sanitario Nazionale (finanziato anche tramite il PNRR) e una evoluzione della Casa della Salute (D.M. 10 Luglio 2017).

La Casa della Comunità:

- è il luogo fisico pubblico, di prossimità e di facile individuazione al quale l'assistito può accedere per entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria;
- è una struttura facilmente riconoscibile e raggiungibile dalla popolazione di riferimento per:
 - l'accesso,
 - l'accoglienza,
 - l'orientamento,
 - la progettazione e l'erogazione degli interventi sanitari;
- introduce un modello organizzativo di approccio integrato e multidisciplinare attraverso la modalità operative dell'équipe multiprofessionale territoriale (MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali, Infermieri di famiglia o comunità, Psicologi, Ostetrici, Professionisti dell'area della Prevenzione, della Riabilitazione e Tecnica e Assistenti Sociali);
- rappresenta il luogo in cui il SSN si coordina e si integra con il sistema dei servizi sociali e degli enti locali del bacino di riferimento, generando percorsi assistenziali integrati, multidimensionali e multiambito;

- è la sede dove si realizza il LEPS di processo (comma 163 della L234/2021) secondo le diverse fasi stabilite dal Piano nazionale e regionale per la non autosufficienza 2022/2024.

La CdC svolge quattro funzioni principali:

1. interpreta il quadro dei bisogni della comunità di riferimento;
2. tutte le professioni integrate dialogano tra loro e con la comunità di riferimento;
3. sviluppa un budget di comunità per l'utilizzo delle risorse pubbliche;
4. attinge dai sistemi informativi istituzionali e dalle reti sociali le informazioni per delineare i bisogni della comunità;
5. nell'ambito delle Case di Comunità si collocano i Punti Unici di Accesso (PUA) - ai sensi del comma 163 della legge n.234/2021 - con la funzione di garantire alle persone in condizioni di non autosufficienza l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari. All'interno del PUA operano l'équipe integrata che deve assicurare la funzionalità delle Unità di valutazione e la definizione del progetto di assistenza individuale integrata (PAI).

Ai sensi del comma 163 della legge n.234/2021 nell'ambito delle Case di Comunità si collocano i Punti Unici di Accesso (PUA) con la funzione di garantire alle persone in condizioni di non autosufficienza l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari. All'interno del PUA operano l'équipe integrata che deve assicurare la funzionalità delle Unità di valutazione e la definizione del progetto di assistenza individuale integrata (PAI).

Il decreto ministeriale prevede due modelli organizzativi per le case di Comunità (modello Hub&Spoke), e stabilisce i seguenti *Standard*:

- 1 Casa della Comunità *hub* ogni 40.000-50.000 abitanti;
- Case della Comunità *spoke* e ambulatori di Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali, nel pieno rispetto del principio di prossimità. Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente; alle Case della Comunità accederanno anche gli specialisti ambulatoriali.

Standard di personale per 1 Casa di Comunità *hub*:

- 7-11 Infermieri, 1 assistente sociale, 5-8 unità di Personale di Supporto, (Sociosanitario, Amministrativo).

La Casa della Comunità *hub* è anche la sede operativa dell'UCA, alla quale afferisce anche dal punto di vista organizzativo.

La realizzazione delle Case della Comunità deve quindi consentire il potenziamento e la riorganizzazione dei servizi offerti sul territorio migliorandone la qualità. La Casa della Comunità diventerà lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti, in particolare quelli rivolti ai malati cronici. Nella Casa della Comunità sarà presente il punto unico di accesso alle prestazioni sanitarie. La Casa della Comunità sarà la struttura fisica in cui opererà un team multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità e altri professionisti della salute e potrà ospitare anche assistenti sociali. La presenza degli assistenti sociali nelle Case della Comunità rafforzerà il ruolo dei servizi sociali territoriali nonché una loro maggiore integrazione con la componente sanitaria assistenziale.

2.2.3 Ospedale di Comunità

L'Ospedale di Comunità (OdC) è una struttura sanitaria di ricovero della rete di offerta dell'Assistenza Territoriale. Svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero per consentire di evitare ricoveri ospedalieri impropri nonché per favorire dimissioni protette in luoghi più idonei laddove siano prevalenti fabbisogni di carattere sociosanitario nonché necessità di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia più prossimi al domicilio. In particolare, è rivolta a pazienti che necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, poiché soggetti a episodi di acuzie minore o di

riacutizzazione di patologie croniche, o che richiedono assistenza o sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio o in mancanza di idoneità del domicilio stesso. Tali necessità possono concretizzarsi sia in occasione di dimissione da struttura ospedaliera, sia per pazienti che si trovano al loro domicilio, in questo secondo caso possono rientrare anche ricoveri brevi.

L'OdC può avere una sede propria, essere collocato in una Casa della Comunità, in strutture sanitarie polifunzionali, presso strutture residenziali sociosanitarie oppure essere situato in una struttura ospedaliera, ma è riconducibile ai servizi ricompresi nell'assistenza territoriale distrettuale.

Un elemento particolarmente significativo del ricovero presso queste strutture riguarda il coinvolgimento attivo e consapevole, nonché la capacità di auto-cura dei pazienti e del familiare/caregiver, ricorrendo a modalità di formazione e addestramento sulle migliori pratiche di gestione delle condizioni cliniche e terapeutiche e al riconoscimento precoce di eventuali sintomi di instabilità.

Gli Standard previsti dal decreto ministeriale sono i seguenti:

- 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti;
- 0,2 posti letto per 1000 abitanti da attuarsi in modo progressivo secondo la programmazione regionale.

Standard di personale per 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto:

- 7-9 Infermieri (di cui 1 Coordinatore infermieristico), 4-6 Operatori Sociosanitari, 1-2 unità di Altro personale sanitario con funzioni riabilitative e un Medico per almeno 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7.

L'OdC deve essere una struttura sanitaria in possesso di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi che garantiscano la qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti, nonché la misurazione dei processi e degli esiti. Il decreto prevede infatti il rispetto dei requisiti stabiliti dalle vigenti leggi in materia di protezione antisismica, protezione antincendio, protezione acustica, sicurezza e continuità elettrica, sicurezza anti-infortunistica, igiene dei luoghi di lavoro, protezione dalle radiazioni ionizzanti, barriere architettoniche, smaltimento dei rifiuti, condizioni microclimatiche, impianti di distribuzione dei gas, materiali esplosivi (requisiti minimi strutturali e tecnologici generali di cui al DPR 14.01.1997 e s.m.i.), a garanzia della sicurezza e della salute di pazienti, cittadini e operatori.

2.2.4 Centrale Operativa Territoriale

La Centrale Operativa Territoriale (COT) è un servizio a valenza distrettuale e svolge una funzione di coordinamento per la presa in carico della persona e di raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali riguardanti attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, e ospedaliere, relazionandosi anche con la rete dell'emergenza-urgenza.

La COT deve svolgere un ruolo di raccordo tra i vari servizi fornendo:

- Il coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali (transizione tra i diversi setting: ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere, ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o dimissione domiciliare);
- il coordinamento/ottimizzazione degli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale;
- il tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro;
- il supporto informativo e logistico, ai professionisti della rete assistenziale (MMG, PLS, MCA, IFoC ecc.), riguardo le attività e servizi distrettuali;
- il monitoraggio, anche attraverso strumenti di telemedicina, dei pazienti in assistenza domiciliare e gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona (telemedicina, teleassistenza, strumenti di e-health, ecc.), utilizzata operativamente dalle CdC e dagli altri servizi afferenti al Distretto, al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno.

Gli Standard previsti dal decreto ministeriale sono i seguenti:

- 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore;
- Standard di personale di 1 COT per 100.000 abitanti: 1 Coordinatore infermieristico, 3-5 Infermieri, 1-2 unità di Personale di Supporto.

L'intervento della COT può essere richiesto da MMG, PLS e medici di continuità assistenziale, medici specialisti ambulatoriali interni, e altri professionisti sanitari presenti nei servizi aziendali e distrettuali nonché personale delle strutture di ricovero intermedie, residenziali e semiresidenziali. Deve essere operativa 7 giorni su 7 e, al fine di garantire un accesso alla totalità dei servizi disponibili sul territorio, nonché affrontare situazioni complesse o di emergenza, deve usufruire di un sistema informativo condiviso e interconnesso con la Centrale Operativa Regionale 116117.

2.2.5 Centrale Operativa 116117

La Centrale Operativa 116117 è la sede del Numero Europeo Armonizzato (NEA) per le cure mediche non urgenti e offre un servizio telefonico gratuito alla popolazione attivo 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 per tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensità assistenziale.

Il servizio permette alla popolazione di entrare in contatto con un operatore, sanitario o tecnico-amministrativo opportunamente formato, che possa fornire assistenza, direttamente o attraverso il trasferimento di chiamata al servizio competente, a valenza sociosanitaria. In particolare:

- garantisce una risposta operativa con trasferimento di chiamata per prestazioni e/o consigli medici non urgenti nelle ore di apertura del servizio di Continuità Assistenziale, e consente l'individuazione e il trasferimento delle richieste di soccorso sanitario urgente al 118/112;
- garantisce la risposta di tipo informativo e può essere prevista anche la risposta operativa con trasferimento di chiamata per l'accesso a MMG/PLS anche in caso di difficoltà di reperimento, per consigli sanitari non urgenti prima dell'orario di apertura del servizio di Continuità Assistenziale e dopo l'orario di chiusura con eventuale inoltro della chiamata al 118, per l'accesso alla Guardia medica turistica.

Gli Standard previsti dal decreto ministeriale sono i seguenti:

- 1 Centrale Operativa NEA 116117 ogni 1-2 milioni di abitanti o comunque a valenza regionale (se con popolazione inferiore allo standard), incrementabile sulla base della numerosità della popolazione. La Centrale Operativa 116117 raccoglie le chiamate di uno o più distretti telefonici in funzione delle dimensioni dei distretti stessi e delle modalità organizzative stabilite dalla Regione.

2.3 CURE PRIMARIE E MEDICINA TERRITORIALE

Nella logica evolutiva del sistema sociosanitario della Regione Marche un ruolo centrale lo svolgono le cure primarie, in particolare con le figure del Medico di Medicina Generale (MMG) e del Pediatra di Libera Scelta (PLS). La medicina di famiglia, che già rappresenta il luogo centrale della cura e il primo accesso per l'assistito, viene valorizzata nella sua dimensione clinica e preventiva e le viene riconosciuto un ruolo fondamentale nel percorso di presa in carico del malato, con l'introduzione della figura all'interno della Casa della Comunità per garantire la presenza medica h12 e per rafforzare la rete di integrazione con i servizi socio-sanitari e con gli specialisti.

Le azioni della Regione dovranno favorire il ruolo centrale nella presa in carico svolto dai medici di cure primarie, incentivando l'accesso presso le Case della Comunità (CdC) che favorisca la massima collaborazione con la medicina specialistica, anche attraverso lo sviluppo tecnologico dell'informatica e della telemedicina. In

cooperazione con il medico di famiglia, sia presso la CdC, che a domicilio, che nei luoghi della comunità di riferimento, viene introdotta la figura dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC).

In particolare i medici delle cure primarie saranno inseriti nelle Case della Comunità con il ruolo centrale:

- di prevenzione e promozione della salute;
- di individuazione dei fattori di rischio e di diagnosi tempestiva delle patologie croniche anche attraverso lo sviluppo della medicina di iniziativa e di strategie di offerta attiva;
- di presa in carico dei pazienti cronici e fragili;
- di partecipazione alle attività di valutazione multidimensionale;
- di integrazione della continuità assistenziale nelle funzioni erogate dalle forme associate di cure primarie.

Da un punto di vista degli strumenti, andranno promosse, anche attraverso l'utilizzo delle diverse forme incentivanti e attraverso idonee sperimentazioni:

- la collaborazione con i medici specialistici, anche attraverso un sistema informativo, che favorisca tale attitudine;
- l'interazione con i servizi presenti all'interno della CdC;
- la disponibilità di adeguate forme di supporto amministrativo e informatico.

Obiettivo Prioritario:

Medio termine:

Potenziamento delle cure primarie attraverso l'inserimento di MMG e PLS all'interno delle Case della Comunità.

2.4 ASSISTENZA DOMICILIARE

A partire dal D.L. 19 maggio 2020, n. 34 si pone particolare attenzione al potenziamento della rete territoriale. Infatti le aziende sanitarie, tramite i distretti, provvedono a garantire tutte le attività domiciliari personalizzate in base al bisogno delle persone assistite assicurando, anche in tempo di covid, adeguato supporto socio-sanitario per il loro monitoraggio.

In seguito all'esperienza pandemica da Sars-Cov-2, le Regioni, per garantire il massimo livello di assistenza compatibile con le esigenze di Sanità Pubblica e di sicurezza delle cure in favore dei soggetti contagiati identificati attraverso le attività di monitoraggio del rischio sanitario, nonché di tutte le persone fragili la cui condizione risulta aggravata dalla situazione di emergenza, hanno incrementato e indirizzato le azioni terapeutiche e assistenziali a livello domiciliare, sia con l'obiettivo di assicurare le accresciute attività di monitoraggio e assistenza connesse all'emergenza epidemiologica, sia per rafforzare i servizi di assistenza domiciliare integrata per gli assistiti in isolamento domiciliare o quarantenati nonché per i soggetti cronici, disabili, con disturbi mentali, con dipendenze patologiche, non autosufficienti, con bisogni di cure palliative, di terapia del dolore, e in generale per le situazioni di fragilità tutelate ai sensi del Capo IV del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale, Serie Generale, n. 65 del 18.03.2017 - S.O. n. 15. A tal fine, nel rispetto dell'autonomia regionale in materia di organizzazione dei servizi domiciliari, le regioni sono state autorizzate ad incrementare la spesa del personale nei limiti stabiliti.

Al fine di garantire che anche le cure domiciliari, in quanto livello essenziale di assistenza, rispondano ai principi fondamentali del SSN come definiti dall'articolo 1, commi 1 e 2, del D. lgs. 502/1992 e s.m.i, è stato gradualmente introdotto il sistema di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento anche per l'erogazione delle cure domiciliari.

In primis, la L. n. 178/2020 (legge di bilancio 2021), all'articolo 1, comma 406, introduce alcune modifiche al D.lgs. n. 502/1992 che estendono l'applicazione del sistema di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento

istituzionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie, alle organizzazioni pubbliche e private che erogano cure domiciliari (artt. 8-ter e 8-quarter). Per dare esecuzione alle modifiche di cui al paragrafo precedente, la Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato e le Regioni ha sancito l'Intesa 151/CSR del 4 Agosto 2021 recante *“Proposta di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditamento delle cure domiciliari, in attuazione dell'articolo 1, comma 406, della legge 30 dicembre 2020, n. 178”*

In base all'Intesa le Regioni e le Province Autonome devono dotarsi di un sistema di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale delle organizzazioni pubbliche e private per l'erogazione di cure domiciliari, determinando, inoltre, il fabbisogno territoriale di questi servizi.

Con D.G.R. n. 6 del del 16/01/2023 la Regione Marche ha approvato il Manuale di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio e il manuale di accreditamento delle organizzazioni pubbliche e private che erogano cure domiciliari.

Inoltre nel Regolamento “Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale”, di cui al D.M. 77/2022, viene riportato che l'Assistenza Domiciliare è un servizio a valenza distrettuale finalizzato all'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza. Lo standard previsto è il seguente: 10% della popolazione over 65 da prendere in carico progressivamente, calcolato su tutti i livelli di coefficiente di intensità assistenziale (CIA).

Le cure domiciliari, nelle forme previste nell'ambito dei Livelli essenziali di assistenza, si configurano come un servizio in grado di gestire al domicilio interventi a diverso livello di intensità e complessità dell'assistenza in relazione alla definizione di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato.

La differenziazione per intensità e complessità delle risposte assistenziali, è determinata a seguito della Valutazione Multidimensionale e della conseguente formulazione di un Progetto di assistenza individuale integrato (PAI), che comprende, quando necessario, anche il Piano di Riabilitazione Individuale (PRI). La valutazione multidimensionale è effettuata dall'Unità Valutativa, garantendo anche la rivalutazione periodica della persona assistita e la definizione dei criteri di dimissione o passaggio ad altri setting assistenziali. In relazione a quanto stabilito nel PAI deve essere assicurato il coinvolgimento degli specifici specialisti, consentendo quindi il coinvolgimento di tutte le competenze richieste in termini di offerta sanitaria, oltre che del paziente e del caregiver. Il responsabile clinico del paziente è il Medico di Medicina Generale o il Pediatra di Libera Scelta.

Al fine di continuare l'azione di potenziamento dell'ADI, iniziata nel periodo emergenziale la Regione intende impegnare la figura dell'Infermiere di Famiglia o Comunità nell'ambito del setting domiciliare.

Il setting domiciliare è rivolto ai pazienti cronici/fragili in condizioni di non autosufficienza e ai pazienti COVID positivi che necessitano di osservazione e assistenza a bassa intensità.

Il setting domiciliare comprende le seguenti attività:

- valutazione del bisogno,
- pianificazione, attuazione e valutazione degli interventi infermieristici,
- valutazione dell'adesione al Piano di cura e assistenza,
- individuazione precoce dei fattori di rischio che possono determinare eventuali ricoveri,
- interventi educativi rivolti agli assistiti e caregiver,
- facilitazione dei raccordi con altri servizi,
- attivazione di percorsi di accesso ai servizi di assistenza integrativa,
- follow up domiciliare,
- interventi educativi, di prevenzione e diagnostici in caso di epidemie,
- misurazione di parametri in telemedicina,
- eccezionale erogazione di prestazioni infermieristiche non riconducibili ad altri servizi,
- effettuazione dei tamponi.

Per garantire prioritariamente la permanenza della persona non autosufficiente al proprio domicilio, qualora

questo sia appropriato in relazione ai bisogni e ai desideri della persona, risulta importante assicurare in forma integrata e unitaria anche la componente sociale dell'assistenza domiciliare, attraverso l'erogazione da parte degli ATS/Comuni del Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD), che ai sensi della L.234/2021, è un LEPS da integrare al LEA ADI.

Comparando le diverse fonti normative è, quindi, possibile identificare sia gli aspetti comuni organizzativi e operativi già previsti da entrambi i sistemi, sia la necessità di meglio definire, in primis, a livello istituzionale tra Aziende sanitarie e Ambiti territoriali sociali, i processi che consentano una reale garanzia di percorsi di presa in carico integrata per le persone non autosufficienti.

<p>L.234/21 art. 1 comma 162 Assistenza domiciliare sociale quale servizio caratterizzato dalla prevalenza degli interventi di cura della persona e di sostegno psico-socio-educativo.</p>	<p>DPCM 12/01/2017 art. 22 Cure domiciliari di livello base: costituite da prestazioni professionali in risposta a bisogni sanitari di bassa complessità di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo, anche ripetuti nel tempo; le cure domiciliari di livello base, attivate con le modalità previste dalle regioni e dalle province autonome, sono caratterizzate da un «Coefficiente di intensità assistenziale» (CIA (1)) inferiore a 0,14.</p>
<p>L.234/21 art. 1 comma 162</p> <p>Assistenza sociale integrata con i servizi sanitari, ad integrazione di interventi di natura sociosanitaria.</p>	<p>DPCM 12/01/2017 art. 22 Cure domiciliari integrate (ADI) di I^a livello: costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico - infermieristico- assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo -assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un coefficiente intensità assistenziale (CIA) compreso tra 0,14 e 0,30 in relazione alla criticità e complessità del caso.</p>
	<p>DPCM 12/01/2017 art. 22 Cure domiciliari integrate (ADI) di II^a livello: costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo Medico - infermieristico- assistenziale ovvero prevalentemente di tipo Riabilitativo -assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,31 e 0,50, in relazione alla criticità e complessità del caso.</p>
	<p>DPCM 12/01/2017 art. 22 Cure domiciliari integrate (ADI) di III^a livello: costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci, dei dispositivi medici monouso, dell'assistenza protesica, nonché</p>

<p>dei preparati per nutrizione artificiale a favore di persone con patologie che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA maggiore di 0,50, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al caregiver.</p>
--

Obiettivi Prioritari:

Breve termine:

- Potenziamento ADI;
- Integrazione ADI-SAD;
- definizione del modello organizzativo del setting domiciliare in capo alla figura dell'IFoC;

Medio termine:

- 10% di pazienti over65 in assistenza domiciliare (considerando tutti gli assistiti di età pari o superiore a 65 anni "presi in carico" per tutte le classi di CIA)

2.5 INFERMIERE DI FAMIGLIA O COMUNITÀ

Secondo l'Oms il "nuovo infermiere" è colui che aiuta gli individui ad adattarsi a malattia e disabilità cronica trascorrendo buona parte del suo tempo a lavorare a domicilio della persona assistita e della sua famiglia.

L'obiettivo è mantenere, e migliorare nel tempo, l'equilibrio e lo stato di salute della famiglia, nella comunità, aiutandola a evitare o gestire le minacce alla salute. Oggetto dell'assistenza dell'Infermiere di famiglia è l'intera comunità, di cui la famiglia rappresenta l'unità di base. In tal senso l'infermiere di famiglia svolge il suo ruolo nel contesto comunitario di cui fanno parte la rete dei servizi sanitari e sociosanitari, le scuole, le associazioni e i vari punti di aggregazione.

La figura dell'infermiere care manager si affianca a quella del medico clinical manager, cosicché il paziente, dopo aver ricevuto la giusta diagnosi e la scelta della migliore terapia, può essere seguito, guidato e aiutato nei suoi bisogni di salute con approccio proattivo e trasversale da chi esercita la professione infermieristica: un infermiere che lavori in équipe col medico, un infermiere "di famiglia" accanto e a fianco del medico di famiglia, vere e proprie "micro-équipe" sul territorio che siano davvero a fianco del paziente, e che dia a ciascuno il suo ruolo nel rispetto delle singole professionalità.

Nel Regolamento contenente "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale" l'Infermiere di Famiglia o Comunità è visto come la figura professionale di riferimento, in grado di assicurare l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera. L'Infermiere di Famiglia o Comunità interagisce quindi con tutti gli attori e le risorse presenti nella comunità formali e informali. L'Infermiere di Famiglia o Comunità oltre ad erogare direttamente le cure assistenziali, rappresenta anche la figura che garantisce la risposta assistenziale all'insorgenza di nuovi bisogni sanitari espressi e potenziali che insistono in modo latente nella comunità.

Secondo gli Standard previsti dal decreto ministeriale, si deve prevedere almeno 1 Infermiere di Famiglia o Comunità ogni 3.000 abitanti. Tale standard è da intendersi come numero complessivo di Infermieri di Famiglia o Comunità impiegati nei diversi setting assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola.

Si tratta quindi di un professionista che svolge il proprio ruolo nella comunità in maniera reattiva e/o proattiva, in rete con tutti i servizi sociosanitari già offerti per:

- ✓ favorire la promozione e il mantenimento della salute della persona, attraverso il rafforzamento della sua autonomia decisionale, grazie ad un'offerta assistenziale capace di garantire non solo prestazioni, ma anche di anticipare la lettura dei bisogni ancora inespressi;
- ✓ accompagnare persona e famiglia nel percorso di riappropriazione del proprio progetto di salute e di vita;
- ✓ accompagnare la persona assistita e la sua famiglia nell'individuare in fase precoce malattie e/o situazioni di rischio sanitario;
- ✓ cooperare con MMG, PLS e le altre articolazioni territoriali sociosanitarie per accogliere e accompagnare il cittadino in stato di bisogno e la sua famiglia nella scelta più appropriata rispetto al bisogno espresso e le opportunità della rete di offerta territoriale.

Gli effetti possibili conseguenti all'introduzione dell'infermiere di famiglia, si possono riassumere nei seguenti:

- ✓ Favorire la promozione della salute della popolazione attraverso interventi di prevenzione, educazione e informazione sanitaria, influenzando positivamente la qualità della vita e delle persone assistite;
- ✓ Aumentare l'accessibilità e l'orientamento ai servizi favorendo la realizzazione della continuità assistenziale, al fine di garantire un'effettiva presa in carico della persona assistita e l'integrazione fra assistenza sanitaria e sociale, in raccordo e sinergia con i diversi soggetti istituzionali, poli della rete e le diverse professionalità presenti sul territorio;
- ✓ Concorrere a contrastare l'istituzionalizzazione della "fragilità" attraverso l'educazione e il supporto dei pazienti al self management e aumentando la responsabilizzazione delle famiglie (percorsi di engagement);
- ✓ Riduzione dei costi diretti dell'assistenza, a seguito di attività di prevenzione diffusa e individuazione precoce dei bisogni della popolazione;
- ✓ Riduzione del volume di attività dell'assistenza ospedaliera al malato fragile e riduzione accessi inappropriati ai Pronto Soccorso (rafforzamento indice continuità assistenziale);
- ✓ Facilitare le dimissioni precoci in modo protetto;
- ✓ Influenzare positivamente la qualità e la sicurezza delle risposte ai bisogni di salute della popolazione anche attraverso la rilevazione della soddisfazione delle persone assistite.

L'intervento dei professionisti infermieri si sviluppa sostanzialmente in tre ambiti:

- A livello ambulatoriale, l'Infermiere eroga l'assistenza a tutti gli utenti che sono in grado di deambulare e che necessitano di assistenza infermieristica a medio-bassa complessità e/o interventi di educazione – promozione alla salute. L'attività ambulatoriale può essere svolta in strutture residenziali già esistenti nella comunità e affinché si attivino percorsi di integrazione efficaci è fondamentale la vicinanza dell'ambulatorio infermieristico al luogo di attività dell'assistente sociale, facilitando il riconoscimento di una sede socio-assistenziale e di conseguenza l'integrazione delle due aree.
- A livello domiciliare, l'Infermiere eroga l'assistenza a tutti gli utenti che non possono recarsi in ambulatorio per gravi patologie o per difficoltà alla deambulazione che necessitano di assistenza infermieristica a medio- alta complessità, con carattere di continuità, con bassi livelli di autonomia che abbisognano di periodiche prestazioni sanitarie. Inoltre il professionista segue utenti che vivono in un contesto familiare e sociale che richiede una particolare sorveglianza e/o protezione.
- A livello sociale, l'Infermiere svolge attività trasversali di fattivo sostegno dell'integrazione con l'obiettivo di favorire l'attivazione e l'integrazione tra gli operatori sanitari e sociali e le possibili risorse formali ed informali presenti sul territorio utili a risolvere problematiche inerenti i bisogni di salute.

Obiettivi Prioritari:

Breve termine:

- potenziamento delle cure domiciliari e di prossimità;
- definizione del modello organizzativo del setting domiciliare in capo alla figura dell'IFoC;

Medio termine:

- sviluppo di un'assistenza proattiva e dell'empowerment degli assistiti affetti da patologie cronico-degenerative e del loro nucleo familiare.

2.6 CONSULTORIO FAMILIARE

Nell'ambito dell'assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare, il D.P.C.M 12 gennaio 2017 di definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, prevede l'attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle donne, alle coppie e alle famiglie a tutela della maternità e dei vari aspetti della gravidanza, per la procreazione responsabile. Tali attività riconducono ai servizi consultoriali che la Regione Marche ha segnalato come unità d'offerta da valorizzare ma anche da ricondurre alle mutate necessità dell'attuale sistema familiare.

Infatti, la multidisciplinarietà delle aree d'intervento, prevista dal legislatore nel 1975, continua ad essere una prospettiva attuale che necessita, tuttavia, di una nuova e più convinta concretizzazione e attualizzazione.

Il consultorio familiare (CF) e l'attività rivolta ai minori si pongono come uno snodo indispensabile a garanzia della necessaria connessione di tutti i servizi capaci di 'prendere in cura' le diverse fasi del ciclo di vita della donna, della famiglia, dei minori, i diversi sottosistemi relazionali che la compongono e di tutte le situazioni che può attraversare, dalla piena funzionalità alla disfunzionalità.

La famiglia, soggetto primario delle politiche sociali, è un sistema che offre mediazione generazionale e, anche quando sperimenta difficoltà e problemi nelle proprie relazioni o nella crescita dei figli, deve continuare a essere interpretata quale risorsa principale da sostenere e aiutare.

In questa prospettiva il consultorio, servizio ad alta integrazione sociosanitaria, deve assumere il compito di offrire la trasversalità delle risposte ai bisogni riconducibili alla salute dei componenti del 'sistema famiglia' nelle sue varie declinazioni.

In questi anni Regione Marche ha investito su un rinnovamento del consultorio familiare culminato con una modifica del tariffario che ne ha permesso l'ampliamento delle funzioni. A completamento di questa evoluzione si potenzieranno le funzioni sociali di tipo specialistico al fine di sostenere la natalità, la genitorialità, il benessere familiare e la funzione di aiuto per i familiari più fragili e di orientamento anche verso altri servizi.

A partire dalla fase generativa della famiglia, il CF concretizza l'offerta territoriale per la sorveglianza della gravidanza a basso rischio, per l'accompagnamento al parto e al puerperio e opera, storicamente, in raccordo con i servizi ospedalieri (Percorso nascita).

In raccordo con i servizi per la Prevenzione, con quelli deputati alla Salute Mentale Infantile, Adolescenziale e Adulta, nonché con quelli delle Dipendenze, con l'Autorità giudiziaria minorile, e con i servizi sociali degli ambiti territoriali, il Consultorio Familiare attua interventi che si collocano a livello di prevenzione primaria – a sostegno del potenziale positivo della donna, della coppia, della famiglia e degli individui che la compongono, – secondaria – per evitare che un fattore di rischio, individuale o relazionale, possa condurre ad una crisi conclamata – e terziaria rivolgendosi a situazioni familiari disfunzionali o di crisi conclamata anche ampliando le funzioni relative ad attività dedicate in particolare al supporto socio-psico-educativo delle famiglie in tutto il ciclo di vita.

La composizione multidisciplinare dell'équipe consultoriale, tenendo conto delle professionalità indicate dal Regolamento ministeriale, la bassa soglia di accesso, l'approccio non direttivo, orizzontale, la costante attenzione alle differenze di genere, l'approccio integrato, le modalità operative basate sull'offerta attiva, l'adesione al paradigma della partecipazione attiva del cittadino per la costruzione dei processi di salute (empowerment), prospettano il CF, quale nodo importante della rete dei servizi

La collaborazione con il Servizio sociale degli Enti locali garantisce, inoltre, l'integrazione delle attività consultoriali rivolte alle famiglie fragili con gli interventi più prettamente sociali di aiuto alla famiglia e ai minori che possono essere garantite anche in collaborazione con il Terzo settore ed in raccordo con i servizi sociali degli ambiti territoriali, anche attraverso i centri per le famiglie (istituiti con DGR 1216/2012) e gli interventi di supporto alla genitorialità definiti "scuole per genitori" (istituiti con DGR 1117/2011). Inoltre, l'attività del CF richiede un

approccio intersettoriale in quanto, oltre al sociale, vi sono innumerevoli altri attori che possono contribuire alla produzione di benessere dell'individuo e delle comunità (es. settore scolastico, culturale, sportivo), al contenimento del disagio familiare e sociale (es. settore della giustizia, del lavoro).

Coerentemente con tutto quanto richiamato, il presente Piano Socio-Sanitario individua e sostiene tutte le azioni che, in linea con la funzione del CF, svilupperanno, potenziandole (secondo i paradigmi dell'appropriatezza e dell'efficacia), le progettualità ancorate a specifiche e prioritarie aree di bisogno, quali:

- il pre-concepimento, la gravidanza e il puerperio nei primi mesi e sino ai 3 anni di vita del/la bambino/a, con la finalità principale di promuovere la salute delle mamme, dei papà e dei bambini/e, con particolare riferimento alle situazioni a rischio relazionale. Percorsi per il post nascita (allattamento al seno, depressione post partum, arricchimento della genitorialità, ecc.);
- il sostegno precoce del benessere psicologico dei minori in tenera età, figli di genitori fragili al fine di prevenire interventi di controllo sociale e giuridico;
- le attività di prevenzione nell'area dell'infanzia attraverso screening neonatale di II livello, screening diabetologico per i minori;
- la promozione della salute degli adolescenti e dei preadolescenti, improntata all'integrazione e al sostegno delle competenze educative degli adulti, in approccio coordinato con le agenzie educative del territorio e con le altre progettualità/sperimentazioni avviate sul territorio (comprese quelle finanziate con risorse comunitarie);
- la facilitazione dell'accesso al CF tramite l'utilizzo della comunicazione bidirezionale via web con particolare attenzione alla dimensione interculturale;
- l'approccio alla salute di genere nonché gli interventi finalizzati alla prevenzione della salute psicofisica della donna (anche nel ruolo di madre) nelle diverse fasi di vita.
- la prevenzione dei tumori femminili;
- l'intervento sulle 'relazioni diseguali' e violente, intra familiari favorendo il raccordo con i centri antiviolenza;
- la promozione della genitorialità sociale, adottiva e della deistituzionalizzazione delle risposte per la protezione dei minori anche attraverso il potenziamento delle équipe integrate per l'adozione (di cui alla DGR 1896/2002 Linee d'indirizzo per lo sviluppo di una rete di servizi che garantisca livelli adeguati d'intervento in materia di adozione internazionale) e delle équipe integrate affido (di cui all DGR 869/2003 2002 Indirizzi in materia di interventi sociosanitari territoriali relativi all'affidamento familiare di cui alla L.184/93 e ssmi), in collaborazione con gli Enti locali, l'Associazionismo e il Terzo Settore;
- la promozione della procreazione responsabile, della contraccezione e dell'educazione sessuale, l'interruzione volontaria di gravidanza e gli interventi volti alla riduzione del rischio di aborto ripetuto;
- la gestione della separazione della coppia genitoriale al fine di evitare e/o contenere la conflittualità e facilitare le fasi di transizione del sistema familiare, anche nella prospettiva della continuità delle responsabilità genitoriali;
- L'intervento sulle nuove problematiche adolescenziali legate a fenomeni come il ritiro sociale o scolastico, le depressioni e/o crisi di panico, l'abuso di sostanze, le nuove forme di dipendenze, e le minacce di suicidio.

Secondo gli Standard previsti dal Decreto ministeriale n. 77/2022, si deve prevedere 1 consultorio ogni 20.000 abitanti con la possibilità di 1 ogni 10.000 nelle aree interne e rurali. L'attività consultoriale può svolgersi all'interno delle Case della Comunità, privilegiando soluzioni logistiche che tutelino la riservatezza.

Obiettivi prioritari:

Medio termine:

- rafforzamento delle équipe consultoriali con personale dedicato e della rete dei Consultori Familiari;
- aumento della capacità attrattiva dei Consultori Familiari rispetto alla popolazione residente;
- aumento della capacità attrattiva dei Consultori Familiari rispetto agli adolescenti/giovani/stranieri;
- integrazione e raccordo dei consultori familiari con i servizi sociali degli ATS per la presa in carico anche attraverso il rafforzamento delle équipe integrate e per l'affido e l'adozione e i centri famiglia;

- integrazione e raccordo dei consultori familiari con i servizi sociali degli ATS per l'accompagnamento di bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità (Progetto PIPPI) attraverso appositi protocolli operativi per una presa in carico integrata;
- individuazione di un modello organizzativo di gestione della presa in carico congiunta, sociale e sanitaria, di individuazione di efficaci strategie di collaborazione con le Autorità Giudiziarie e con tutti i soggetti istituzionali e non, coinvolti nella Tutela Minori.
- monitoraggio degli interventi definiti, anche a seguito di provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria, di natura sociosanitaria a favore dei minori vittime di abuso, grave maltrattamento e in situazioni di particolare vulnerabilità inseriti in contesti comunitari;
- tutela del passaggio alla maggiore età, momento di crisi per la persona e la sua famiglia, per individuare insieme i servizi appropriati e necessari a una dignitosa qualità della vita;
- implementazione dei flussi informativi e del monitoraggio delle attività.

2.7 PERCORSO NASCITA E AREA MATERNO INFANTILE

2.7.1 Presa in carico della gravidanza secondo i vari livelli di rischio

L'assistenza perinatale è definita adeguata nel momento in cui è in grado di assicurare un buon livello di salute materna e neonatale con il minor carico di cura compatibile con la sicurezza. L'individuazione dinamica del livello di rischio della gravidanza permette di indirizzare gli atti assistenziali verso i servizi più appropriati, di comunicare efficacemente tra operatori e di garantire un adeguato e omogeneo livello di assistenza ostetrica. Il miglioramento della rete assistenziale in campo ostetrico non può prescindere dal concetto di "presa in carico secondo il grado di rischio" introdotto dall'OMS, che prevede tre livelli di assistenza: "assistenza prenatale di base" offerta a tutte le donne, "assistenza addizionale" per patologie e complicanze moderate e "assistenza specializzata ostetrica e neonatale" per pazienti con patologie e complicanze severe. In particolare, all'interno delle patologie e complicanze severe, la prematurità e le patologie malformative rappresentano delle condizioni che possono beneficiare in maniera significativa di una gestione centralizzata e altamente specializzata. Lo sviluppo di una rete regionale con integrazione tra strutture a complessità crescente permette di indirizzare adeguatamente le risorse in modo da fornire il grado di assistenza adeguato al grado di rischio della gravidanza, con una prevalente gestione territoriale da parte dell'ostetrica delle gestanti a basso rischio (assistenza prenatale di base), una centralizzazione verso strutture altamente specializzate delle gestanti che necessitano di "assistenza specializzata ostetrica e neonatale" e un livello intermedio per le gravidanze con patologie o complicanze moderate.

Obiettivo specifico dello sviluppo della rete è quello di garantire l'uniformità dell'assistenza ostetrica su tutto il territorio regionale con un'adeguata presa in carico secondo il grado di rischio, con particolare riferimento alla gestione territoriale della gravidanza a basso rischio e della riduzione delle complicanze neonatali legate alla prematurità e alla patologia malformativa.

Azioni da avviare:

- Definizione delle modalità d'indirizzo delle gestanti verso le strutture di "Assistenza prenatale di base" distribuite sull'intero territorio regionale per la valutazione precoce del livello di Rischio e promozione di percorsi assistenziali appropriate e diversificati per grado di Rischio.
- Definizione delle patologie e condizioni definite come "moderate" o "severe" che devono essere valutate da un medico specialista; definizione delle modalità di indirizzo verso le strutture assistenziali adeguate con potenziamento del modello "hub&spoke" e individuazione di percorsi preferenziali per le gestanti con rischio di parto prematuro o con feti affetti da patologie malformative.

- Potenziamento STAM e STEN (DGR n. 1079 del 03 Agosto 2020 "Sistema di Trasporto Assistito Materno (S.T.A.M.) e Sistema di Trasporto Emergenza Neonatale (S.T.E.N.) nella Regione Marche

Obiettivi prioritari:

Medio termine:

- presa in carico delle gestanti dalle strutture appropriate secondo il livello di Rischio
- potenziamento della gestione da parte del personale ostetrico delle gravidanze a basso rischio

2.7.2 Presa in carico della gravidanza fisiologica

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha individuato nel miglioramento della qualità della vita della madre e del bambino uno degli obiettivi sanitari prioritari a livello mondiale.

Una gravidanza fisiologica è una gravidanza a basso rischio, ovvero una gravidanza in cui non vi sono patologie pregresse o rischi noti per mamma e bambino.

Alle donne con gravidanza fisiologica deve essere offerto il modello assistenziale basato sulla presa in carico da parte dell'ostetrica. In collaborazione con l'ostetrica, il medico di medicina generale, i consultori e le altre strutture territoriali costituiscono la rete di assistenza integrata alla donna in gravidanza. Le professioniste o i professionisti di riferimento, con i quali la donna ha stabilito un rapporto di fiducia, le devono garantire la continuità dell'assistenza durante tutta la gravidanza e, in presenza di eventuali complicazioni, devono definire per la donna un percorso di consulenza specialistica.

Tutti i controlli previsti dai LEA devono poter essere prenotati agevolmente con il SSN, alla luce di una preventiva programmazione basata sul numero dei parti dell'anno precedente.

Obiettivi specifici del modello assistenziale basato sulla presa in carico sono i seguenti:

- Garantire continuità dell'assistenza ostetrica pubblica su tutto il territorio regionale
- Garantire il rispetto dei LEA nei tempi previsti dalla legge
- Garantire il rispetto della fisiologia degli eventi/umanizzazione
- Garantire la sicurezza alla donna e al feto/neonato

Azioni da avviare

- Incrementare/monitorare le attività dei consultori/ambulatori del SSN con un coordinamento interdistrettuale che garantisca una omogeneizzazione delle attività nel rispetto delle EBM
- Migliorare l'integrazione Territorio/ Ospedale in un'ottica di continuità assistenziale:
 - o formazione comune dei professionisti della nascita
 - o istituzione di protocolli comuni per l'assistenza alla gravidanza
 - o sostegno all'ambulatorio per la gravidanza fisiologica gestito da un team di ostetriche territoriali e/o ospedaliere
 - o creazione di una rete per un facile accesso alle cure ospedaliere in caso di comparsa di complicazioni
- Codificare una informatizzazione del Percorso Nascita allo scopo di:
 - o Garantire scelte guidate in un percorso predefinito
 - o Garantire una programmazione in base al numero di gravidanze previste
 - o Individuare nei CUP uno spazio per tutte le prestazioni del percorso nascita previste dai LEA

- Creare una “Agenda della gravidanza”, strumento per fornire le informazioni relative al Percorso Nascita, tradotta in più lingue, con le seguenti funzioni:
 - fornire alla donna informazioni sugli stili di vita da seguire
 - avere a disposizione tutte le impegnative necessarie per un ottimale monitoraggio della gravidanza
 - far conservare tutte le analisi e gli accertamenti richiesti
 - raccogliere i dati clinici da monitorare durante la gravidanza
 - far conoscere il percorso nascita (gravidanza, parto puerperio) e consentire di effettuare delle scelte consapevoli rispetto alle opzioni assistenziali possibili per gravidanza, parto, puerperio
 - avere notizie sulle leggi che regolano i diritti delle lavoratrici madri
 - avere notizie sui servizi a cui chiedere sostegno in gravidanza
 - permettere agli operatori dei Punti Nascita di accedere facilmente ai dati
 - favorire il collegamento tra assistenza territoriale e ospedaliera
- Incrementare la presenza di mediatrici culturali nei reparti ospedalieri e nei servizi di assistenza alla nascita
- Accogliere e sostenere le diversità nel rispetto delle scelte individuali e della personalizzazione dell’assistenza.
- Codificare interventi di sostegno alla maternità difficile quando problematiche socioeconomiche o psicologiche possono rappresentare elementi di rischio per lo sviluppo di una sana relazione madre-bambino
- Garantire l’accessibilità ai corsi di accompagnamento alla nascita

Per misurare i risultati conseguenti alle azioni indicate è utile ricorrere ad indicatori quali:

- Numero di gravidanze a basso rischio gestite interamente da personale ostetrico
- Numero di gravidanze a basso rischio gestite interamente con il SSN

Obiettivi prioritari:

Medio termine:

- potenziamento della gestione da parte del personale ostetrico delle gravidanze a basso rischio;
- garanzia di appuntamenti con il SSN per gli screening previsti dai LEA
- creazione della “Agenda della gravidanza”
- raggiungimento/mantenimento di uno stato di buona salute di madre e figlio con il livello minore di intervento compatibile con la sicurezza.

2.7.3 Implementazione delle procedure di partoanalgesia

Il dolore del travaglio di parto può impedire ad alcune donne di vivere con serenità l’esperienza della nascita del proprio bambino. La sintomatologia dolorosa può avere intensità differenti in donne diverse e, nella stessa donna, in travagli diversi. I processi culturali in atto tra le donne sono orientati per un verso contro la medicalizzazione di un atto naturale come il parto e, per l’altro, ad evitare il dolore attraverso l’intervento analgesico.

La decisione di quale strada intraprendere deve essere riservata ad ogni singola donna sulla base di un’informazione corretta sui vantaggi, i rischi e le possibilità delle due soluzioni. L’emanazione del DPCM LEA del 12 gennaio 2017 ha riproposto il tema della partoanalgesia. In particolare, all’art.38 comma 3 recita: “il SSN garantisce le procedure analgesiche nel corso del travaglio e del parto vaginale, inclusa l’analegesia epidurale nelle strutture individuate dalle Regioni e dalla PA tra quelle che garantiscono le soglie di attività fissate dall’Accordo sancito in sede di Conferenza tra lo Stato, le Regioni e le PA il 16/12/2010 e confermate dal Decreto 02704/2015 n. 70 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”, all’interno di appositi programmi volti a diffondere l’utilizzo delle procedure stesse. È necessario pertanto, che la Regione definisca le linee guida regionali alle quali fare riferimento per

l'individuazione dei punti nascita dotati dei requisiti organizzativi necessari per effettuare in sicurezza le procedure di partoanalgesia.

Obiettivo specifico: Garantire a tutte le donne che ne facciano richiesta la possibilità di usufruire in sicurezza delle procedure analgesiche nel corso del travaglio e del parto vaginale, compresa l'analgia epidurale.

Azioni da avviare

- Definire le linee guida regionali sulla partoanalgesia
- Garantire assetti organizzativi adeguati nei punti nascita in cui si effettuano partoanalgesie, con particolare riferimento alla continuità assistenziale anestesiologicala
- Indicare nella carta dei Servizi aziendali la modalità dell'offerta per il controllo del dolore nel parto nelle diverse sedi
- Definire PDTA condivisi per la partoanalgesia assicurandone l'erogazione con disponibilità di personale adeguato e formato sulla base del volume di attività del punto nascita
- Avviare un percorso regionale di Formazione multidisciplinare per aumentare la sensibilità alla tematica del controllo del dolore nel travaglio e nel parto e per migliorare le conoscenze e i livelli di appropriatezza, sicurezza, efficacia, efficienza per il trattamento del dolore nel travaglio e nel parto.

Per misurare i risultati conseguenti alle azioni indicate è utile ricorrere ad indicatori quali:

- Numero dei travagli assistiti con analgesia epidurale sul n° totale delle richieste di partoanalgesia
- Numero dei parti vaginali assistiti con analgesia epidurale sul n° totale delle richieste di partoanalgesia

Obiettivi prioritari:

Medio termine:

- Emanazione delle linee guida regionali;

Lungo termine

- Aumento del soddisfacimento delle richieste di partoanalgesia in travaglio di parto e nel parto vaginale

2.7.4 Riduzione dei tagli cesarei

Il taglio cesareo rappresenta un intervento chirurgico efficace nel ridurre la mortalità e la morbilità materna e perinatale in presenza di una specifica indicazione. Tuttavia, non sono presenti evidenze che tali benefici vengano mantenuti in assenza di reale giustificazione clinica. Il taglio cesareo, in quanto procedura chirurgica, può determinare delle complicanze a breve e a lungo termine con impatto negativo sulla salute materna anche negli anni successivi al momento del parto, compromettendo anche la salute riproduttiva in previsione di future gravidanze. Tali rischi sembrano essere più significativi nelle pazienti con accesso limitato ad un'assistenza ostetrica completa. Negli ultimi anni si è assistito ad un aumento della percentuale dei tagli cesarei, con significative ricadute sulla salute materna; è dimostrato che le strutture ospedaliere possono mettere in atto scelte organizzative in grado di ridurre il tasso di tagli cesarei, eseguendo tale intervento solo in caso di validate indicazioni cliniche.

Obiettivo specifico: Miglioramento dell'assistenza ostetrica con riduzione del tasso di tagli cesarei, in particolare in assenza di una chiara indicazione medica

Azioni da avviare

- Utilizzo su base regionale della Classificazione di Robson per i tagli cesarei, in modo da individuare le classi con tasso di tagli cesarei maggiore, sulle quali è necessario focalizzare gli sforzi organizzativi
- Revisione su base regionale dei protocolli clinici riguardo il partogramma con curve cervimetriche aggiornate, la valutazione e l'ammissione al travaglio della paziente precesarizzata, il rivolgimento del feto podalico con manovre esterne e l'assistenza al parto della gravidanza gemellare

- Raccolta dati centralizzata e monitoraggio costante degli outcome ostetrici
- Formazione periodica di tutti gli operatori sanitari afferenti al Percorso Nascita su: interpretazione dei tracciati cardiocografici, assistenza alla paziente precesarizzata, assistenza al travaglio in gravidanza gemellare, emergenze ostetriche, abilità tecniche su simulatori ad elevate fedeltà e lavoro in equipe.

Per misurare i risultati conseguenti alle azioni indicate è utile ricorrere ad indicatori quali:

- Tasso annuale globale dei tagli cesarei per struttura e su base regionale
- Tasso di tagli cesarei per classe di Robson
- Tasso di complicanze materne post taglio cesareo in regime di ricovero
- Tasso di complicanze neonatali di nati da taglio cesareo

Obiettivi prioritari:

Medio termine:

- Miglioramento dell'assistenza ostetrica con riduzione del tasso di tagli cesarei senza una validata indicazione medica, con riduzione delle complicanze materne a breve e a lungo termine e degli esiti perinatali

2.7.5 Rete di medicina prenatale

L'attuale organizzazione della Medicina Prenatale della Regione Marche prede origine dalla DGR 855 del 12/10/2015. Fino ad allora la gestione della patologia prenatale (prevenzione, diagnosi e terapia) veniva gestita in modo estemporaneo ed autonomo dai singoli punti nascita che, in caso di sospetta o accertata patologia embrio-fetale, centralizzavano, senza alcun filtro, verso la Clinica Ostetrica del Salesi. Questa organizzazione comportava però una situazione di sovraccarico di richieste, non sempre congrue, verso la struttura centrale con notevoli difficoltà a soddisfare le richieste in tempi brevi, con conseguente fuga verso altre Regioni.

Con la DGR 855/2015 "Linee di indirizzo per l'organizzazione della diagnosi prenatale", la Regione Marche pone mano all'organizzazione della Medicina Prenatale e traccia le basi per un percorso chiaro finalizzato alla creazione della rete clinica di medicina prenatale. Tale documento, riconoscendo l'importanza ed il valore sociale della prevenzione, diagnosi terapia e gestione delle patologie prenatali, rafforza i rapporti tra la periferia (centri di I Livello) ed i professionisti che operano nel II e III livello. In questo modo tutte quelle patologie, sospette o confermate, che richiedono competenze tecniche e organizzative specialistiche, vengono centralizzate e gestite ad un livello "superiore", sia per la presenza di risorse umane di alto profilo professionale, che per la presenza di risorse strumentali innovative e di fascia alta.

Con la DGR 1183 del 22/12/2015, la Regione Marche indica nell'Ospedale di Comunità di Loreto la sede del Centro Unico Regionale (C.U.R.) ASUR di diagnosi Prenatale di II livello che inizia la sua attività da Febbraio 2017, ottemperando così alle specifiche caratteristiche definite nella DGR 855.

Negli anni 2017-2022, la rete di Medicina Prenatale si struttura in modo sempre più complesso e radicato, all'interno del territorio regionale ed attraverso la stipula di convenzioni con un pannello di specialisti tra l'AO Ospedali Riuniti di Ancona ed il centro di Diagnosi prenatale di II Livello dell'ASUR. In tal modo viene attivato il raccordo tra II e III Livello con un percorso virtuoso per la gestione dei casi più gravi che richiedono una collaborazione costante e simbiotica plurispecialistica e che termina con la centralizzazione della mamma presso l'Ospedale Pediatrico Salesi di Ancona, (Centro di III livello) per l'ottimizzazione della gestione del parto e del Neonato patologico.

La recente istituzione di una rete unificata di refertazione, implementa la rete di Medicina Prenatale di uno strumento unico in Italia per la sua estensione (attualmente sono in rete 12 presidi ospedalieri per 33 postazioni di refertazione di esami ostetrici, mancano da completare i presidi ospedalieri di Pesaro e Fano e la Clinica Ostetrica dell'Università Politecnica delle Marche) e rafforza la collaborazione tra i medici del S.S.R. Tale sistema

permette oltre agli innegabili vantaggi clinici legati alla disponibilità in rete dei dati delle pazienti anche la possibilità di effettuare consulenze di telemedicina in streaming real time ed offline.

La rete di Medicina dell'età Prenatale, intesa come insieme dei centri di I, II e III livello, pur evoluta nel corso dell'ultimo triennio e presentando interessanti e costanti dati in crescita relativamente a prestazioni erogate negli ambiti ostetrici e pediatrici coinvolti, mobilità attiva da fuori regione, evidenzia ad oggi ancora importanti criticità:

- Disomogeneità dei centri di I livello (attività, case mix, formazione, apparecchiature)
- Mancanza di un servizio di supporto psicologico h24 per donne con esiti infausti di gravidanza
- Incompleta diffusione del Sistema Unico Informatico di refertazione
- Mancanza di un programma regionale di screening delle aneuploidie

Obiettivi prioritari:

Breve e Medio termine:

- Ridisegno delle postazioni dei Centri di **I Livello** e determinazione del fabbisogno del personale ed apparecchiature in base a: normative vigente, storico dei parti per AST, censimento delle apparecchiature in dotazione
- Ridisegno e ottimizzazione dei Centri di **II livello** e determinazione del fabbisogno di personale e apparecchiature in base a: normative vigente, storico dell'attività diagnostica e dell'attività di consulenza polispecialistica degli ultimi 5 anni, censimento delle apparecchiature in dotazione
- Ridisegno e ottimizzazione del centro di **III livello** e determinazione del fabbisogno del personale e delle attrezzature in base a storico dell'attività clinico-diagnostica degli ultimi 5 anni, censimento delle apparecchiature in dotazione
- Definizione di un Sistema centralizzato di screening regionale delle aneuploidie
- Completamento della rete Regionale di refertazione unificata in ostetricia e ginecologia (ricognizione dei punti scoperti dalla rete);
- Attivazione di agende CUP specifiche per livello di centro
- Istituzione di un servizio di Medicina Prenatale per ogni punto nascita con personale medico ed ostetrico dedicato specificamente formato ed attivazione di un percorso di counselling prenatale con offerta di screening delle aneuploidie
- Potenziamento della Medicina dell'età Prenatale e del Servizio di Psicologia Perinatale per la presa in carico dei casi di lutto in gravidanza con copertura h12 presso il centro di II livello

2.7.6 Diagnosi precoce del diabete in età pediatrica e screening dei minori a rischio di diabete

Le forme di diabete di tipo 1 e 2 sono in costante aumento in età pediatrica, le forme di diabete monogenico (una forma rara e spesso non diagnosticata di diabete, che riguarda maggiormente i ragazzi e i giovani adulti) sono diagnosticate con sempre maggiore frequenza per l'affinamento delle tecniche diagnostiche. La nuova diagnosi di diabete di tipo 1 avviene in circa il 40% dei casi con chetoacidosi diabetica. La pandemia da COVID 19 ha prodotto un aumento significativo sia delle forme di chetoacidosi diabetica che dell'incidenza del diabete tipo 1 e 2. Nel novembre 2022, la Food Drug Administration ha approvato un farmaco in grado di ritardare di oltre due anni la diagnosi di diabete di tipo 1 nei bambini a rischio che presentano due o più anticorpi anti cellula beta, aprendo nuove prospettive alla prevenzione.

È possibile individuare minori a rischio di diabete di tipo 1 attraverso la determinazione di auto anticorpi anti-cellula beta. La presenza di due o più anticorpi determina una probabilità di avere diabete clinicamente manifesto nell'arco di 15 anni vicina al 100%. L'eccesso ponderale di grado elevato e la forte familiarità di diabete di tipo 2 in età infantile si associano ad alto rischio di diabete di tipo 2.

La CHETOACIDOSI DIABETICA (DKA) è condizione clinica grave, che si presenta con iperglicemia >200 mg/dl, PH venoso <7,30, bicarbonati < 18 mmol/L e chetonemia. Anche un solo episodio di DKA moderata (PH < 7,20) o severa (PH < 7,10) produce danni morfologici del SNC e cognitivi permanenti. La presenza di chetoacidosi si associa anche a precario controllo del metabolismo nel lungo periodo, aumento dei costi, aumento della degenza ospedaliera.

Obiettivi prioritari:

Breve e Medio termine:

- Implementazione dei percorsi di Formazione per gli operatori sanitari attraverso la diffusione di linee guida sulla diagnosi di diabete e DKA (PLS, PS e DEA)
- Formazione sul diabete alla popolazione (health literacy ed empowerment)
- Diagnosi precoce attraverso il dosaggio capillare della glicemia in soggetti di età inferiore a 18 aa che accedono al PS per cause non traumatiche
- Individuazione dei minori a rischio di diabete di tipo 1 mediante prelievo capillare nei bambini 2-6 aa e ricerca di autoanticorpi anti cellule beta mediante il test di screening centralizzato con conseguente presa in carico precoce

2.8 LA RETE DELLE CURE PALLIATIVE

La rete delle cure palliative è costituita da servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero (con l'attività di consulenza nelle U.O.), ambulatoriale, domiciliare e in hospice. Le cure palliative sono rivolte a malati di qualunque età e non sono prerogativa della fase terminale della malattia. Possono infatti affiancarsi alle cure attive fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, con l'obiettivo di evidenziare e rispondere ai bisogni globali (fisici, psichici, familiari-sociali e spirituali) con un buon controllo dei sintomi durante le diverse traiettorie della malattia, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale

Il Servizio sanitario nazionale garantisce le cure palliative domiciliari come previsto dalla legge n.38 del 15 marzo 2010, nell'ambito della Rete di cure palliative a favore di persone affette da patologie ad andamento cronico ed evolutivo per le quali non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita. Le cure palliative specialistiche, da attivare quando si evidenziano bisogni complessi, sono erogate dalle Unità di Cure Palliative (UCP) sulla base di protocolli formalizzati nell'ambito della Rete e sono costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo, psicologico, assistenza tutelare professionale e sostegno spirituale, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci di cui all'articolo 9 e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, nonché dei preparati per nutrizione artificiale.

La legge n. 38/2010 e i successivi provvedimenti attuativi hanno definito il modello di sviluppo delle reti di cure palliative in termini di accreditamento delle strutture e delle reti, di attuazione, gestione e coordinamento dei percorsi assistenziali integrati e riconoscimento delle competenze professionali. Le cure palliative sono state caratterizzate con un approccio orientato alla presa in carico e al percorso di cura, distinguendo gli interventi per livelli di complessità ed intensità assistenziale e, in ambito domiciliare, differenziandole dall'ADI attraverso specifiche e specialistiche Unità di offerta. Nell'ambito della cornice normativa ed in considerazione delle transizioni demografiche, epidemiologiche e sociali appare sempre più necessario implementare e rafforzare l'approccio alle cure palliative in una prospettiva di integrazione e complementarietà alle terapie attive sia in ambito ospedaliero che territoriale.

I percorsi assistenziali integrati prevedono l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali (Punto Unico di Accesso), la presa in carico della persona attraverso la valutazione multidimensionale (VMD) dei bisogni attraverso l'Unità Valutativa Integrata (UVI), sotto il profilo clinico, funzionale e sociale e la predisposizione di un Piano di Assistenza

Individualizzato (PAI). L'approccio "per percorso" rappresenta una novità importante, con la VMD che concorre ad identificare il malato con bisogni di cure palliative e definirne il livello di complessità dei bisogni (bassa, media, alta complessità). Le cure palliative, confermate dai LEA in questa cornice, escono dall'orizzonte temporale dell'*end stage* ed estendono il loro ambito di applicazione alle fasi precoci della malattia inguaribile ad evoluzione sfavorevole¹.

Rete Locale di Cure Palliative

La **Rete Locale di Cure Palliative (RLCP)** è un'aggregazione funzionale integrata delle attività di CP erogate nei diversi setting assistenziali nel territorio (ospedale/ambulatorio/domicilio/hospice), alla quale corrispondono le seguenti funzioni:

- coordina e integra le CP nei diversi livelli di assistenza, in collaborazione con la Centrale Operativa Territoriale, i Punti Unici di Accesso, le Cure Domiciliari e l'Assistenza Primaria;
- definisce un sistema di erogazione di CP, per l'attuazione dei percorsi di presa in carico e di continuità delle cure e dell'assistenza favorendo l'integrazione dei servizi sanitari e sociali;
- adotta sistemi di valutazione, miglioramento della qualità e controllo dei percorsi di cura erogati;
- raccoglie e trasmette i dati al sistema informativo;
- attiva percorsi formativi aziendali specifici;
- partecipa a iniziative di Ricerca.

La *governance* della RLCP, ai sensi della normativa vigente, è demandata a livello aziendale, attraverso l'istituzione di un organismo di coordinamento, composto da: un coordinatore di rete, referenti delle singole strutture e una rappresentanza delle associazioni di volontariato di settore.

La rete nell'ambito delle risorse umane disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale agisce, pertanto, sul territorio di riferimento assicurando l'erogazione dell'assistenza:

- **nell'ambito di strutture di degenza ospedaliera** attraverso équipe di cure palliative della rete che erogano consulenza, facilitano l'attivazione dei percorsi di cure palliative per garantire la continuità ospedale-territorio, supportano l'équipe dell'unità operativa ospedaliera nelle strategie per la rimodulazione e ridefinizione degli obiettivi terapeutici;
- **nell'ambito ambulatoriale** dove sono erogate cure palliative precoci e simultanee da équipe dedicate e specificatamente formate in cure palliative che operano all'interno della RLCP. Include per la prima volta nel nomenclatore con codice 89.07.A - prima visita multidisciplinare per cure palliative. Incluso: stesura del Piano Assistenziale Individualizzato Individuale (PAI) e con codice 89.01.R - visita di controllo per cure palliative. Incluso: rivalutazione del Piano Assistenziale Individuale²
- **a domicilio dell'assistito**, in base ai bisogni della persona malata.

In tale contesto si possono erogare:

- **CURE PALLIATIVE DI BASE** per i bisogni a bassa complessità, che consistono nell'attuazione dell'approccio palliativo (ap). L'approccio palliativo prevede la presa in carico dei pazienti da parte di professionisti con competenze di base in CP: MMG, specialisti di branca ospedalieri o delle Strutture Socio-sanitarie per anziani o disabili. L'approccio palliativo non prevede l'intervento diretto di équipe specialistiche di CP (salvo consulenze occasionali, richieste dai curanti che mantengono la responsabilità della cura).

L'approccio palliativo alle cure si basa su alcuni elementi fondamentali:

- cura centrata sul malato e sulla sua famiglia e non sulla malattia, con la qualità di vita come obiettivo fondamentale;
- importanza di una relazione terapeutica basata su una comunicazione chiara, sincera e proporzionale rispetto all'evoluzione prognostica, per una pianificazione anticipata e condivisa delle cure (PCC);

¹ Accordo Stato-Regioni nell'ambito della rete delle Cure Palliative: 118/CSR del 27 luglio 2020: «Accordo ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento "Accreditamento delle reti di cure palliative, ai sensi della Legge 15 marzo 2010 n. 38"»

² Ibidem

- grande attenzione alla valutazione ed al controllo dei sintomi di minore complessità, causa di sofferenza, ed una cura ed assistenza competenti fino agli ultimi momenti della vita.

I Setting coerenti con l'approccio palliativo sono:

- domicilio del malato;
- ospedale (in regime di ricovero o ambulatoriale, in coerenza con l'art. 38 dei LEA);
- strutture ambulatoriali extra-ospedaliere;
- RSA e RSD;
- istituti di pena o altri contesti di istituzionalizzazione

➤ **CURE PALLIATIVE SPECIALISTICHE**, erogate dalle Unità Cure Palliative: un'équipe assistenziale multiprofessionale dedicata o specificatamente formata (Unità di Cure Palliative - UCP), in integrazione con il medico di medicina generale, per assicurare la continuità assistenziale h 24 per 7 giorni su 7.

Le cure palliative domiciliari si articolano quindi nei seguenti livelli:

- a) **livello base:** costituito da interventi coordinati dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta, secondo quanto previsto dall'articolo 2, comma 1, lettera f) della legge 15 marzo 2010, n. 38, che garantiscono un approccio palliativo attraverso l'ottimale controllo dei sintomi e una adeguata comunicazione con il malato e la famiglia; sono erogate da medici e infermieri con buona conoscenza di base delle cure palliative e si articolano in interventi programmati caratterizzati da un CIA (coefficiente di intensità assistenziale) minore di 0,50 in funzione del progetto di assistenza individuale;
- b) **livello specialistico:** costituito da interventi da parte di équipe multiprofessionali e multidisciplinari dedicate, rivolti a malati con bisogni complessi per i quali gli interventi di base sono inadeguati; richiedono un elevato livello di competenza e modalità di lavoro interdisciplinare. In relazione al livello di complessità, legato anche all'instabilità clinica e ai sintomi di difficile controllo, sono garantiti la continuità assistenziale, interventi programmati caratterizzati da un CIA maggiore di 0,50 definiti dal progetto di assistenza individuale nonché pronta disponibilità medica e infermieristica sulle 24 ore.

Le cure palliative domiciliari richiedono la valutazione multidimensionale, la presa in carico del paziente e dei familiari e la definizione di un "Progetto di assistenza individuale" (PAI). Le cure palliative domiciliari sono integrate da interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale attraverso il servizio di Cure Palliative Domiciliari (CPD), con la previsione di un'équipe assistenziale multiprofessionale dedicata o specificatamente formata (Unità di Cure Palliative - UCP), in integrazione con il medico di medicina generale, per assicurare la continuità assistenziale h 24 per 7 giorni su 7. Tale *équipe* può essere, dal punto di vista organizzativo, integrata con le équipe dell'assistenza domiciliare integrata³; nelle strutture residenziali e negli Hospice (con standard di riferimento di 8/10 P.L. ogni 100.000 abitanti). La norma indica che tali strutture garantiscono in ambito territoriale l'assistenza residenziale ai malati nella fase terminale della vita: il Servizio sanitario nazionale, nell'ambito della rete locale di cure palliative, garantisce alle persone nella fase terminale della vita affette da malattie progressive e in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta, il complesso integrato delle prestazioni mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, mediche specialistiche, infermieristiche, riabilitative, psicologiche, gli accertamenti diagnostici, l'assistenza farmaceutica e la fornitura di preparati per nutrizione artificiale, le prestazioni sociali, tutelari e alberghiere, nonché di sostegno spirituale. Le prestazioni sono erogate da équipe multidisciplinari e multiprofessionali nei Centri specialistici di cure palliative- Hospice che, anche quando operanti all'interno di una struttura ospedaliera, si collocano nell'ambito dell'assistenza sociosanitaria territoriale. Gli Hospice assicurano l'assistenza medica e infermieristica e la presenza di operatori tecnici dell'assistenza sette giorni su sette, sulle 24 ore, e dispongono di protocolli formalizzati per il controllo del dolore e dei sintomi, per la sedazione,

³ Ibidem

l'alimentazione, l'idratazione e di programmi formalizzati per l'informazione, la comunicazione e il sostegno al paziente e alla famiglia, l'accompagnamento alla morte e l'assistenza al lutto, l'audit clinico ed il sostegno psico- emotivo all'équipe.⁴

Rete Regionale di Cure Palliative

La **Rete Regionale di Cure Palliative (RRCP)** è l'aggregazione funzionale ed integrata delle attività di cure palliative erogate nei diversi setting assistenziali in un ambito territoriale corrispondente all'insieme delle Reti Locali (Aziendali – Interaziendali) che operano in un territorio.

Obiettivi prioritari della Regione Marche sono costituiti dai seguenti:

- coordinamento e promozione del processo di sviluppo delle cure palliative a domicilio, in hospice, nelle strutture residenziali e nelle strutture ospedaliere per garantire un approccio omogeneo ed equità di Sistema;
- sviluppo del sistema informativo;
- sviluppo di un sistema di monitoraggio dello stato di attuazione delle reti locali, delle loro attività e definizione degli indicatori quali-quantitativi di CP, ivi inclusi gli standard di cui al decreto 22 febbraio 2007 n. 43 (GU, Serie Generale, n. 81 del 06.04.2007);
- definizione degli indirizzi per lo sviluppo omogeneo dei percorsi di presa in carico e assistenza di CP;
- promozione di programmi obbligatori di formazione continua in cure palliative coerentemente con quanto previsto dall'art. 8, comma 2, della Legge n. 38/2010, secondo quanto indicato nell'allegato tecnico dell'Accordo Stato-Regioni del 10 luglio 2014 (Rep. Atti n. 87/CSR)⁵.

Questi servizi devono essere garantiti sulla base dei criteri e requisiti previsti dalla normativa e dagli accordi vigenti, tra cui l'Intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012, l'Accordo Stato-Regioni del 27 luglio 2020 (Rep. Atti n. 119/CSR e Rep. Atti n. 118/CSR) e l'Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2021, nonché il Decreto ministeriale 23 maggio 2022 n. 77 che ha definito i modelli e gli standard per le Cure Palliative:

- 1 Unità di Cure Palliative Domiciliari (CP-DOM) ogni 100.000 abitanti;
- Hospice 8/10 posti letto ogni 100.000 abitanti.

2.8.1 La rete delle cure palliative pediatriche

Le cure palliative per bambini con malattie in cui c'è rischio per la vita sono un approccio curativo attivo e totale, che comprende elementi fisici, emozionali, sociali e spirituali. Si focalizzano sul miglioramento della qualità di vita del bambino e sul supporto alla famiglia, includono il trattamento dei sintomi stressanti, offrendo possibilità di riposo per la famiglia, con cure fino alla morte e assistenza durante il lutto⁶. In ambito pediatrico l'approccio al Dolore e alle Cure Palliative presenta alcune criticità e peculiarità di intervento che pongono la necessità di considerare e programmare risposte specifiche rispetto alle età successive. Per il paziente in età pediatrica il tempo che rimane da vivere ancora più difficilmente può essere stimato, poiché la sua variabilità a parità di condizioni cliniche può oscillare da giorni ad anni. Nemmeno l'andamento delle condizioni cliniche e delle funzioni, seppur in ingravescente e prevedibile decadimento, può essere indicativo di eleggibilità, perché in età pediatrica esistono numerose condizioni che richiedono cure palliative, anche specialistiche, caratterizzate da andamento sensibilmente alterno. In tale ambito, la specificità dei bisogni assistenziali del bambino ha richiesto la definizione negli anni sia dell'Accordo tra il Governo e le Regioni del 27.6.2007 in materia di cure palliative pediatriche sia del documento tecnico del 20.3.2008, che hanno evidenziato la marcata necessità di un approccio

⁴ Ibidem

⁵ ibidem

⁶ Association for Children with LifeThreatening or Terminal Conditions and their Families and the Royal College of Paediatrics and Child Health. London 1997

multidimensionale richiesto per l'assistenza ai pazienti pediatrici. Con la Legge 38 del 2010 si è quindi definita la tutela, all'art. 1, del "diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore" e sono state individuate, come necessarie per la sua applicazione, le tre reti di assistenza dedicate alle Cure palliative, alla Terapia del Dolore, rivolte al paziente adulto, ed un'unica rete di Cure palliative e Terapia del Dolore, dedicata ai piccoli pazienti. Con la DGR n. 1238 del 18 ottobre 2021 si è ridefinito l'assetto della Rete regionale di cure palliative e terapia del dolore pediatrica della Regione Marche di cui alla DGR n. 1285 del 17 novembre 2014 "Linee di indirizzo per la definizione della Rete regionale di cure palliative e terapia del dolore pediatrica". Tale atto definisce:

- La missione e gli obiettivi di medio e lungo termine della Rete delle Cure Palliative Pediatriche.
- I criteri di eleggibilità per l'accesso alla Rete della Terapia del Dolore e delle Cure Palliative Pediatriche.
- L'organizzazione della Rete Regionale di CPP e TD secondo il modello Hub&Spoke dei nodi della Rete.

L'implementazione e il consolidamento della Rete Regionale delle Cure Palliative e Pediatriche costituisce quindi un obiettivo prioritario della Regione.

2.9 CRONICITÀ E PERCORSI DI INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO

L'invecchiamento della popolazione che caratterizza lo scenario sanitario del nostro Paese, può essere affrontato attraverso una efficace "presa in carico della cronicità". Il [Piano Nazionale della Cronicità](#) (PNC), approvato nel settembre 2016, rappresenta un grande sforzo culturale per riorientare la cultura e l'organizzazione dei servizi sanitari e socio-sanitari in modo da contrastare più efficacemente il crescente peso delle patologie croniche nella popolazione che invecchia. Una malattia cronica è una malattia che non guarisce, che si protrae nel tempo e richiede cure ed assistenza il cui livello condiziona sia la sopravvivenza che la qualità della vita. Gli obiettivi di cura nei pazienti con cronicità, non potendo essere rivolti alla guarigione, sono finalizzati al miglioramento del quadro clinico e dello stato funzionale, alla minimizzazione della sintomatologia, alla prevenzione della disabilità e al miglioramento della qualità di vita. Per realizzarli è necessaria una corretta gestione del malato e la definizione di nuovi percorsi assistenziali che siano in grado di prendere in carico il paziente nel lungo termine, prevenire e contenere la disabilità, garantire la continuità assistenziale e l'integrazione degli interventi sociosanitari. Il paziente cui ci si riferisce è una persona, solitamente anziana, spesso affetta da più patologie croniche incidenti contemporaneamente (comorbidità o multimorbidità), le cui esigenze assistenziali sono determinate non solo da fattori legati alle condizioni cliniche, ma anche da altri determinanti (status sociofamiliare, ambientale, accessibilità alle cure ecc.). La presenza di pluripatologie richiede l'intervento di diverse figure professionali ma c'è il rischio che i singoli professionisti intervengano in modo frammentario, focalizzando l'intervento più sul trattamento della malattia che sulla gestione del malato nella sua interezza, dando talvolta origine a soluzioni contrastanti, con possibili duplicazioni diagnostiche e terapeutiche che contribuiscono all'aumento della spesa sanitaria e rendono difficoltosa la partecipazione del paziente al processo di cura. Inoltre, la prescrizione di trattamenti farmacologici multipli, spesso di lunga durata e somministrati con schemi terapeutici complessi e di difficile gestione, può ridurre la compliance, aumentare il rischio di prescrizioni inappropriate, interazioni farmacologiche e reazioni avverse. Infine, questi pazienti hanno un rischio maggiore di outcome negativi, quali aumento della morbidità, frequente e improprio utilizzo del pronto soccorso, aumentata frequenza e durata di ospedalizzazione, aumentato rischio di disabilità e non autosufficienza, peggiore qualità di vita e aumento della mortalità. Il miglioramento delle condizioni sociosanitarie e l'aumento della sopravvivenza hanno portato progressivamente a una profonda modificazione degli scenari di cura in quanto, parallelamente all'invecchiamento della popolazione, si è avuto un progressivo incremento delle malattie ad andamento cronico, spesso presenti contemporaneamente nello stesso individuo, le cui caratteristiche principali sono descritte, a confronto con quelle ad andamento acuto, nel box seguente (fonte: Piano Nazionale della Cronicità, 2016)

Malattie acute	Malattie croniche
■ Insorgenza improvvisa	■ Insorgenza graduale nel tempo
■ Episodiche	■ Continue
■ Eziopatogenesi specifica e ben identificabile	■ Eziopatogenesi multipla e non sempre identificabile
■ Cura specifica a intento risolutivo	■ Cura continua, raramente risolutiva
■ Spesso disponibile una specifica terapia o trattamento	■ Terapia causale spesso non disponibile
■ La cura comporta il ripristino dello stato di salute	■ La restituzione ad integrum è impossibile e si persegue come obiettivo il miglioramento della qualità di vita
■ Assistenza sanitaria di breve durata	■ Assistenza sanitaria a lungo termine (presa in carico del malato)

Se una malattia acuta si instaura su un *pabulum* di cronicità, si assiste al fenomeno della sindemia: “Effetti negativi sulle persone e sull’intera società prodotti dall’interazione sinergica di due o più malattie” (Merril Singer- 2017).

Alla base del PNC c’è il Chronic Care Model (CCM), modello assistenziale nato negli anni ’90 e successivamente modificato che rivoluziona l’approccio “tradizionale” alle cronicità. Si passa infatti da un modello in cui il bisogno viene espresso dalla persona malata che richiede prestazioni al proprio MMG o allo Specialista, con scarsa partecipazione dei familiari, ad un modello in cui intorno al paziente c’è un team composto da MMG, Specialista, Caregiver, Sistema Sociale, Terzo settore, Farmacie, Infermiere care manager e Infermiere di famiglia/comunità, che produce Piani Assistenziali Individuali (PAI) e che utilizza anche tecnologie di telediagnostica e di monitoring che spesso consentono di seguire a domicilio la persona assistita riducendone gli accessi al Pronto Soccorso e il ricorso ad prestazioni ambulatoriali.

Il PNNR, con le indicazioni fornite dalla Mission 6 dedicata al piano della salute e alla Missione 5 sul lato sociale e di sostegno alle fragilità, offre grandi opportunità per l’applicazione del CCM:

- un importante finanziamento per spostare il baricentro della risposta assistenziale dall’ospedale al domicilio e quindi al territorio;
- investimenti di tipo strutturale per interventi edilizi, tecnologie e digitalizzazione;
- la creazione di Case della Comunità, Ospedali di Comunità, Centrali Operative Territoriali e un forte sviluppo della telemedicina;
- una valorizzazione del ruolo dell’infermiere di comunità;
- lo sviluppo nelle Case della Comunità di modelli organizzativi dell’assistenza orientati alla multidisciplinarietà e alla multiprofessionalità.

Obiettivo prioritario:

Medio termine:

- risposta complessiva e di sistema al fenomeno della cronicità attraverso il potenziamento della medicina di prossimità e l’implementazione delle CDC, degli ODC, delle COT e della telemedicina;
- potenziamento di linee di intervento integrate con l’ambito sociale per l’invecchiamento attivo della popolazione;
- sostenere interventi anche di natura sociale a favore dei caregiver familiari.

2.10 RETE DELLA DIABETOLOGIA MARCHIGIANA

Il diabete mellito è una patologia che affligge circa 80.000 marchigiani. Di questi circa 67.000 sono seguiti dai Centri Diabetologici (CD), gli altri dai medici di medicina generale. La Regione Marche è considerata a livello nazionale un modello per la gestione di tale patologia, poiché tutti i CD sono già da tempo in rete con un unico software gestionale e un unico database. Questo garantisce una certa uniformità nella cura su tutto il territorio regionale e una attenta valutazione della patologia e delle sue complicanze cardiovascolari che impattano notevolmente sullo stato di salute, sui costi sanitari e sulla durata e qualità di vita. Ogni due anni viene prodotto

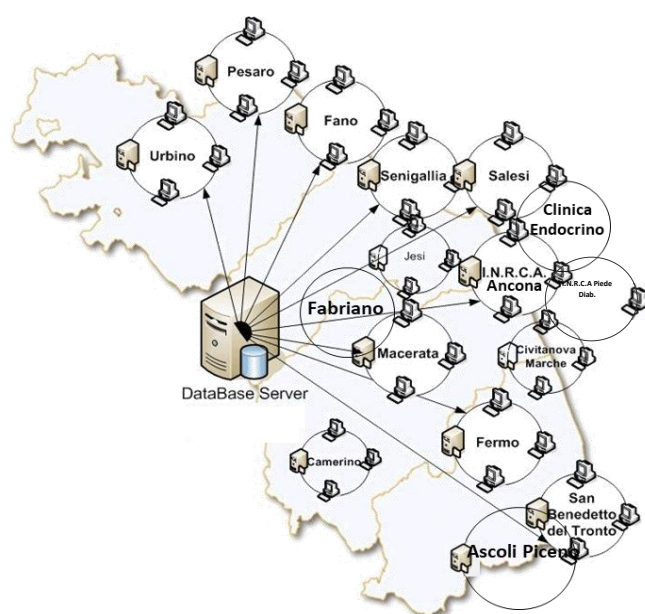
a livello nazionale un report sulla qualità della cura del diabete e la regione Marche si posiziona sempre nella fascia alta. In aggiunta questo modello organizzativo è stato inserito nelle “Best Practices in NCD Prevention” dalla Comunità Europea nel 2022 e come “Good practices in Primary Care” nel 2021.

La letteratura scientifica ci informa che c'è una riduzione della vita media di circa sei anni per un diabete diagnosticato in età adulta e di ben 14 anni se diagnosticato in età pediatrica. Il diabete di tipo 2 può essere prevenuto o rallentato nella sua comparsa da un adeguato stile di vita (corretta alimentazione e regolare esercizio fisico) aspetti sui quali la regione Marche investirà molto. Il diabete di tipo 1, invece, non può essere prevenuto e pertanto l'unica modalità per ridurre gli effetti è di aumentare le risorse per la sua cura.

A questo proposito si sottolinea come sia necessario, per la corretta composizione e funzione del team diabetologico, la presenza di medici specialisti, affiancati da personale infermieristico e tutte le altre figure professionali (dietista, psicologo, podologo), come previsto dalla legge regionale n. 9 del 2015. Si sottolinea che tutte queste figure devono avere la specializzazione in diabetologia e una adeguata formazione e aggiornamento su tale tematica. Queste figure professionali sono importanti in tutti i CD, ed in particolare nella Diabetologia Pediatrica del Salesi (riconosciuto come unico centro pediatrico regionale dalla legge sopracitata) per garantire l'adeguatezza delle cure e la conformità alle normative vigenti onde evitare complicanze anche nella fase di esordio come la chetoacidosi diabetica. A questo proposito sarà in fase di attuazione il progetto “Prevenzione chetoacidosi diabetica” per garantire la somministrazione di stick glicemici a tutti i minori di anni 18 che accedono ai pronti soccorsi evitando le complicanze (talvolta mortali) di questo esordio di malattia.

Appare di fondamentale importanza attivare azioni, anche in collaborazione con le Associazioni di pazienti di diabetici Marchigiani, quali ATDM, per favorire nella popolazione l'adozione di corretti stili di vita, sia in ambito di alimentazione sia di movimento. Infatti, si segnalano sempre con maggiore frequenza la diagnosi di diabete di tipo 2, anche in pazienti in età giovanile.

L'attività viene erogata dagli Enti del SSR (**pubblici**) in regime di attività ambulatoriale, con possibilità di DH



Possibili azioni da mettere in campo riguardano il miglioramento ed ampliamento dell'offerta di prestazioni presso i centri:

Obiettivo 1: Rafforzamento del ruolo del Dipartimento di diabetologia, ora funzionale, con trasformazione in “Dipartimento Strutturale”, con l'obiettivo di garantire sia le risorse che le responsabilità per il buon andamento della cura del diabete. Il Dipartimento Strutturale deve essere in grado di realizzare in rete e in modo multicentrico l'uniformità delle cure sul territorio e le adeguate competenze anche in sinergia con i MMG e i PLS ed anche attraverso il FSE;

Obiettivo 2: L'esigenza di rendere conformi alla normativa della L.R. 9/2015 tutti i CAD in relazione alla adeguatezza della composizione del team diabetologico (medici diabetologi, infermieri dedicati, dietista, podologo, psicologo).

Obiettivo 3: Sulla base del modello di sviluppo della sanità sul territorio "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale" di cui al DM 77/2022 e della Legge Regione Marche di riforma del SSR n. 128 del 2022 mettere in evidenza la centralità della persona con diabete con un nuovo ruolo per le Associazioni:

- 1) Feedback sulla qualità delle prestazioni erogate,
- 2) Programmazione di iniziative per favorire l'adozione da parte dei diabetici e dei loro familiari di corretti stili di vita.
- 3) Presenza delle Associazioni di pazienti diabetici nei CAD con figure tipo "diabetico guida" formati con le società scientifiche, come da DGR 1726/18.

Obiettivo 4: Potenziare la digitalizzazione già in essere sia del FSE sia della telemedicina, con preferenza per il teleconsulto; integrazione informatica con i MMG che rivestiranno un ruolo crescente nella gestione del diabete sul territorio. Continuare il progetto già in essere della Intelligenza artificiale applicata alla rete diabetologica per la medicina predittiva.

Obiettivo 5: Progetto KDA: effettuazione dello stick glicemico a tutti i minori di anni 18 negli accessi al PS per prevenire danni in caso di esordio (vedi punto 2.7.4 Diagnosi precoce del diabete in età pediatrica e screening dei minori a rischio di diabete)

2.11 MALATTIE RARE

Una malattia si definisce "rara" quando la sua prevalenza, intesa come il numero di casi presenti su una data popolazione, non supera una soglia stabilita. In UE la soglia è fissata allo 0,05 per cento della popolazione, ossia **5 casi su 10.000 persone**. Il numero di malattie rare conosciute e diagnosticate oscilla tra le 7.000 e le 8.000, ma è una cifra che cresce con l'avanzare della scienza e, in particolare, con i progressi della ricerca genetica. È un fenomeno che non riguarda pochi malati, bensì milioni di persone in Italia e addirittura decine di milioni in tutta Europa. La rete regionale Malattie Rare (MR) prevede un collegamento sinergico tra il livello centrale, i presidi regionali e il territorio, secondo criteri di omogeneità e integrazione funzionale. A tale scopo è stata prevista con DGR n.1735/20 l'istituzione, presso l'Agenzia Regionale Sanitaria, del Coordinamento regionale MR composto da referenti del settore competente in materia di assistenza territoriale e Integrazione socio sanitaria, esperti clinici, rappresentanti dei presidi regionali e un rappresentante delle associazioni di pazienti, con funzioni di definizione degli indirizzi per lo sviluppo omogeneo dei percorsi di presa in carico ed assistenza, implementazione e monitoraggio della rete clinica. La DGR n.1345/2013, modificata con DGR 1219/2014, disciplina il "*Riordino delle reti cliniche della Regione Marche*" tra cui la rete delle MR. La suddetta DGR colloca il Centro regionale MR presso l'A.O.U. delle Marche e, al contempo, individua l'AST di Macerata come riferimento per il gruppo di malattie emorragiche congenite (codice RDG020) e lo Stabilimento di Pesaro in AST di Pesaro-Urbino per lo screening metabolico neonatale allargato. Tale assetto in funzione della Legge Regionale n.19 del 2022 potrà essere rivisto nei principi di organizzazione, in particolare in merito a presidi di riferimento regionale, percorsi e sportelli amministrativi. Le modalità di accesso ai servizi amministrativi e clinici dedicati ai malati rari possono essere diffuse attraverso canali informativi istituzionali (sito internet ARS) e/o attraverso canali di informazione da individuare (numero verde/mail/front office).

La DGR 882 del 1° agosto 2016 definisce il percorso messo in atto nella Regione Marche per recepire le indicazioni del Piano Nazionale MR e delineare, con le linee di indirizzo esplicitate nell'Allegato A, l'operatività dei "nodi di rete" al fine di dare risposte appropriate ed efficaci alle problematiche delle MR.

Il Piano per l'innovazione del sistema sanitario basata sulle scienze omiche, G.U. 17/01/20218, definisce la rilevanza della genetica e dello sviluppo tecnologico genomico nell'ambito sanitario; nel contesto delle malattie rare l'individuazione di una strategia di "governo della genomica" può consentire una migliore prevenzione, diagnosi e trattamento.

Il 10 novembre 2021 è stata approvata la Legge 175 "Disposizioni per la cura delle malattie rare e per il sostegno della ricerca e della produzione dei farmaci orfani".

Obiettivi Prioritari:

Breve termine:

Alla luce dei percorsi avviati, e per consolidare la rete regionale si individuano le seguenti azioni prioritarie

- adeguare l'organizzazione della Rete al nuovo assetto organizzativo previsto dalla Legge regionale 8 agosto 2022 n. 19.
- attivare un progetto pilota per lo screening neonatale atrofia muscolare spinale (SMA);
- acquisire e implementare il nuovo Registro delle malattie rare della Regione Marche;
- recepire le indicazioni del Piano Nazionale MR in via di approvazione in applicazione della Legge 175/2021;
- Sostenere interventi anche di natura sociale a favore del caregiver familiari di persone con malattie rare;
- Sostenere la health literacy e l'empowerment in tema di malattie rare nella popolazione (sportello informativo, iniziative divulgative ecc.)
- Attivare il percorso regionale per la diagnostica molecolare delle malattie rare.

2.12 DISABILITÀ E NON AUTOSUFFICIENZA

Il mutamento della struttura socio-demografica nella nostra regione, l'aumento della popolazione anziana e della non autosufficienza, delle gravissime disabilità, delle situazioni di rischio di povertà e di disagio sociale ed economico, fanno emergere in particolare una diversa domanda di assistenza da parte delle persone e delle famiglie. La domanda si presenta sia in termini di richiesta di servizi flessibili a livello territoriale, sia di aiuto e sostegno per il mantenimento presso il domicilio della persona in condizione di non autosufficienza, o ancora di un rinnovamento di prestazioni e servizi qualificati per fronteggiare i nuovi bisogni.

La profonda crisi economica che sta coinvolgendo numerose famiglie sta peraltro modificando, o ha già modificato, sia gli stili di vita delle persone, in particolare di coloro che hanno bassi redditi, sia la struttura degli interventi e servizi che costituiscono la rete sociale e sociosanitaria regionale.

La *disabilità*, congenita o acquisita, chiede il massimo sforzo del sistema per garantire la dignità e la qualità della vita alle persone che si trovano in questa condizione.

In nessun ambito come quello della disabilità è cruciale il percorso della presa in carico, della personalizzazione delle cure e della integrazione tra servizi e istituzioni, proprio per i labili e spesso artificiosi confini tra bisogni sanitari, sociosanitari e sociali, anche a fronte della grande variabilità delle condizioni di disabilità e delle diverse fasi del "ciclo di vita" nel quale si è chiamati a intervenire.

L'approccio alla disabilità deve integrare aspetti specificatamente sanitari all'interno di una visione più ampia che abbraccia anche le componenti sociali. Questa impostazione è fondata sul principio che una disabilità non è un attributo intrinseco della persona, ma piuttosto, il risultato di una complessa interazione tra lo stato di salute, le attività e le relazioni, prodotta dal contesto ambientale e sociale in cui la persona vive.

Pertanto il Piano Assistenziale Individuale deve essere declinato all'interno del Progetto di vita, rispettoso delle scelte della persona e della famiglia, finalizzato a sostenere la permanenza al domicilio, a realizzare una vita piena e di qualità, nonostante i limiti che la condizione di disabilità pone, coerentemente con le azioni avviate per la costituzione del Fondo unico per le disabilità.

Numerose sono le esperienze e le sperimentazioni che il sistema regionale promuoverà per garantire i diritti della persona disabile, identificabili nei seguenti *obiettivi prioritari*:

Obiettivi Prioritari:

- riabilitazione di soggetti disabili, prevalentemente di minore età;
- interventi a sostegno dei soggetti con disturbo dello spettro autistico e alle loro famiglie attraverso il modello organizzativo dal *case management*/IFoC;
- misure sostenute con risorse del Fondo Nazionale Non Autosufficienza (FNA) e risorse regionali a supporto del caregiver familiare per il mantenimento al domicilio di persone in condizione di disabilità gravissima e grave;
- sperimentazione di progetti di vita indipendente ed inclusione sociale delle persone con disabilità sostenuta con quota parte di risorse FNA e cofinanziamento di alcuni Ambiti;
- interventi a favore delle persone disabili gravi prive del sostegno familiare in attuazione della L. 112/2017 "Dopo di noi";
- definizione con le Amministrazioni locali, attraverso i Piani di Zona, di progetti per l'inclusione sociale delle persone con disabilità mediante i percorsi sperimentati attraverso i "voucher per l'autonomia e l'inclusione attiva" e i tirocini di inclusione sociale;
- offerta di sostegni alla permanenza al domicilio delle persone con disabilità, coerenti con le diverse fasi del "ciclo di vita", che si concretizzino in misure specifiche a supporto delle famiglie che le assistono, a promozione di formule di coresidenzialità autogestita, di percorsi di accompagnamento all'autonomia, di vita indipendente, di piena inclusione sociale, prevedendo l'integrazione dell'insieme degli interventi sanitari e/o sociosanitari e/o sociali affinché risorse e sostegni siano orientati a sostenere il Progetto di vita quale reale ed appropriata modalità d'intervento; prevedendo inoltre il potenziamento delle equipe multidisciplinari (Commissioni sanitarie provinciali/UMEA) alle quali fanno capo le attività di valutazione e redazione dei progetti personalizzati, per dare attuazione alle misure attuate dagli Ambiti territoriali Sociali sulla base del Piano Nazionale e Regionale della Non autosufficienza, e relative a:

1. sostegno delle attività di cura e assistenza per il-mantenimento al domicilio di persone in condizione di disabilità gravissima e anziani non autosufficienti a supporto del caregiver familiare
2. progetti di vita indipendente ed inclusione sociale delle persone con disabilità, attuati dalla Regione (L.R.21/2016) e dagli Ambiti Territoriali Sociali sulla base del Piano Nazionale e Regionale Non Autosufficienze sostenuta con quota parte di risorse FNA cofinanziamento di alcuni Ambiti;
3. interventi a favore delle persone disabili gravi prive del sostegno familiare in attuazione della L. 112/2017 "Dopo di noi";
4. progetti finalizzati all'inclusione sociale e lavorativa delle persone con disabilità tutti gli altri interventi a carattere sociale che richiedono presa in carico e valutazine multidisciplinare nonché la redazione di un progetto di vita da attuarsi anche per il tramite degli Ambiti Territoriali Sociali

- rafforzamento dell'intervento a favore di minori con gravissima disabilità, in particolare quelli in "dipendenza vitale", sviluppando percorsi di affiancamento ai genitori in contesti/ambienti di tipo familiare alternativi all'utilizzo inappropriato dell'ospedale implementandone l'offerta territoriale, e quando possibile, favorendo forme di inclusione scolastica;
- garanzia a livello di cure specialistiche ambulatoriali e ospedaliere, di servizi flessibili, personalizzati, capaci di erogare prestazioni con i tempi e le modalità adeguate alle condizioni della persona disabile;
- consolidamento del ruolo di case-manager/IFoC a livello territoriale per garantire l'orientamento e il supporto alla persona e alla famiglia, la comunicazione tra gli operatori, la integrazione tra servizi sanitari, sociosanitari e sociali, la costruzione di percorsi di presa in carico e di progetti di vita;
- monitoraggio dei servizi semiresidenziali e residenziali, al fine di renderli sempre più rispondenti alle diversificate esigenze delle persone;

- creazione di una rete per assicurare cure odontoiatriche in generale nelle situazioni di vulnerabilità sociale e con particolare attenzione alle persone con disabilità e ai minori, in coerenza con il Dpcm 12.01.2017 di aggiornamento dei LEA;
- valorizzazione del ruolo del volontariato e del terzo settore.

2.13 RETE REGIONALE DELLA RIABILITAZIONE

I diversi approcci all'organizzazione del settore della riabilitazione tra aree diverse della Regione Marche, hanno configurato modelli di assistenza poco omogenei caratterizzati dalla frammentazione di percorsi che invece il Piano della Riabilitazione 2011 definisce unico, dalla diversità o mancanza di applicazione di strumenti e strategie comuni, dalla ridondanza delle prestazioni, dalla difficoltà ad elaborare percorsi appropriati che possono rispondere in maniera adeguata ai bisogni espressi dai cittadini, determinando uno sbilanciamento tra volumi di attività e offerta dei servizi .

Queste criticità, comuni a dir la verità a gran parte delle regioni italiane, hanno evidenziato la necessità e l'urgenza di perseguire l'obiettivo di governare gli accessi ai percorsi in modo da raggiungere la maggiore appropriatezza possibile trovando nello stesso tempo, l'equilibrio con la sostenibilità economica.

La disabilità e la non autosufficienza sono in costante aumento, anche la recente pandemia ha contribuito ad incrementare le disabilità esistenti e ne ha determinate di nuove: sempre più persone possono essere esposte all'esperienza della disabilità nel corso della loro vita, e in funzione di molteplici variabili individuali e contestuali, ogni persona può diventare persona con disabilità complessa.

Diventa necessario proprio per questo, mettere in campo strategie sanitarie che facilitino e mantengano nel tempo il "funzionamento" delle persone che vivono più a lungo ma molto spesso con più disabilità : la riabilitazione rappresenta una di queste strategie (OMS) poiché attuando un approccio *person-centred* tiene conto di tutti gli aspetti della funzionalità della persona e attraverso approcci per valutare le condizioni di salute nel tempo, approcci per ottimizzare le capacità , le abilità e le prestazioni della persona e approcci per fornire un ambiente più facilitante, ha come obiettivo il miglioramento e mantenimento nel tempo della qualità della vita della persona disabile e della persona che invecchia .

Ma perché si possa arrivare ad un contenimento della disabilità in senso favorevole al funzionamento, deve essere costituita la rete della riabilitazione che comprenda tutti i livelli organizzativi e assistenziali presenti sul territorio regionale dalla degenza riabilitativa all'ambulatorio, al domicilio, alla residenzialità ,e rappresenti da un lato l'offerta riabilitativa territoriale locale e regionale e dall'altro la continuità assistenziale (**"Linee di indirizzo per l'individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione" Conferenza Stato –Regioni 04/08/2021 e recepimento con DGRM n56 del 31/01/2022**).

La rete deve quindi rispondere ai bisogni riabilitativo – assistenziali della popolazione, dal neonato all'anziano sia a livello locale che regionale ed essere espressione di integrazione ospedale –territorio, integrazione della riabilitazione pubblica e privata –accreditata e integrazione sanitaria, socio-sanitaria e sociale. In tal modo si realizzerebbe la continuità del percorso, finalmente unico, la continuità degli obiettivi, la continuità dell'appropriatezza, la continuità della formazione degli operatori, la continuità della qualità della riabilitazione. I nodi che costituiscono la rete devono essere ben definiti nelle loro attività e nei loro requisiti organizzativi e strutturali e deve essere definito il ruolo che questi svolgono in tale contesto.

Dovranno essere condivise le modalità di coordinamento, collegamento ed integrazione fra le varie strutture che rappresentano i nodi , dovranno essere elaborati i PDTAr (**"Linee di indirizzo per l'individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione" Conferenza Stato –Regioni 04/08/2021 e recepimento con DGRM n56 del 31/01/2022**) espressione di percorsi diagnostico – terapeutico - riabilitativi, dovranno essere elaborati e condivisi sistemi di verifica verso l'appropriatezza del setting e verso la continuità di percorso.

La rete dovendo rispondere a più bisogni riabilitativi dovrà articolarsi su più livelli e a livelli di complessità crescente.

L'appropriatezza del setting ospedaliero nel caso di Riabilitazione Intensiva ed Estensiva, espressa dal codice 56 e di Riabilitazione ad Alta Specializzazione espressa dai codici 75 e 28, trova risposta sia nel documento emanato dalla Conferenza Stato – Regioni del 04/08/2021 dove vengono definiti i requisiti generali e i criteri di accesso, sia nel progetto ministeriale a carattere sperimentale della durata di un anno, elaborato al fine di definire una nuova classificazione di intensità assistenziale-riabilitativa in relazione alla complessità delle attività svolte, alla disabilità e alle risorse impiegate, cui ha aderito anche la Regione Marche

Tutte le UU.OO di degenza ospedaliera riabilitativa presenti sul territorio marchigiano parteciperanno alla sperimentazione

Il documento della Conferenza Stato – Regioni affronta l'appropriatezza anche per i vari setting di riabilitazione territoriale. L'offerta territoriale include la riabilitazione ambulatoriale, domiciliare e la riabilitazione in strutture residenziali e semiresidenziali.

Se l'obiettivo della riabilitazione è il reinserimento familiare, sociale, lavorativo, culturale, sportivo della persona con disabilità, il territorio diventa il "setting" privilegiato della riabilitazione.

Le strutture riabilitative territoriali dovranno essere valorizzate, integrarsi a livello locale con le équipes territoriali multiprofessionali e multidisciplinari presenti ed insieme costituire quella relazione paziente-famiglia –operatore che può contribuire al mantenimento della persona con disabilità presso il proprio domicilio.

Con i servizi così integrati si può rispondere alla cronicità e alla disabilità cronica non solo semplice ma anche più complessa, la risorsa famiglia diventa reale, si realizzano formazione informazione, educazione del paziente, della famiglia, del care giver, si aumentano le competenze si definiscono in forma più articolata e organizzata i bisogni del care giver e della famiglia e si realizza il monitoraggio clinico – funzionale nel lungo termine.

Sempre a livello territoriale dovranno inoltre essere potenziate quelle risorse territoriali idonee ad accogliere soggetti con disabilità al di fuori del contesto sanitario, al fine di favorire un allenamento motorio e cognitivo utile al mantenimento della salute e dell'integrazione sociale, ovvero realizzare corsi di attività fisica /motoria adattata (AFA). Diverse regioni hanno già sperimentato corsi di attività fisica adattata rivolta alla disabilità con risultati positivi.

Dovranno pertanto essere definite linee guida per la realizzazione ed organizzazione così come dovranno essere definite le caratteristiche delle sedi che potranno ospitare corsi AFA.

Appropriatezza in riabilitazione significa anche appropriatezza nella prescrizione di ausili: infatti la condizione di disabilità può essere ridotta e a volte superata proprio grazie all'ausilio.

Gli ausili sono parte integrante del Progetto Riabilitativo Individuale dal momento che gli obiettivi indirizzati verso il più alto livello possibile di autonomia e il miglior grado possibile di qualità della vita vengono raggiunti anche grazie all'uso dell'ausilio.

La rete della riabilitazione regionale guarda però anche al futuro, l'uso di dispositivi tecnologici /robotici è ormai entrato a far parte dei percorsi di cura, come supporto alla riabilitazione tradizionale, dalle forme più semplici come il teleconsulto, alla teleriabilitazione, alla realtà virtuale, alla robotica.

La recente pandemia ha sviluppato esperienze regionali di teleriabilitazione con risultati positivi sia come risposta da parte dei pazienti, dal bambino all'adulto e all'anziano, sia come possibilità di impiego risultando essere un valido strumento di continuità assistenziale e di diffusione più capillare della funzione riabilitativa.

La teleriabilitazione entra in gioco anche nell'attività protesica, il suo utilizzo viene indicato in alcune fasi del percorso protesico come il collaudo ma soprattutto nel follow up che rappresenta la fase di verifica a distanza permettendo di valutare la reale efficacia dell'ausilio nella vita quotidiana del soggetto, intercettando in tal modo anche l'abbandono dell'ausilio.

La Regione Marche guarda infine con favore l'impiego delle tecnologie più avanzate, appannaggio di alcuni centri ma che, nell'ambito della rete, potranno trovare un adeguato sviluppo ed utilizzo in accordo con le indicazioni nazionali, come guarda con interesse la ricerca clinica in riabilitazione che, coinvolgendo le strutture/nodi, sarà funzionale alla rete regionale di riabilitazione.

Una rete regionale come sopra definita, articolata su più livelli, che vede il coinvolgimento di attori pubblici e privati accreditati, rispettosa di principi fondamentali quali equità e accessibilità diffusa ma che nello stesso tempo deve agire secondo appropriatezza, efficienza, efficacia, prevede un assetto organizzativo tipo cabina di regia (Conferenza Stato-Regioni 04/08/2021 “Linee di indirizzo per la individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione –DGRM n 56 del 31/01/2022)

Obiettivi Prioritari:

Medio termine:

- Istituzione di una Cabina di regia Regionale
- Implementazione della rete regionale della Riabilitazione e del raccordo tra i vari setting assistenziali attraverso le COT;
- Potenziamento della Teleriabilitazione

2.14 SALUTE MENTALE E DIPENDENZE

La creazione di una forte connessione tra Ospedale e Territorio anche per gli ambiti della salute mentale e delle dipendenze può essere considerato come l’approccio da adottare. Psichiatria, Neuropsichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza, Psicologia Clinica e Dipendenze, richiedono la creazione di un contenitore che ha quale mission la gestione unitaria dei diversi aspetti della salute psichica, nella certezza che cure meno parcellizzate e frammentate costituiranno per i pazienti e i loro familiari un indubbio vantaggio.

In linea con tali indirizzi, gli ambiti indicati possono essere affrontati congiuntamente individuando aree di programmazione e intervento comuni per il sistema di cure di una delle fasce più vulnerabili e socialmente escluse e, al tempo stesso, più giovani della popolazione.

L’approccio coordinato ha quali obiettivi prioritari il miglioramento della qualità delle cure offerte, il raggiungimento di maggiori risultati sia in termini di risoluzione delle problematiche che di decorso delle patologie, la diminuzione dei costi della malattia psichica a livello personale, familiare, sociale e, in definitiva, anche economico.

Vengono di seguito indicati 4 indirizzi, comuni per Salute Mentale e Dipendenze – che dovranno costituire oggetto di riflessione e riorganizzazione per promuovere un profondo mutamento culturale:

➤ *Implementare la diagnosi precoce e favorire interventi tempestivi*

I servizi psichiatrici, di neuropsichiatria infantile e i servizi per le dipendenze condividono un’importante problematica: i lunghissimi tempi di latenza tra la comparsa dei primi sintomi e l’inizio delle cure; questo periodo di “malattia non trattata” incide fortemente sugli esiti delle cure, peggiorandone la prognosi, il decorso e la mortalità.

L’integrazione tra Salute Mentale e Dipendenze rappresenta un’occasione unica per attuare un importante cambiamento culturale e organizzativo, ricollocando i Servizi sulle prime fasi della malattia, quando le possibilità di modificare la storia della persona sono molto più elevate. Diagnosi e intervento precoci devono quindi diventare i 2 paradigmi entro cui declinare le possibilità di trattamento per aumentare il numero delle guarigioni, migliorare il decorso, evitare la cronicizzazione.

I pazienti nelle fasi più avanzate della malattia – su cui oggi i Servizi sono fortemente impegnati e investono la maggior parte delle energie – continueranno a essere seguiti adeguatamente, ma si cercherà in ottica programmatoria di spostare parte delle risorse su possibilità di aggancio precoce, proprio per diminuire in futuro la popolazione di persone in situazione di cronicità.

➤ *Rivedere il concetto di cronicità*

In ottica programmatoria è importante non confondere l'intervento tardivo con la natura della patologia e tenere nella giusta considerazione i risultati ottenuti sia in relazione alle guarigioni, sia in relazione ai miglioramenti nel decorso per organizzare i Servizi con una maggior centratura sulle fasce giovanili della popolazione e diffondere una cultura meno pregiudiziale e stigmatizzante.

➤ *Combattere pregiudizio, stigma e autostigma*

L'OMS individua nel pregiudizio e nella paura che ancora connotano le patologie dell'area psichica uno dei principali fattori di ritardo nell'inizio delle cure. La motivazione dei pazienti e dei loro familiari è fortemente minata da false credenze e scarse conoscenze che portano a pensare che non ci sia alcuna possibilità di risoluzione.

Ancora più cruciale risulta l'atteggiamento degli operatori sanitari che spesso sono i primi a esitare di fronte alla possibilità di riconoscere precocemente la patologia e ad effettuare corretti invii ai Servizi di cura.

Sono necessarie azioni trasversali di formazione e conoscenza tra i differenti operatori e, più in generale, tra gli operatori sanitari per promuovere un forte cambiamento culturale.

➤ *Potenziare la fiducia nei Servizi e nelle possibilità di cura*

La riorganizzazione e l'integrazione tra Servizi per la Salute Mentale e Servizi per le Dipendenze può essere un'importante occasione per creare un nuovo patto fiduciario tra Servizi e popolazione.

Lo sforzo organizzativo deve essere teso a generare un circolo virtuoso in cui l'intervento precoce dimostri la possibilità di ottenere risultati, diffondendo un approccio più realistico e ottimista e creando la fiducia imprescindibile per avviare qualsiasi percorso terapeutico, in particolare nell'area della salute mentale.

I servizi rivolti agli adolescenti, caratterizzati da multidisciplinarietà e multi professionalità e multimodalità, capacità di risposte differenziate e flessibili, che superano le artificiose separazioni basate sull'età o sulla patologia prevalente, con una forte tensione alla integrazione, alla tempestività, ne rappresentano un esempio da sperimentare e monitorare

Le azioni fondamentali per attuare quanto sopra esplicitato sono:

- attivare iniziative di comunicazione - anche attraverso i media – per modificare l'attuale percezione pessimistica e priva di prospettive della malattia mentale, incluse le dipendenze;
- lavorare in stretta connessione con l'ambito preventivo soprattutto per quanto riguarda la prevenzione selettiva e indicata, ma anche per diffondere informazioni relativamente al sistema dei Servizi di Cura;
- formare gli operatori sociosanitari, ivi compresi quelli che operano nei servizi di prossimità;
- potenziare l'operatività dei Servizi sulle fasce giovanili facendoli transitare dall'attuale prevalente impegno di risorse sui pazienti nelle fasi più avanzate della patologia all'intercettazione e al trattamento precoce multidisciplinare e integrato mediante prestazioni/interventi a costi standard definiti con l'utilizzo di risorse comunitarie, derivanti da analisi di quanto realizzato negli anni attraverso progetti di "prevenzione e limitazione dei rischi" specialmente nei luoghi del divertimento e dell'aggregazione giovanile.

2.14.1 Salute mentale

La principale problematica relativa all'ambito psichiatrico riguarda il fatto che attualmente la maggior parte della spesa è impegnata a sostegno della residenzialità, che coinvolge pochi pazienti in carico. Tale organizzazione non risponde alle esigenze della maggior parte dei pazienti, ma soprattutto si trova spesso a vicariare bisogni sociali, a trattare patologie organiche non di pertinenza psichiatrica, a risolvere problematiche relative all'età avanzata dei pazienti con modalità poco flessibili e non appropriate. È indicazione prioritaria la revisione della residenzialità e l'individuazione di meccanismi più flessibili e centrati sui percorsi che riportino l'asse dell'intervento sulla territorialità.

Le stesse risorse oggi interamente dedicate alla residenzialità possono essere utilizzate per erogare trattamenti destinati ad un maggior numero di pazienti sul territorio secondo progetti basati sul modello flessibile della stepped-care.

Al fine di realizzare concretamente un efficiente servizio di cure territoriali, è necessario riorganizzare i Centri di Salute Mentale, rafforzandone le competenze, differenziando i percorsi e l'organizzazione anche a seconda della tipologia dei pazienti che vi accedono, definendo i ruoli e l'autonomia gestionale dei diversi operatori sanitari e rafforzando le competenze di "case management".

Il trattamento delle persone affette da disturbo psichico ed il loro percorso riabilitativo potrà dirsi completo quando consentirà una restituzione del soggetto ad una legittima dimensione sociale nel rispetto di un diritto di cittadinanza che ne valorizzi gli aspetti umani e produttivi in relazione all'individuale grado di funzionamento. A tale scopo i servizi dovranno costruire e consolidare i rapporti con i diversi enti presenti sul territorio (istituzionali, formali, imprenditoriali, associazionistici) allo scopo di favorire l'orientamento e diversi percorsi di inserimento lavorativo per promuovere l'autonomia sociale ed economica delle persone fragili.

Particolare attenzione deve essere dedicata al progetto regionale "Servizi di sollievo" rivolto a persone con problemi di salute mentale e alle loro famiglie. Il progetto, gestito dagli Ambiti Territoriali Sociali, singolarmente o in forma associata, di concerto con i Dipartimenti di Salute Mentale competente a livello di AST, nato come progetto sperimentale nel 2001, parte dal presupposto che Oltre la cura diretta a favore del paziente che il servizio sanitario riesce a gestire attraverso i suoi strumenti operativi e professionali si attivi l'impegno con i servizi sociali territoriali degli ATS per un supporto di intervento sociale rivolto direttamente alle famiglie che presentino soggetti del proprio nucleo con sofferenza psichica. Famiglie o associazioni familiari devono prendere in carico alcune parti organizzative del servizio, insieme agli operatori sanitari e con il coinvolgimento del terzo settore e della cooperazione sociale per l'organizzazione e la gestione di attività (formazione, laboratori, inserimenti lavorativi e di tirocinio). I progetti attivati ininterrottamente dal 2001 si sono dimostrati in grado di affrontare i nuovi bisogni secondo un approccio che sposta l'asse dell'intervento dalla componente sanitaria a quella di un intervento capace di mobilitare risorse (pubbliche, private, del terzo settore, del volontariato...ecc.) verso una reale integrazione delle politiche sanitarie con le politiche sociali, ambientali, abitative, formative, occupazionali; per questo l'intervento dalla fase "progettuale" deve essere consolidato in un vero e proprio servizio integrato, assicurandone una istituzionalizzazione e le risorse alla sua prosecuzione

Altre problematiche su cui l'ambito psichiatrico deve focalizzare l'attenzione riguardano i disturbi di personalità, i disturbi dell'umore (in particolare la depressione perinatale), i disturbi emotivi cercando sempre uno sguardo preventivo per il riconoscimento e l'intervento multidisciplinare.

Il periodo della gravidanza e dei primi mesi di vita del bambino costituisce una finestra significativa per cogliere le situazioni di rischio psichico e psicosociale. L'intercettazione di fragilità in tale periodo, e di conseguenza il relativo trattamento, è realizzabile a fronte di un coordinato intervento tra diversi servizi e professionalità. La conoscenza e l'identificazione dei fattori di rischio soggettivi e famigliari può favorire l'intervento precoce in contesti specifici e in soggetti precocemente intercettabili.

Di particolare importanza risulta il trattamento dei Disturbi di Personalità, che in questi ultimi anni si sono rivelati particolarmente incidenti. I Servizi devono raccordare la propria attività al fine di mettere in campo interventi specifici ed integrati limitando la frammentazione della risposta socio sanitaria che spesso si traduce nella mancata aderenza al trattamento con compromissione dell'esito in salute.

La maggior parte dei pazienti trattati nel circuito psichiatrico è, e sempre più lo sarà in futuro, anche utilizzatore di sostanze: il superamento del concetto di Doppia Diagnosi e la necessità di un approccio integrato basato sulla centralità della persona è ben rappresentato dalla "Carta dei Servizi dei Pazienti con Disturbi Psichiatrici e Disturbi da Uso di Sostanze e Addiction" (Roma Ottobre 2017) redatta dalle tre principali Società Scientifiche del settore.

Particolare attenzione deve essere dedicata al progetto regionale "Servizi di sollievo" rivolto a persone con problemi di salute mentale e alle loro famiglie. Il progetto, gestito dagli Ambiti Territoriali Sociali, singolarmente o in forma associata, di concerto con il DSM competente a livello di AST, nato come progetto sperimentale nel 2001, necessita di essere "stabilizzato" attraverso l'adozione di una legge regionale che possa assicurare la prosecuzione dell'intervento e le relative risorse.

NeuroPsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza

Il sostegno e la promozione del neurosviluppo e della salute mentale attraverso l'individuazione e diagnosi precoce, la presa in carico e i trattamenti appropriati, offerti all'interno della finestra evolutiva opportuna, e integrati con la rete dei Servizi costituiscono un'importante opportunità e possibilità di ripristinare il benessere delle persone di minore età. L'investimento nell'ambito dei disturbi neuropsichici dell'infanzia e adolescenza è reso strategico da importanti fattori quali l'elevata prevalenza complessiva (tra il 10 ed il 20% della popolazione 0-17 aa); la specificità del neuro sviluppo; l'impatto rilevante sulla salute della popolazione infantile e della futura popolazione adulta e sugli anni vissuti con disabilità con i conseguenti costi emotivi, sanitari e sociali; le nuove conoscenze nell'ambito delle neuroscienze che oggi permettono diagnosi tempestive e interventi terapeutici e riabilitativi efficaci. Il processo diagnostico e l'impostazione del progetto terapeutico e/o riabilitativo deve essere conseguente ad una valutazione globale multiprofessionale specifica, per consentire di operare con modalità che garantiscano continuità tra uno specifico spazio ospedaliero e uno specifico spazio territoriale, entrambi necessari per assicurare appropriatezza, completezza, coerenza e continuità nella diagnosi, nel progetto terapeutico e negli interventi di cura.

Obiettivi Prioritari:

Medio termine:

- L'introduzione di criteri di priorità mirati per gli accessi e per gli interventi terapeutici (trriage), che tengano in considerazione età, profilo di funzionamento, comorbilità, fattori di rischio, modulando di conseguenza tempestività, intensità e specificità degli interventi e ponendo particolare attenzione ai primi anni di vita, all'età pre-adolescenziale, alle fasi di transizione e agli interventi sul contesto di vita;
- L'introduzione di interventi di telemedicina e teleriabilitazione;
- Il completamento di un sistema integrato di risposta all'acuzie psichiatrica in adolescenza, che garantisca in modo omogeneo ed appropriato la gestione di base nell'ambito nella rete dell'emergenza-urgenza, e la gestione specialistica e la necessità di ricovero in alcuni punti di secondo livello, attivando inoltre interventi appropriati per la gestione della pre e post acuzie nei territori.
- L'implementazione di risposte differenziate in base ai livelli di complessità e tecnologia necessari nelle patologie neurologiche dell'età evolutiva.
- Una puntuale attenzione al tema della continuità assistenziale nel delicato passaggio alla maggiore età dei minori presi in carico anche attraverso strutture finalizzate;
- Adeguamento della dotazione di medici neuropsichiatri dell'infanzia e dell'adolescenza, anche in riferimento al documento AGENAS 2022 del Gruppo di lavoro Salute Mentale.
- Implementazione del flusso informativo sanitario NPJA ex Intesa 25 luglio 2019 «Linee di indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza»;
- Consolidamento del supporto ai "servizi di sollievo" gestiti dagli Ambiti Territoriali Sociali, anche rispetto alla strutturazione e continuità oltre che nella gestione.

La presa in carico delle persone affette da demenza attraverso la nuova architettura dei CDCD

Nel mondo sono 46,8 milioni le persone che convivono con una forma di demenza e il dato è destinato quasi a raddoppiare ogni 20 anni. Il Piano Globale di Salute Pubblica per rispondere alla Demenza 2017-2025 invita gli Stati alla creazione di politiche di governo che abbiano un favorevole impatto sulla qualità della vita delle persone con disturbo cognitivo e delle loro famiglie. L'Italia ha formulato un Piano Nazionale Demenza nel 2014. La Regione sta lavorando ad una modalità di presa in carico delle persone con disturbi neuro cognitivi attraverso la riorganizzazione della rete e la nuova architettura dei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD).

La Demenza rappresenta una patologia neurodegenerativa a decorso progressivo e inaggravante.

In linea con quanto definito nel *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali DSM-5* il capitolo precedentemente denominato "Delirium, Demenza, Disturbi Amnestici e altri Disturbi Cognitivi" viene ridefinito come "Disturbi neuro cognitivi" modellandolo su tre distinte entità cliniche: Delirium, Disturbi neurocognitivi maggiori e Disturbi neurocognitivi lievi

La storia naturale della malattia passa attraverso diverse fasi, variabili da soggetto a soggetto, che comprendono deficit di più domini cognitivi, in primo luogo la memoria, la perdita progressiva dell'autonomia, i disturbi della sfera del comportamento e i vari gradi di disabilità, fino all'allettamento.

L'attuazione del Piano Demenze in Regione prevede di riorganizzare la rete clinico-assistenziale per le demenze attraverso **la creazione e lo sviluppo dei Centri per i Disturbi Cognitivi e per le Demenze (CDCD)** al fine di garantire la continuità assistenziale e l'appropriatezza della presa in carico del paziente affetto da demenza e della sua famiglia nella logica della continuità e circolarità ospedale-territorio.

Ad oggi la diagnosi e la terapia viene effettuata dalle Unità Valutazione Alzheimer (UVA), ambulatori specialistici presenti in ogni azienda ma spesso non collegati agli altri servizi e tra loro, che quindi non assolvono la funzione di sistema integrato in grado di garantire la presa in carico tempestiva, la continuità assistenziale per la persona affetta da ogni tipo di demenza considerando che i bisogni cambiano nel tempo e anche la famiglia ha bisogno di essere sostenuta in ogni stadio della malattia.

Il CDCD costituisce la riorganizzazione e l'evoluzione dell'attuale rete degli ambulatori UVA e si configura quale organizzazione a rete in cui un ambulatorio centrale coordina e sovrintende l'attività di altri ambulatori e servizi identificandosi come centro di coordinamento di tutti i soggetti coinvolti a vario titolo nel processo di cura della persona e della sua famiglia. Proprio per tale ragione all'interno degli ambulatori deve operare un gruppo di lavoro multidisciplinare composto da diversi specialisti e figure professionali (neurologo, geriatra, psichiatra, psicologo, infermiere o altro operatore delle professioni sanitarie) che lavorano secondo protocolli condivisi e con la presenza di un Coordinatore. I coordinatori assicurano uniformità nella presa in carico dei cittadini e delle loro famiglie attraverso un dialogo costante. Il gruppo di lavoro può essere integrato da altre figure complementari disponibili nel distretto (es. tecnico della riabilitazione, assistente sociale, operatore sociosanitario) tramite precisa procedura di attivazione. Il CDCD costituisce il centro di coordinamento di processo di cura del paziente con demenza.

2.14.2 Dipendenze

Come riportato nel Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025, l'OMS definisce la "dipendenza patologica" come "condizione psichica, talvolta anche fisica, derivante dall'interazione tra un organismo e una sostanza, caratterizzata da risposte comportamentali e da altre reazioni che comprendono un bisogno compulsivo di assumere la sostanza in modo continuativo o periodico, allo scopo di provare i suoi effetti psichici e talvolta di evitare il malessere della sua privazione".

In questa definizione rientrano anche le dipendenze senza sostanza, che riguardano comportamenti problematici come il disturbo da gioco d'azzardo, lo shopping compulsivo, la *new technologies addiction* (dipendenza da internet, *social network*, videogiochi, televisione, ecc.). Anche gli studi derivanti dalle nuove scienze neurologiche propongono una visione unitaria della dipendenza, secondo la quale sia le manifestazioni cliniche che i percorsi di trattamento sono simili.

Negli ultimi anni si è assistito ad un progressivo abbassamento dell'età di prima assunzione di sostanze patologiche con un parallelo aumento dell'offerta sul mercato di un'ampia gamma di principi attivi, alcuni dei quali non tabellati e, pertanto legali (New Psychoattive Substance – NPS). Ciò ha comportato un importante impatto sociosanitario, con conseguenze sull'ordine pubblico e sulla spesa sanitaria e sociale. Sul versante "salute" si evidenziano ricadute dirette, derivanti dagli effetti farmacologici della sostanza e dalla via di assunzione, e indirette, come epatite B e C, AIDS, disturbi del sistema nervoso centrale (SNC), cui si aggiungono conseguenze sociali legate a comportamenti illegali, violenze, incidenti.

Oltre alla dipendenza da sostanze, bisogna considerare la crescente diffusione delle dipendenze di natura comportamentale, problematiche diverse nelle manifestazioni cliniche, ma per molti aspetti correlate sul piano eziologico e psicopatologico. Esse comprendono un ampio ventaglio di manifestazioni (il disturbo da gioco d'azzardo, le dipendenze da nuove tecnologie, le dipendenze sessuali, lo shopping compulsivo, ecc.) ad oggi inserite solo in parte nelle classificazioni diagnostiche internazionali.

Le linee d'azione previste dal PNP si rivolgono a:

- potenziamento della **campagna antifumo** attraverso la strategia globale raccomandata dall'OMS (MPOWER) che si sviluppa sull'integrazione di sei strategie di azioni efficaci per contrastare il fenomeno del tabagismo, quali: monitoraggio del consumo di tabacco e politiche di prevenzione, protezione della popolazione dal fumo, aiutare i fumatori a smettere di fumare, avvertenze sui pericoli del tabacco, rafforzamento dei divieti di pubblicità, promozione e sponsorizzazioni del tabacco, politiche fiscali e dei prezzi;
- interventi specifici contro l'**alcooldipendenza** per il target di riferimento:
 - giovani in ambito scolastico e le loro famiglie per contrastare il fenomeno del "*binge drinking*" (consumo di più di 5/6 UA in un'unica occasione che causa non solo danni alla salute, ma anche problemi legati alla sicurezza, soprattutto in relazione all'incidentalità stradale, all'esposizione a situazioni di rischio, agli infortuni sul lavoro);
 - gruppi di popolazione più vulnerabili (minorenni e giovani, donne in gravidanza, anziani), riguardo all'alcooldipendenza, disturbo del comportamento e condizione clinica che implica un orientamento compulsivo nei confronti del consumo di alcol, con contestuale sottovalutazione e disinteresse verso le conseguenze negative che ne derivano, sia a livello di salute che di adattamento socio ambientale. Questa dipendenza si presenta spesso in associazione ad altri disturbi psichiatrici quali depressione e ansia che favoriscono il desiderio di bere (*craving*) e la ricaduta, ed è spesso associata a patologie alcol-correlate a danno di molti organi, tra cui i più vulnerabili sono il fegato e il sistema nervoso centrale;
- lotta al sempre più frequente consumo in età precoce di **sostanze illecite** (nuove sostanze psicoattive apparse sul mercato europeo delle droghe) con una programmazione degli interventi che deve tenere conto del passaggio da un quadro dominato da modalità di assunzione (sostanze considerate "classiche", come ad esempio cocaina ed eroina), a un quadro estremamente variegato in cui spicca l'assunzione di nuove sostanze sempre più sofisticate e pericolose e nuove modalità di consumo. La continua mutevolezza dei fenomeni in termini di offerta di principi attivi, il cambiamento di stili e di modalità di accesso (ad es. web) alle sostanze, favoriti da strategie di marketing aggressive con target nei confronti delle diverse fasce della popolazione, chiedono l'intensificazione degli sforzi preventivi e l'adozione di approcci strategici fondati sulla ricerca, la previsione degli scenari e dei trend evolutivi;
- attenzione alla cosiddetta "**farmacologizzazione**" sociale (processo che comprende, al di fuori del contesto medico, sia la ricerca dell'effetto biologico delle sostanze chimiche in termini di automedicazione, sia il desiderio degli individui-consumatori di adottare tecnologia e chimica come soluzioni ai problemi della vita) cui si aggiunge anche nel nostro Paese il rischio della diffusione del misuso/diversion di farmaci antidolorifici oppiacei, con potenziali gravissime ricadute. La Dipendenza da Farmaci è una seria forma di dipendenza psico-fisica provocata e mantenuta attiva dall'assunzione ripetuta ed eccessiva dei farmaci stessi; essendo il loro uso socialmente accettato, vi è una tendenza a sottovalutare questo problema. I dati relativi alla prevalenza del consumo di psicofarmaci non prescritti tra i giovani (studio ESPAD), evidenziano in Italia un trend in aumento;
- lotta al **disturbo da gioco d'azzardo** (di seguito DGA) e classificato nel DSM 5 (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali) quale "comportamento persistente o ricorrente legato al gioco d'azzardo che porta a disagio o compromissione clinicamente significativi".

Questa patologia ha conosciuto negli ultimi anni una crescita esponenziale, dovuta alla concomitanza di diversi fattori, quali la crisi economica e l'enorme ampliamento dell'offerta d'azzardo.

Ad oggi non esistono dati epidemiologici precisi e studi validati, secondo le stime disponibili la percentuale dei giocatori "problematici" varia dall'1,3% al 3,8% della popolazione generale, mentre quella dei giocatori "patologici" dallo 0,5% al 2,2%. Sono ben visibili, in ogni modo, le conseguenze drammatiche di tale fenomeno: gli alti costi a livello sociale, familiare e sociale che il DGA provoca, fanno di esso non un fenomeno isolato, ma una questione di salute pubblica, che si ripercuote fortemente sulla sfera comunitaria e sociale;

- la **dipendenza da internet**, (*Internet Addiction Disorder - IAD*), disturbo del controllo degli impulsi che comprende il *Gaming disorder* (Dipendenza da videogame) che, nel 2018, è stato incluso dall'OMS tra i disturbi dovuti a comportamenti che generano dipendenza nell'*International Classification of Disease (ICD 11)*, di cui già fa parte il Disturbo da Gioco D'Azzardo (DGA). Secondo l'OMS, un individuo affetto da *Gaming disorder* risulta talmente assuefatto dai videogiochi (sia online che offline) da compromettere significativamente la sua vita sotto ogni aspetto, sia esso sociale, lavorativo od affettivo, con effetti negativi non solo sulla salute psicologica, ma anche su quella fisica. I soggetti a rischio, secondo la letteratura, hanno un'età compresa tra i 15 e i 40 anni, una buona conoscenza dell'informatica, spesso sono isolati per ragioni lavorative (es. turni notturni di lavoro) o geografiche e solitamente presentano problemi psicologici, psichiatrici o familiari preesistenti all'insorgenza dell'uso problematico di internet. Le età preadolescenziale e adolescenziale rappresentano una fase cruciale per lo sviluppo dell'individuo e costituiscono quindi un momento chiave nel quale poter intervenire efficacemente con adeguate politiche di promozione della salute e di prevenzione universale, selettiva e indicata.

Fattori di rischio/Determinanti

L'eziologia della dipendenza è multifattoriale, rimanda cioè ad una costellazione di cause. La sua insorgenza è legata presumibilmente all'interazione sfavorevole di tre ordini di fattori:

- neurobiologici (riconducibili a caratteristiche genetiche, ad anomalie della disponibilità di alcuni importanti neurotrasmettitori - dopamina, serotonina, noradrenalina - che regolano il tono dell'umore);
- individuali (correlati alle esperienze di vita nonché a caratteristiche specifiche di personalità – ricerca di sensazioni forti, propensione al rischio, desiderio esasperato di successo, bassa autostima);
- socio-ambientali (relativi alle caratteristiche del contesto familiare, socio culturale ed economico della comunità in cui il soggetto vive, alle abitudini del gruppo di appartenenza, alla presenza o meno di reti di sostegno sociale, ai livelli di tolleranza sociale e di non contrasto dei comportamenti di dipendenza, all'esistenza di regole e di leggi di controllo e di deterrenza, alle caratteristiche delle sostanze e alla loro disponibilità e accessibilità).

I vari fattori condizionanti (individuali, ambientali) possono assumere diverse modalità di espressione, ovvero agire in una duplice direzione: come fattori di rischio quando incentivano le condizioni di vulnerabilità, o come fattori protettivi quando, invece, sono in grado di controllare e limitare quelle condizioni.

Strategie

La prevenzione è la principale azione per evitare e ridurre i rischi e i danni alla salute correlati all'uso e abuso di sostanze psicoattive legali e illegali e all'insorgenza di disturbi comportamentali. Al riguardo, il riferimento è il Programma 4 del Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025, di cui al paragrafo 1.1.1. La letteratura e le indicazioni internazionali valorizzano l'adozione di approcci strategici multicomponente che mirino a:

- contrastare e ridurre l'offerta, attraverso l'adozione di politiche volte alla regolazione dell'accesso;
- ridurre la domanda, operando sulla modifica degli atteggiamenti;
- favorire il coordinamento intersettoriale fra le diverse politiche messe in atto.

La complessa interazione tra fattori soggettivi, relazionali, sociali, ambientali che influiscono sull'eziologia delle dipendenze, rende opportuno attuare interventi con strategie diversificate a seconda del target di riferimento e dei modelli culturali e sociali che condizionano il fenomeno.

All'interno di una strategia intersettoriale è necessario realizzare interventi basati su evidenze di efficacia, adattando modalità e contenuti ai contesti e ai destinatari degli interventi, migliorando le capacità e le competenze di programmatori, progettisti e operatori del settore. Considerando l'eterogeneità dei fattori di rischio, è essenziale definire strategie integrate, che possano da una parte potenziare le abilità di vita (*life-skill*) dell'individuo, dall'altra intervenire sull'ambiente di vita.

La partecipazione delle risorse presenti nella popolazione di riferimento può favorire una maggiore responsabilizzazione di giovani e adulti per la tutela della propria salute. La **Famiglia** e la **Comunità** rappresentano in questo senso gli interlocutori privilegiati per azioni che consentano di valorizzare le funzioni educative e relazionali cruciali per lo sviluppo di adeguate competenze di salute.

La **Scuola** e i luoghi dell'aggregazione giovanile rappresentano contesti fondamentali nei percorsi di crescita e acquisizione di adeguate competenze di vita, anche attraverso il confronto fra pari e l'interazione con adulti di riferimento. In particolare la Scuola, per il suo ruolo istituzionale e formativo, per la sua funzione educativa universale e per la presenza capillare sul territorio, è un *setting* centrale dell'azione preventiva ed un contesto di relazione in grado di individuare e prendersi cura di situazioni di rischio specifico. Questo ruolo ha assunto una valenza strategica maggiore con l'approvazione dell'Accordo Stato-Regioni del 17 febbraio 2019 "Indirizzi di *policy* integrate per la Scuola che Promuove Salute".

È inoltre necessario allargare l'intervento ad altri contesti di vita (luoghi di lavoro, di aggregazione informale e divertimento, ecc.), dove è possibile intercettare gruppi vulnerabili di popolazione.

Come previsto anche dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12/01/2017 concernente la "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza", occorre affiancare agli interventi di prevenzione la presa in carico multidisciplinare, nonché gli interventi di riduzione del danno (RdD) che, pur adottati da oltre vent'anni, presentano forti disomogeneità tra le Regioni, con conseguenti disuguaglianze nell'accesso a servizi e prestazioni. Ciò impone di definire e mettere a sistema – in accordo con le evidenze e con le linee guida elaborate a livello UE – un programma organico di interventi che consenta di superare frammentazione e discontinuità territoriale.

Obiettivi Prioritari:

Medio lungo termine:

- prevenzione e contrasto del gioco d'azzardo patologico (GAP) e della dipendenza da nuove tecnologie e social network (proseguimento degli interventi previsti dalla L.R. 07/02/2017 n. 3);
- coinvolgimento e raccordo di tutte le energie istituzionali, culturali e sociali presenti a livello regionale (Consulta per la politica di contrasto delle dipendenze patologiche Osservatorio Regionale dei comportamenti di abuso) e territoriale (Ambiti Territoriali Sociali, Istituzioni scolastiche, Enti del SSR, Forze dell'Ordine, il Terzo settore, Consulta regionale per la Famiglia) per garantire un sistema di intervento complessivo che metta in sinergia tutte le risorse (umane, professionali, tecniche, organizzative, sociali e finanziarie) necessarie, affidando ai Dipartimenti Prevenzione, in collaborazione con quelli delle Dipendenze, un ruolo importante nel governo delle diverse strategie e attività preventive, valorizzando il patrimonio di esperienze maturate negli anni ed il ruolo di tutti i soggetti in campo;
- programmazione territoriale (Piani di azione delle strutture territoriali competenti);
- protocolli di collaborazione con ARCAT, Alcolisti Anonimi, ALONON.

2.14.3 Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DNA)

Come noto i DNA (**precedentemente definiti DCA: disturbi del comportamento alimentare**) necessitano di un approccio diagnostico-terapeutico multidisciplinare integrato.

Gli specialisti della nutrizione si prendono cura della dieta dei bambini in età prescolare, partecipano al trattamento dei disturbi del comportamento alimentare negli adolescenti, svolgono prestazioni specialistiche per gli obesi patologici, intervengono su patologie croniche negli anziani. I professionisti della nutrizione della costituenda "Rete Regionale della Nutrizione", possono recarsi anche al domicilio di chi non può spostarsi e necessita di una valutazione o terapia nutrizionale.

Due principi generali sono alla base del trattamento dei disturbi dell'alimentazione:

- l'approccio multidimensionale, interdisciplinare, pluri-professionale integrato, che coinvolge psichiatri,

psicologi/psicoterapeuti, internisti, endocrinologi, dietologi, dietisti, fisioterapisti, educatori, tecnici della riabilitazione psichiatrica e infermieri;

- la molteplicità dei contesti di cura, dalla gestione ambulatoriale a lungo termine alla riabilitazione semiresidenziale e residenziale indirizzata agli stati gravi di malnutrizione, alle fasi di instabilità e scompenso delle comorbidità somatiche e psichiatriche e all'avvio di una correzione stabile dello stile di vita.

La rete integrata fra i servizi territoriali (MMG, PLS, ambulatori specialistico, semi-residenzialità-residenzialità) e quelli ospedalieri, è caratterizzata dalla presenza e dalla collaborazione di tutte le professionalità coinvolte nel percorso di diagnosi e cura e dalla condivisione fra professionisti dei programmi e degli interventi da attuare.

Normative

La Regione Marche, con il recepimento del Piano di azioni nazionale per la salute mentale, nel marzo 2014, riconosce tra gli obiettivi specifici prioritari il miglioramento dei disturbi del comportamento alimentare ed indica come azione la definizione di percorsi assistenziali integrati per la presa in carico e la gestione dei DCA in collaborazione tra DSM, NPI, MMG e strutture ospedaliere.

Inoltre, con DGR n. 247 del 30.03.2015 “Linee di indirizzo per la realizzazione di una rete integrata di servizi per la prevenzione e cura dei disturbi del comportamento alimentare (DCA) nella Regione Marche” ha realizzato una rete integrata di servizi per la prevenzione e cura dei disturbi del comportamento alimentare. Sono stati consolidati tre ambulatori specialistici exAV1 Pesaro, exAV2 Ancona congiunto a AOU ORAN (riconosciuto come centro di secondo livello sia per pediatria sia per adulto), ex AV4 Fermo.

La LEGGE REGIONALE 3 agosto 2020 n. 40, “Disposizioni relative alla presa in carico delle persone con disturbi della nutrizione e dell'alimentazione o del comportamento alimentare”, ha modificato la rete consolidando il centro pediatrico del Salesi per i DCA ed il centro di Fermo, mantenendo il centro DCA di Pesaro e spostando a Jesi il centro DCA di Ancona, eliminando AOU ORAN per gli adulti che devono essere presi in carico dalle medicine afferenti a ciascun centro.

Con decreto dirigenziale n. 9 del 07.10.2021 si è provveduto ad aggiornare la composizione del Centro di Coordinamento Regionale come previsto all'art. 7 punto 1 della LR n. 40/2020.

Lo stesso si riunisce al bisogno, su richiesta delle parti, con le seguenti funzioni, come previsto nell'art. 7 punto 3) della L.R. n. 40/2020: a) predisporre e propone alla Giunta regionale le linee di indirizzo in materia di DCA; b) collabora con le associazioni delle persone con DCA e/o dei loro familiari per informarli sugli interventi adottati; c) analizza e verifica i dati epidemiologici forniti dall'Osservatorio epidemiologico di cui al comma 5 dell'art. 4.

PROGETTUALITA'

Nell'ambito dell'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), il Ministero della Salute provvede ad individuare la specifica area dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DNA) le cui prestazioni sono inserite attualmente nell'area della salute mentale.

Nelle more dell'aggiornamento, al fine di garantire il contrasto dei DNA, è stato istituito, presso il Ministero della Salute, un Fondo destinato a finanziare Piani regionali biennali di attività volti a potenziare la rete territoriale che si occupa di tali disturbi.

La Regione Marche ha ottenuto un finanziamento di € **642.500,00** (quota erogata nel 2022: € 385.500,00; quota che verrà erogata nel 2023: € 257.000,00) per il progetto “**Consolidamento dei servizi della rete regionale per i disturbi del comportamento alimentare DCA**” della durata di 24 mesi con scadenza 31.10.2024.

Sono state individuate due Unità Operative: ex **ASUR Marche** (per adulti) e **AOU delle Marche** (per minori).

Obiettivi del progetto

Principali obiettivi del progetto/piano biennale di attività sono:

1. implementazione dei percorsi psicoterapici nella presa in carico territoriale;
2. implementazione delle valutazioni mediche (dietologico/nutrizionali) nella presa in carico territoriale;
3. implementazione dei percorsi riabilitativo-educazionali;
4. attuazione di una presa in carico ambulatoriale tempestiva con l'equipe multidisciplinare per minori (obiettivo per l'UO AOU Osp. Riuniti AN – Salesi);

5. potenziare l'assistenza sanitaria in regime di ricovero ospedaliero per minori (obiettivo per l'UO AOU Osp. Riuniti AN – Salesi).

Risultati attesi

1. diffusione omogenea su tutta la Regione di percorsi assistenziali individualizzati (PAI);
2. miglioramento dell'offerta assistenziale secondo normative regionali e da obiettivi indicati;
3. migliorare l'offerta dei diversi livelli di cura regionali.

All'interno del progetto è prevista formazione specifica rivolta ad operatori sanitari e alle famiglie, articolata su tre tematiche:

- “La presa incarico nei centri DCA della Regione Marche” destinata al personale altamente specializzato (psichiatri, psicologi e/o psicoterapeuti, medici internisti, medico specialista in scienze dell'alimentazione, endocrinologi, dietisti, fisioterapisti, educatori professionali, tecnici della riabilitazione psichiatrica, infermieri, assistenti sociali e O.S.S.), per assicurare un approccio multidisciplinare a tutti i livelli di assistenza, integrare l'aspetto clinico/nutrizionale e quello psicologico con la possibilità di lavorare in rete sul territorio Regionale, uniformare i criteri di valutazione - presa in carico e una maggiore condivisione della modalità operativa comune negli ambulatori regionali (per pazienti sopra i 14 anni) e al Salesi (per i pazienti minori di anni 14).
- “Rete Ospedaliera, la gestione del paziente con disturbi della nutrizione durante il ricovero” rivolta alle figure presenti all'interno della Rete ospedaliera per i ricoveri in fase acuta (Pronto soccorso, medicina, SPDC =Psichiatri, psicologi e/o psicoterapeuti, medici internisti, medico specialista in scienze dell'alimentazione, endocrinologi, dietisti, fisioterapisti, educatori professionali, tecnici della riabilitazione psichiatrica, infermieri, assistenti sociali e O.S.S.) per la gestione del paziente al primo accesso presso i servizi d'urgenza e/o in regime di ricovero, che mira ad una maggiore coordinazione tra i reparti ed i centri specialistici ed un'ottimale articolazione della rete di cura e continuità assistenziale.
- “Prevenzione e cura dei disturbi alimentari” per far conoscere alle famiglie la rete territoriale e delle modalità di invio al centro specialistico nel territorio di appartenenza ed acquisire maggiore empowerment così da riuscire ad individuare segnali precoci di un potenziale DA e la sua eventuale gravità.

2.15 SANITÀ PENITENZIARIA

La sanità penitenziaria ricomprende servizi di medicina generale, di pronto intervento, di medicina specialistica, di salute mentale e per le dipendenze. Proprio in ambito carcerario è necessario sviluppare i massimi livelli di integrazione tra salute mentale e dipendenze. Il Decreto Legislativo 230/1999 «Riordino della medicina penitenziaria», prevede che “I detenuti e gli internati hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci ed appropriate, sulla base degli obiettivi generali e specifici di salute e dei livelli essenziali e uniformi di assistenza individuati nel piano sanitario nazionale, nei piani sanitari regionali ed in quelli locali”. Dal 2008, in Italia, la competenza dell'assistenza sanitaria presso gli Istituti Penitenziari è stata trasferita dalla Amministrazione Penitenziaria al SSN (D.P.C.M. 01 aprile 2008). La Regione Marche con DGR n. 1157 del 2008 ha recepito il suddetto D.P.C.M. e, a seguire, sono stati recepiti una serie di Accordi andati in Conferenza Unificata CU (Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano) che hanno permesso nel tempo il completo passaggio della funzione. Nel 2015 in seguito alla CU del 22 gennaio è stata assicurata l'assistenza sanitaria alla popolazione detenuta nelle carceri e nei servizi della giustizia minorile di ogni territorio regionale. Con DGR n. 1220 del 30 dicembre 2015 è stata disegnata la rete regionale dei servizi sanitari penitenziari, tenendo conto che tutti gli interventi sanitari nei diversi Istituti di pena, presenti nella Regione Marche, devono garantire all'interno di essi tutti i livelli essenziali di assistenza (LEA). Con DGR n. 1041 del 9 luglio 2012 e, a seguire, i decreti n. 9/Ars del 3/10/2012 “Applicazione DGR 1041/2012: Costituzione Osservatorio Permanente sulla Sanità penitenziaria” e n.

1/Mob dell'11 gennaio 2019 hanno rispettivamente istituito e poi modificata la composizione dell'Osservatorio che, tra le altre funzioni, ha anche quella di effettuare il monitoraggio dei LEA di area, relativi al sistema assistenziale della medicina e coordinare gli interventi sanitari con le esigenze correlate al trattamento dei detenuti e al mantenimento dei livelli di sicurezza degli stessi Istituti Penitenziari.

Screening hcv e piano rischio suicidario

Per quanto descritto, si ritiene che per l'assistenza sanitaria penitenziaria debbano essere utilizzate principalmente le "regole" proprie del sistema sanitario, che sono essenzialmente cliniche. Si deve fare riferimento ai LEA, privilegiare la medicina d'iniziativa rispetto alla anacronistica medicina di attesa, che fa riferimento alle richieste dei detenuti, rispettare l'appropriatezza delle prestazioni, adottare priorità cliniche per le prestazioni, tutto ciò e quant'altro può servire nel rispetto, comunque, della specificità dei diritti dei detenuti e delle necessità della Amministrazione Penitenziaria.

Occorre proporre e condurre azioni di sviluppo, in accordo con la Amministrazione Penitenziaria, in diversi ambiti:

- ambito formativo: promuovere interventi che coinvolgano tutti gli operatori sanitari e, a seconda dei temi trattati, anche gli operatori penitenziari. Nel Piano Regionale per la prevenzione delle condotte suicide nel sistema penitenziario per gli adulti (DGR n. 316/2019) era prevista la formazione "a cascata" rivolta agli operatori per permettere agli stessi di muoversi in sicurezza sia nella fase preventiva che in situazioni di emergenza. A settembre 2021 si è tenuto un corso in presenza, per gli operatori sanitari, la polizia penitenziaria e i funzionari giuridico-pedagogici, articolato in gruppi di discussione e supervisione con esperto esterno su casi concreti/ eventi critici specifici per ogni tipologia di Istituto;
- ambito della assistenza di base: a causa della presenza di detenuti con patologie croniche, è necessario implementare azioni per l'individuazione di fattori di rischio e di diagnosi precoce e interventi di presa in carico. A tale proposito sono da promuovere le iniziative finalizzate a studiare le principali patologie croniche presenti tra i detenuti e i modelli di intervento;
- in ambito specialistico: garantire in tutti gli istituti l'assistenza infettivologica, cardiologica e odontoiatrica e un efficiente invio agli specialisti esterni, garantendo la comunicazione tra i sanitari;
- in ambito della salute mentale e delle dipendenze: garantire una diffusa assistenza psichiatrica e psicologica, anche per evitare il rischio suicidario, e la cura delle dipendenze. La Regione Marche con DDGGRR n. 316/2019 e n. 39/2020 ha approvato rispettivamente il Programma Operativo di Prevenzione del rischio Autolesivo e suicidario negli Istituti penitenziari e nei servizi residenziali minorili del dipartimento per la Giustizia minorile e di Comunità.

In conseguenza della DGR n. 316/2019 sono stati approvati i Piani Locali redatti dai referenti dell'azienda sanitaria (ex Asur Marche) e dai referenti dell'Amministrazione Penitenziaria, mentre il Piano locale per i minori (in attuazione della DGR n. 39/2020) è in fase di elaborazione. Annualmente la Regione effettua un monitoraggio attraverso una scheda contenente i principali indicatori di risultato e le eventuali azioni correttive;

- in ambito di prevenzione e promozione della salute: operare in un'ottica di tutela della salute pubblica, diffondere gli screening (con DGR 936/2021, è stato avviato un percorso per lo "Screening nazionale gratuito per l'eliminazione del virus HCV" rivolto anche alla popolazione detenuta), sviluppare la responsabilizzazione e la partecipazione alle cure attraverso interventi strutturati di informazione ed educazione sanitaria, con particolare riferimento alla popolazione giovanile detenuta;
- in ambito diagnostico: sperimentare la possibilità di erogare interventi diagnostici o specialistici complessi in istituti penitenziari che possano fungere da "hub" per altri istituti, in una logica di rete, anche attraverso i servizi di telerefertazione, telemedicina e teleconsulto;
- promozione di una programmazione condivisa relativa ad interventi di inclusione sociale a favore delle persone detenute, così come indicato dalla L. R. 28/2008 " Sistema regionale integrato degli interventi a favore dei soggetti adulti e minorenni sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria ed a favore degli ex detenuti", che all'art. 7 "Tutela della salute" prevede la garanzia dei LEA anche nella popolazione detenuta, la promozione della salute anche attraverso la profilassi delle malattie infettive, nonché la

collaborazione con il PRAP per la promozione di interventi nel campo della salute mentale, in particolare tra i nuovi detenuti al fine di ridurre il rischio suicidario ed autolesionistico.

Per la realizzazione di questo programma occorre investire nella stabilizzazione di alcuni operatori sanitari, in particolare referenti clinici, psichiatri e infermieri che possano garantire la qualità delle cure e l'equità all'accesso, un investimento tecnologico e informatico, al fine di assicurare le prestazioni specialistiche necessarie.

Particolare attenzione dovrà essere posta nei confronti dei detenuti immigrati, rafforzando la mediazione culturale, nonché ai servizi che tutelano il passaggio dalle cure carcerarie alle cure territoriali.

Le equipe forensi rappresentano sul territorio la naturale interfaccia socio sanitaria di prossimità con le autorità e le istituzioni coinvolte nella gestione del paziente autore di reato: sono costituite da personale con competenze clinico-terapeutiche, assistenziali, riabilitative e sociali, finalizzate a dare risposte per i cittadini destinatari di provvedimento dell'autorità giudiziaria. Il perimetro d'azione delle micro equipe territoriali forensi è ampio e deve necessariamente privilegiare metodologie di lavoro integrato.

Le Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza istituite (REMS) a seguito del decreto-legge 30 maggio 2014 n. 81 di conversione del decreto legge 31 marzo 2014 n. 52 relativo al superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, costituiscono un passaggio transitorio nel percorso trattamentale del soggetto autore di reato nei confronti del quale deve sempre prevalere l'attenzione clinica da parte dell'organizzazione sanitaria. Fin dalla loro istituzione, risulta elemento critico la celere possibilità di ingresso dei soggetti per i quali è stata disposta l'esecuzione della pena presso la REMS.

Nell'ambito del superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, la Regione Marche si è immediatamente allineata alle disposizioni nazionali garantendo per i propri residenti internati il principio cardine della territorialità della pena e pertanto vengono garantiti agli internati le adeguate cure e livelli assistenziali previsti dal Decreto del Ministero della Salute del 1 ottobre 2012 e recepito dalla Regione Marche con DGR 290/2015 che ha inserito la struttura nella filiera assistenziale riservata ai pazienti con problemi di salute mentale (SENTENZA CORTE COSTITUZIONALE N. 22/2022: sulle REMS la normativa è in fase di evoluzione anche a seguito delle indicazioni fornite dalla Corte). E' inoltre in atto un monitoraggio a livello nazionale sui tempi del passaggio delle REMS da provvisorie a definitive, sui pazienti in lista d'attesa, sui pazienti non dismissibili dalle REMS per motivazioni non cliniche, numero delle ordinanze delle misure di sicurezza detentive emesse nell'arco di un anno e numero di posti letto residenziali extraospedalieri complessivamente utilizzati dai DSM per progetti residenziali.

Soltanto un'intensa collaborazione e un solido raccordo tra i nodi della rete di riferimento per tali soggetti, sarà garanzia di una migliore e fluida gestione dell'ingresso in struttura piuttosto che dell'individuazione di percorsi alternativi.

In tal senso saranno orientati i lavori dei tavoli interistituzionali per la realizzazione dei protocolli per la gestione dei soggetti con disturbo psichico e autori di reato. Tali documenti, che rappresentano un elevato modello di lavoro integrato tra enti ed istituzioni, dovranno trovare formale implementazione nell'attività dei Servizi.

2.16 IL SISTEMA DI ACCOGLIENZA

Di fronte a una sempre maggiore complessità dei bisogni e una sempre maggiore necessità di integrazione dei servizi, le risposte degli erogatori al cittadino sono troppo spesso settoriali.

Garantire l'accessibilità alle prestazioni e ai servizi e soprattutto l'equità alla fruizione dei LEA in particolare da parte delle fasce più fragili e vulnerabili, richiede capacità di ascolto, di comprensione dei bisogni, e capacità di orientare il cittadino all'interno della rete, semplificandone l'accesso.

Occorre pertanto favorire la diffusione di punti di accesso integrati situati presso le Case della Comunità per effettuare:

- Prestazioni amministrative (scelta e revoca, rimborsi, esenzioni etc.);
- Prenotazioni di esami e visite;

- Richieste di forniture (protesica, assistenza integrativa etc.) e servizi (medicina legale);
- Richieste di prestazioni socio-sanitarie (Assistenza domiciliare, misure di sostegno etc.);
- Percorso assistenziale integrato sociale/sanità per le persone che presentano bisogni assistenziali complessi, con equipè integrate che assicurano la funzionalità delle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) sulla base delle quali viene redatto il Progetto di Assistenza Individuale Integrata (PAI).

Un importante contributo ad una migliore accoglienza ed accessibilità può derivare dalla collaborazione interaziendale e interistituzionale (farmacie, servizi comunali) e con le Associazioni dei malati, per un puntuale intervento informativo e di accompagnamento del paziente.

Altrettanto indispensabile è semplificare le modalità di ottenimento di prestazioni amministrative e di prenotazione, al fine di implementare la gestione informatizzata delle procedure almeno per i cittadini più esperti e le prestazioni meno complesse, dedicando tempo, spazio e competenza all'accoglienza dei cittadini più vulnerabili e per le richieste complesse e di accompagnamento e orientamento.

Obiettivo prioritario:**Medio termine:**

potenziamento del Punto Unico d'Accesso (PUA), delle Case di Comunità (CdC) e collegamento con gli Uffici Relazione con il Pubblico (URP) e con i servizi di ATS: sportelli di segretariato sociale e servizi sociali territoriali per la presa in carico;

attivazione presso il PUA del percorso assistenziale integrato dedicato alle persone con bisogni assistenziali complessi, riferito agli interventi normati dal c.163 della L. 234/2021 e declinati nel LEPS di processo del PNNA 2022-2024.

3 ASSISTENZA OSPEDALIERA: LA RIMODULAZIONE DELLE RETI CLINICHE, IL RECUPERO DELLA MOBILITÀ PASSIVA E IL POTENZIAMENTO DEI SERVIZI IN AREE PARTICOLARMENTE DISAGIATE

3.1 RIQUALIFICAZIONE DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA

L'Accordo Stato-Regioni del 24 gennaio 2018, sul documento recante "Linee guida per la revisione delle Reti cliniche – Le Reti Tempo – Dipendenti", e l'Accordo Stato-Regioni del 17 aprile 2019, sul documento "Revisione delle Linee Guida organizzative e delle raccomandazioni per la Rete Oncologica", suggeriscono la necessità di procedere ad un processo riorganizzativo delle reti cliniche che assicuri la presa in carico globale del paziente mediante modelli, formalizzati e coordinati, di integrazione tra professionisti, strutture e servizi che erogano prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, a garanzia di continuità assistenziale, appropriatezza clinica ed organizzativa. Per la definizione della rete è necessario identificare i nodi e le relative connessioni, le modalità di funzionamento e di monitoraggio, il percorso formativo dei professionisti, i requisiti di qualità e sicurezza dei processi, il livello di coinvolgimento dei cittadini e le modalità più efficaci di comunicazione.

La definizione di nuovi principi organizzativi, che sottendono alla individuazione e al funzionamento delle reti cliniche, per ogni ambito assistenziale, si deve iscrivere all'interno di un documento formale che espliciti le scelte di politica sanitaria volte a precisare gli indirizzi delle attività assistenziali sul territorio regionale.

Le reti cliniche sono aggregazioni funzionali di servizi e professionisti che collaborano in maniera coordinata per raggiungere obiettivi condivisi ed assicurare qualità assistenziale. Sono incentrate sui bisogni delle persone a cui si rivolgono e garantiscono appropriatezza, efficacia ed efficienza (*nel modo giusto, al momento giusto, nella sede giusta*). Alla rete afferiscono tutti i servizi ed i professionisti presenti sul territorio dei diversi *setting* di cura (ospedale, cure intermedie, cure primarie, ecc.) coinvolti nei percorsi assistenziali assicurati dalla rete, oltre che i cittadini coinvolti in diversi livelli (*stakeholder*).

Il documento di riferimento regionale è, ad oggi, la DGR 1219/2014 che ha identificato le linee di attività/produzione più significative, sulla base delle competenze e delle tecnologie presenti sul territorio e dei volumi minimi di attività, necessari per garantire efficienza e qualità clinica, in coerenza con le indicazioni della normativa nazionale. Soprattutto per ciò che attiene la chirurgia oncologica, numerose evidenze della letteratura scientifica confermano una forte associazione tra volumi di attività chirurgica più alti e i migliori esiti delle cure oncologiche. Attualmente i volumi definiscono il percorso delle neoplasie maligne che ha determinato un accorpamento dei centri con volumi inferiori e il conseguente miglioramento dello standard di cura.

Particolare attenzione deve essere dedicata all'equità di accesso mediante la distribuzione dei punti di erogazione in base al bacino di utenza, alle caratteristiche oro-geografiche del territorio, ai dati epidemiologici sui bisogni di salute e alla distribuzione della rete di emergenza-urgenza (In Appendice 4, al paragrafo "Volumi soglia ed esiti", sono riportati i valori soglia per la chirurgia oncologica).

Il sistema a rete garantisce competenze tecniche e professionali, risorse strutturali e tecnologiche appropriate, in risposta ai bisogni sanitari, disponibili e accessibili a tutti i cittadini marchigiani, a prescindere dall'ambito di appartenenza della struttura stessa che assume la funzione di luogo di produzione di risposte clinico assistenziali funzionali all'esigenza della rete. Si struttura mediante articolazioni organizzative a cui sono affidate attività di programmazione ed attuazione dei percorsi di cura per specifiche patologie, incentrate su un coordinamento tecnico-scientifico e la condivisione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) che coinvolgono una «organizzazione a rete», rappresentata da un insieme di servizi interdipendenti ed in relazione funzionale mediante connessioni e modalità di interazione fortemente strutturate (interazione orizzontale e verticale).

La scelta della formalizzazione della rete clinica si basa su:

- individuazione di problemi clinici che richiedono una pluralità di interventi complessi fortemente interconnessi e che coinvolgono competenze e servizi differenti (*multidisciplinarietà*);
- selezione delle migliori pratiche cliniche, in base alle più aggiornate evidenze scientifiche, al fine di influenzare positivamente i risultati sanitari e/o le esperienze dei pazienti (*appropriatezza*);
- analisi quali-quantitativa dei bisogni, volumi di erogazione e distribuzione delle tecnologie (*conoscenza*);
- adozione di interventi per la riduzione della variabilità delle risposte assistenziali (*equità*);
- definizione di criteri per il dimensionamento e la distribuzione delle risposte (*qualità*);
- strutturazione dei livelli di responsabilità chiamati ad assumere le decisioni sulle modalità migliori per raggiungere gli obiettivi assegnati: il responsabile regionale, il comitato di rete, il responsabile Aziendale, i referenti clinici (*livelli di responsabilità*);
- identificazione di strumenti di pianificazione strategica: piano di rete, piano di lavoro annuale, relazione annuale, report semestrale (*strumenti di governo*);
- formalizzazione delle attività di reporting per il monitoraggio degli indicatori di processo e di esito (*controllo e decisione*).

Analisi di contesto

Nel Servizio Sanitario Regionale si rilevano elementi critici prevalentemente caratterizzati da frammentazione erogativa, conseguente ad un sistema che pone l'accento sull'autonomia gestionale, e in parte anche programmatoria, dei singoli Enti. La strutturazione di un sistema operativo interaziendale basato sulle reti cliniche rappresenta un elemento strategico per orientare i servizi assistenziali verso una risposta più appropriata ai bisogni di salute che vanno oltre l'offerta di un singolo Ente nelle varie fasi di malattia. Tale approccio organizzativo garantisce una presa in carico completa (*dimensione orizzontale del percorso di cura*), appropriata e di qualità, definendone funzioni e responsabilità, per tutto il decorso della patologia. In particolare, la crescita globale dei bisogni di salute e delle opportunità diagnostiche e terapeutiche rendono necessaria la realizzazione di un contesto programmatico che assicuri adeguata fruibilità da parte del maggior numero di soggetti, nel rispetto dell'uso appropriato delle risorse.

La *mission* delle strutture sanitarie del SSR è quella di garantire efficacia, efficienza, qualità, sicurezza delle cure, nel rispetto della centralità del paziente e della dignità della persona. Le strategie della programmazione sanitaria regionale si esplicitano pertanto attraverso un processo riorganizzativo globale che include tutto il sistema sanitario, ospedaliero e territoriale. Nel rispetto dell'attuale organizzazione delle reti cliniche, sarà necessario ridefinire i modelli organizzativi a seconda dei bisogni della popolazione marchigiana (*hub&spoke, rete diffusa, centri di eccellenza, alta e altissima specialità*).

I presupposti su cui si basano le attività di riorganizzazione sono:

- definizione dell'offerta in termini quali-quantitativi (prestazioni sanitarie);
- individuazione di specifici ruoli/responsabilità per il coordinamento tecnico ed organizzativo dell'intera rete regionale, attraverso un chiaro *commitment* regionale,
- il pieno coinvolgimento del *management* aziendale,
- la responsabilizzazione dei professionisti (funzionamento della rete come leva gestionale delle strategie organizzative regionali).

In coerenza con la normativa regionale, l'ex ASUR, con determina n. 916 del 24/12/2015, ha messo in atto un processo di revisione delle proprie reti cliniche previste con DGR 1219/2014 favorendo la partecipazione di tutti i professionisti coinvolti, anche per ciò che attiene la rete di chirurgia vascolare e radiologia interventistica, al fine di garantire:

- sicurezza e qualità delle cure in relazione al personale (formazione e volumi di attività), alla disponibilità di tecnologia adeguata e alle caratteristiche organizzative della struttura a garanzia di multidisciplinarietà;
- equità di accesso in funzione del bacino di utenza, bisogni sanitari, organizzazione rete di emergenza-urgenza;

- sostenibilità economica ed appropriatezza etica nell'uso delle risorse.

Le strutture sanitarie del SSR sono tenute a garantire efficacia, efficienza, qualità, sicurezza delle cure, nel rispetto della centralità del paziente e della dignità della persona, attraverso un processo riorganizzativo che includa anche il sistema di emergenza-urgenza, sia ospedaliera che territoriale. Il sistema, di tipo *hub&spoke*, rispetta l'attuale organizzazione delle reti cliniche con la consolidata afferenza degli ospedali periferici (*spoke*) ai rispettivi hub di riferimento (centri erogatori), sede di funzione specialistica di II livello. Ogni *hub*, oltre a ricoprire il ruolo di centro erogatore del servizio di teleconsulto, può inoltre attivare richieste di teleconsulto nei confronti di un altro *hub* (teleconsulenza di II livello).

La MISSIONE 6 (SALUTE) del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) prevede specifici fondi per l'ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero che rappresenta un elemento strategico per la garanzia di funzionamento e potenziamento delle reti cliniche. Saranno pertanto portate a termine le attività di implementazione delle reti già istituzionalizzate e dato ulteriore impulso a quelle in fase di realizzazione (es. rete per le malattie vascolari, ematologica, oncologica, etc.), consentendo una connessione efficace tra ospedale e territorio per la garanzia di continuità assistenziale e di presa in carico globale del paziente in tutte le fasi di malattia.

Le strutture regionali di ricovero saranno sottoposte ad interventi di riqualificazione mediante:

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

La rete marchigiana delle strutture di ricovero ospedaliero per acuti, a ciclo diurno e continuativo, pubblica e privata convenzionata, prevede lo sviluppo, ove possibile, di modelli organizzativi integrati, secondo la logica *Hub&Spoke*, per ambiti di competenza/specializzazione, volumi di attività e complessità della casistica, per la garanzia del rispetto dei livelli ottimali di accessibilità ed appropriatezza delle prestazioni e dei ricoveri, efficacia ed efficienza del sistema. Partendo dalla ricognizione dell'attuale offerta dei servizi ospedalieri, sarà possibile disegnare una rete ospedaliera che sia sempre più rispondente ai bisogni del territorio di riferimento (dimensionamento del sistema), volano per la promozione di qualità, sicurezza ed innovazione strutturali e tecnologiche. Tale percorso non può ovviamente prescindere dalla riorganizzazione delle reti cliniche regionali il cui funzionamento verrà garantito dall'implementazione dei percorsi diagnostico terapeutico assistenziali per specifiche patologie. Sarà pertanto compito della Giunta regionale, previo parere della Commissione assembleare competente, l'approvazione dei criteri di organizzazione dell'assistenza sanitaria distrettuale e ospedaliera, compresa la distribuzione dei posti letto e delle reti cliniche.

Riconoscimento dei centri regionali di alta specialità

Nel corso degli anni sono state già individuate, nell'ambito del SSR, alcune strutture operative cui è stata attribuita la funzione di Centro Regionale e che, tuttora, svolgono le funzioni di riferimento. Tali Centri saranno parte integrante dei percorsi programmatori e/o delle reti cliniche regionali formalizzate.

Nell'ambito del SSR, potranno essere identificati:

- Centri regionali di riferimento clinico* con funzioni di capofila e di coordinamento, relativamente ad una specifica patologia, secondo protocolli clinici condivisi;
- Centri di supporto alle attività regionali di programmazione ed elaborazione di linee guida o percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali*;
- Centri regionali specializzati* che svolgono attività ad indirizzo prevalentemente epidemiologico o biomedico, orientati alla ricerca scientifica in ambito preventivo, diagnostico, terapeutico e riabilitativo;

4. *Osservatori regionali* che, in raccordo con l'Osservatorio Epidemiologico Regionale, raccolgono, organizzano e diffondono per conto del Servizio sanitario regionale, nel rispetto della normativa in materia di dati personali e sensibili, dati sanitari, o rilevanti ai fini sanitari.

Per le alte specialità riconosciute a livello regionale potranno essere previste specifiche linee di finanziamento.

3.2 LA RETE OSPEDALIERA

A fronte della complessità della domanda di salute, che richiede competenza, tecnologie, elevata specializzazione, e dell'impatto sempre maggiore di fragilità e cronicità della popolazione, risulta necessario ridefinire i diversi livelli di cura sul territorio regionale, superando contestualmente la frammentazione dei processi erogativi che ancora persistono. Il processo di trasformazione delle strutture ospedaliere avviato rappresenta un'opportunità di svolta organizzativa che deve essere promossa con l'intento di meglio adattare i processi di offerta in risposta ai profondi cambiamenti della domanda di salute e all'aumento di fasce di pazienti con necessità di forte integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale, sanitaria e sociosanitaria.

Le recenti disposizioni nazionali (Decreto Legge n. 34 del 19 maggio 2020, convertito in legge, con modificazioni, dall' art. 1, comma 1, L. 17 luglio 2020, n. 77, Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, Decreto del Ministero della Salute n.77 del 23 maggio 2022) indirizzano le attività programmatiche regionali verso un percorso che prenda il via da una analisi dei bisogni di salute della popolazione e sviluppi un'offerta sanitaria appropriata e flessibile attraverso la creazione di una rete professionale integrata tra ospedale e territorio, al fine di potenziare la prossimità dei servizi al cittadino, soprattutto nelle aree maggiormente geograficamente e demograficamente svantaggiate. Per tale motivo il modello organizzativo dei futuri ospedali va ripensato in base a livelli di intensità di cura, coordinati ed interconnessi, per garantire un efficiente utilizzo di risorse a fronte di una domanda sanitaria che si modifica nel tempo.

La Regione Marche conferma una dotazione di posti letto in coerenza con le indicazioni del D.M. 70/2015, come risulta dai flussi ministeriali (HSP12 e HSP13 del Nuovo Sistema Informativo Sanitario - NSIS). I processi di riorganizzazione delle attività assistenziali si sono resi necessari per garantire una maggiore soddisfazione dei bisogni di salute della popolazione marchigiana, l'utilizzo ottimale della rete ospedaliera attraverso l'attivazione di sinergie inter-strutturali e intra-strutturali (implementazione dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali, economie di scopo e di scala, efficienza ed appropriatezza dei ricoveri, recupero mobilità passiva, etc.), il miglioramento della qualità ed equità dei servizi sanitari regionali e il recupero della mobilità passiva.

Gli interventi di riorganizzazione della rete di offerta, in risposta alla pandemia Covid-19, previsti con D.L. 19 maggio 2020 n. 34, coordinato con la legge di conversione 17 luglio 2020 n. 77, sono stati finalizzati a rendere strutturale il supporto ad eventuali nuove emergenze di natura sanitaria prevedendo per la Regione Marche un livello di 0.14 p.l. di terapia intensiva su 1000 abitanti (n. 105 p.l. aggiuntivi) e il potenziamento di 107 p.l. già in dotazione per l'assistenza sanitaria in regime semi-intensivo, implementando attrezzature e professionalità, rivolta a particolari pazienti critici, che non hanno necessità di assistenza respiratoria invasiva.

La riqualificazione della rete ospedaliera marchigiana si realizza in base ad un modello organizzativo-strutturale che supera quello di accentramento dei servizi ospedalieri. Tale obiettivo verrà realizzato attraverso la revisione del sistema ospedaliero sulla base del livello organizzativo e l'adeguamento della dotazione dei posti letto, il potenziamento della strumentazione tecnologica avanzata, l'integrazione ed il potenziamento dei sistemi informativi, strumenti per la gestione del sovraffollamento nelle strutture di pronto soccorso, il coinvolgimento attivo del paziente nel processo di cura e, non ultimo, la realizzazione di nuovi ospedali a Pesaro, Macerata e S. Benedetto del Tronto, tenendo conto dei finanziamenti statali già previsti e del superamento del modello dell'ospedale unico in una logica di rete ospedaliera integrata sul territorio. I nuovi ospedali in fase di realizzazione: il nuovo Ospedale Materno infantile Salesi di Ancona, l'Ospedale Ancona Sud INRCA Ancona-Osimo ed il nuovo ospedale di Fermo dovranno completare la loro realizzazione in tempi rapidi.

In tale ottica, si può prevedere di indirizzare le attività riorganizzative sanitarie in base ai seguenti criteri:

- prossimità: presa in carico di patologie a bassa e media complessità;

- **centralizzazione**: presa in carico di patologie per le quali il Piano Nazionale Esiti richiede un numero minimo di prestazioni per volumi/esiti per la garanzia di qualità e sicurezza.

Le attività ospedaliere si differenziano in base a livelli gerarchici di complessità tramite un modello infrastrutturale di rete incentrato su una logica “Hub&Spoke, operativamente funzionale per il processo di diversificazione dei livelli di complessità/intensità assistenziale. La L.R. 8 agosto 2022, n. 19, ha riorganizzato il Servizio Sanitario Regionale al fine di assicurare i livelli uniformi ed essenziali di assistenza sanitaria, nonché eventuali ulteriori livelli integrativi di assistenza sanitaria in rapporto alle risorse a disposizione in ambito regionale. La rete dei presidi ospedalieri pubblici regionali, nel rispetto dei bacini d’utenza, si struttura in:

- una **Azienda Ospedaliero-Universitaria delle Marche** sede del DEA di II livello, comprendente lo stabilimento “Umberto I – Lancisi” e “Salesi” situati ad Ancona, dotata delle strutture previste dal I livello oltre a: Chirurgia d’urgenza e telemedicina/teleconsulto e, nel rispetto del criterio prevalente dei bacini di utenza: Cardiologia con emodinamica interventistica h. 24, Cardiochirurgia, Rianimazione cardiochirurgica, Chirurgia toracica, Chirurgia maxillo-facciale, Neurochirurgia, Chirurgia Vascolare, Chirurgia plastica, Endoscopia digestiva ad elevata complessità, Broncoscopia interventistica, Radiologia interventistica, Rianimazione pediatrica e neonatale, Medicina Nucleare e altre eventuali discipline di alta specialità.

- un **Istituto Nazionale Riposo e Cura Anziani, qualificato IRCCS**, comprendente gli stabilimenti di Ancona, Fermo e Osimo, in merito al quale va data attuazione alla legge di riordino degli IRCCS n. 200 del 23 dicembre 2022, con particolare riferimento all’art 7, 3 septies;

- **Cinque Aziende Sanitarie Territoriali** sede di DEA di I livello articolate in uno o più strutture ospedaliere e dotate di Medicina Interna, Chirurgia Generale, Anestesia e Rianimazione, Ortopedia e Traumatologia, Ostetricia e Ginecologia (se >1000 parti/anno), Pediatria, Cardiologia con U.T.I.C., Neurologia, Psichiatria, Oncologia, Oculistica, Otorinolaringoiatria, Urologia oltre a servizi in rete e Radiologia (T.A.C., Ecografia, etc.), Laboratorio e Servizio Immunotrasfusionale:

- **Presidio Ospedaliero AST Pesaro-Urbino**: stabilimenti di **Pesaro, Urbino, Fano**.
- **Presidio Ospedaliero AST Ancona**: stabilimenti di **Jesi, Senigallia, Fabriano**;
- **Presidio Ospedaliero AST Macerata**: stabilimenti di **Macerata, Civitanova Marche, Camerino**;
- **Presidio Ospedaliero AST Fermo**: stabilimento di **Fermo**;
- **Presidio Ospedaliero AST Ascoli Piceno**: stabilimenti di **Ascoli Piceno, San Benedetto del Tronto**.

Al Presidio Ospedaliero **AST Pesaro-Urbino** è connessa funzionalmente la struttura di:

- **Pergola** (ospedale di base in area disagiata).

Al Presidio Ospedaliero **AST Ancona** è connessa funzionalmente la struttura di:

- **Cingoli** (ospedale di base in area disagiata).

Al Presidio Ospedaliero **AST Macerata** è connessa funzionalmente la struttura di:

- **S. Severino Marche** (ospedale di base).

Al Presidio Ospedaliero **AST Fermo** è connessa funzionalmente la struttura di:

- **Amandola** (ospedale di base in area disagiata).

Il dettaglio delle strutture con dati relativi su offerta/domanda di salute ed indicatori di attività dell’anno 2021 è riportato nelle schede allegate (nota bene: il Tasso di occupazione potrebbe essere condizionato dalle diverse misure adottate dalle singole strutture per fronteggiare l’emergenza pandemica Covid).

Nella definizione degli atti aziendali, gli Enti del SSR dovranno pertanto tenere in considerazione:

- la riorganizzazione delle attività sulla base dei dati di mobilità intraregionale ed extraregionale per singola disciplina/patologia e della diffusione delle reti cliniche
- tempi di attesa per l’erogazione delle attività di ricovero per classi di priorità
- indicazioni normative regionali e nazionali.

Nel caso in cui l’offerta sanitaria non sia sufficiente a soddisfare i requisiti quantitativi e qualitativi richiesti nei tempi previsti, sarà necessario mettere in atto specifici accordi con altri Enti del SSR al fine di garantire un potenziamento delle prestazioni in risposta ai bisogni sanitari della popolazione.

Gli Enti del SSR, nel rispetto della dotazione complessiva dei posti letto, possono mettere in atto temporanee rimodulazioni della dotazione di posti letto nelle singole U.O., tra le specialità della stessa macro-area assistenziale di appartenenza (medica, chirurgica, materno infantile, terapia intensiva, riabilitativa), solo se finalizzate al miglior utilizzo delle risorse o alla riduzione delle liste di attesa di ricovero. Solo eccezionalmente può essere attuata una temporanea rimodulazione delle dotazioni dei posti letto tra aree assistenziali diverse, ma in ogni caso funzionalmente collegate (es. cardiologia, emodinamica, cardiocirurgia), solo se necessaria al miglioramento del percorso del paziente e all'abbattimento delle liste di attesa. Le azioni di rimodulazione della dotazione di posti letto sopra descritte dovranno avere carattere di temporaneità, non comportano contestualmente un globale aumento delle risorse umane o finanziamenti per lavori strutturali/attrezzature e resteranno valide solo a seguito di un'attenta verifica dell'efficienza delle attività di ricovero (in caso contrario sarò necessario ripristinare l'assetto precedentemente normato).

In **Appendice 4**, al paragrafo *“Offerta e produzione regionale”*, sono riportate le schede con il dettaglio delle strutture ospedaliere pubbliche, i dati relativi a offerta/domanda di salute ed indicatori di attività.

3.3 STRUTTURE IN AREE DISAGIATE

In coerenza con il programma della Giunta, la Regione Marche, in risposta alle numerose sollecitazioni da parte dei Comuni delle aree interne, intende mettere in atto un'azione concreta per il riequilibrio del territorio che fornisca risposte assistenziali, in ottica di prossimità, per patologie a bassa intensità di cure, anche ad accesso diretto da parte del cittadino. La Regione Marche presenta un territorio caratterizzato da aree interne, in zona montana e premontana, con particolare complessità geo-morfologica e infrastrutturale, cui si aggiungono anche specifici aspetti di vulnerabilità sismica. L'obiettivo è quello di garantire prestazioni di media e bassa intensità assistenziale rivolte alla popolazione residente nei suddetti territori, contribuendo ad attenuare l'attuale sovraccarico di lavoro del pronto soccorso degli ospedali per acuti di riferimento. Si ribadisce la necessità, già enunciata nel precedente Piano Socio-Sanitario Regionale 2020/2022, che le strutture sanitarie del SSR garantiscano efficacia, efficienza, qualità, sicurezza delle cure, nel rispetto della centralità del paziente e della dignità della persona, attraverso un processo riorganizzativo che includa anche il sistema di emergenza-urgenza, sia ospedaliera che territoriale. Inoltre viene dato particolare risalto alla necessità di uno spostamento sul territorio e una medicina di prossimità. Il nuovo scenario dei bisogni assistenziali sperimentato durante la Pandemia, richiede risposte sanitarie più appropriate su tutta la filiera assistenziale, ospedaliera e residenziale, a garanzia di un maggiore equilibrio e relativo minor accentrimento, attraverso la revisione delle direttrici di sviluppo della rete sanitaria marchigiana”.

Il DM 70/2015 individua strutture di base per aree disagiate, tipicamente in ambiente montano o premontano, meteorologicamente ostile e collegamenti di rete viaria complessi, dove viene garantita l'attività di pronto soccorso e servizi di supporto, oltre alle discipline di medicina interna, chirurgia generale, anestesia, ed ortopedia, in integrazione funzionale con la restante rete ospedaliera.

Il Piano Socio Sanitario 2020/2022 ha già previsto, per le strutture presenti nei territori di Amandola, Pergola e Cingoli, l'equiparazione a strutture di area disagiata per le caratteristiche orogeografiche-meteorologiche che rendono maggiormente difficoltosa la garanzia, attraverso l'attuale sistema a rete, di una adeguata copertura assistenziale.

Al fine di potenziare il modello assistenziale, in particolari aree interne, in coerenza con quanto previsto dalla normativa nazionale, si intende integrare le attività erogate all'interno strutture sopradescritte, in termini di:

- risorse umane, strutturali e tecnologiche,
- percorsi e livelli di prestazione erogabili nelle diverse fasce orarie (in base alle tecnologie e alle professionalità disponibili),
- piano economico-finanziario.

Le strutture territoriali di Fossombrone, Cagli e Sassocorvaro, poste in aree disagiate della provincia di Pesaro-Urbino, per le condizioni del territorio, climatiche e viarie, oltre alla ridotta potenzialità della medicina primaria, per lo scarso numero dei medici di famiglia, ed alle caratteristiche demografiche della popolazione residente (in prevalenza anziani in condizioni di fragilità e co-morbilità). Tali territori raccolgono i bisogni sanitari di ampie aree geografiche contraddistinte da una situazione climatica caratterizzata da abbondanti nevicate (ricordiamo quelle del gennaio 2005 e febbraio 2012 con livelli di innevamento che in qualche caso hanno raggiunto altezze davvero impressionanti, misurabili in metri) e da venti la cui intensità, specie quelli di caduta dall'Appennino, possono raggiungere e superare i 100 km/h.

Le strutture organizzative territoriali (Ospedali di Comunità) avranno il compito di soddisfare i bisogni sanitari in termini di:

- stabilizzazione e trasporto al Pronto Soccorso/DEA di riferimento attraverso la rete del 118;
- diagnosi e trattamento di patologie emergenti a media e bassa intensità assistenziale che non richiedono la presa in carico presso il PS/DEA di riferimento;
- osservazione breve non intensiva;
- erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale, diagnostica radiologica e laboratoristica;
- teleconsulto e telemonitoraggio;
- potenziamento dei livelli assistenziali, in integrazione con le Cure Intermedie;
- riduzione di ospedalizzazioni improprie ed istituzionalizzazioni precoci;
- identificazione di un percorso di cura del paziente con basso margine di imprevedibilità e/o instabilità clinica, presso strutture di prossimità;
- attivazione di tutti gli strumenti necessari per una efficace dimissione protetta.

Al fine di garantire prestazioni di media e bassa intensità assistenziale rivolte alla popolazione residente nei suddetti territori, contribuendo così ad attenuare l'attuale sovraccarico di lavoro del pronto soccorso degli ospedali per acuti di riferimento, si propone inoltre la presenza di:

- Punto Intervento Territoriale, in stretta integrazione funzionale con l'Assistenza Primaria e la Continuità Assistenziale, con personale medico dedicato all'Emergenza-Urgenza, inquadrato nella disciplina specifica prevista dal DM 30.1.98 e funzionalmente integrata alla struttura complessa del DEA di riferimento;
- Posti letto residenziali per pazienti dimessi dalla post-acuzie ospedaliera;
- Centro Assistenza territoriale per pazienti in trattamento dialitico;
- Possibilità di esecuzione di indagini radiologiche, con trasmissione di immagine collegata in rete al centro hub/spoke più vicino, ed indagini laboratoristiche. Devono essere previsti protocolli specifici per il trasporto secondario verso il centro spoke/hub più vicino;
- prestazioni specialistiche ambulatoriali multispecialistiche.

Tra le strategie dalla Regione Marche c'è il potenziamento dell'offerta specialistica ambulatoriale che verrà diffusa capillarmente sul territorio, soprattutto nell'ambito dei poli di aggregazione residenziale (Ospedali di Comunità, Case della salute, etc.), al fine di intercettare la domanda in prossimità del domicilio del Cittadino e creare pertanto percorsi "facilitati" (accesso diretto) per l'erogazione delle prestazioni in ambito ospedaliero, favorendo il recupero della mobilità passiva.

In **Appendice 4**, al paragrafo "*Strutture in aree particolarmente disagiate*", sono riportate le schede con il dettaglio dell'attuale organizzazione e le previsioni di sviluppo, compatibilmente con la normativa nazionale.

Obiettivo prioritario:

Medio-Lungo termine:

- Attuazione delle azioni di sviluppo riportate nelle schede

3.4 RIORGANIZZAZIONE DELLE RETI CLINICHE

Al fine di consolidare i percorsi assistenziali in ambito ospedaliero, risulta necessario rivedere l'intero sistema sanitario organizzativo regionale, riprogrammando le attività specialistiche, compatibilmente con quanto previsto dal livello nazionale (DM 70/2015), per garantire un maggior grado di soddisfazione, sul territorio regionale, dei bisogni dei cittadini marchigiani e favorire un graduale recupero della mobilità passiva.

L'analisi di analisi delle reti cliniche sarà poi strumento a disposizione degli Enti del Sistema Sanitario Regionale (Aziende Sanitarie territoriali, AOU delle Marche e IRCCS-INRCA) per la predisposizione degli Atti Aziendali che prevedano una armonizzazione, all'interno delle linee strategiche di sviluppo fornite dal presente Piano, delle attività cliniche al fine di evitare duplicazioni, rispettare le indicazioni nazionali in termini di volumi/esiti, sviluppare le competenze professionali, potenziare la qualità/quantità dell'offerta e la diffusione dei servizi.

Obiettivi Prioritari:

La riorganizzazione delle reti cliniche richiede:

- potenziamento e sviluppo delle reti cliniche regionali attraverso l'identificazione dei livelli di responsabilità;
- formalizzazione delle relazioni per il funzionamento della rete;
- sviluppo delle governance regionale (*networking*) che supporti la realizzazione di processi di cura integrati sul territorio al fine di facilitare e rendere più efficaci ed omogenee le risposte del SSR;
- accrescimento delle competenze professionali, che possono essere trasversali a più percorsi;
- equità di accesso all'offerta da parte dei cittadini, anche per le collettività più distanti dai centri di alta specializzazione;
- impiego efficiente delle risorse umane, tecnologiche e strutturali;
- garanzia della sicurezza e della qualità delle prestazioni, attraverso la concentrazione della casistica per risposte a maggiore complessità organizzativa e tecnologica, favorendo la specializzazione delle équipe mediche e la sostenibilità degli investimenti;
- recupero di efficienza, mediante investimenti basati sulla riorganizzazione delle specialità del sistema ospedaliero e su modalità alternative di sviluppo dell'assistenza territoriale;
- flessibilità organizzativa e produttiva per rispondere in maniera proattiva ai cambiamenti dei bisogni sanitari.

Le azioni descritte, secondo le indicazioni della Giunta regionale, riguarderanno:

2 reti a breve termine;

3 reti a medio termine;

le restanti reti a medio lungo termine.

Gli sviluppi futuri

Le specifiche azioni da mettere in atto per procedere alla riorganizzazione riguardano principalmente:

- il potenziamento delle competenze professionali ed organizzative;
- la digitalizzazione ed informatizzazione dei processi interni e delle infrastrutture (azione trainante da parte del PSSR sia sul versante territoriale che ospedaliero);
- l'identificazione di un sistema di monitoraggio e risoluzione delle criticità;
- lo sviluppo di sistemi comunicativi capaci di valorizzare la prossimità con il paziente e l'interazione con i "centri di alta specializzazione/riferimento regionali";
- la realizzazione di sinergie tra le differenti reti per rispondere alle esigenze di pazienti con patologie multiple che necessitano di risposte omogenee ed efficaci da parte di professionisti trasversali a più percorsi.

Le reti cliniche tempo-dipendenti

Per ciò che attiene le reti cliniche tempo-dipendenti, previste dal DM 70/2015, il Servizio per l'emergenza territoriale 118 rappresenta l'elemento cruciale per la definizione di un sistema integrato di diagnosi precoce e

cura territoriale, basato sulla collaborazione di ospedali e servizi interdipendenti, operanti in rete per garantire i migliori risultati con un impiego ottimale di risorse. Le centrali Operative (CO) svolgono le funzioni di processazione delle chiamate di soccorso, identificazione del codice d'intervento sulla base della gravità/urgenza del caso, invio del mezzo più idoneo e guida fino al luogo dell'evento, facendo intervenire il più rapidamente possibile il mezzo idoneo nella sede dell'evento per il trasporto del paziente nel più breve tempo possibile all'ospedale più adeguato, garantendogli un trattamento pre-ospedaliero nel rispetto delle linee guida internazionali. Nelle more della revisione dell'organizzazione del sistema di emergenza-urgenza, così come definita nella L.R. n. 36/1998, il Pronto soccorso (PS) rappresenta il nodo strategico della rete, sia in caso di paziente che si presenta direttamente con mezzi propri sia in caso di trasporto da parte del 118. Poiché l'accesso diretto al PS può comportare un rischio potenziale di ritardo diagnostico, e quindi di trattamento, risulta importante incrementare la percentuale di pazienti che richiedono l'intervento del 118 mediante campagne informative rivolte al cittadino. Come previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 2019, in PS vanno attuati protocolli operativi di valutazione rapida per ridurre i tempi di attesa, facilitare la diagnosi e il conseguente avvio al percorso terapeutico più appropriato. È necessario predisporre un efficiente percorso di selezione dei casi potenzialmente gravi che comporti l'esecuzione di valutazione medica ed ECG nel minor tempo possibile dall'arrivo. Particolare attenzione verrà posta alla definizione di una rete dell'emergenza pediatrica strutturata su un modello *hub&spoke*, attraverso il rafforzamento del ruolo della struttura ospedaliera regionale a specifico indirizzo infantile.

Inoltre sarà necessario provvedere alla "manutenzione" ed "implementazione" delle reti cliniche tempo-dipendenti già approvate (ictus, trauma grave, infarto miocardico acuto, traumi della mano) al fine di garantirne l'aggiornamento in funzione delle innovazioni tecnologiche e delle modifiche in ambito organizzativo ed assistenziale; in particolare dovranno essere previsti specifici percorsi per la presa in carico degli ictus emorragici e di quelli pediatrici.

Le reti cliniche di alta specialità

- **Rete MALATTIE DEGLI ORGANI EMOPOIETICI E SISTEMA IMMUNITARIO – ADULTO E PEDIATRICO** (scheda operativa 1)

Nella Regione Marche esiste una rete di strutture che svolge attività assistenziale per i pazienti ematologici della Regione, con circa 1000 accessi di degenza convenzionale annui ed un network ampiamente diversificato di prestazioni per esterni, che include decine di migliaia di visite ambulatoriali specialistiche ed esami specialistici. L'Oncoematologia Pediatrica, Centro di Riferimento Regionale presso lo stabilimento Salesi dell'AOU delle Marche, eroga prestazioni per le patologie ematologiche maligne e non maligne, somministra cure palliative e di fine vita ed esegue trattamenti ad alte dosi con reinfusione di cellule staminali. In ogni struttura della rete è presente un Centro accreditato Trapianto di Cellule Staminali Emopoietiche; l'attività trapiantologica dei centri è documentata annualmente dal report CNT, con oltre 150 trapianti all'anno.

Le continue innovazioni in ambito terapeutico, la produzione e applicazione sempre più stringente di linee guida e PDTA richiedono la formalizzazione di una rete per garantire:

- Equità di accesso, appropriatezza clinica e gestionale, qualità e sicurezza clinica, presa in carico e continuità assistenziale su tutto il territorio marchigiano
- Accesso facilitato alle terapie innovative (riduzione della migrazione extra regione)
- Ottimizzazione degli outcome (standardizzazione processi per patologie rare e terapie ad alto costo)
- Razionalizzazione delle risorse umane e materiali (integrazione delle risorse)
- Miglioramento ed ampliamento dell'offerta di prestazioni (con una diversificazione intelligente dei 5 poli, valorizzando le eccellenze delle diverse SO)
- Integrazione tra reti di patologia
- Formazione e aggiornamento
- Accesso facilitato a finanziamenti nazionali ed europei (innovazione scientifica)
- Miglioramento ed allargamento della offerta formativa

- Creazione dei presupposti per un osservatorio epidemiologico regionale
- Conseguimento di un maggior peso scientifico e di rappresentanza a livello nazionale ed internazionale.

Le indicazioni programmatiche riguardano il miglioramento ed ampliamento dell'offerta di prestazioni presso i centri di riferimento, con diversificazione delle attività tra i poli, valorizzando le eccellenze delle diverse U.O.:

- trapianto del midollo osseo (mobilità passiva 14%);
- leucemie acute < 18 anni (mobilità passiva 27%);
- accesso facilitato alle terapie innovative con standardizzazione dei processi per patologie rare e terapie ad alto costo;
- riconoscimento e potenziamento dell'U.O. universitaria di AOU delle Marche per le attività di formazione e aggiornamento di tutta la rete regionale, il coordinamento per l'accesso facilitato a finanziamenti nazionali ed europei (innovazione scientifica), miglioramento ed allargamento della offerta formativa e conseguimento di maggior peso scientifico e di rappresentanza a livello nazionale ed internazionale;
- creare i presupposti per un osservatorio epidemiologico regionale;
- potenziare il ruolo di hub pediatrico rappresentato da AOU delle Marche (Salesi).

- Rete CHIRURGIA - INTESTINALE, EPATOBILIARE, GINECOLOGICA (scheda operativa 2)

L'attività di chirurgia rivolta alle malattie neoplastiche e non neoplastiche dell'apparato digerente (in particolare di fegato, vie biliari, pancreas) e ginecologico (utero e annessi) è stata oggetto di notevole sviluppo a seguito dell'introduzione della tecnica laparoscopica in alternativa a quella tradizionale laparotomica.

La cirrosi epatica costituisce una delle patologie a maggiore mortalità e morbilità legata sia alla malattia epatica di base che alle alterazioni metaboliche conseguenti ad essa, può decorrere asintomatica per lunghi periodi, anche per decenni, e poi andare incontro ad episodi di scompenso (dovuti ad un progressivo deterioramento della funzione epatica) o all'insorgenza *dell'acute on chronic liver failure*. La terapia più efficace per il paziente con cirrosi epatica scompensata è, quando possibile, il trapianto di fegato. Il percorso che porta il paziente con cirrosi epatica scompensata o ACLF al trapianto di fegato è gravato da alcuni aspetti clinici ed organizzativi che devono essere conosciuti per meglio definire il percorso stesso del paziente:

-*under referral*: il paziente non viene segnalato al Centro Trapianto né viene presa in considerazione l'opzione trapiantologica;

-*over referral*: al paziente viene proposta l'opzione trapiantologica quando non ne ha l'indicazione o in presenza di controindicazioni, con conseguente creazione di aspettative non giustificate clinicamente;

-*late referral*: al paziente viene proposta l'opzione trapiantologica o viene contattato il Centro Trapianti in presenza di condizioni cliniche troppo avanzate per poter iniziare il percorso trapiantologico.

Le Marche rappresentano una Regione dove può essere ottimizzato il percorso di gestione clinica del paziente con cirrosi epatica scompensata, sia per le dimensioni del territorio che per la presenza di un unico Centro Trapianti. Lo scopo della riorganizzazione della rete di presa in carico è quello di ottimizzare la gestione del paziente cirrotico scompensato e di individuare precocemente i pazienti, predisponendo il miglior percorso di cura presso la struttura più idonea.

Le indicazioni programmatiche riguardano la riorganizzazione e differenziazione dei poli specialistici sul territorio marchigiano, nel rispetto della normativa nazionale e regionale, sulla base delle competenze acquisite e della complessità della presa in carico in particolare per **chirurgia del pancreas/fegato e chirurgia ginecologica su utero e annessi**, in ottica *hub& spoke*, con il maggiore coinvolgimento degli Enti del SSR e il riferimento dell'AOU delle Marche:

- aumento dell'offerta per la riduzione della mobilità passiva;
- diversificazione delle attività sulla base dell'expertise professionale e dei volumi di attività erogati e adeguamento delle risorse disponibili (strumentali e di personale).

- Rete CHIRURGIA – CARDIOLOGICA, INTERVENTISTICA, CARDIOVASCOLARE (scheda operativa 3)

Il Laboratorio di emodinamica rappresenta l'elemento centrale del percorso dell'infarto miocardico acuto, in quanto è il luogo presso il quale viene erogata l'angioplastica primaria (PPCI) da effettuarsi con tempi e modalità indicate dalle più recenti linee guida e nella DGR 1078/2020. I centri che effettuano angioplastica primaria devono dotarsi di protocolli per la gestione in sede e l'eventuale trasferimento al centro di riferimento di livello più avanzato per i pazienti con complicanze meccaniche o con necessità di sistemi di assistenza di circolo complessi. La corretta scelta del sistema di supporto circolatorio, del momento dell'impianto, della durata del supporto e la prevenzione di eventuali complicanze richiedono l'integrazione delle diverse competenze specialistiche coinvolte nell'assistenza di questi pazienti. L'emodinamica del centro Hub deve offrire una disponibilità h24 e avere una dotazione strumentale e di personale adeguata nel rispetto dei criteri regionali di accreditamento, delle indicazioni nazionali e delle più aggiornate evidenze scientifiche, oltre che dei volumi minimi definiti con il DM 70/2015. Le UTIC possono essere classificate in due livelli, a seconda che siano dedicate a strategie di riperfusione coronarica e gestione di eventuali complicanze, con profilo altamente intensivo. La rete deve inoltre prevedere collegamenti funzionali con l'hub dislocato presso AOU delle Marche:

- U.O di cardiocirurgia per pazienti con complicanze meccaniche dell'infarto miocardico acuto che richiedono un trattamento chirurgico classico o trans-catetere
- U.O. di chirurgia vascolare per la riparazione di patologie aortiche
- Centro ECMO per circolazione extracorporea individuato con DGR n. 988/2020, dotato dei profili professionali necessari previsti dalle linee guida nazionali.

Sulla base della definizione dell'articolazione della rete cardiologica di emergenza-urgenza regionale, sarà possibile definire i PDTA per le singole patologie in ambito cardiologico, vascolare e respiratorio.

Le indicazioni programmatiche riguardano il miglioramento ed ampliamento dell'offerta di prestazioni cardiocirurgiche presso il Centro di riferimento regionale (AOU delle Marche) in particolare per ciò che attiene gli interventi sulle valvole cardiache.

Per lo sviluppo della rete chirurgia vascolare sarà invece necessario strutturare una rete diffusa che coinvolga tutti i servizi presenti sul territorio per il miglioramento ed ampliamento dell'offerta.

Per ciò che attiene la rete dei laboratori di emodinamica (3-5 attivabili sul territorio regionale, attualmente presenti in AST Ascoli Piceno, AST Macerata, AOU delle Marche e AST Pesaro-Urbino) sarà necessario attivare una ridefinizione della rete operante sul territorio regionale nel rispetto degli standard minimi previsti dal DM 70/2015, in relazione a strutture, strumentazioni, organizzazione, prestazioni erogate, expertise maturata requisiti e formazione degli operatori, al fine di garantire qualità, efficienza ed economicità.

- **Rete UROLOGIA** (scheda operativa 4)

Il carcinoma prostatico è al terzo posto per mortalità (8% di tutti i decessi per causa oncologica) con 15/16 decessi ogni 100.000 abitanti/anno. Per quanto riguarda i dati di prevalenza, si stimano in Italia 398.000 diagnosi di ca. prostatico, soprattutto in pazienti di età avanzata (6.811 casi ogni 100.000 ultrasettantacinquenni). La distribuzione della prevalenza del tumore maligno della prostata mostra un gradiente Nord Sud: 1.428 casi/100.000 ab. nel Nord-Ovest, 1.395 Nord-Est, 1.015 pazienti Centro e 588 Sud.

Il modello organizzativo di gestione del tumore della prostata è incentrato su una rete articolata in:

- Centro Diagnosi: effettua la diagnosi e la stadiazione della malattia.
- Centro Trattamento: oltre ad assicurare la funzione di Centro Diagnosi, prende in carico il paziente con diagnosi di tumore della prostata e pianifica ed effettua il percorso terapeutico, anche avvalendosi di tecnologie innovative (es. chirurgia robotica, laser).

Le indicazioni programmatiche comprendono la revisione del modello organizzativo regionale secondo livelli di presa in carico differenziata (es. centri diagnosi e centri trattamento) con:

- incremento dell'offerta, in ottica hub&spoke, prevalentemente per le patologie neoplastiche che richiedono prestazioni di alta specialità presso l'U.O. universitaria di AOU delle Marche;
- miglioramento ed ampliamento dell'offerta per le restanti patologie urologiche, prevalentemente non neoplastiche, in ottica di rete diffusa presso le altre strutture del SSR.

- Rete ORTOPEDICO-TRAUMATOLOGICA (scheda operativa 5)

L'area ortopedico-traumatologica rappresenta l'area con la maggiore mobilità sanitaria. I DRG più rilevanti di area ortopedico-traumatologica causano gli importi maggiori della mobilità passiva, in particolare per gli interventi di protesica (anca, ginocchio e spalla) e di artrodesi vertebrale.

La Regione Marche ha definito, in coerenza con il DM 70/2015, il percorso assistenziale del paziente con trauma grave (DGR n. 988/2016), che si integra con la rete di chirurgia della mano (DGR n. 948/2022), al fine di definire compiti e responsabilità per assicurare un trattamento immediato ed efficace al politraumatizzato che giunge presso il Pronto Soccorso Generale con codice rosso.

L'implementazione di un percorso specificamente orientato a pazienti che necessitano di intervento di artroprotesi d'anca e di ginocchio od a reimpianto protesico richiede azioni condivise tra i diversi servizi diagnostici/specialistici coinvolti (Ortopedia, Anestesiologia, Cardiologia, Radiologia, Laboratorio, etc.).

Le indicazioni programmatiche sono relative al potenziamento dell'offerta e riduzione dei tempi di attesa per la protesica ortopedica, soprattutto nei territori maggiormente gravati da mobilità passiva extraregionale, con diversificazione delle attività e concentrazione della casistica per sede di patologia sulla base dell'expertise professionale e dei volumi di attività erogati (anca, ginocchio, spalla) e adeguamento delle risorse disponibili (strumentali e di personale).

Per ciò che attiene l'artrodesi vertebrale sarà necessario rimodulare la rete delle ortopedie e delle neurochirurgie (AOU delle Marche e AST Pesaro-Urbino), diversificando le attività sulla base dell'expertise professionale e dei volumi di attività erogati e adeguamento delle risorse disponibili (strumentali e di personale).

Le reti cliniche di patologia

A) Rete MEDICINA E CHIRURGIA VASCOLARE (scheda operativa 6)

La patologia vascolare – malattie delle arterie periferiche e tromboembolismo venoso - è in aumento per incidenza e prevalenza a livello nazionale (stima prevalenza del 10% nella popolazione generale e del 20% in soggetti di età > 70aa) e i processi di trattamento non risultano omogenei sul territorio regionale con gestione talvolta inappropriata, ritardo nelle cure e ricadute in ambito economico per il SSR e di qualità di vita per il paziente. La rete di chirurgia vascolare è organizzata in modalità *Hub* (SOC dell'AOU delle Marche) e *Spoke* (strutture delle AST e INRCA Ancona). In base al livello organizzativo, presso l'hub vengono centralizzati gli accessi vascolari caratterizzati da particolare complessità, mentre presso gli spoke viene indirizzata la patologia venosa ed arteriosa minore. La localizzazione dei nodi della rete è subordinata al rispetto dei volumi minimi di attività:

- patologia aneurismatica aorta: sedi erogazione Hub e Spoke (eccetto INRCA Ancona)
- patologia steno-ostruttiva carotidea: sedi di erogazione Hub e Spoke
- patologia steno-ostruttiva arti inferiori: sedi di erogazione Hub e Spoke.

L'integrazione della rete di chirurgia vascolare con quella di Medicina Vascolare consente di rafforzare la gestione integrata mediante:

- condivisione dei percorsi terapeutici medici e chirurgici,
- valutazione congiunta dei pazienti con patologia vascolare,
- approfondimento diagnostico nei pazienti candidati ad intervento chirurgico "pre-intervento",
- presa in carico del paziente nel periodo "post-intervento" in caso di complicanze che richiedano una gestione internistica (p.es. insorgenza di aritmie, scompenso, etc...),
- Follow-up ambulatoriale clinico e ultrasonografico dei pazienti già sottoposti a chirurgia vascolare o trattamento endovascolare.

L'organizzazione di una rete per la gestione delle patologie vascolari, definita funzionalmente mediante un apposito PDTA, rappresenta un elemento strategico di qualità per:

- *gli Utenti*: fruizione di competenze/professionalità di elevato livello, con maggior appropriatezza del processo di cura anche per il paziente “periferico”, riduzione delle richieste non appropriate con conseguente miglioramento dei tempi d’attesa nell’esecuzione degli esami ecocolor Doppler;
- *gli Operatori*: collaborazione stretta tra centro e periferia, creazione di percorsi condivisi, con standard di qualità assistenziale fondata su pratiche e modelli operativi consolidati (linee guida, opinioni esperti), costituzione gruppo di lavoro regionale per uniformare le refertazioni ecocolor Doppler per singole patologie, formazione/aggiornamento periodico per la diagnostica vascolare;
- *il SSR*: miglioramento della qualità assistenziale del paziente con patologia vascolare, omogeneità del trattamento e concentrazione nel centro *Hub* dei casi che superano la soglia di complessità degli interventi garantiti in periferia, sostegno al territorio, nei casi di difficoltà diagnostico/terapeutica, con invio sollecito del paziente dalla periferia al Centro.

Al fine di garantire un modello assistenziale flessibile, in ambito sanitario, che sia in grado di rispondere più efficacemente, garantendo appropriatezza e prossimità, ai bisogni dei cittadini, tenuto anche conto della organizzazione della rete di emergenza-urgenza, sarà necessario predisporre un progetto di fattibilità per lo sviluppo e il potenziamento delle attività di chirurgia vascolare, in termini di:

- risorse umane, strutturali e tecnologiche;
- percorsi e livelli di prestazione erogabili in elezione ed in urgenza (in base alle tecnologie e alle professionalità disponibili),
- garanzia di collegamento, mediante teleconsulto e telerefertazione, con l’*Hub* regionale che insiste presso l’AOU delle Marche;
- definizione programmi formativi;
- compatibilità economica.

Le indicazioni programmatiche prevedono la revisione della rete regionale con potenziamento delle sedi di erogazione coordinate in ottica di Hub e Spoke e la diversificazione delle attività di medicina e chirurgia vascolare con concentrazione della casistica per sede di patologia sulla base dell’expertise professionale e dei volumi di attività e adeguamento delle risorse disponibili (strumentali e di personale).

B) Rete MATERNO INFANTILE (scheda operativa 7)

La Rete Regionale per la presa in carico delle donne, madri e neonati prevede percorsi di continuità assistenziale e diagnostico-terapeutici, integrati con i servizi territoriali, per gli utenti dell’area materno-infantile, in coerenza con quanto previsto dall’Accordo 16 dicembre 2010, ai sensi dell’articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, le province, i comuni e le comunità montane sul documento concernente «Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo». (Rep. atti n. 137/CU) (11A00319) (G.U. Serie Generale n. 13 del 18 gennaio 2011).

La rilevazione di informazioni sanitarie, epidemiologiche e socio-demografiche relative all’evento nascita, rappresenta uno strumento essenziale per la programmazione sanitaria nazionale e regionale, come previsto dal Decreto del Ministro della sanità 16 luglio 2001, n. 349.

Di seguito il dato raccolto dal flusso SDO 2021 nell’ambito del monitoraggio del Nuovo Sistema di Garanzia (indicatore H17C):

PROPORZIONE DI PARTI CON TAGLIO CESAREO PRIMARIO: strutture con % di cesarei primari ≤25% (strutture con attività ≥1000 parti annui) o ≤15% (strutture con attività <1000 parti annui) sul totale delle strutture valutate nel PNE.				
Area Vasta	Descrizione	Nr Parti	Nr Cesarei Primari	% Cesarei Primari
Area Vasta 1 Pesaro	STABILIMENTO DI URBINO	541	132	24,4%
	Totale Area Vasta / Azienda	541	132	24,4%
	Totale Strutture Valutate	1		
	% strutture entro soglia	0,0%		
Area Vasta 2 Ancona	STABILIMENTO DI SENIGALLIA	537	81	15,1%

	STABILIMENTO DI JESI	753	178	23,6%
	Totale Area Vasta / Azienda	1.290	259	20,1%
	Totale Strutture Valutate	2		
	% strutture entro soglia	0,0%		
Area Vasta 3 Macerata	STABILIMENTO DI CIVITANOVA	650	161	24,8%
	STABILIMENTO DI MACERATA	1.127	192	17,0%
	Totale Area Vasta / Azienda	1.777	353	19,9%
	Totale Strutture Valutate	2		
	% strutture entro soglia	50,0%		
Area Vasta 4 Fermo	STABILIMENTO DI FERMO	526	149	28,3%
	Totale Area Vasta / Azienda	526	149	28,3%
	Totale Strutture Valutate	1		
	% strutture entro soglia	0,0%		
Area Vasta 5 Ascoli	STABILIMENTO DI S. BENEDETTO	554	119	21,5%
	STABILIMENTO DI ASCOLI PICENO	441	100	22,7%
	Totale Area Vasta / Azienda	995	219	22,0%
	Totale Strutture Valutate	2		
	% strutture entro soglia	0,0%		
Az. Osp. Marche Nord	STABILIMENTO DI PESARO	45	20	44,4%
	STABILIMENTO DI FANO	886	172	19,4%
	Totale Area Vasta / Azienda	931	192	20,6%
	Totale Strutture Valutate	2		
	% strutture entro soglia	0,0%		
Az. Osp. Ospedali Riuniti Ancona	STABILIMENTO G. SALESI	1.365	318	23,3%
	Totale Area Vasta / Azienda	1.365	318	23,3%
	Totale Strutture Valutate	1		
	% strutture entro soglia	100,0%		
Totale Regionale		7.425	1.622	21,8%
Totale Strutture Valutate		11		
% strutture entro soglia		18,2%		

Il costante calo demografico registrato negli ultimi anni nella nostra regione e a livello nazionale genera un grave impatto sull'equilibrio sociale ed economico ponendo un allarme in termini di sostenibilità futura. Diventa pertanto necessario orientare le politiche programmatiche regionali a supportare le coppie e le famiglie che desiderano avere figli e a garantire la salute dei bambini. Le dimensioni delle azioni comprendono aree anche al di fuori del perimetro sanitario in senso stretto (es. organizzazione del lavoro, tutele sociali, cultura, disponibilità di strutture per la prima infanzia, etc.).

Mediante l'impiego delle risorse del PNRR, risulta necessario strutturare un sistema di monitoraggio unico per tutta la Regione che, poggiando sulla base di sistemi informativi già esistenti che trattano l'assistenza al parto (connessione di tutti i punti nascita per CEDAP - Certificato di assistenza al parto, etc) e alla gravida, possa essere interconnesso con il registro esenzioni e l'anagrafe degli assistiti, per la definizione dell'agenda della gravidanza fisiologica, secondo quanto previsto nei Livelli Essenziali di Assistenza – LEA, identificando le prestazioni e orientando la donna, in base alla sua condizione clinica, verso il punto nascita adeguato per il suo livello di rischio. Risulta inoltre particolarmente utile raccogliere informazioni in merito al parto e alla salute della donna e del neonato, seguendolo anche negli anni successivi. Ulteriori elementi di sviluppo possono essere connessi alla istituzione, presso i punti nascita, di uno sportello unico per genitori per supportare attivamente le famiglie, facilitando al massimo tutti gli adempimenti giuridici e amministrativi connessi con la nascita, in modo da consentire, durante la degenza post-partum, il riconoscimento del neonato e l'iscrizione nel registro di stato civile, alla anagrafe comunale e sanitaria. Specifici interventi sono richiesti per il miglioramento della qualità assistenziale, attraverso l'implementazione dei sistemi di formazione per il personale dedicato, la strutturazione di biobanche per la raccolta dei gameti, la raccolta e gestione del materiale biologico derivante da attività di screening neonatale, il monitoraggio delle diagnosi prenatali. Il percorso parte dalla diagnosi di gravidanza e dalla prima determinazione ecografica di età gestazionale e quindi dell'epoca prevista di parto. La certificazione sarà

redatta dallo specialista ginecologo del SSR che avrà cura di programmare l'agenda della gravidanza fisiologica in base a quanto previsto dai LEA. In base alle scelte della donna e alle condizioni presentate, la gravida sarà immessa in un definito percorso di presa in carico, idoneo in base alla sua specifica condizione.

Le indicazioni programmatiche si focalizzano su:

- ridefinizione della rete dei punti nascita sulla base dell'assetto organizzativo e dei requisiti previsti dal tavolo LEA;
- integrazione della rete con le attività di procreazione medicalmente assistita,
- monitoraggio degli aborti spontanei e delle Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG),
- valorizzazione dei percorsi ed azioni già presenti sul territorio regionale (es. parto-analgesia, percorsi per gravidanze a bassissimo rischio, il laboratorio di genetica);
- estensione della diagnostica prenatale, comprendente procedure non invasive (ecografia morfologica, test combinato e su sangue fetale circolante) estese a tutte le gravide, ed invasive, secondo i LEA e le condizioni cliniche,
- elaborazione di programmi di contrasto alla depressione materna, comprendente sia le attività di screening e diagnosi precoce in gravidanza e in puerperio, sia le azioni di supporto fino al trattamento precoce con specifici percorsi all'interno degli ospedali con punti nascita e nel territorio a carico dei consultori familiari e dei dipartimenti di salute mentale a seconda della gravità della condizione clinica presentata,
- predisposizione di una cartella clinica informatizzata che unifichi e raccolga tutte le applicazioni consentendo il monitoraggio della gravidanza,
- rafforzamento dei collegamenti tra l'hub regionale (AOU delle Marche) e la rete dei punti nascita mediante protocolli condivisi;
- revisione ed aggiornamento del Servizio di Trasporto Assistito Materno (STAM) e neonatale (STEN);
- interconnessione dei sistemi informativi già esistenti che trattano l'assistenza al parto (connessione di tutti i punti nascita per CEDAP - Certificato di assistenza al parto, etc) e alla gravida, con il registro esenzioni e l'anagrafe degli assistiti, per la definizione dell'agenda della gravidanza fisiologica, secondo quanto previsto nei Livelli Essenziali di Assistenza – LEA, identificando le prestazioni e orientando la donna, in base alla sua condizione clinica, verso il punto nascita adeguato per il suo livello di rischio. Risulta inoltre particolarmente utile raccogliere informazioni in merito al parto e la salute della donna e del neonato, seguendolo anche negli anni successivi.

In ambito pediatrico, sarà necessario completare la definizione dei percorsi di appropriatezza della chirurgia pediatrica e dei servizi ad essa connessi (anestesia pediatrica) e della terapia del dolore pediatrica.

C) Rete MALATTIE INFETTIVE

La recente esperienza della pandemia covid ha portato alla ribalta la necessità di organizzare più diffusamente le competenze specialistiche nella disciplina di malattie infettive.

Le indicazioni programmatiche prevedono il collegamento funzionale tra ospedali e strutture territoriali coinvolte (servizi di igiene e sanità pubblica, servizi di microbiologia, cure primarie, servizi per le dipendenze, sanità penitenziaria, consultori familiari, ecc.), la predisposizione e implementazione di PDTA per le patologie infettive prevalenti, integrazione e coordinamento con le altre reti specialistiche regionali. Ulteriore evoluzione può essere rappresentata dalla organizzazione del Dipartimento Funzionale di Malattie Infettive, avente la funzione di coordinamento di tutte le attività in ambito regionale con l'obiettivo di fornire l'assistenza sanitaria nel *setting*/nodo più appropriato, garantire le migliori competenze e identificare tempestivamente il miglior percorso clinico assistenziale per la gestione del singolo paziente affetto da patologia infettiva. Particolare attenzione va posta al rafforzamento, nell'ambito della rete, di un *hub* specificamente rivolto all'assistenza della popolazione pediatrica.

D) Rete CHIRURGIA ONCOLOGICA – MAMMELLA, STOMACO, POLMONE, TIROIDE, ENCEFALO (scheda operativa 8)

Gli obiettivi programmatori riguardano la necessità di offrire al paziente la giusta intensità di cure nel *setting* assistenziale più idoneo e maggiormente rispondente ai bisogni nonché la valorizzazione del lavoro di tutti i professionisti. Gli elementi da considerare per il disegno della rete riguardano diversi ambiti:

- analisi dettagliata della sicurezza delle cure,
- valutazione del quadro epidemiologico,
- identificazione della domanda e dei bacini d'utenza,
- associazione volumi di attività ed esiti,
- disponibilità della dotazione tecnologica coerente con la complessità della casistica,
- riconoscimento dell'expertise degli operatori coinvolti
- mappatura delle funzioni attribuite dalla rete ospedaliera regionale ai principali nodi della stessa (DEA di II e I livello e altri nodi della rete ospedaliera regionale).

L'uso dei volumi di attività, oltre a costituire un indicatore indiretto della qualità dell'assistenza erogata, consente di verificare la struttura e la distribuzione dell'offerta assistenziale ospedaliera ed orientare la riorganizzazione delle reti assistenziali. Numerosi dati della letteratura scientifica dimostrano come l'alto volume chirurgico correli con una maggiore sopravvivenza, un minor numero di complicanze e re-interventi e una minore durata del ricovero; l'associazione tra volume ed esiti per diverse condizioni è confermata anche dall'analisi dei dati empirici nazionali (Appendice 4 – paragrafo "Volumi soglia ed esiti"). Non secondarie sono le valutazioni della *mission* degli Enti del SSR, la distribuzione della casistica, i tempi di percorrenza tra le diverse strutture e il fabbisogno delle singole realtà presenti, oltre alla distribuzione della rete dell'emergenza urgenza e dell'elisoccorso.

In particolare, per ciò che riguarda la chirurgia mammaria, con DGR 459/2016 sono state istituite le Breast Unit (B.U.) sul territorio regionale e recepite le indicazioni dell'Intesa Stato-Regioni "Linee d'indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali delle reti dei Centri di Senologia" (n. 185/CSR del 18 dicembre 2014) del DM 70/2015. Nelle Marche si sono costituite 6 B.U. ognuna delle quali deve garantire un numero minimo di 150 interventi chirurgici per carcinoma mammario:

- AOU delle Marche
- AST Pesaro Urbino (struttura di Fano)
- AST Pesaro Urbino (struttura di Urbino)
- AST Ancona (struttura di Senigallia)
- AST Macerata (struttura di Macerata)
- AST Fermo e AST Ascoli Piceno (struttura di S. Benedetto del Tronto).

Di seguito sono riportati i volumi di attività delle Breast Unit marchigiane:

Codice	Struttura	N° ricoveri (anno 2021)
11000101	STABILIMENTO DI URBINO	157
11000201	STABILIMENTO DI SENIGALLIA	174
11000302	STABILIMENTO DI MACERATA	304
11000501	STABILIMENTO DI S. BENEDETTO	181
11090102	STABILIMENTO DI FANO	412
11090501	STABILIMENTO UMBERTO I° - G. M. LANCISI	465

Le indicazioni programmatiche per la rete della chirurgia oncologica riguardano:

- la revisione dell'offerta e della diffusione delle breast unit sul territorio regionale, per la riduzione della mobilità sanitaria, coerentemente al rispetto dei volumi minimi e dei requisiti organizzativi, previsti a livello ministeriale, per la garanzia di qualità e sicurezza del percorso;
- potenziamento e diversificazione delle attività di presa in carico delle patologie tumorali dello stomaco e del polmone sulla base dell'expertise professionale e dei volumi di attività erogati, per la riduzione della mobilità passiva;

- individuazione di centri di riferimento per la chirurgia della tiroide, con volumi di attività nel rispetto dei parametri definiti a livello nazionale, sulla base di specifiche expertise professionali già disponibili nel territorio;
- aumento dell'offerta con diversificazione delle attività di presa in carico delle patologie tumorali dell'encefalo sulla base dell'expertise professionale, dei volumi di attività erogati e delle caratteristiche organizzative delle strutture presenti presso AOU delle Marche (2 sedi di erogazione: adulto e pediatrico) e AST Pesaro-Urbino (1 sede di erogazione);
- ridefinizione e potenziamento della rete regionale dell'anatomia patologica in ottica hub& spoke, per attività a maggiore complessità diagnostica e ridotti volumi, e maggiore diffusione per le attività diagnostiche a minore complessità.

E) Rete OCULISTICA (scheda operativa 9)

L'invecchiamento della popolazione rende sempre più frequenti alcune patologie dell'occhio (es. cataratta) che, grazie all'avanzamento delle tecniche chirurgiche e il conseguente progressivo aggiornamento del personale medico e non medico, l'impiego di nuovi farmaci soprattutto in ambito anestesiológico e nel controllo del dolore postoperatorio e di sofisticati presidi chirurgici, possono beneficiare di interventi sempre più efficaci, meno invasivi e quindi con minor rischio di complicanze, anche in pazienti molto anziani.

Sulla base di quanto previsto dal DPCM LEA 2017, sta diventando sempre più frequente il trasferimento al regime ambulatoriale di numerose prestazioni oculistiche finora erogate in regime di ricovero ordinario e diurno, con effetti sulla rete ospedaliera non solo in termini di diminuzione del numero di posti letto, ma di ristrutturazione dell'offerta. Tra le ipotesi riorganizzative può essere segnalata ad esempio l'istituzione dei "Day Care", presenti in altri Paesi europei, dove concentrare percorsi assistenziali in elezione, definendone i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi.

Chirurgia della cataratta

La chirurgia della cataratta rappresenta uno dei due interventi chirurgici più frequenti in Italia ed in Europa insieme alla colonscopia. (Fonte: Eurostat). L'intervento (durata media 15 minuti) consiste nella rimozione dall'interno dell'occhio del cristallino divenuto opaco e successivo impianto di una lente intraoculare artificiale. La tecnica maggiormente utilizzata è quella della facoemulsificazione ed aspirazione di cataratta. Generalmente viene eseguito in un occhio per volta con anestesia topica in regime ambulatoriale, ma talvolta (età pediatrica e/o comorbidità) può essere necessaria l'anestesia generale e pertanto il ricovero. L'intervento nelle strutture più all'avanguardia viene effettuato utilizzando un laser a femtosecondi che rende l'incisione molto più precisa rispetto a quella manuale, accorciando i tempi di recupero dall'intervento (l'introduzione di questa nuova tecnologia potrebbe spiegare il significativo incremento degli interventi di cataratta rilevato a partire dal 2016). Attualmente è inoltre possibile risolvere un difetto refrattivo (miopia, ipermetropia, astigmatismo) nella stessa seduta chirurgica oltre alla rimozione del cristallino opaco (risoluzione della cataratta). Il tasso di incidenza della cataratta ha fatto registrare un aumento passando dallo 0,91% relativo all'anno 2016 al 1,09% dell'anno 2019.

Il numero delle prestazioni effettuate in setting ambulatoriale nell'anno 2021 nella Regione Marche è pari a 17.334 per un valore percentuale sul totale degli interventi del 98,7% a fronte di 231 interventi effettuati in regime di ricovero (1,3%).

Le indicazioni programmatiche si focalizzano su:

- revisione della rete regionale con potenziamento delle sedi di erogazione coordinate in ottica di Hub & Spoke, soprattutto per i territori gravati da maggiori livelli di fuga extra-regionale;
- potenziamento dell'attività ambulatoriale chirurgica, anche con il coinvolgimento del privato accreditato, rivolta alla risoluzione della cataratta con riduzione dei tempi di attesa per intervento e della mobilità sanitaria.

F) Rete OTORINOLARINGOIATRIA (scheda operativa 10)

L'attività specialistica otorinolaringoiatrica (ORL) comprende attività chirurgica sia in regime di ricovero ordinario e diurno che ambulatoriale (prevalentemente interventi su tonsille/adenoidi, naso e seni paranasali, corde vocali, laringe, apnee ostruttive nel sonno) e medica (in prevalenza urgenze, sordità improvvise, paralisi facciali, ascessi,

vertigini, dispnee e disfagie). La rete necessita dell'elaborazione di percorsi intraospedalieri ed extraospedalieri in continuità con le strutture territoriali.

Le indicazioni programmatiche riguardano:

- revisione della rete regionale con potenziamento delle sedi di erogazione coordinate in ottica di Hub & Spoke, soprattutto nei territori dove si riscontrano livelli maggiori di mobilità passiva extraregionale;
- diversificazione delle attività chirurgiche con concentrazione della casistica per sede di patologia sulla base dell'expertise professionale e dei volumi di attività.

G) RETE PNEUMOLOGICA E SEMI-INTENSIVA RESPIRATORIA

L'incremento dell'incidenza delle patologie respiratorie e il conseguente impatto sociale, anche in relazione a quanto recentemente vissuto in corso di pandemia da COVID-19, devono determinare una risposta sanitaria al fine di migliorare l'efficienza degli outcome per i pazienti e la qualità delle prestazioni pneumologiche, oltre che ottimizzare la spesa sanitaria e decongestionare le unità di terapia intensiva generale (UTI), allocando in maniera più appropriata i pazienti. Infatti, alcuni pazienti sono troppo gravi per essere gestiti in degenza ordinaria, ma contemporaneamente non raggiungono i criteri appropriati per il ricovero in terapia intensiva (dove la disponibilità di risorse umane e di materiali è maggiore ma ovviamente con maggior consumo di risorse).

Per tale motivo risulta strategica l'organizzazione di livelli assistenziali intermedi, costituito dalle terapie semi-intensive respiratorie che consentirebbero, a differenza dei reparti ordinari, di monitorare il paziente in modo adeguato e di eseguire in regime di sicurezza del sistema di supporto respiratorio non invasivo (continuous positive airway pressure, CPAP; ventilazione meccanica non invasiva, NIV) integrati anche con tecniche specialistiche di supporto non-ventilatorio (es. broncoscopia, ossigeno-terapia ad alti flussi, etc). Destinatari di tale livello erogativo sono pertanto pazienti:

- con insufficienza respiratoria non responsiva all'ossigeno convenzionale o che richieda una frazione di ossigeno così alta da ridurre al minimo le riserve d'organo
- con necessità di monitoraggio clinico multiparametrico, cardiologico, emodinamico
- in fase di prolungato e/o difficile svezzamento dalla ventilazione meccanica di provenienza dalle UTI che necessitino ancora di monitoraggio e/o di interventi intensivi,
- già svezzati ma portatori di cannula endotracheale della quale vada valutata la possibilità di rimozione.

La terapia semi-intensiva respiratoria si troverebbe pertanto al centro del percorso di:

- step-up dai reparti di degenza ordinaria e medicina d'urgenza
- step-down dalle UTI.

Il principale determinante del successo della NIV sono il setting adeguato e l'expertise del personale coinvolto; per tale motivo l'applicazione della NIV al di fuori delle UTI e delle UTIR è caratterizzata da un successo variabile dipendente principalmente dalla gravità della malattia, dalla tipologia dei pazienti trattati e dall'esperienza del personale coinvolto. Inoltre la gestione dell'insufficienza respiratoria acuta in medicina d'urgenza o in altri reparti tramite l'attivazione del "medico dell'emergenza" presenta alcune criticità legate sia alla breve durata di stazionamento dei pazienti che a uno sfavorevole rapporto infermiere-paziente, nonché al monitoraggio non adeguato nei reparti ordinari.

Numerose evidenze scientifiche confermano che l'apertura di unità di terapia intensiva/semi-intensiva respiratorie (UTIR) sono vantaggiose in termini di riduzione della mortalità, dell'accesso in terapia intensiva generale e della durata del ricovero. Lo stesso piano sanitario nazionale 2006-2008 ha messo in evidenza l'efficacia delle unità di terapia semi-intensiva per la gestione completa del paziente respiratorio critico, con conseguente riduzione dei ricoveri impropri in terapia intensiva e riduzione dei costi di gestione dei pazienti con insufficienza respiratoria. L'Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri ha indicato un fabbisogno di 1-2 posti letto di cure respiratorie per pazienti critici ogni 100.000 abitanti.

Diversi lavori pubblicati in letteratura hanno dimostrato che le unità di semi-intensiva respiratoria sono vantaggiose in termini di riduzione della mortalità intraospedaliera, di necessità di ricovero in terapia intensiva e di riduzione della degenza ospedaliera di pazienti con riacutizzazione severa di BPCO, Polmonite e Insufficienza respiratoria acuta da altre cause, generando un recupero di risorse pari a circa €500.000 all'anno, calcolando inoltre un costo totale giornaliero per paziente di circa € 750 per le semi-intensive respiratorio contro un costo totale giornaliero per paziente di circa € 1500 per le ICU.

Azioni:

Riconversione di posti letto ad alta intensità di cura (semi-intensiva respiratoria), già finanziati dal DL 34/2020, nell'ambito delle U.O.C. regionali di Pneumologia (AST Ascoli Piceno, Macerata, Pesaro e AOU delle Marche) dotati di monitoraggio multiparametrico invasivo e non-invasivo e deputati al trattamento ed alla gestione dell'insufficienza respiratoria acuta ed acuta su cronica e dotati di personale medico ed infermieristico specificamente formato nel trattamento dei pazienti con insufficienza respiratoria di tipo 1 e di tipo 2 che necessitano di Ventilazione Meccanica non Invasiva. Il numero dei posti letto da attivare verrà individuato sulla base dei bisogni assistenziali e comunque nell'ambito del fabbisogno regionale.

In **Appendice 5**, sono riportate le specifiche schede operative per le diverse reti cliniche.

3.5 IL POTENZIAMENTO DELL'ATTIVITÀ IN PRONTO SOCCORSO

Solo ripensando all'organizzazione globale del sistema di emergenza-urgenza e promuovendo la realizzazione di piani di presa in carico assistenziale rivolti a pazienti critici, comuni tra medici del sistema territoriale e ospedalieri si potrà creare un circolo virtuoso di interscambio di conoscenze e professionalità che potrà rappresentare uno strumento efficace per la risoluzione delle criticità e il miglioramento delle performance, soprattutto nella gestione delle reti tempo dipendenti (STEMI, STROKE, trauma, sepsi), mediante percorsi di cura omogenei e standardizzati. Ripensare un sistema di emergenza-urgenza che, superando la dicotomia ospedale/territorio, consentirà in particolare:

- il miglioramento dell'appropriatezza degli accessi verso il DEA di primo/secondo livello, in funzione delle risorse esistenti e anche dello stato di affollamento;
- la creazione di sistemi informativi integrati per la valutazione degli esiti e dei percorsi di cura;
- la continuità assistenziale mediante la pianificazione dei percorsi integrati di presa in carico territoriale e il raccordo funzionale con le strutture ambulatoriali che garantiscono prestazioni non differibili ad accesso diretto, in coerenza con le linee di sviluppo dell'assistenza territoriale.

Con DGR n. 1457/2019, la Regione Marche ha provveduto al Recepimento dell'Accordo Stato Regioni del 1° agosto 2019 concernente le "Linee di indirizzo nazionali sul Triage Intraospedaliero", "Linee di indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva" e "Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso". L'implementazione delle linee di indirizzo regionali costituisce un obiettivo prioritario della Regione, al fine di conseguire l'omogeneizzazione delle procedure organizzative nonché il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'assistenza delle cure in pronto soccorso. Obiettivi:

- Organizzazione dei processi: tra gli obiettivi si segnala l'implementazione del Fast Track, percorso veloce di risposta assistenziale, rivolto a pazienti con patologie minori, ben definite, interessamento d'organo/apparato limitato o circoscritto, codice di priorità bianco/verde riguardante in particolare l'ambito chirurgico, ortopedico, neurologico, pediatrico, ginecologico ed oculistico ed otorinolaringoiatrico. Altre misure riguardano l'individuazione formale, con specifico atto, della figura di Bed Manager, funzione della direzione medica volta ad assicurare il coordinamento e l'integrazione logistica delle aree produttive ospedaliere e dei percorsi diagnostico/terapeutici e la continuità assistenziale, potenziando inoltre la sinergia con i Distretti per garantire un rapido deflusso dal PS. Saranno promosse iniziative di "attesa attiva", finalizzate al miglioramento degli aspetti di comfort in sala attesa: es. cartellonistica, opuscoli, videoproiezioni, monitor TV, filodiffusione musicale, erogatori di bevande e cibo, display per conoscere in tempo reale le postazioni di emergenza impegnate, i tempi di attesa e il numero di pazienti nelle sale visita o in attesa di ricovero. Una maggiore trasparenza sui tempi di attesa in PS è funzionale all'erogazione di una prestazione percepita di qualità, riducendo il rischio di criticità al front-desk. La comunicazione adottata da tutti gli operatori sanitari nelle aree del PS, e in particolare al Triage,

deve essere efficace ed empatica sia con il paziente, sia con i familiari/accompagnatori e prevedere le figure dello psicologo e del mediatore culturale.

La gestione del sovraffollamento prevede la formalizzazione di uno specifico piano, oltre a quello per le gravi emergenze (PEIMAF, Piano Emergenza Interno Massiccio Afflusso di Feriti), che identifichi proattivamente gli interventi da realizzare, attraverso una costante monitoraggio con metodiche di rilevazione affidabili:

- numero dei letti di PS (OBI), disponibili ed occupati;
- numero letti dell'ospedale, disponibili ed occupati;
- n. totale dei pazienti in PS (OBI+ Letti bis+ barelle nei corridoi + pazienti in attesa di esami + pazienti in valutazione + pazienti in attesa triage);
- n. utenti ventilati con respiratore in PS;
- tempo di attesa massimo per il ricovero (in ore);
- n. totale utenti in attesa di ricovero;
- tempo di attesa massimo da triage.

Sarà necessario implementare un cruscotto per il monitoraggio dei tempi per la presa in carico del paziente presso il PS, indicando come criterio di priorità le condizioni del paziente.

- Implementazione delle risorse: è necessario dotare ogni PS di personale sanitario adeguato e formato per garantire l'erogazione dei servizi. Eccezionalmente, in caso di specifiche criticità, potranno essere messe in campo misure straordinarie per il coinvolgimento attivo di personale sanitario disponibile presso la struttura.

Utilizzando le risorse messe a disposizione dal DL n. 34/2020 e dal PNRR, i PS/DEA I/DEA II saranno potenziati strutturalmente per garantire spazi adeguati e facile accessibilità all'utenza e implementate le dotazioni tecnologiche in particolare per la diagnostica Radiologica (TAC elevata risoluzione).

- Identificazione di percorsi specifici:

- *pediatrico*: il Triage pediatrico riveste particolare importanza e necessita di risorse dedicate e specificamente formate (es. infermiere pediatrico ove presente in organico) per la presa in carico del paziente pediatrico e della sua famiglia e la rilevazione e trattamento del dolore pediatrico mediante l'impiego di scale validate, specifiche per fascia di età;
- *ostetrico*: il Triage, quale momento d'accoglienza della donna in gravidanza che giunge in PS ostetrico, è una funzione effettuata da una ostetrica, con specifica formazione per la corretta valutazione delle condizioni cliniche della gravida che accede al PS per situazioni legate alla gravidanza stessa, al parto se imminente, o per eventuali patologie intercorrenti e rappresenta la base per una valida impostazione di un piano assistenziale appropriato e per la precoce individuazione delle potenziali complicanze.

- Potenziamento delle attività di monitoraggio: al fine di garantire un processo virtuoso di miglioramento qualitativo dell'assistenza, deve essere previsto l'AUDIT Clinico su casi specifici, almeno mensile, il monitoraggio e la gestione degli Eventi Sentinella, oltre alla costante misurazione degli indicatori di processo e di esito per evidenziare il livello di funzionalità/sovraffollamento del PS. Spetta al Direttore della Struttura garantire il rispetto dei tempi di erogazione delle consulenze e degli esami di diagnostica per immagini mentre la figura del Bed manager, che afferisce alla direzione medica, deve presidiare il costante monitoraggio dei flussi dei pazienti in ospedale ed il rispetto della disponibilità dei posti letto.

Obiettivi Prioritari:

Breve termine:

conseguire l'omogeneizzazione delle procedure organizzative, nonché il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'assistenza delle cure in pronto soccorso attraverso l'implementazione delle linee di indirizzo regionali

3.6 LE RETI CLINICHE ONCOLOGICHE

La rete oncologica regionale

Le Reti Oncologiche Regionali sono parte integrante della programmazione dei servizi sanitari, in risposta alla domanda di cure oncologiche di qualità e anche al fine di valutare, in tempi appropriati, le necessità di innovazione tecnologica e di utilizzo dei farmaci, valorizzando la capacità di formazione e l'aggiornamento del personale coinvolto.

Particolare impulso sarà dedicato allo sviluppo della rete oncologica regionale in coerenza con il "Documento tecnico di indirizzo per ridurre il burden del cancro – Anni 2014-2016", di cui all'Intesa Stato Regioni del 30 ottobre 2014, che avrà il compito di:

- sviluppare, coadiuvare e monitorare programmi di prevenzione primaria e secondaria, in particolare screening tumorali femminili, cervice uterina, mammella e colon retto;
- implementare i percorsi di presa in carico delle patologie oncologiche, in ambito ospedaliero e territoriale;
- organizzare un sistema di audit per il monitoraggio dei PDTA oncologici;
- attuazione di programmi di prevenzione e gestione delle patologie oncologiche eredo-familiari.

Uno dei requisiti indispensabili per il funzionamento della Rete Oncologica è rappresentato dall'attivazione di un modello organizzativo, che preveda un approccio multi-disciplinare integrato tra differenti specialità mediante un team "tumore specifico" per la gestione clinica dei pazienti, con la condivisione dei percorsi di cura e la garanzia dell'equità di accesso alle cure e la precoce presa in carico. Le componenti della Rete verranno definite attraverso l'analisi epidemiologica, dei fabbisogni e dei bacini di utenza, in coerenza con gli standard nazionali di accreditamento ed ospedalieri. Sarà necessario prevedere percorsi organizzativi che supportino il paziente rispetto alle problematiche di tipo burocratico per ridurre il disagio, dandogli la possibilità di potersi concentrare sul processo di cura. L'accessibilità a strumenti di prevenzione e cure di qualità, per tutti i pazienti residenti in una certa area geografica, è fondamentale sia per garantire la qualità della vita ed il prolungamento della sopravvivenza dei pazienti oncologici, sia quale strumento di governance della mobilità sanitaria. A garanzia di ciò è necessaria un'adeguata integrazione tra le diverse attività sanitarie e socio-sanitarie, l'effettivo coinvolgimento dei servizi ospedalieri, territoriali, dei MMG, dei PLS, degli specialisti ambulatoriali e della Rete delle Cure Palliative.

La Carta dei Servizi della Rete Oncologica rappresenta uno strumento strategico per delineare il percorso che accompagni e sostenga le persone con tumore durante la malattia, con l'intento di salvaguardarne la dignità e ridurre il senso di sconforto che inevitabilmente si prova quando si affronta la patologia oncologica, riconoscendo l'importanza del ruolo svolto dalle Associazioni di volontariato quali interlocutori nelle fasi progettuali e organizzative degli interventi. È prioritario valorizzare il ruolo che ciascun professionista ha all'interno della Rete e il suo coinvolgimento nelle infrastrutture di sistema, tra le quali l'accesso alla ricerca, la partecipazione a trial di Rete, l'analisi del monitoraggio e la discussione in Rete. Tali attività, potranno essere favorite ad esempio mediante la formalizzazione di équipe itineranti per specifici interventi o attività.

Al fine di garantire maggiore completezza al disegno della rete oncologica marchigiana, migliorando l'organizzazione e il radicamento della stessa, è stato attivato, presso l'AOU delle Marche, il Centro Oncologico di Ricerca delle Marche (C.O.R.M.), che si integra efficacemente nel contesto della rete oncologica, per la promozione e lo sviluppo della ricerca clinica e traslazionale in ambito oncologico e la genetica oncologica per tumori ereditari.

La Formazione di Rete rappresenta un obiettivo prioritario, con particolare riferimento alle modalità di lavoro multi-professionale e multidisciplinare, all'integrazione ospedale-territorio, alle azioni di supervisione e tutoraggio dei nuovi assunti e all'utilizzo di audit clinico e training strutturati. Inoltre, la Rete oncologica

rappresenta un luogo privilegiato per il potenziamento della ricerca di tipo organizzativo e manageriale, per la ricerca clinica e traslazionale, qualitativa e per la conduzione di sperimentazioni.

Il Molecular Tumor Board

La continua evoluzione della ricerca omica, le nuove esigenze emerse dallo sviluppo in questo campo, impongono una definizione di appropriatezza sulla base delle evidenze scientifiche acquisite e un adeguamento delle strategie di ricerca per la validazione di biomarcatori specifici per la caratterizzazione della neoplasia, il rilevamento precoce di metastasi e la valutazione della sensibilità e delle resistenze primarie o acquisite a trattamenti antitumorali.

Nelle more della definizione degli standard organizzativi nazionali, ruolo chiave sarà l'istituzione del **Molecular Tumor Board (MTB)** che si propone come strumento di governance della complessità introdotta dall'oncologia mutazionale, portando al tavolo di discussione multidisciplinare nuove figure professionali tra cui genetisti, biologi molecolari ed esperti di gestione di dati. L'introduzione dei Gruppi Multidisciplinari (GMD) di patologia prevederà il coinvolgimento di tutti i medici specialisti e degli altri professionisti regionali che, dopo una valutazione complessiva basata sull'approvazione di protocolli di riferimento discussi e approvati dal gruppo, offriranno percorsi clinici appropriate per il singolo paziente. In tale contesto si inserisce il MTB, strumento gestionale-organizzativo coinvolto nel percorso del paziente laddove il GMD che lo ha in carico, accertata l'assenza di alternative terapeutiche autorizzate disponibili, sottopone il caso a profilazione genomica e alla valutazione multi ed inter disciplinare da parte del MTB.

Ruolo principale del MTB sarà decidere in merito all'eleggibilità caso per caso in base al rapporto costo-beneficio (età, tipologia tumore, sede, etc.). La sede del MTB sarà l'AOU delle Marche, sede dell'Università del CORM e baricentrica rispetto alla regione, e garantirà il più alto grado di multidisciplinarietà e la partecipazione dei referenti delle strutture del SSR, nominati all'interno di uno specifico gruppo di lavoro, con il compito di provvedere alla:

- definizione del modello organizzativo e di funzionamento del MTB;
- individuazione dei test molecolari di provata efficacia per la diagnostica oncologica, ai fini della definizione prognostica e/o terapeutica;
- selezione dei criteri demografici, clinici e di laboratorio per la selezione dei pazienti;
- eventuale funzione di second opinion;
- analisi e valutazione degli indicatori di processo ed outcome della popolazione suscettibile;
- definizione dei criteri per l'individuazione dei laboratori e dei centri di riferimento per l'effettuazione dei test molecolari di primo e secondo livello;
- individuazione dei percorsi di accesso ai test di primo e secondo livello;
- formulazione dei criteri per la definizione delle tariffe e/o della rimborsabilità da parte del S.S.R.;
- attivazione di un apposito registro per il monitoraggio e la registrazione dei casi a livello regionale e attivazione di audit su esperienze cliniche;
- analisi e valutazione dei casi sottoposti o da sottoporre ai test con report mutazionale, coinvolgendo ulteriori specialisti in base ai casi da analizzare;
- funzioni di supporto alla Rete Oncologica Regionale, al Dipartimento Salute e all'Assessorato alla Sanità.

L'attivazione del MTB ha come obiettivo quello di rispondere sempre meglio alla complessità della gestione di pazienti con patologie relativamente rare per incidenza, (es. in ambito ginecologico), che necessitano di una elevata expertise clinica, ovvero di personale altamente specializzato.

Obiettivo Prioritario:

Breve termine:

Un forte consolidamento delle Reti Oncologiche regionali, attraverso una maggiore strutturazione, anche al fine di una riduzione della specifica mobilità passiva.

3.7 LA RETE TRAPIANTOLOGICA E LA BANCA DEI TESSUTI

La rete trapianti della Regione Marche si conferma tra le prime in Italia per efficienza. Nel 2021 l'attività trapiantologica ha superato il traguardo dei 90 trapianti, mai raggiunto dal 2005, anno d'inizio dell'attività del Centro, nonostante l'alto tasso di occupazione delle Terapie Intensive da parte di pazienti Covid. Le opposizioni alla donazione si sono ulteriormente ridotte confermando la Regione Marche come regione generosa ed attrattiva per pazienti provenienti da molte regioni d'Italia. Resta confermato il supporto ai coordinamenti ospedalieri e all'attività del Centro Trapianti di fegato e rene, prevedendo inoltre specifiche misure organizzative per il potenziamento. E' in fase di ulteriore implementazione il progetto Regionale Rene da Vivente in linea con l'Accordo Stato Regioni del 4 agosto 2021. Le iniziative del gruppo di lavoro composto da CRT Marche, dal Centro Trapianti di rene di Ancona, dai Direttori delle Nefrologie e Dialisi delle Marche, dal rappresentante ANED, in collaborazione con la Chirurgia dei Trapianti garantiranno un aumento del numero di trapianti di rene da vivente, ancor prima che il paziente raggiunga lo stato terminale della malattia renale in modo da effettuare quello che si chiama trapianto pre-emptive, evitando le complicanze del trattamento dialitico. Obiettivo dei prossimi anni è garantire una maggiore disponibilità delle tecniche di perfusione, che è una delle strategie utilizzate per limitare il danno riportato dall'organo prelevato a scopo di trapianto e consentire di ampliare il pool degli organi trapiantabili. In tal modo sarà possibile aumentare la qualità dei trapianti, ridurre le complicanze post-operatorie per il ricevente, ottimizzare i tempi del prelievo e il trasporto degli organi, consentendo una migliore organizzazione del trapianto, e incrementare il numero dei donatori a cuore fermo, il cui tempo di ischemia a caldo rappresenta il limite principale e il fattore più critico per la qualità funzionale dell'organo. L'AOU delle Marche possiede i requisiti per realizzare la donazione a cuore fermo DCD grazie all'alto livello di specializzazione in ambito cardiovascolare e pertanto sarà necessario dedicare adeguate risorse per implementare tale percorso.

BANCA DEI TESSUTI

Tra i nodi della rete trapiantologica, riveste un ruolo strategico la Banca degli Occhi, struttura individuata dalla Regione con il compito di lavorare, conservare e distribuire le cornee donate, certificandone la tracciabilità, l'idoneità e la sicurezza. A partire dal 2012, grazie ai nuovi laboratori, l'attività della Banca degli Occhi è stata ampliata con la processazione degli opercoli cranici, prelevati presso le Unità di Neurochirurgia e in attesa del loro riposizionamento ad uso autologo, inserendosi nella rete nazionale e garantendo l'attività anche per l'Umbria con un Accordo in essere dal 2004.

Le indicazioni programmatiche sono volte a rafforzare il ruolo strategico della Banca degli Occhi trasformandola in Banca dei Tessuti al fine di garantire un più ampio stoccaggio di tessuti donati offrendo prestazioni sempre più conformi alle necessità operative dei chirurghi, coniugando l'alto valore della donazione con le innovazioni in ambito clinico. Tutto ciò sarà realizzabile in sinergia con la rete regionale e nazionale trapianti, in sincronia con i Coordinamenti Ospedalieri Territoriali, potendo così garantire una risposta non solo ai fabbisogni regionali ma anche nazionali. In tal senso potranno essere promossi studi e progetti di ricerca per garantire l'utilizzo di tessuti organici, sicuri e appropriati a tutti i pazienti in campo terapeutico, incoraggiando sinergie tra chirurghi, mondo della Ricerca e della Scienza, Sanità pubblica ospedaliera, Universitaria, Istituzioni nazionali ed internazionali.

A tale fine sarà necessario procedere a rendere la struttura conforme ai requisiti di accreditamento previsti dal livello nazionale per poter garantire la sua evoluzione a Banca dei Tessuti (Classe B) mediante le seguenti *azioni*:

- **adeguamento strutturale:** conclusione dei lavori di riprogettazione dell'area adibita a laboratorio per il rispetto degli standard qualitativi dei parametri ambientali (valori particelle aerotrasportate, distribuzione delle riprese d'aria, trattamento dell'aria nei filtri d'ingresso, implementazione del numero dei ricircoli d'aria, etc.) per il rispetto degli standard nazionali di accreditamento e per consentire l'utilizzo delle membrane amniotiche in campi differenti da quello oftalmologico, come è avvenuto fino al 2017;
- **adeguamento delle risorse umane** in ambito amministrativo, laboratoristico e gestionale del Sistema di Qualità: acquisizione di Biologo e di un Tecnico di Laboratorio Sanitario Biomedico da affiancare al personale attualmente in servizio (n°2 Biologi e n°1 Tecnico di Laboratorio Sanitario Biomedico) necessari per l'erogazione dei servizi della Struttura in maniera efficiente e con sistema "Witness", secondo gli elevati standard qualitativi imposti dal Centro Nazionale Trapianti, ma anche per la gestione l'incremento

dell'attività in previsione della transizione a Banca dei Tessuti; il personale addetto deve acquisire formazione specifica e il responsabile deve possedere esperienza pratica di almeno tre anni in una Banca dei Tessuti pertinente all'attività da svolgere, come previsto dall'Accordo Stato-Regioni n. 66 del 8/03/2018;

- **riconoscimento dell'autonomia** della Banca degli Occhi nell'ambito dell'organigramma dell'AST di Ancona, prevedendo una struttura dotata di peculiarità operativa con procedure interne non assimilabili a quelle di altre Unità Operative.

Obiettivo prioritario:**Medio termine:**

- Attuazione delle azioni di sviluppo riportate nella scheda

4 IL GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA, IL CONSOLIDAMENTO DELLE MODALITÀ DI RACCORDO E DI COORDINAMENTO DEI SERVIZI, LA GESTIONE DEL RISCHIO

4.1 IL GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA

La percezione dell'efficienza di un sistema sanitario passa, anche e giustamente, dai tempi di attesa per il cittadino che deve accedere alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie.

Numerosi sono stati gli interventi messi in atto da Regione Marche per governare i tempi di attesa, con azioni sul lato dell'offerta, incrementando il budget dedicato alla erogazione di attività ambulatoriali anche in orari serali e prefestivi, e sul lato della domanda, con interventi volti a migliorare l'appropriatezza delle richieste, ad evitare la ridondanza di prescrizioni di visite ed esami. Chiaramente le determinanti del fenomeno delle liste di attesa sono molteplici e attengono a tre grandi aree di intervento: il governo della (crescente) domanda di prestazioni, il governo dell'offerta di assistenza e il governo dei sistemi di prenotazione ed erogazione delle prestazioni.

Inoltre, il recupero delle liste d'attesa a seguito dei ritardi accumulati per la pandemia Covid nell'ultimo anno è uno dei temi più importanti per il Servizio Sanitario Regionale, da affrontare nei prossimi mesi. Alcuni studi, infatti, effettuati da noti centri di ricerca (per es. il Centro di Ricerca in Economia e Management in Sanità (CREMS) dell'Università LIUC Carlo Cattaneo) stimano in alcune decine di milioni, a livello nazionale, e in una quantità significativa anche nella regione Marche, le visite specialistiche e le prestazioni di diagnostica strumentale rinviate in epoca Covid e da recuperare in tempi appropriati, che vanno ad incrementare la domanda attuale, con un significativo carico aggiuntivo di attività da erogare da parte degli Enti del SSR.

Pertanto, risulta necessario aggiornare l'assetto organizzativo complessivo della gestione dei tempi d'attesa, garantire un monitoraggio quotidiano della congruità dell'offerta di prestazioni ambulatoriali rispetto alla domanda e consentire di affrontare in modo strutturato le problematiche emergenti.

Elementi operativi del Piano della Regione Marche per le Liste di Attesa

Un aspetto prioritario è rappresentato dall'individuazione delle aree critiche relative alla gestione delle liste di attesa per sviluppare una fase di riprogrammazione, attraverso una visione di Data Management e Data Science, con un nuovo approccio di gestione della domanda, dell'offerta e con un approccio che misuri l'appropriatezza. Affrontare il tema delle liste di attesa richiede lo sviluppo di un percorso con diverse fasi operative e secondo un dettagliato cronogramma, per il quale si individuano le seguenti attività (obiettivi/processi):

- 1) Riduzione generale dei Tempi di Attesa, in prima istanza per le prestazioni Monitorate e a tendere per tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale;
- 2) Monitoraggio continuo della Domanda e Offerta, con studi sulla giornata media di prenotazione e sui valori/mese;
- 3) Inserimento nei sistemi di Monitoraggio del CUP di tecnologie di Big Data Analytics, Intelligenza Artificiale e Machine Learning per l'efficientamento generale dei processi e l'analisi proattiva del sistema dinamico di gestione dei tempi d'attesa;
- 4) Omogeneizzazione della configurazione delle Agende CUP tra tutti gli Enti e le Strutture utilizzatrici del sistema CUP;
- 5) Sviluppo e implementazione di un programma per garantire la Multicanalità per un accesso agile alle prestazioni;
- 6) Aggiornamento delle modalità di garanzia di accesso alle prestazioni, l'erogazione della prestazione prioritariamente nella provincia di residenza dell'utente e comunque tramite una chiamata diretta da parte del Call Center del CUP Regionale;

- 7) Aggiornamento e implementazione all'utilizzo del manuale RAO (Raggruppamenti Omogenei di Attesa), rafforzamento della appropriatezza sulla prenotazione della prestazione: Il Manuale RAO ha la finalità di descrivere un modello operativo orientativo finalizzato a rendere il più possibile uniformi i comportamenti in fase di prescrizione;
- 8) Miglioramento della qualità del servizio di prenotazione (CUP con organizzazione provinciale):
 - **in fase di risposta:** indirizzando la persona verso l'offerta disponibile (pubblica/privata) e verso una prossimità extra provincia se con posti disponibili: esempio da Fano a Senigallia (aree di prossimità);
 - **in fase di proattività del servizio:** sviluppare un sistema di richiamata pro-attivo verso l'utenza selezionata (in base alla tipologia di prestazione: cardiovascolare/oncologica)

I processi gestionali di supporto al governo delle liste di attesa si dovranno sviluppare su indirizzi operativi, con focus sia sui percorsi verticali di cooperazione e sia attraverso l'individuazione e la condivisione di attività/obiettivi territoriali.

La creazione di un gruppo guida sovra-territoriale, individuato con il Decreto del Direttore del Dipartimento Salute n. 22 del 15/06/2022, ha rilevato la necessità di dare un forte impulso all'uniformità dei percorsi di prenotazione, anche attraverso un principio di autosufficienza nelle singole AST nella soddisfazione della propria domanda di prestazioni. Questa priorità di mantenere l'erogato all'interno dell'AST di residenza ha necessità di implementare le seguenti attività:

- 1) Forte impulso verso un monitoraggio dell'attività erogata, con l'incrocio delle banche dati disponibili (CUP-prenotato e file C erogato)
- 2) Definizione attività/obiettivi di Gestione Territoriale (gestione e monitoraggio dei processi di prenotazione);
- 3) Attività di gestione della prenotazione (focus attività CUP Regionale).

1) Forte impulso verso un monitoraggio dell'attività erogata

Questa fase dovrà concentrarsi su più direttrici di intervento, che risultano avere un fattore comune: le AST nel tempo dovranno raggiungere un principio di autosufficienza nella soddisfazione della propria domanda di prestazioni sanitarie. Il gruppo guida ha sviluppato nel tempo una funzione di monitoraggio delle prestazioni e dovrà diventare un punto cardine nella valutazione costante delle prestazioni erogate (incrocio domanda e offerta). Le linee di indirizzo si concentreranno sui seguenti punti:

- 1) Pianificazione di una proposta di offerta rispetto all'offerta garantita in fase di pre-lock-down, tramite l'Adozione da parte delle aziende di nuovi Piani Aziendali;
- 2) Coordinamento dei Piani Aziendali/Territoriali, con un forte focus sulle seguenti attività:
 - Iniziative straordinarie e urgenti volte al recupero delle prestazioni specialistiche;
 - Assegnazione di obiettivi da parte dei Direttori Generali alle Strutture eroganti le prestazioni da recuperare;
 - Piano assunzioni di specialisti e predisposizione programmi di sviluppo di attività aggiuntive;
 - Valutazione variazioni del tetto di budget con il privato accreditato;
 - Ampliamento offerta pubblica anche attraverso apertura in orari prefestivi, festivi e serali.
- 3) Piano previsionale di incremento dell'offerta pubblica dove stabilire la tipologia di ripartizione tra pubblico e privato convenzionato, anche attraverso l'utilizzo di un fondo dedicato:
 - Maggiore efficientamento delle agende di prenotazione, attraverso una forte integrazione tra prestazioni erogate in pubblico e erogate in privato;
- 4) Sviluppo di uno strumento di monitoraggio per individuare le aree a maggiore criticità e per predisporre attraverso questo strumento il fabbisogno dell'offerta specialistica di prestazioni, secondo le seguenti fasi:
 - Avvio del modello di Monitoraggio;
 - Prima quantificazione del fabbisogno (giornaliero e mensile);

- Implementazione del modello di monitoraggio all'interno del pannello di controllo (dashboard) utilizzato dai referenti territoriali delle liste di attesa.

2) Attività/obiettivi di Gestione Territoriale (gestione e monitoraggio dei processi di prenotazione)

Per la gestione delle liste di attesa, dopo aver individuato il livello di governo sovra-territoriale, deve essere individuato un “**gruppo guida territoriale**” con funzioni di monitoraggio attivo sulle prestazioni erogate, predisposizione dei piani aziendali semestrali di LdA con incrocio di domanda e offerta di prestazioni e attuazione/monitoraggio delle linee guida regionali sul governo delle liste di attesa. I referenti aziendali delle liste di attesa dovranno svolgere le seguenti attività:

- 1) Analisi del fabbisogno di prestazioni da recuperare e pianificazione delle attività di recupero (fase attuativa da sviluppare secondo le indicazioni del gruppo guida regionale);
- 2) Programmazione e sviluppo del cronogramma sulle prestazioni da recuperare, secondo le seguenti fasi di attuazione:
 - 1° Fase: riguarderà la programmazione del recupero di tutte le prestazioni e gli interventi relativi alle patologie oncologiche e Cardiologiche;
 - 2° Fase: riguarderà la programmazione del recupero delle prestazioni rimanenti;
- 3) il cronogramma per il recupero per l'anno 2022 riguarderà l'abbattimento del 50% del differenziale tra domanda e offerta (valutato attraverso l'analisi del delta tra domanda e prenotazione erogata, valutazione mensile);
- 4) Liste di Garanzia Allargate: al momento del contatto, nel caso in cui non sia possibile soddisfare la richiesta, l'utente sarà inserito in una lista di Garanzia allargata “nuova lista di garanzia” al fine di essere ricontattato. Qualora, fatti almeno 3 tentativi di contatto telefonico, l'utente non dovesse dare riscontro, entro 24 ore prima dell'appuntamento sarà rimosso dalla lista di garanzia. Le “nuove liste di garanzia” saranno organizzate nella seguente modalità:
 - **per le prestazioni in classe B** (10 giorni): si utilizzano 5 giorni dal momento dell'inserimento nella “nuova lista di garanzia” per tutelare il cittadino e mettergli a disposizione la prestazione prioritariamente nella propria provincia di residenza, ovviamente garantendo un congruo preavviso;
 - **per le prescrizioni in classe D** (30 giorni visite specialistiche) si utilizzano 15 giorni dal momento dell'inserimento nella “nuova lista di garanzia” per tutelare il cittadino e mettergli a disposizione la prestazione prioritariamente all'interno della provincia di residenza, ovviamente garantendo un congruo preavviso;
 - **per le prescrizioni in classe D** (60 giorni esami diagnostici) si utilizzano 15 giorni dal momento dell'inserimento nella “nuova lista di garanzia” per tutelare il cittadino e mettergli a disposizione la prestazione prioritariamente all'interno della provincia di residenza, ovviamente garantendo un congruo preavviso;
 - **per le prescrizioni in classe P** (120 giorni), si utilizzano 15 giorni dal momento dell'inserimento nella “nuova lista di garanzia” per tutelare il cittadino e mettergli a disposizione la prestazione prioritariamente all'interno della provincia di residenza, ovviamente garantendo un congruo preavviso.”
- 5) A livello organizzativo il gruppo guida territoriale si farà carico del rispetto di quanto sopra esposto.

3) Attività di gestione della prenotazione (focus attività CUP Regionale)

È da prevedere una fase di riprogrammazione e pianificazione delle attività del CUP regionale ove è richiesta una maggiore pro-attività in fase di prenotazione, attraverso un lavoro di allargamento delle liste di garanzia, anche in funzione dell'analisi effettuata per valutare l'impatto delle differenti modalità di prenotazione (tabella seguente).

Modalità di Prenotazione Utilizzata, analisi di tutto il mese di Marzo 2022

MODALITA PRENOTAZIONE - PRIMO CONTATTO	% Tipologia Utilizzata
Sportello	58,74%
Call Center Pesaro	27,46%
Call Center Fermo	12,80%
WEB	1,00%

Le aree di intervento del CUP regionale riguarderanno i seguenti criteri:

- riprogrammazione prioritaria per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni afferenti alle patologie Oncologiche e Cardiologiche con allargamento delle liste di garanzia;
- riprogrammazione delle visite di controllo delle persone con cronicità che nel corso della pandemia non hanno effettuato i controlli programmati, con particolare riferimento all'attuazione del Piano Nazionale della Cronicità, le visite di controllo delle persone con patologie rare e con patologie afferenti alla salute mentale (anche in ambito pediatrico);
- riorganizzazione del Cup Regionale, al fine di garantire le attività in modo più efficiente ed efficace anche attraverso analisi di "customer satisfaction" per valutare la soddisfazione dell'utente. In particolare, si prospetta l'attivazione di un'altra tipologia di prestazione da parte del CUP - Prenotazione in modalità SmartCup: una nuova modalità che prevede la prescrizione specialistica del MMG/PLS con ricetta dematerializzata, registra il record nel data-base (DB di costruzione) nel quale possono essere estratti tutti i dati necessari per la prenotazione da parte di operatori dello SmartCup. La prenotazione degli appuntamenti avverrebbe quindi da remoto e il cittadino non avrebbe la necessità di provvedere alla prenotazione in maniera attiva in quanto l'appuntamento gli verrebbe comunicato dal sistema.

Aspetti Integrativi per la gestione delle Liste di Attesa (LdA): Classificazione delle agende per esigenze di analisi dell'offerta

Al fine di avere uno strumento di verifica dell'offerta che fotografi correttamente la realtà è necessario che sia implementato a sistema almeno quanto segue:

- non ci siano agende cartacee ma tutta l'offerta sia inserita a CUP,
- le agende siano classificate in funzione della tipologia di attività a cui sono rivolte,
- le agende siano costruite ai sensi della normative vigente,
- le agende siano realizzate per la presa in carico,
- le agende siano a disposizione dell'ambulatorio per rispondere ad esigenze particolari.

Le attività integrative sopra evidenziate dovranno riguardare:

- i programmi di prestazioni aggiuntive,
- l'incremento del monte ore dell'assistenza specialistica ambulatoriale convenzionata interna,
- la committenza al settore privato accreditato,
- il ricorso alla telemedicina per le visite di controllo.

Aspetto integrativo prioritario dovrà riguardare anche la parte di potenziamento dell'attività di *Telemedicina* per facilitare il recupero delle prestazioni secondo le indicazioni contenute nell'Accordo Stato-Regioni del 27/10/2021 "Indicazioni Nazionali per l'Erogazione di Prestazioni in Telemedicina".

Obiettivi Prioritari:

Breve termine:

- Monitoraggio continuo della Domanda e dell'Offerta

- Rafforzamento dell'erogato in relazione alle specifiche analisi sulla domanda di prestazioni
- Omogeneizzazione della configurazione delle Agende CUP tra tutti gli Enti e le Strutture utilizzatrici del sistema CUP Regionale;
- Aggiornamento e implementazione all'utilizzo del manuale RAO (Raggruppamenti Omogenei di Attesa), rafforzamento della appropriatezza sulla prenotazione della prestazione
- Miglioramento della qualità del servizio di prenotazione (CUP regionale).

Medio termine:

- Progressiva riduzione della mobilità intra-regionale e rafforzamento dell'offerta per AST di residenza.

4.2 IL NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO PER L'EMERGENZA-URGENZA

Uno dei pilastri su cui poggia il sistema sanitario regionale è il sistema di emergenza territoriale 118, il quale, oltre a garantire il primo accesso alle cure per i casi emergenziali, consente al cittadino la continuità di assistenza attraverso l'integrazione con le realtà ospedaliere presenti nel territorio.

L'attuale sistema 118, a distanza di oltre venti anni dall'approvazione della L.R. 36/1998 che lo ha istituito, non è più coerente con i profondi cambiamenti del quadro normativo nazionale di settore, con i variati assetti organizzativi e funzionali del territorio, con il mutato contesto socio-economico e in particolar modo con le evoluzioni tecnologiche oggi disponibili in ambito sanitario, sia in termini di sistemi informativi e di telecomunicazione (uno tra tutti il forte impulso innovativo verso la telemedicina), sia di mezzi e strumentazioni biomediche sempre più avanzate e integrate tra loro. L'emergenza pandemica da Covid19 ha inoltre posto in evidenza come il sistema dell'emergenza-urgenza abbia bisogno di un forte ed efficiente coordinamento che superi la dimensione provinciale, collocandosi su un ambito regionale, in considerazione della necessità di garantire i servizi e le risorse laddove maggiore è la richiesta, svincolando il rapporto tra domanda e offerta dalla distribuzione geografica e amministrativa della risorsa stessa.

Anche il forte potenziamento che si è riscontrato nel servizio di elisoccorso, attraverso la realizzazione di una fitta e distribuita rete di elisuperfici, l'abilitazione di siti di atterraggio non convenzionale e il ricorso al NVG (visori ad intensificazione di luce) per il volo notturno, fa sì che l'assetto organizzativo della rete dell'emergenza debba essere significativamente modificato in rapporto a tale impiego, andando quindi a verificare ed eventualmente ricollocare le Potes e i mezzi di soccorso su gomma. In aggiunta a ciò, con l'introduzione del Numero di emergenza Unico Europeo si è evidenziato come il cittadino faccia ampio ricorso alle numerazioni di emergenza (ora tutte convogliate sul NUE 112) anche per richieste di carattere sanitario non urgente o di mera informazione per l'accesso ai servizi sanitari; richieste che rappresentano comunque un bisogno della popolazione e che, se gestite e processate adeguatamente e con gli opportuni strumenti organizzativi, possono impattare significativamente sul corretto e appropriato utilizzo da parte dei cittadini dei servizi di emergenza (118, Pronto Soccorso, etc.).

Pertanto, risulta opportuno procedere a una sostanziale riforma del sistema di emergenza territoriale, superando il modello della L.R. 36/1998 e al contempo istituire il NEA 116117 (Numero Europeo Armonizzato per le cure mediche non urgenti 116117) che, opportunamente integrato con i numeri di emergenza già esistenti, consenta la presa in carico univoca ed uniforme del cittadino, a prescindere dalla natura della richiesta. L'istituzione del NEA 116117 deve ricoprire il ruolo di hub funzionale per le Centrali Operative Territoriali (COT), così come previste nel PNRR. Tale integrazione necessita di una governance unitaria, sia sotto il profilo amministrativo sia tecnico-operativo, che coordini e gestisca, attraverso un uso razionale delle risorse umane e strumentali, una uniformità di gestione e procedure e il perseguimento di economie di scala, le seguenti articolazioni:

- Centrali di Risposta:
 - Centrale Unica di Risposta (CUR) NUE 112;
 - Centrali Operative (C.O.) 118;
 - Centrali Coordinamento Trasporti (CCT);
 - Centrale NEA 116117;
- Servizi Territoriali:
 - PoTES (Postazioni territoriali emergenza sanitaria);
 - Trasporti Sanitari;
 - Elisoccorso.

In tale ottica, sarà necessario l'avvio di un percorso legislativo volto a superare il frammentato modello organizzativo introdotto con la L.R. 36/1998 e a prevedere la costituzione di una struttura di riferimento regionale che curi la gestione e il coordinamento delle articolazioni di cui sopra, sulla scorta delle esperienze positive già maturate a livello nazionale, che hanno prodotto importanti risultati in termini di efficacia, efficienza e di economicità.

Gli obiettivi strategici della Struttura di riferimento regionale dovranno, quindi, portare, su scala regionale, a:

- favorire la continua ottimizzazione e coordinamento tra le centrali soprarichiamate e tra i servizi operativi per la gestione delle emergenze e dei trasporti sanitari;
- uniformare la gestione della risposta alla chiamata di emergenza e dell'organizzazione delle operazioni di soccorso e trasporto, secondo criteri e modalità di intervento omogenee, a garanzia dell'equità di accesso al sistema ospedaliero dell'emergenza;
- uniformare le procedure (es. protocolli per il trattamento delle patologie tempo-dipendenti) e i percorsi assistenziali a garanzia della continuità delle cure dalla sede di insorgenza dell'evento alle strutture di accettazione e ai percorsi interni dei DEA di riferimento, attraverso una forte integrazione con le realtà ospedaliere del territorio;
- coordinare in maniera univoca il collegamento tecnico e scientifico con i dipartimenti di emergenza e urgenza ospedalieri;
- ottimizzare e uniformare le logiche con cui vengono definite collocazione e tipologia delle Potes, in funzione dell'effettivo fabbisogno del territorio, in relazione alla letteratura scientifica e agli esiti di salute attesi, in considerazione dell'orografia territoriale e dei tempi di percorrenza su gomma piuttosto che su ala rotante;
- promuovere il coinvolgimento uniforme sul territorio dei soggetti del terzo settore, in attuazione del principio di sussidiarietà orizzontale;
- gestire in maniera omogenea il convenzionamento per l'attività di soccorso sanitario extra ospedaliero di base con le organizzazioni di volontariato, nel rispetto della specifica normativa di riferimento;
- garantire percorsi formativi omogenei e strutturati a tutte le componenti del sistema di emergenza territoriale;
- programmare in maniera univoca i fabbisogni del personale necessari a garantire l'efficiente e razionale operatività del trasporto sanitario;
- omogeneizzare la reportistica e la raccolta dati per i flussi informativi e per i registri per patologia, nonché per lo studio e l'analisi dei dati epidemiologici;
- monitorare in maniera coordinata e centralizzata gli standard di qualità prefissati, in termini di efficienza, efficacia, appropriatezza, equità di accesso, sicurezza, accettabilità da parte dell'utenza primaria e secondaria in un contesto di sostenibilità economica;
- centralizzare e omogeneizzare le politiche di gestione dell'assetto ATL (amministrativo-tecnico-logistico) del sistema di emergenza territoriale;
- centralizzare i percorsi di approvvigionamento e gestione in esercizio di beni e servizi, con il perseguimento delle opportune economie di scala;
- uniformare il parco delle tecnologie biomediche e degli automezzi di soccorso, così da garantire anche una maggior versatilità e fruibilità funzionale sul territorio;
- integrare i sistemi informativi a supporto del servizio di emergenza territoriale, mettendo a sistema l'intera catena di soccorso, a partire dalla localizzazione dell'evento presso il NUE 112, sino all'invio dei mezzi sul target evento;
- garantire piena autonomia nella pianificazione dei piani di investimento e delle relative priorità;
- garantire l'attuazione di piani regionali di ammodernamento tecnologico nell'ottica dell'implementazione di reti informatizzate a supporto dei percorsi clinici nella gestione delle emergenze, con particolare riguardo alle applicazioni della telemedicina;
- gestire in maniera univoca e coordinata il rapporto con gli Enti statali e regionali deputati, a vario titolo, al pronto intervento e alla gestione di massicci afflussi di feriti e maxi-emergenze (prefetture, protezione civile, forze dell'ordine, vigili del fuoco, soggetti del terzo settore, etc.);
- supervisionare e coordinare, con politiche unitarie e coordinate, le attività di autorizzazione e accreditamento degli enti del terzo settore che operano nell'ambito del sistema di trasporto sanitario regionale;
- garantire il raccordo coordinato con le strutture deputate alla continuità assistenziale, con i servizi territoriali e ospedalieri, nonché con le COT, ai fini dell'efficientamento nel raccordo operativo del NEA 116117.

Obiettivo Prioritario:

A medio / lungo termine

Revisione della L.R. 36/1998 e costituzione di una Struttura di riferimento Regionale, la cui Mission principale sarà quella di integrare, coordinare, gestire e monitorare le attività sopra declinate.

4.3 IL SISTEMA DEI CONTROLLI

Il sistema dei controlli è una componente fondamentale del SSN a garanzia della qualità dei servizi offerti e dell'efficienza e dell'efficacia dell'utilizzo delle risorse. Interessa tutti gli ambiti del sistema ed è articolato su più livelli coordinati ed integrati fra loro.

Livello Ministeriale: il sistema dei controlli a livello centrale è ampio e molto articolato, il più rilevante riguarda la verifica a livello regionale dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Le Regioni per poter accedere alla quota integrativa del Fondo Sanitario Nazionale sono tenute al rispetto degli Adempimenti stabiliti congiuntamente dal Ministero della Salute e dal Ministero dell'Economia e Finanze. Il sistema di valutazione, monitoraggio e verifica dell'attività sanitaria erogata da soggetti pubblici e privati accreditati si articola attraverso un insieme di indicatori relativi ai tre macro livelli di assistenza (prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera) ed è stato profondamente rinnovato a seguito dell'adozione del DM 12.03.2019 "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria". La verifica è effettuata dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA istituito presso il Ministero della Salute che, a tal fine, fissa annualmente i criteri per la verifica gli adempimenti da parte delle Regioni. La verifica finale viene effettuata dal Tavolo di verifica degli adempimenti istituito presso il Ministero dell'Economia e Finanze (RGS) che certifica l'adempimento/non adempimento della Regione.

Livello regionale: la Legge regionale 8 agosto 2022, n. 19 "Organizzazione del Servizio Sanitario Regionale" al Capo VI "Vigilanza e controllo" disciplina le diverse forme in cui si articola il controllo/vigilanza sugli Enti del SSR per la verifica della conformità delle attività svolte alle disposizioni statali e regionali. Prevede che presso ciascun Ente del SSR l'istituzione di una apposita unità di controllo interno di gestione, disciplina la vigilanza e il controllo sugli atti, sugli organi e il controllo di qualità.

L'art. 20 della medesima Legge regionale individua tra i compiti della Giunta regionale il controllo della spesa e la vigilanza sulla imparzialità e buon andamento dell'attività e sulla qualità dell'assistenza anche mediante l'esercizio dell'attività ispettiva. La Legge regionale 6 febbraio 2020, n. 3 "Disciplina dell'attività ispettiva in materia sanitaria e socio-sanitaria" fornisce un quadro normativo regionale all'attività ispettiva finalizzato al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza del SSR. L'attività ispettiva può essere ordinaria o straordinaria. L'attività ordinaria è svolta secondo il Piano annuale dell'attività ispettiva, l'attività straordinaria riguarda invece situazioni particolari per gravità e urgenza ed è attivata d'ufficio, anche a seguito di denuncia/segnalazione, ovvero su richiesta della Giunta regionale o dei consiglieri regionali.

La Legge regionale 30 settembre 2016, n. 21 "Autorizzazione e accreditamento istituzionale delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati e disciplina degli accordi contrattuali delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati" prevede controlli e sopralluoghi presso le strutture autorizzate all'esercizio per la verifica periodica della permanenza dei requisiti autorizzativi minimi. Per le strutture accreditate prevede la verifica della permanenza dei requisiti necessari per l'accreditamento e/o l'attuazione delle prescrizioni eventualmente impartite. L'attività è svolta avvalendosi dell'Organismo Tecnicamente Accreditante (OTA), dei Dipartimenti di Prevenzione delle AST territorialmente competenti e, per le strutture sociali, di una apposita Commissione tecnico-consulativa costituita presso ciascun ambito territoriale sociale.

Per il controllo dell'appropriatezza delle prestazioni erogate e per l'individuazione di eventuali fenomeni opportunistici, in coerenza con quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale, è previsto un sistema di controllo delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero degli erogatori pubblici e privati accreditati e con rapporto contrattuale con il SSR. Il Comitato Verifica Prestazioni Sanitarie (CVPS), istituito all'interno di ciascun Ente del SSR, effettua le verifiche previste nel Piano di controllo delle prestazioni sanitarie vigente e comunica trimestralmente gli esiti e le azioni di miglioramento intraprese al Comitato Verifica Prestazioni Sanitarie Regionale (CVPSR). Il CVPSR, sulla base dell'esame della reportistica presentata dai CVPS degli Enti del SSR, provvede all'aggiornamento del Piano dei controlli e le connesse modalità organizzative.

A questi si aggiungono i controlli nei diversi settori dell'attività, come ad esempio l'assistenza farmaceutica (convenzionata e ospedaliera), l'assistenza protesica, controlli in materia di prevenzione medica (ambienti di vita e lavoro, sicurezza alimentare, salute e ambiente, prevenzione nelle comunità), di prevenzione veterinaria (sanità animale, alimenti di origine animale, allevamenti e produzioni zootecniche), ecc.

Livello delle aziende sanitarie: funzioni di controllo interno (Controllo di gestione, nuclei interni di controllo sulle prestazioni, internal audit, RPCT) quali strumenti delle Direzioni Generali per leggere le realtà aziendali e compiere scelte funzionali al raggiungimento dei risultati attesi.

Gli obiettivi sanitari ed economici delle direzioni degli Enti del SSR e i relativi indicatori di misurazione sono definiti dalla Giunta regionale in coerenza con la normativa nazionale e regionale e sono orientati all'appropriatezza e all'efficienza, nonché al perseguimento dei maggiori livelli qualitativi nell'erogazione di prestazioni e servizi a favore dei cittadini.

Gli obiettivi riguardano in particolare:

- gli adempimenti nazionali monitorati dal Ministero della Salute e dal Ministero dell'Economia e Finanze per la verifica dell'erogazione dei LEA, con particolare riferimento agli obiettivi del Nuovo Sistema di Garanzia NGS;
- gli impegni previsti dal Regolamento per la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera di cui al D.M. 02.04.2015, n. 70, a cui si aggiungeranno quelli riguardanti il Regolamento per la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale, di cui al D.M. 23.05.2022 n. 77;
- le azioni finalizzate al mantenimento del posizionamento regionale tra le Regioni di riferimento per la determinazione dei costi e fabbisogni standard nel settore sanitario di cui al D. Lgs. 06.05.2011, n. 68;
- il rispetto dei vincoli e delle condizioni stabilite per evitare il ricorso ai piani di rientro aziendale di cui all'art. 1, comma 524 e ss della Legge 28.12.2015, n. 208 per le Aziende Ospedaliere, le Aziende Ospedaliere Universitarie, gli Istituti di Ricovero e cura a carattere scientifico;
- il rispetto del Piano Socio-Sanitario regionale;
- gli Accordi e Intese in Conferenza Stato-Regioni, gli aggiornamenti normativi nazionali e altri atti di programmazione sanitaria relativi all'orizzonte temporale di riferimento.

Fattore comune ai diversi livelli, e aspetto di fondamentale importanza, riguarda lo sviluppo e l'integrazione dei sistemi informativi regionali/aziendali e la conseguente rilevazione completa e tempestiva delle diverse informazioni essenziali per una migliore conoscenza del sistema sanitario regionale. Il patrimonio informativo che ne deriva, oltre che consentire di ottemperare al debito informativo nei confronti del livello ministeriale, rappresenta l'elemento fondamentale per disporre della conoscenza necessaria per la definizione delle misure programmatiche e delle conseguenti azioni di intervento.

Tutti i diversi ambiti legati al sistema dei controlli fin qui illustrati non vanno intesi quindi come un mero adempimento da parte degli Enti del SSR ma sono elementi essenziali per il miglioramento del Servizio Sanitario Regionale in quanto forniscono gli elementi necessari per consentire l'adeguamento continuo della programmazione sanitaria regionale.

4.4 RISCHIO CLINICO E SICUREZZA DELLE CURE

Nel corso degli ultimi anni gli atti regionali si sono prevalentemente focalizzati nello sviluppo di un sistema armonizzato per il rischio clinico sulla base dell'impulso applicativo della L.n. 24/17, ed attivato con la costituzione del Centro Regionale per la Gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del Paziente (DGR n.1093 del 06/08/2018).

Il Centro Regionale ha per prima cosa implementato un sistema di rete con le Aziende Sanitarie al fine di favorire le sinergie operative fra i coordinatori delle attività di gestione del rischio clinico delle Aziende Sanitarie nell'ottica di una omogenea applicazione delle indicazioni nazionali e regionali, mettendo a punto i necessari strumenti operativi, primo tra tutti lo sviluppo e la standardizzazione documentale del sistema di *Incident Reporting*, nonché attivando una attività di implementazione sistemica delle Raccomandazioni Ministeriali a livello delle Aziende Sanitarie.

In secondo luogo è stato dato avvio ad una intensa attività formativa, espletata in maniera coordinata alla luce delle Linee di Indirizzo Regionali adottate con DGR n.127 del 13/02/2019, con la quale è stata:

- implementata una vasta opera di sensibilizzazione sulle problematiche della sicurezza delle cure a tutto il personale sanitario attraverso la somministrazione dei concetti basilari del rischio clinico;
- sviluppata una rete di referenti per il rischio clinico in tutte le Aziende Sanitarie attraverso una azione formativa volta alla condivisione e utilizzo di strumenti specifici per la gestione del rischio clinico.

In terzo luogo è stato previsto un percorso di sviluppo strutturato della funzione di gestione del rischio a livello aziendale tramite la definizione degli standard operativi adottati con la DGR n.10 del 20/01/2020. Tale percorso, purtroppo, è stato inficiato dalla emergenza pandemica che necessariamente ha focalizzato l'azione degli organi aziendali sul contrasto al Covid-19.

Obiettivi Prioritari Rischio Clinico:

Breve termine:

Consolidamento dei risultati raggiunti:

- Rafforzare l'armonizzazione regionale in materia di rischio clinico attraverso il ripristino della piena operatività del Centro Regionale per la Gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del Paziente che negli ultimi due anni si è ridotta a causa dell'emergenza pandemica.
- Stimolare ancora più a fondo la cultura della prevenzione del rischio attraverso l'intensificazione delle segnalazioni all'interno del sistema di *Incident Reporting*.
- Monitorare l'applicazione procedurale delle Raccomandazioni Ministeriali stimolando l'attività preventiva su tutte le raccomandazioni per tutte le Aziende Sanitarie compresa l'attività di manutenzione delle procedure già adottate.
- Aggiornare il piano triennale della formazione per il rischio clinico sulla base delle criticità rilevate e dello sviluppo prospettico.
- Dare inizio al percorso graduale per l'adeguamento delle attività di rischio clinico agli standard già adottati con DGR n.10 del 20/01/2020, prevedendola quale obiettivo nei contratti dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, comprensivo del necessario adeguamento in termini di risorse umane dedicate.

Sviluppo attività di gestione del Rischio:

- Realizzazione di un unico sistema regionale informatizzato su cui possono essere raccolti i dati scaturenti da tutta l'attività di *Incident Reporting* delle Aziende Sanitarie, finalizzata anche alla costruzione di un sistema dinamico di analisi epidemiologica del rischio.
- Sviluppo di strumenti proattivi di analisi del rischio quali: *Global Trigger Tool* e *Safety Walk Around* con l'inserimento degli esiti nel sistema informatizzato sopra citato.
- Attivazione di uno specifico settore di attività dedicato alla ricognizione delle buone pratiche a livello regionale in seno al Centro Regionale per la Gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del Paziente.

- Attivazione di specifiche attività dedicate al settore delle Cure primarie e della riorganizzazione della sanità territoriale in genere.

Obiettivi di governo clinico

Accanto ai sopracitati obiettivi specifici per il rischio clinico è opportuno declinare almeno due macro obiettivi riconducibili all'ambito più generale del Governo Clinico (di cui il Rischio Clinico rappresenta solo una delle molteplici aree di competenza) e correlati anch'essi alla qualità delle cure e quindi da sviluppare in tutta la classe degli operatori sanitari. Per loro natura è necessario che questi obiettivi vengano declinati negli obiettivi di budget delle Unità Operative (mediche e chirurgiche) coinvolte:

- Sviluppo di una attività ordinaria di audit clinico delle Unità Operative, quindi ben distinta dall'attività di audit dedicati alla gestione del Rischio Clinico (*Significant Event Audit*).
- Definizione di requisiti di accreditamento professionale per gli operatori sanitari, a partire dall'area critica e chirurgica.

5 LO SVILUPPO DELL'ASSISTENZA FARMACEUTICA, DELLA PROTESICA E DEI DISPOSITIVI MEDICI

5.1 ASSISTENZA FARMACEUTICA

Il tema dell'assistenza farmaceutica è un tema di rilevanza nazionale e regionale ormai da diverso tempo, e lo conferma anche la recente discussione a livello nazionale sull'aggiornamento dei processi che sono alla base della governance sui farmaci. Essendo il farmaco uno strumento di tutela della salute, la sua erogazione da parte del SSN rientra nei Livelli essenziali di assistenza (LEA). Il servizio svolto dall'assistenza farmaceutica è quello di promuovere la salute pubblica attraverso l'utilizzo e l'equo accesso da parte di tutti i cittadini a farmaci sicuri ed efficaci, assicurando che la spesa farmaceutica si mantenga nell'ambito della cornice finanziaria programmata.

L'assistenza farmaceutica viene garantita dalla farmacia interna in accordo al DPR n. 128 del 1969 che ne prevede una ogni ospedale e dal servizio farmaceutico territoriale a cui sono attribuite le competenze dell'ex medico provinciale Legge 833/1978.

Al fine di attuare gli indirizzi indicati, risulta centrale il governo della politica del farmaco a livello regionale. L'interesse prioritario che deve guidare l'attività è l'interesse dei cittadini, pur nel rispetto delle disposizioni di carattere finanziario previste per il settore farmaceutico, garantendo il corretto rapporto con tutti gli attori del sistema.

Per questo fine, le attività di carattere generale da svolgere devono essere rivolte a:

- sviluppare modalità operative innovative nell'organizzazione ed erogazione dei servizi;
- perseguire il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza;
- mantenere elevati livelli di qualità riducendo i costi in applicazione degli standard regionali;
- garantire l'assistenza come competenza fondamentale, che deve essere prestata con continuità e secondo criteri di integrazione organizzativa e multidisciplinare.

In ambito farmaceutico gli obiettivi da perseguire a livello regionale e territoriale sono:

- garantire l'accesso sicuro ed efficace alle terapie innovative con l'uso etico delle risorse;
- attivare percorsi appropriati che consentano all'assistito di poter ricevere anche come cure domiciliari l'assistenza farmaceutica di tipo complesso;
- valorizzare le Farmacie del territorio attraverso i Servizi offerti.

Il continuo progresso tecnologico e le dinamiche demografiche attese legate all'invecchiamento della popolazione italiana determineranno nei prossimi anni un'ulteriore espansione della domanda di nuove e costose tecnologie sanitarie (farmaci, dispositivi medici, attrezzature sanitarie e sistemi diagnostici) che rende indispensabile un incessante e rinnovato impegno verso livelli di efficienza ed efficacia ottimali, nell'azione di governo del sistema sanitario nel suo complesso.

La spesa per le nuove tecnologie può diventare un investimento solo quando produce risultati in termini di salute o riduce altri costi sanitari.

In ambito farmaceutico spetta all'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) il compito di definire le condizioni di rimborsabilità e il prezzo dei farmaci, ma le Regioni hanno un ruolo importante nella definizione del posizionamento terapeutico rispetto alle alternative e nell'indirizzare le risorse verso un uso etico.

La complessità delle terapie farmacologiche e l'aumento dell'età dei pazienti sono di frequente causa di interazioni farmacologiche con conseguenti reazioni avverse e abbandono delle terapie, aumentando i costi del sistema sanitario regionale in termini aumento dei ricoveri ospedalieri e cure domiciliari.

Particolare attenzione dovrà essere pertanto dedicata al tema dell'aderenza alla terapia, alla farmacovigilanza e a dispositovigilanza. L'attenzione alla sicurezza dei farmaci e dei dispositivi è importante ed è intenzione della Regione proseguire l'attività di sorveglianza.

Obiettivi Prioritari:

Al fine di accompagnare gradualmente il SSR verso la piena operatività di un modello unificante di governo a rete delle tecnologie sanitarie, sono identificati quali obiettivi prioritari della programmazione i seguenti:

- garantire a tutti i cittadini l'accesso alle terapie innovative promuovendo l'uso etico delle risorse;
- proseguire nel percorso di miglioramento continuo dell'appropriatezza prescrittiva;
- favorire l'uso dei farmaci a brevetto scaduto quale strumento per liberare risorse;
- assicurare la sicurezza delle tecnologie con particolare attenzione alla interazione tra farmaci, alla aderenza terapeutica, alle transizioni di cura e al controllo degli errori farmacologici;
- aumentare la partecipazione del cittadino alle politiche farmaceutiche;
- valorizzare il ruolo delle farmacie attraverso la sperimentazione dei nuovi servizi.

La promozione della Farmacia dei Servizi e la Farmacovigilanza

Nell'ambito della riorganizzazione delle Cure Primarie, si intende implementare i servizi nelle farmacie riconoscendo alla rete delle farmacie pubbliche e private professionalità, capillarità e vicinanza al cittadino, soprattutto nelle aree più disagiate.

Si dovranno promuovere programmi per sviluppare nuove funzioni della Farmacia, che coinvolgano la Farmacia dei Servizi e le Farmacie SSN (Ospedaliere e Territoriali) in particolare il controllo dell'aderenza terapeutica, l'informazione sulla corretta assunzione dei farmaci e la farmacovigilanza.

Annualmente vengono elaborati dagli Enti e dalle Aziende Sanitarie progetti di farmacovigilanza attiva finanziati da AIFA volti a migliorare l'utilizzo dei farmaci nei vari setting assistenziali e approfondire il profilo di safety.

La sorveglianza *post marketing* dei farmaci in Italia viene svolta in collaborazione con gli altri stati europei, i problemi che emergono vengono condivisi, confrontati e discussi. È regolata da norme e procedure che coinvolgono soggetti con ruoli ben definiti: gli operatori sanitari, i cittadini, le Aziende Sanitarie Locali, le Aziende Farmaceutiche, le Regioni e l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA). Tutto il sistema di farmacovigilanza italiano è coordinato dall'AIFA che svolge numerose funzioni per:

- verificare con regolarità il sistema di farmacovigilanza, i cui risultati vengono riferiti alla Commissione Europea ogni anno;
- promuovere il processo di informatizzazione di tutti i flussi di dati necessari alla farmacovigilanza, gestendo e coordinando, in particolare, la rete telematica nazionale di farmacovigilanza, che collega le strutture sanitarie, le regioni e le aziende farmaceutiche;
- collaborare con l'Agenzia Europea dei Medicinali (EMA), con i competenti organismi degli altri Stati membri dell'Unione Europea (UE) e con la Commissione europea alla costituzione ed alla gestione di una rete informatizzata europea, per agevolare lo scambio delle informazioni inerenti la farmacovigilanza dei medicinali commercializzati nella UE;
- promuovere e coordinare, anche in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), studi e ricerche di farmacoutilizzazione, farmacovigilanza attiva e farmacoepidemiologia;
- promuovere iniziative idonee per la corretta comunicazione delle informazioni relative alla farmacovigilanza, ai cittadini ed agli operatori sanitari;
- provvedere, avvalendosi della Commissione Tecnico Scientifica (CTS) e in collaborazione con il Consiglio Superiore di Sanità (CSS), a predisporre la relazione annuale sulla farmacovigilanza da presentare al Parlamento;
- organizzare, con la partecipazione dell'ISS, riunioni periodiche con i responsabili di farmacovigilanza presso le Regioni, per concordare le modalità operative relative alla gestione della farmacovigilanza;
- revocare o modificare il proprio provvedimento nel rispetto di quanto deciso dalla Commissione UE;

- assicurare l'osservanza delle disposizioni in materia di farmacovigilanza, ispezionando i locali, le registrazioni e i documenti dei titolari di AIC;
- analizzare e controllare le sospette reazioni avverse gravi relative ai medicinali autorizzati con procedura di mutuo riconoscimento o decentrata, qualora l'Italia sia lo Stato membro di riferimento.

L'attuale sistema italiano di sorveglianza *passiva* delle reazioni avverse ai farmaci si basa sulla Rete Nazionale di Farmacovigilanza (RNF). Attiva dal novembre 2001, la RNF garantisce da un lato la raccolta, la gestione e l'analisi delle schede di segnalazioni spontanee di sospette reazioni avverse al farmaco (*Adverse Drug Reaction*, ADR) compilate da operatori sanitari e cittadini e dall'altro la pronta e capillare diffusione delle informazioni diramate dall'AIFA in merito alla sicurezza dei farmaci, attraverso un *network* che coinvolge AIFA, le 20 Regioni e le provincie autonome di Trento e Bolzano, 204 Aziende Sanitarie Locali, 112 Ospedali, 38 Istituti di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico e 561 industrie farmaceutiche. Dal 2006 le attività di Farmacovigilanza sono state potenziate attraverso il collegamento della RNF all'*Eudravigilance*, *database* Europeo coordinato dall'EMA, che raccoglie tutte le segnalazioni di sospetta ADR provenienti da ogni singolo Stato membro.

Antibiotico-resistenza

Lo sviluppo e l'impiego degli antibiotici, a partire dalla seconda metà del XX secolo, ha rivoluzionato l'approccio al trattamento e alla prevenzione delle malattie infettive e delle infezioni permettendo l'evoluzione della medicina moderna. Tuttavia, la comparsa di resistenza agli antibiotici rischia di rendere vane queste conquiste.

Negli ultimi anni, il fenomeno dell'antibiotico-resistenza (AMR, Antimicrobial resistance) è aumentato notevolmente e ha reso necessaria una valutazione dell'impatto in sanità pubblica, specifica per patogeno, per antibiotico e per area geografica. Infatti, i microrganismi multi-resistenti possono causare malattie anche molto differenti, per sito di infezione, per severità, per incidenza, possono essere sensibili a un numero più o meno elevato di chemioterapici e possono essere contrastati con diverse tipologie di strategie di prevenzione, inclusa la vaccinazione.

Il problema della resistenza agli antibiotici è complesso poiché riconosce diverse cause:

- l'aumentato uso di questi farmaci (incluso l'utilizzo non appropriato) sia in medicina umana che veterinaria;
- l'uso degli antibiotici in zootecnia e in agricoltura;
- la diffusione delle infezioni correlate all'assistenza causate da microrganismi antibiotico-resistenti (e il limitato controllo di queste infezioni);
- la maggiore diffusione dei ceppi resistenti dovuto a un aumento dei viaggi e degli spostamenti internazionali.

L'uso continuo degli antibiotici aumenta la pressione selettiva favorendo l'emergere, la moltiplicazione e la diffusione dei ceppi resistenti. Inoltre, la comparsa di patogeni resistenti contemporaneamente a più antibiotici (multidrug-resistance) riduce ulteriormente la possibilità di un trattamento efficace. È da sottolineare che questo fenomeno riguarda spesso infezioni nosocomiali, che insorgono e si diffondono all'interno di ospedali e di altre strutture sanitarie.

L'AMR oggi è uno dei principali problemi di sanità pubblica a livello mondiale con importanti implicazioni sia dal punto di vista clinico (aumento della morbilità, della mortalità, dei giorni di ricovero, possibilità di sviluppo di complicanze, possibilità di epidemie), sia in termini di ricaduta economica per il costo aggiuntivo richiesto per l'impiego di farmaci e di procedure più onerose, per l'allungamento delle degenze in ospedale e per eventuali invalidità.

Negli ultimi decenni, organismi internazionali, quali l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) e il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (European Centre for Disease Prevention and Control, ECDC) hanno prodotto raccomandazioni e proposto strategie e azioni coordinate atte a contenere il fenomeno, riconoscendo l'AMR come una priorità in un ambito sanitario.

In occasione dell'Assemblea mondiale della sanità (2015), l'OMS ha adottato il Piano d'azione globale (GAP) per contrastare la resistenza antimicrobica fissando cinque obiettivi strategici finalizzati a:

- migliorare i livelli di consapevolezza attraverso informazione ed educazione efficaci rivolti al personale sanitario e alla popolazione generale;
- rafforzare le attività di sorveglianza;
- migliorare la prevenzione e il controllo delle infezioni;
- ottimizzare l’uso degli antimicrobici nel campo della salute umana e animale;
- sostenere ricerca e innovazione.

L’Unione europea è impegnata da molti anni a combattere il fenomeno dell’antibiotico-resistenza. Nel 2017 ha messo a punto il nuovo Piano d’azione per contrastare l’antibiotico-resistenza, basato su un approccio “One Health” che considera in modo integrato la salute dell’uomo, degli animali e dell’ambiente. Seguendo queste raccomandazioni, in Italia, nel 2017 è stato approvato con un’intesa tra il governo e le Regioni il “Piano nazionale di contrasto dell’antimicrobico-resistenza (PNCAR) 2017-2020” che indica le strategie per un contrasto del fenomeno a livello, locale, regionale e nazionale, coerenti con gli obiettivi dei piani di azione dell’OMS e dell’Unione europea e con la visione One Health. Il PNCAR è stato prorogato fino al 2021 e sarà aggiornato con un nuovo Piano che sarà valido per gli anni 2022-2025. In entrambi questi Piani, la sorveglianza dell’antibiotico-resistenza rappresenta una delle aree strategiche prioritarie in quanto è indispensabile per verificare l’impatto delle strategie adottate e il raggiungimento di alcuni degli indicatori del Piano stesso.

Obiettivo Prioritario:

Breve termine:

sorveglianza attiva sull’antibiotico resistenza e sull’uso appropriato degli antibiotici, in coerenza con le strategie indicate nel PNCAR 2017/2021 e nel PNCAR 2022/2025

I sistemi di sorveglianza dell’AMR

L’importanza del fenomeno e la sua diffusione a livello mondiale hanno portato all’attivazione di numerosi sistemi di sorveglianza, basati sulla raccolta dei dati di laboratorio a livello locale o nazionale. Per rendere omogenei e interpretabili i dati raccolti da questi sistemi e favorire il confronto tra i vari Paesi, nel 2000 è stata creata una rete di sorveglianza europea che nel 2010 ha assunto caratteristiche istituzionali diventando la rete europea EARS-Net (European Antimicrobial Resistance Surveillance Network) coordinata dall’ECDC. EARS-Net rappresenta un network di reti nazionali che raccoglie i dati di antibiotico-resistenza di 30 Paesi europei.

Nel 2015, l’OMS ha lanciato il progetto GLASS (Global Antimicrobial Resistance Surveillance System) a supporto del Global Action Plan per rafforzare le evidenze disponibili sull’AMR a livello globale. A partire da maggio 2021, 109 Paesi e territori in tutto il mondo si sono iscritti a GLASS.

In Italia, dal 2001 l’Istituto Superiore di Sanità (ISS) coordina la sorveglianza nazionale dell’antibiotico-resistenza AR-ISS. Questa sorveglianza è nata come una sorveglianza sentinella basata su una rete di laboratori ospedalieri di microbiologia reclutati su tutto il territorio nazionale su base volontaria, con l’obiettivo primario di descrivere frequenza e trend di antibiotico-resistenza in un selezionato gruppo di batteri isolati da infezioni di sicura rilevanza clinica (batteriemie o meningiti) che rappresentano sia infezioni acquisite in ambito comunitario (*Streptococcus pneumoniae*) sia infezioni associate all’assistenza sanitaria (*Staphylococcus aureus*, *Enterococcus faecium* e *E. faecalis*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli*, *Acinetobacter baumannii* group). Per ogni microrganismo l’attenzione è posta prevalentemente su alcuni antibiotici o classi di antibiotici particolarmente significativi in terapia o per il monitoraggio dell’andamento dell’antibiotico-resistenza, tenendo conto delle esigenze informative europee del sistema EARS-Net.

A gennaio 2019 il protocollo della sorveglianza AR-ISS è stato aggiornato attraverso una Circolare del Ministero della Salute con l’obiettivo di migliorarne la performance, in linea con quanto richiesto dal PNCAR, mediante il coinvolgimento attivo delle Regioni anche attraverso le reti di sorveglianza regionali già esistenti e in organizzazione; questo ha permesso di aumentare considerevolmente la rappresentatività a livello regionale e nazionale. Il numero dei laboratori che aderiscono alla sorveglianza AR-ISS è passato da circa 50 negli anni passati a 98 per il 2018 e 130 nel 2019. Nel 2020 alla sorveglianza AR-ISS hanno partecipato 153 laboratori distribuiti in

20 Regioni/PA (la Sardegna per l'anno 2020 non ha partecipato alla sorveglianza. Attraverso l'AR-ISS, l'Italia partecipa alla sorveglianza europea EARS-Net; i dati italiani sono elaborati, analizzati e confrontati con quelli degli altri Paesi europei e pubblicati ogni anno in occasione della Giornata europea degli antibiotici (18 novembre). I dati sono disponibili on line sul sito dell'ECDC nelle pagine dedicate al "Surveillance Atlas of Infectious Diseases" e in un rapporto annuale disponibile sul sito stesso dell'ECDC. Dal 2018 AR-ISS fornisce i dati relativi alle batteriemie anche alla sorveglianza GLASS dell'OMS.

Oltre ad AR-ISS, nel 2013 il ministero della Salute ha istituito un sistema di sorveglianza nazionale dedicato alle batteriemie causate da enterobatteri produttori di carbapenemasi e precisamente da *Klebsiella pneumoniae* e *Escherichia coli* resistenti ai carbapenemi e/o produttori di carbapenemasi. Il protocollo di questa sorveglianza è stato aggiornato con la circolare del ministero della Salute del 6/12/2019 che sostituisce la precedente. La sorveglianza raccoglie e analizza le segnalazioni dei casi di batteriemie da *K. pneumoniae* ed *E. coli* resistenti ai carbapenemi e/o produttori di carbapenemasi da tutto il territorio nazionale, con l'obiettivo di monitorare la diffusione e l'evoluzione di queste infezioni e sviluppare strategie di contenimento adeguate. I dati analizzati si basano sulle segnalazioni anonime e individuali segnalate dagli Ospedali/Aziende ospedaliere e dalle Unità sanitarie locali al ministero della Salute e all'Istituto Superiore di Sanità (ISS) tramite segnalazione diretta sul portale dedicato dove vengono raccolte e analizzate dal Dipartimento Malattie Infettive dell'ISS.

In Italia, l'erogazione dei farmaci da parte del SSN avviene principalmente attraverso due canali: l'assistenza farmaceutica convenzionata e distribuzione per conto (canale farmacie aperte al pubblico) e l'assistenza farmaceutica ospedaliera, legata agli acquisti diretti da parte delle Strutture pubbliche. I Servizi Farmaceutici esercitano un ruolo importante nel monitoraggio dell'appropriata prescrizione e dispensazione, nell'analisi delle vendite e dei consumi per una proficua collaborazione con i clinici, oltre all'uso appropriato degli antibiotici come previsto dal PNCAR 2022-2025.

5.2 ASSISTENZA PROTESICA

L'Assistenza protesica è l'insieme delle prestazioni erogabili dal Servizio sanitario nazionale (SSN), che comportano la fornitura di protesi, ortesi e ausili tecnologici nell'ambito di un piano riabilitativo-assistenziale volto alla prevenzione, alla correzione o alla compensazione di menomazione o disabilità funzionali conseguenti a patologie o lesioni, al potenziamento di attività residue, nonché alla promozione dell'autonomia dell'assistito. Fino all'anno 2017 l'assistenza protesica è stata regolamentata, a livello nazionale, dal DM 27 agosto 1999, n. 332 "Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del SSN: modalità di erogazione e tariffe" ed è stata modificata dal recente decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, di cui all'art. 7 comma 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502". Questo decreto ha riformulato nel nuovo nomenclatore le prestazioni e le tipologie di dispositivi, erogabili dal SSN, che si articolano nei seguenti tre elenchi:

- elenco 1: protesi e ortesi costruite o allestite su misura da un professionista abilitato all'esercizio della specifica professione sanitaria o arte sanitaria ausiliaria, gli aggiuntivi e le prestazioni di manutenzione, riparazione, adattamento o sostituzione di componenti di ciascuna protesi o ortesi;
- elenco 2A: ausili tecnologici di fabbricazione continua o di serie che devono essere applicati dal professionista sanitario abilitato;
- elenco 2B: ausili tecnologici di fabbricazione continua o di serie, pronti per l'uso, che non richiedono l'applicazione da parte del professionista sanitario abilitato.

Il DPCM 12.1.2017, ha inoltre definito all'art.18 "I nuovi destinatari dell'assistenza protesica" e all'allegato 12 le nuove "Modalità di erogazione delle prestazioni di assistenza protesica".

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

Dovrà essere sviluppato ulteriormente il monitoraggio costante delle prescrizioni con valutazioni regionali e territoriali da cui far partire segnalazioni e nel contempo sviluppare forme partecipate di formazione adeguata anche mediante audit con i professionisti specialisti e con i prescrittori del territorio (MMG, PLS, Specialisti) per uniformare modalità prescrittive più adeguate ai bisogni di salute dei cittadini, con particolare riferimento:

- alla Costituzione di un Gruppo Regionale per l'Assistenza Protesica di monitoraggio e verifica delle attività delle imprese inserite nell'Elenco Regionale di fornitori di protesi e delle modalità di erogazione dell'assistenza protesica da parte dell'Azienda sanitaria erogatrice;
- alla realizzazione di Corsi di formazione (con ECM) per aggiornare le conoscenze e le competenze relativamente alle nuove modalità di prescrizione di ausili previste dall'entrata in vigore dei LEA (DPCM 12 gennaio 2017) rivolti agli operatori sanitari impegnati nei territori;
- alla valutazione degli esiti di monitoraggio e verifica delle attività delle imprese inserite nell'Elenco Regionale di fornitori di protesi e delle modalità di erogazione dell'assistenza protesica da parte dell'Azienda sanitaria erogatrice.

5.3 DISPOSITIVI MEDICI

Il settore dei Dispositivi medici riveste una notevole importanza a livello nazionale e regionale ormai da diverso tempo, ed è caratterizzato da una particolare complessità determinata sia dalla numerosità dei prodotti interessati sia per la continua introduzione e/o aggiornamento delle tecnologie che richiedono il continuo sviluppo di percorsi di governance della materia al fine di garantire l'appropriatezza e la sostenibilità delle prestazioni sanitarie.

Il nuovo Regolamento Europeo 2017/745 ed il Regolamento Europeo 2017/746 ridefiniscono rispettivamente il panorama regolatorio in materia di Dispositivi Medici (DM) e Dispositivi Diagnostici in vitro (IVD). Grazie a tali quadri normativi è possibile rispondere alla crescente richiesta di sicurezza d'impiego e di evidenza di efficacia dei prodotti immessi in commercio che presentano innovazioni tecnologiche sempre più avanzate e che svolgono un ruolo sempre più rilevante nella pratica clinica.

Conseguentemente è diventata di primaria importanza l'attività di sorveglianza per rilevare tempestivamente eventuali rischi per la salute pubblica, per l'operatore o qualsivoglia altro problema riferito ai DM e agli IVD, nonché l'attività di monitoraggio del mercato al fine di intercettare ed arginare il rischio di contraffazioni.

Il Decreto Ministeriale del 31 marzo 2022 (G.U. n. 90 del 16/04/2022) istituisce la rete nazionale della dispositivo-vigilanza con il relativo sistema informativo. Il decreto è stato emanato in attuazione di una disposizione prevista dalla Legge 23 dicembre 2014 n. 190, art. 1 comma 586.

Il sistema di vigilanza deve essere attuato attraverso un costante monitoraggio degli incidenti che possono avvenire con i dispositivi medici successivamente alla loro immissione in commercio, grazie anche alla collaborazione con tutti gli stakeholders coinvolti nel sistema.

La normativa dispone che gli operatori sanitari pubblici e privati, sulla base di quanto rilevato nell'esercizio della propria attività, hanno l'obbligo di comunicare immediatamente al Ministero della Salute e al fabbricante del dispositivo coinvolto qualsiasi incidente grave.

Il fabbricante o il mandatario effettuano le indagini del caso al fine di valutare le azioni correttive adottate e di monitorare l'efficacia e ne relazionano gli esiti al Ministero della Salute.

La rete nazionale di dispositivo-vigilanza

La rete è stata istituita per favorire lo scambio tempestivo delle informazioni riguardanti gli incidenti e le azioni di sicurezza che coinvolgono i dispositivi medici, i dispositivi medico diagnostici in vitro e i dispositivi di cui all'allegato XIV del Regolamento (UE) 2017/745.

I soggetti coinvolti nella rete sono: gli operatori sanitari, i responsabili locali della vigilanza, i responsabili regionali della vigilanza e la Direzione Generale dei dispositivi medici e del servizio farmaceutico del Ministero della Salute. Per supportare la rete è previsto un sistema informativo nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), che raccoglie le diverse informazioni.

Accanto alle attività di sorveglianza degli incidenti occorsi con i Dispositivi Medici (DM) e i Dispositivi Medico Diagnostici in vitro (IVD) deve restare costante anche il monitoraggio dei flussi ministeriali per le rendicontazioni dei consumi dei DM, con particolare attenzione al continuo miglioramento della qualità dei dati trasmessi.

I nuovi Regolamenti europei che pongono sotto i riflettori il tema dell'efficacia dei DM e IVD, evidenziano quindi come assuma sempre maggior importanza il tema della governance, in coerenza con una medicina basata sulle evidenze compatibile anche con la sostenibilità del sistema sanitario, nell'ambito di un settore particolarmente complesso ed in costante e rapida evoluzione.

PARTE TERZA: LE FUNZIONI TRASVERSALI

6 L'INNOVAZIONE E LA DIGITALIZZAZIONE NEL SSR

6.1 L'evoluzione della sanità e l'intelligenza artificiale

La transizione demografica, epidemiologica e sociale e la generale crisi economica post-pandemica che hanno caratterizzato questi ultimi anni richiedono risposte nuove ai nuovi bisogni di salute attraverso un sostanziale ripensamento organizzativo dell'assistenza sanitaria nelle sue molteplici componenti, dimensioni, specializzazioni ed ambiti di intervento. Lo spostamento dall'ospedale al territorio dell'asse portante degli interventi sanitari e sociosanitari, già previsto dal passato Piano Socio Sanitario Regionale comporterà, necessariamente, la promozione del Distretto Sanitario come luogo di organizzazione delle risposte territoriali per dare risposte al cittadino quando esprime il suo bisogno di salute.

Le direttrici trasversali di sviluppo si orientano sempre di più verso il rilascio di soluzioni nell'ambito dell'innovazione e dell'info-telematica e nell'adeguamento strutturale e tecnologico.

L'intelligenza Artificiale (IA) si unisce a questo percorso come lo strumento in grado di integrare organizzativamente l'ospedale al territorio in modo virtuoso in una visione davvero paziente-centrica. Lo sviluppo della medicina ruota intorno alla robotica, alla medicina digitale e alla genomica, volta alla medicina personalizzata, ed è orientato all'integrazione tra imaging, telemedicina digitale e intelligenza artificiale ad essa applicata ed al correlato sviluppo di nuovi modelli organizzativi ed operativi. La crescente disponibilità di nuovi strumenti di sanità digitale consente la pianificazione di soluzioni fortemente innovative per le mutate esigenze di salute della popolazione.

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

Particolare attenzione deve essere posta ai valori della "usabilità" e della "flessibilità" delle nuove soluzioni info-telematiche: l'introduzione di tali sistemi richiede necessariamente il coinvolgimento attivo degli stakeholder ed in primis del cittadino (paziente o caregiver) favorendo una maggiore compliance alla innovazione e rafforzando i processi di empowerment del paziente.

L'implementazione di una nuova tecnologia soffre generalmente di una barriera all'ingresso dovuta al fatto che normalmente si tratta di utilizzare macchinari o "hardware" che di per sé sono fattore discriminante e di allontanamento. La realtà virtuale e quella aumentata, tra le pratiche consolidate dell'IA, al momento presentano ancora alcuni preconcetti, che possono essere superati attraverso la dimostrazione pratica che per il loro utilizzo non servono modifiche sostanziali al proprio modo di agire. E soprattutto è possibile costruire una sanità digitale che migliori il processo di cura e assistenza, monitori in tempo reale i parametri vitali, arrivi in territori non urbani con la televisita, permetta il consulto di specialisti ovunque essi siano, riduca le ospedalizzazioni o lunghe attese e ricordi ai pazienti direttamente sul proprio cellulare le terapie da seguire o gli screening raccomandati. Al tempo stesso l'IA così utilizzata, esaminando i modelli di dati, aiuta le organizzazioni sanitarie a ottenere il massimo dalle informazioni e risorse disponibili, aumentando l'efficienza e migliorando le prestazioni dei flussi di lavoro clinici e operativi, dei processi e delle operazioni amministrative.

L'Intelligenza Artificiale nel futuro del SSR

"L'IA - intelligenza artificiale" è un insieme di tecnologie differenti che interagiscono per consentire alle macchine di percepire, comprendere, agire e apprendere con livelli di intelligenza simili a quelli umani".

L'IA è dunque una disciplina multidisciplinare che si interessa dello sviluppo di modelli teorici implementati in software dedicati che portano l'elaboratore a "simulare" o ad avere un comportamento paragonabile all'intelligenza umana. Sebbene le macchine possano svolgere alcune attività meglio degli esseri umani (per esempio attività ripetitive o l'elaborazione dei dati) questa visione pienamente realizzata dell'IA generale nella realtà non esiste ancora. Ecco perché la collaborazione uomo-macchina è cruciale e l'intelligenza artificiale rimane un'estensione delle capacità umane non una sua sostituta.

Le applicazioni di Intelligenza artificiale sono già una realtà in specifici ambiti clinici in particolare nel supportare il medico nella formulazione di una diagnosi. Allo stato attuale, il principale campo applicativo riguarda l'analisi delle immagini diagnostiche (radiologiche o endoscopiche) ed il supporto al clinico nell'individuazione e nel riconoscimento di probabili segni distintivi di possibili patologie. Evoluzioni in corso riguardano l'utilizzo dell'IA per adattare le scelte terapeutiche allo stato clinico e per ottimizzare il tempo medico dedicato al paziente.

Altre recenti applicazioni evidenziano il potenziale dell'impiego dell'IA non limitato esclusivamente al momento della diagnosi ma estendendosi anche al trattamento terapeutico ad esempio in radioterapia. È recente l'introduzione nel mercato di un acceleratore lineare che utilizza un sistema di IA nelle varie fasi del processo di pianificazione ed esecuzione del trattamento radioterapico. Grazie a strumenti di planning e contouring basati su algoritmi di intelligenza artificiale il sistema è in grado di sviluppare e proporre un piano di trattamento che tiene conto degli obiettivi terapeutici di ciascun paziente, utilizzando modelli predefiniti e immagini acquisite in precedenza. In seguito, durante il corso della terapia, il sistema è capace di correggere e adattare il piano di trattamento alla reale evoluzione dello stato clinico del paziente

Le potenzialità dell'IA si estendono fino all'impiego di algoritmi di "knowledge extraction", ovvero di sistemi in grado di estrarre nuova conoscenza dai dati già a disposizione identificando nuovi segnali predittivi dell'insorgenza di alcune malattie, o di individuare correlazioni non ancora note fra i risultati di diversi esami clinici comunemente prescritti. Con basi dati interconnesse e applicazioni di IA si potranno migliorare la vita dei pazienti e il lavoro di medici e ricercatori.

La Vision: partecipare alla trasformazione del Paese e del sistema sanità attraverso la digitalizzazione e strumenti di intelligenza artificiale significa realizzare un ecosistema sanitario in accordo con il paradigma "One Health" con alla base l'integrazione e la condivisione dei dati e della cura mediante strumenti prognostici "data driven".

Il Concept: La medicina digitale richiede una partecipazione consapevole del cittadino. La medicina digitale si valorizza con l'utilizzo di IA che deve necessariamente dimostrarsi trasparente affinché il cittadino veda tutelata in modo eticamente corretto la sua salute. Il medico deve essere parte attiva del processo di addestramento delle reti neurali, perché grazie alla sua buona clinica può correggere i risultati derivanti dal machine learning permettendo una continua riclassificazione degli algoritmi prodotti dall'IA.

La Strategia contiene tre elementi cardine:

1. Rapporto sanità-cittadino: si deve sviluppare una digitalizzazione nuova che cambi il concetto di creazione e gestione del dato attraverso interfacce naturali e tecniche di NLP (Natural Language Processing) con una maggiore efficienza nello strutturare e condividere i dati del paziente, una maggiore semplicità di fruizione dei servizi da parte del cittadino e una ottimizzazione delle risorse sanitarie.

2. IA "patient journey": si devono realizzare e applicare nuove tecnologie di IA per un nuovo e migliorato patient journey tramite algoritmi che supportino nelle attività di sintesi e nella prognosi dei pazienti, insieme a tecnologie NLP che alleggeriscano il clinico dal carico amministrativo e aumentino usabilità e user experience di strumenti di medicina digitale (abbattimento del digital divide).

3. Ricerca e Partenariati: si devono veicolare le innovazioni attraverso una proposta strutturata e condivisa con stakeholder, centri di ricerca e clinici per la creazione di nuovi paradigmi nei tavoli istituzionali. Tali modelli non possono prescindere da una formazione continua come risorsa per la crescita e il miglioramento della qualità dell'assistenza del Servizio Sanitario Regionale.

L'attuazione del modello digitale, come anche previsto nel PNRR missione 6 può portare la fruibilità degli applicativi digitali con IA a raggiungere obiettivi ambiziosi di miglioramento della qualità di cura dei pazienti. Nella realtà del sistema, questo vuol dire che la Casa della Comunità (CdC) nel modello Hub&Spoke con l'ospedale di riferimento o l'Ospedale di Comunità (OdC), la Centrale operativa Territoriale (CoT), l'infermiere di famiglia o di comunità (IFeC), l'Unità di continuità Assistenziale (UCA) e la rete di cure palliative, ovvero amministrazioni,

operatori sanitari, strutture sanitarie e pazienti vanno uniti da un'infrastruttura avanzata denominata "DATALAKE". Nel Datalake si effettuano gli addestramenti degli algoritmi da cui si rilasciano i Key Performance Index voluti.

Le tecnologie e le tecniche di intelligenza artificiale possono essere applicate in modo diffuso e trasversale a diversi ambiti del mondo sanitario e con diversi approcci.

L'intelligenza artificiale può intervenire portando vantaggi:

- nell'analisi e ottimizzazione dei processi gestionali, logistici e amministrativi,
- nell'interfaccia del cittadino verso il sistema sanitario e del medico verso il paziente,
- nella qualificazione, trasformazione e strutturazione dei dati e soprattutto delle informazioni cliniche e generali dei pazienti e dei percorsi, soprattutto in un'ottica di continuità di cura,
- nel supporto decisionale rispetto a una visione prognostica e predittiva, anche in un approccio di cura e assistenza integrato ospedale-territorio-domicilio,
- nell'ottimizzazione delle risorse specialistiche sia professionali che strumentali.

La trasformazione digitale indicata e richiesta nelle Missioni 1 e 6 del PNRR orienta quindi il Servizio Sanitario Regionale verso la presenza di repository digitali in cui siano presenti grandi quantità di dati e di informazioni, non tutte di immediata fruizione e classificazione allo stesso livello.

Tutto il contenuto informativo clinico (anamnesi, referti visita o di esami, terapia, ...) dovrà essere archiviato in modo strutturato. Usando tecniche di IA tra cui NLP (Natural Language Processing) e text extraction, unitamente a una capacità di riconoscimento semantico, è possibile analizzare la parte documentale e strutturarla inserendola in un flusso di valutazione supportando il clinico.

Possibili applicazioni potranno essere:

- l'analisi dati FSE e cartella clinica elettronica per la creazione di data base strutturati per una maggior fruibilità nella consultazione (second opinion, ricerca statistica, individuazione soggetti arruolabili per campagne specifiche, ...)
- l'ottimizzazione delle risorse nella lettura e condivisione di referti, report, consulenze sia all'interno dei percorsi ospedalieri che in continuità assistenziale. Questo si traduce in una maggior facilità di integrazione, un più semplice ed efficace aggiornamento e quindi una gestione diversa e non scollegata tra dimissione post acuzia e presa in carico della patologia sul territorio.

Obiettivo Prioritario:

Lo sviluppo di intelligenza artificiale, attraverso l'utilizzo di algoritmi predittivi e prognostici, risulta essere necessario per rendere realmente fruibile nel mondo clinico e sanitario la rivoluzione della medicina digitale. Aumentare i dati del paziente è foriero di miglioramenti se insieme vengono dati strumenti per una miglior elaborazione, qualificazione e gestione.

L'intelligenza artificiale nella prevenzione oncologica

Gli algoritmi basati su IA possono essere determinanti nel ridurre l'errore umano o la variabilità delle diagnosi, specialmente quando si ha a che fare con un elevato numero di dati da analizzare. Grazie al deep learning e alla precisione analitica degli algoritmi, essi sono in grado di analizzare un'immagine pixel per pixel o interpretare un'enorme mole di dati che nessun essere umano sarebbe in grado di studiare altrimenti.

Le applicazioni di Intelligenza artificiale sono già una realtà in specifici ambiti clinici in particolare per supportare la diagnosi. Allo stato attuale il principale campo applicativo riguarda l'analisi delle immagini diagnostiche (radiologiche o endoscopiche) per fornire supporto al clinico nell'individuazione e nel riconoscimento di probabili segni distintivi di possibili patologie e nella formulazione di possibili diagnosi.

Alcune recenti applicazioni evidenziano il potenziale dell'impiego dell'IA non limitato esclusivamente al momento della diagnosi ma estendendosi anche al trattamento terapeutico (Radioterapia).

Endoscopia pneumologica

Nell'ambito della diagnostica delle malattie respiratorie i recenti progressi tecnologici hanno visto lo sviluppo di un algoritmo in grado di riconoscere 4 importanti gruppi di malattie sulla base della semplice radiografia toracica standard: neoplasie maligne, polmoniti, tubercolosi attiva, pneumotorace dimostrando una elevata accuratezza nella individuazione anche di piccole lesioni polmonari, con un buon valore predittivo positivo e un eccellente valore predittivo negativo.

Un'altra applicazione dell'IA in ambito pneumologico è focalizzata al supporto dell'attività di diagnosi precoce di noduli ai polmoni durante la visita broncoscopica. Tramite la fusione delle immagini ottenute con modalità differenti si riesce ad ottenere una modellizzazione tridimensionale della cavità polmonare con l'indicazione della sospetta area di attenzione. L'IA si comporta quindi come un piccolo "navigatore" intelligente che consente al medico di arrivare con il broncoscopio in posti dove non sarebbe stato possibile arrivare con la normale attività e analizzare precocemente anche le tracce meno visibili di noduli polmonari periferici.

Endoscopia digestiva

L'analisi dei recenti dati dell'AIRC evidenzia che nei Paesi occidentali il tumore al colon-retto è la seconda neoplasia maligna più diffusa nelle donne, dopo il tumore alla mammella, e la terza nell'uomo, dopo i tumori al polmone e alla prostata. Esso è dovuto alla proliferazione incontrollata delle cellule della mucosa intestinale, che col tempo formano delle escrescenze chiamate adenomi o polipi intestinali. Per questo motivo, il rischio maggiore a cui i malati vanno incontro è una diagnosi tardiva, quando il carcinoma si trova già in forma aggressiva e spesso caratterizzato dalla presenza di metastasi epatiche.

La procedura principale per diagnosticare questo tipo di cancro è la colonscopia che, se effettuata in modo efficace, consente di individuare e rimuovere le lesioni precancerose prima che possano trasformarsi in cancro. Purtroppo, le colonscopie non sempre sono accurate al 100% nel rilevare gli adenomi: in questo senso l'Intelligenza Artificiale può avere un ruolo prezioso nel migliorare l'accuratezza del processo diagnostico. Ogni colonscopia è composta da circa 50.000 fotogrammi, corrispondenti a circa 25-30 fotogrammi al secondo, e un polipo può essere riconoscibile solo in pochi tra questi. Il mancato riconoscimento di un polipo da parte dell'endoscopista è quindi uno dei fattori di rischio principali di una diagnosi negativa errata.

I progressi tecnologici si sono pertanto focalizzati nel trovare nuove strategie per migliorare l'accuratezza della tecnica, tramite l'ottimizzazione di algoritmi di intelligenza artificiale che hanno portato alla nascita dei sistemi Computer-Aided Polyp Detection (CADe) per l'individuazione dei polipi intestinali o di tecniche di *virtual biopsy*.

L'algoritmo di IA applicato alla colonscopia tradizionale suggerisce al medico aree del colon che potrebbe non aver notato, riducendo il rischio umano di non vedere lesioni sospette e aumentando la precisione diagnostica per il tumore del colon-retto senza la necessità di modificare il metodo di lavoro classico dell'endoscopista.

Obiettivo Prioritario:

Medio termine

Potenziamento dei servizi di endoscopia della Regione Marche:

- Miglioramento dell'efficacia e dell'appropriatezza diagnostica mediante l'implementazione di sistemi di CADe o di metodiche di virtual biopsy;
- Upgrade tecnologico ed aggiornamento dei sistemi di endoscopia in uso;
- Dematerializzazione e digitalizzazione delle procedure di registrazione delle immagini per migliorare l'appropriatezza di processo.

L'intelligenza artificiale in Radioterapia

La radioterapia è un trattamento locale che utilizza le radiazioni ionizzanti per intervenire sulla massa tumorale sia a scopo curativo che palliativo. Negli ultimi anni grazie all'impiego di algoritmi avanzati è diventato possibile personalizzare i trattamenti di radioterapia in base alle necessità del singolo paziente con un evidente miglioramento del controllo della malattia e una diminuzione della tossicità del trattamento. La moderna Radioterapia si avvale dell'impiego dell'Imaging multimodale per migliorare l'accuratezza nella definizione del volume bersaglio sia dal punto di vista anatomico che funzionale. Recenti innovazioni tecnologiche consentono un'ulteriore implementazione dell'Imaging multimodale (CT, RM, PET) in Radioterapia per ottenere non solo una migliore localizzazione del bersaglio tumorale in fase di pianificazione del trattamento radioterapico, ma anche di seguirne le modifiche nello spazio e nel tempo nel corso della terapia e l'individuazione dei volumi sia degli organi critici che del target.

L'implementazione dell'Intelligenza Artificiale in Radioterapia consente di elaborare un'enorme quantità di dati correlati per migliorare l'accuratezza, la produttività e l'automazione in operazioni complesse come il trattamento radiante realizzando distribuzioni di dose altamente conformate, riducendo il volume di tessuto sano irradiato al fine di incrementare la possibilità del controllo locale sul volume tumorale e ridurre il rischio di tossicità sugli organi critici.

L'IA interviene sui processi di segmentazione automatica dei volumi di interesse e del volume da trattare e sulla pianificazione dosimetrica in modo da assicurare la massima personalizzazione e la sicurezza del trattamento grazie anche alle più recenti tecniche di imaging multimodality. La radioterapia 'adaptive' (ART) è una forma avanzata di radioterapia che tramite l'adattamento del trattamento radioterapico ai cambiamenti del paziente in seguito all'evoluzione della patologia di cui è affetto ha l'obiettivo di assicurare al paziente una cura più personalizzata possibile.

Obiettivo Prioritario:

Medio termine

Potenziamento dei servizi di Radioterapia della Regione Marche:

- Upgrade tecnologico ed aggiornamento dei sistemi di pianificazione del trattamento radioterapico in uso;
- Integrazione con i sistemi di imaging multimodale.

L'intelligenza artificiale nella Diagnostica per immagini

I recenti sviluppi ottenuti dagli algoritmi di IA aprono nuovi scenari in tutti i differenti aspetti della pratica radiologica, dalla gestione dei flussi di attività all'ottimizzazione delle modalità di acquisizione delle immagini e alla valutazione delle immagini stesse.

Grazie all'applicazione di tecniche di apprendimento automatico "Machine Learning" si possono ad esempio realizzare valutazioni quantitative finalizzate al rilevamento, alla caratterizzazione e al monitoraggio della progressione della malattia.

Le principali aree di applicazione delle tecniche di intelligenza artificiale e di machine learning riguardano le tecniche cosiddette di Computer-aided detection (CADe): gli algoritmi possono essere addestrati per "leggere" le immagini e rilevare anomalie in particolari distretti anatomici (mammella, fegato, prostata, torace, ecc.) o per l'individuazione di specifiche manifestazioni di patologia.

Altre potenzialità proprie dell'intelligenza artificiale sono orientate al miglioramento delle immagini acquisite: l'utilizzo di algoritmi di IA consente l'ottimizzazione della modalità di ricostruzione ed elaborazione delle immagini migliorando la qualità dovuta alla presenza di rumore, riducendo gli artefatti dovuti al movimento del paziente e potenziando le tecniche di segmentazione automatica.

Le future applicazioni di intelligenza artificiale nell'ambito della pratica radiologica sono quelle legate alla caratterizzazione delle lesioni tramite l'esecuzione di Biopsie Virtuali (l'imaging radiologico evolve così da strumento di guida per l'esecuzione di una biopsia a strumento stesso di analisi non invasiva in vivo) e alla Radiomica, disciplina legata all'estrazione dalle immagini di alcuni parametri quantitativi in grado di facilitare la caratterizzazione di lesioni (neoplastiche o sospette tali).

Obiettivo Prioritario:**Medio termine**

Implementazione di metodiche di IA nella diagnostica per immagini:

- Upgrade tecnologico ed aggiornamento dei sistemi di postelaborazione delle immagini;
- Integrazione con i sistemi di imaging multimodale.

6.2 L'OSPEDALE VIRTUALE

La crisi generatasi in seguito alla pandemia globale da COVID-19 ha messo in luce che anche in circostanze normali, i dipartimenti di emergenza e accettazione (DEA) sono spesso costretti ad operare al massimo della loro capienza. Tale situazione genera attese e ritardi che causano ansia per i pazienti ed una forte pressione per lo staff sanitario.

Come evidenziato dalla recente letteratura la possibile soluzione alla problematica non risiede sempre nell'aggiungere ulteriori posti letto o nell'aumentare le risorse ma nel gestire meglio i posti letto a disposizione.

Utilizzando le potenzialità dell'IA e della modellazione predittiva è possibile estrarre dalla grande quantità di dati sanitari forniti in tempo reale dagli applicativi informatici dei modelli predittivi del flusso dei pazienti e della esigenza di cura degli stessi.

Grazie all'applicazione delle recenti possibilità offerte dai processi di digitalizzazione, I.A. e Analytics è possibile realizzare centri di controllo virtuali per l'ottimizzazione del trattamento dei pazienti, il coordinamento e il monitoraggio in real time delle attività di cura e diagnosi dei pazienti, il controllo delle risorse tecnologiche al fine di ottimizzare le risorse disponibili e raggiungere degli outcomes di rilevanza strategica per ciò che concerne la qualità del servizio, l'organizzazione delle risorse (tecnologiche, umane, ecc.), i flussi di lavoro, ecc.

L'uso avanzato degli analytics e del machine learning relativamente alla gestione dei pazienti consente agli ospedali, alle reti e ai sistemi sanitari di ottenere assistenza alla gestione sanitaria in tempo reale, consentendo l'ottimizzazione costante dell'erogazione delle cure e fornendo ai team di assistenza informazioni aggiornate, in tempo reale e facilmente fruibili.

Tale soluzione centralizzata colleziona i dati dei sistemi esistenti, applica analisi avanzate e predittive e restituisce informazioni aggregate ed elaborate sotto forma di applicazioni intuitive o "dashboard" sempre disponibili e accessibili da qualsiasi dispositivo. Se si aggiunge il potere rappresentato dall'analisi predittiva, diventa allora possibile gestire il flusso dei pazienti in modo proattivo da un ambiente sanitario all'altro, accelerando la progressione del paziente nel suo percorso di cura, evitando il sovraffollamento in alcune aree dell'ospedale e l'impiego eccessivo di risorse essenziali in altre.

Obiettivo Prioritario:**Medio termine:**

Realizzazione di una unità di controllo unica quale punto di centralizzazione ed elaborazione, mediante tecniche evolute di analisi dei dati sanitari forniti in tempo reale dagli applicativi informatici al fine di gestire il flusso dei pazienti a 360°: dai trasferimenti iniziali con l'arrivo delle ambulanze, ai tempi di occupazione dei reparti di ICU e PS, ai processi di razionalizzazione di costi e investimenti, alla gestione del personale e degli accessi ambulatoriali.

6.3 SISTEMA INFORMATIVO SOCIO SANITARIO E SANITÀ DIGITALE

I sistemi Socio-Sanitari stanno attraversando un intenso cambiamento di tipo istituzionale, organizzativo e gestionale. Questa azione di cambiamento, indipendentemente dal livello organizzativo o dal perimetro tematico, deve sostenere modelli e processi sempre più information-intensive per creare veri e propri ecosistemi sanitari

incentrati sulla persona. L'Information and Communication Technology ICT diventa quindi per la nuova sanità uno strumento strategico importantissimo non solamente per quanto riguarda la sicurezza del paziente ma anche per la miglior gestione dell'informazione clinica, potendo rappresentare anche una risorsa indispensabile per supportare un livello di outcome elevato nel rispetto dei vincoli imprescindibili di costo ed efficacia.

Guidate dall'esperienza della recente pandemia da Covid 19 le nuove tecnologie e le strumentazioni mediche stanno evolvendo rapidamente diventando sempre più "contactless", senza bisogno di contatto fisico diretto con il paziente, utilizzando anche della sensoristica di uso comune certificata come dispositivo medico.

Un ruolo importante nel prossimo futuro sarà assicurato dalla domotica quale uso intelligente delle tecnologie e delle strumentazioni mediche presso l'assistito. La domotica è una soluzione tecnologica che permette di automatizzare e facilitare l'esecuzione delle attività quotidiane svolte in un ambiente domestico mediante l'utilizzo di tecnologie che permettono di controllare e gestire applicazioni e dispositivi al fine di ottimizzare la funzionalità, la sicurezza e aumentare la confortevolezza dell'abitazione.

L'introduzione degli strumenti di domotica ad integrazione delle attività di telemedicina possono rappresentare utili strumenti per permettere di raggiungere un maggior livello di autonomia e indipendenza della persona presso la propria abitazione anche in condizione di fragilità o disabilità.

Un altro esempio sono i "symptom tracker" quei sistemi che, attraverso un'app, tengono traccia non solo dei parametri rilevati da un bracciale al polso del paziente, ma anche di eventuali sintomi o semplicemente di come si sente la persona, approfondendo con domande mirate la valutazione fino a suggerire un contatto con il proprio medico

Si diffonderanno sempre di più i "compagni digitali" dei farmaci, quelle app che sono integrate con una terapia e consentono di gestirla al meglio ottimizzandola o registrando automaticamente la somministrazione e la dose del farmaco. Un farmaco o una terapia complessa, con un compagno digitale migliorano l'aderenza terapeutica, il contatto con il medico prescrittore ed anche le valutazioni di "real life" della terapia.

L'evoluzione "paziente-centrica" della sanità digitale mette a disposizione nuove tecnologie assistenziali "contactless", terapie digitali, nuovi modelli di servizi sanitari, medicina personalizzata che dovranno essere integrate con il nuovo Fascicolo Sanitario Elettronico.

Sanità digitale

Il *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza* sottolinea l'importanza della transizione digitale come uno dei tre assi strategici per la ripresa del Paese a cui contribuiranno a vario titolo tutte le missioni, tra cui la Missione n. 6 dedicata alla Salute che include le seguenti componenti: "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" e "Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale".

Per quest'ultima componente gli obiettivi individuati dal Piano sono:

- sviluppare una sanità pubblica che valorizzi gli investimenti nel sistema salute in termini di risorse umane, digitali, strutturali, strumentali e tecnologiche;
- rafforzare la ricerca scientifica in ambito biomedico e sanitario;
- potenziare e innovare la struttura tecnologica e digitale del SSN a livello Centrale e Regionale, al fine di garantire un'evoluzione significativa delle modalità di assistenza sanitaria, migliorando la qualità e la tempestività delle cure; valorizzando il ruolo del paziente come parte attiva del processo clinico-assistenziale e, garantendo una maggiore capacità di governance e programmazione sanitaria, guidata dall'analisi dei dati, nel pieno rispetto della sicurezza e della tutela dei dati e delle informazioni.

Al fine dell'implementazione e della realizzazione degli obiettivi definiti dal PNRR e con lo scopo di garantire l'incremento della qualità e dell'appropriatezza dei servizi, nonché il miglioramento dell'accessibilità alle cure, il rafforzamento dell'equità e della sostenibilità del sistema risulta necessario l'impiego sistematico dell'innovazione digitale in sanità attraverso interventi ed azioni che devono riguardare, congiuntamente, il supporto strategico, la digitalizzazione dei processi, l'innovazione tecnologia e la governance delle progettualità programmate ed avviate. In questo contesto, la Regione Marche mira ad individuare e strutturare un nuovo modello organizzativo del Servizio Sanitario Regionale, fondato sulla digitalizzazione dei percorsi sanitari ed amministrativi.

Coerentemente a quanto indicato si rende necessaria la definizione di un percorso evolutivo improntato a riorganizzare il servizio sanitario regionale, snellire ed efficientare i processi sanitari, migliorare i sistemi e i flussi informativi, attraverso l'innovazione tecnologica.

Le attività che verranno implementate si focalizzeranno sui seguenti interventi:

- riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale attraverso la definizione di un nuovo modello organizzativo per le attività connesse all'erogazione di prestazioni sanitarie e amministrative, la riorganizzazione delle cure territoriali e la progettazione di nuovi percorsi assistenziali di integrazione ospedale - territorio;
- definizione di un Piano regionale eHealth;
- innovazione, sviluppo, efficientamento e standardizzazione del governo dei processi sottesi alla produzione dei flussi informativi.

I sopraindicati macro-obiettivi saranno declinati operativamente nelle seguenti linee di intervento:

1. Progettazione di nuovi processi e percorsi assistenziali (ospedalieri e di integrazione ospedale-territorio) al fine di migliorarne le performance e semplificarne il monitoraggio
2. Aumento della digitalizzazione dei percorsi sanitari (sia clinici che amministrativi) e progressiva dematerializzazione dei documenti al fine di raccogliere e distribuire dati ad alto valore informativo (potenziamento e sviluppo delle cartelle elettroniche di specialistica Ambulatoriale, potenziamento e sviluppo delle cartelle cliniche elettroniche Ospedaliere, potenziamento e sviluppo delle cartelle cliniche elettroniche Rete Oncoematologica, potenziamento e sviluppo delle cartelle cliniche elettroniche Rete Nefrologia e Dialisi). (vedi anche il paragrafo 'Cartella clinica unica delle terapie intensive').
3. Adozione di nuovi strumenti per l'analisi avanzata dei dati *advanced analytics* (vedi anche il paragrafo 'Ospedale Virtuale')
4. Potenziamento delle infrastrutture IT esistenti funzionale all'innovazione dei processi di digitalizzazione descritti. (sviluppo in ambito di interoperabilità, potenziamento e sviluppo dei Sistemi di Archiviazione Immagini e Repository Clinici).

Obiettivi Prioritari:

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza individua tra le missioni chiave "Digitalizzazione, innovazione e sicurezza nella PA"; tali obiettivi saranno raggiunti attraverso i seguenti punti evolutivi:

Medio termine:

- Sviluppo in ambito di interoperabilità e potenziamento ed implementazione delle cartelle elettroniche di specialistica Ambulatoriale;
- Sviluppo in ambito di interoperabilità e potenziamento ed implementazione delle cartelle cliniche elettroniche Ospedaliere;
- Sviluppo in ambito di interoperabilità e potenziamento ed implementazione delle cartelle cliniche elettroniche Ospedaliere afferenti alla Rete oncoematologica;
- Sviluppo in ambito di interoperabilità e potenziamento ed implementazione delle cartelle cliniche elettroniche Ospedaliere afferenti alla Rete Nefrologia e Dialisi;
- Interventi (Progettazione, sviluppo e implementazione) in ambito di Framework di Interoperabilità;
- Interventi (Progettazione, sviluppo e implementazione) in ambito di interoperabilità, potenziamento e sviluppo dei Sistemi di Archiviazione Immagini e Repository Clinici.

Formazione

Oltre agli investimenti previsti per la Misura M6C2 del PNRR, già descritti in questo Piano, nel Decreto con gli standard riguardanti l'assistenza territoriale, è previsto che "tutte le unità operative territoriali che compongono il Distretto devono essere dotate di soluzioni digitali idonee ad assicurare la produzione nativa dei documenti sanitari in formato digitale, secondo gli standard adottati a livello nazionale, e la condivisione dei dati relativi a

ciascun paziente tra i diversi professionisti sanitari coinvolti nell'assistenza: ciò al fine di consentire di realizzare servizi in rete pienamente integrati. Si tratta, quindi, di rendere disponibili a ciascun Distretto, anche nell'ambito dei sistemi regionali, infrastrutture tecnologiche ed informatiche integrate e interoperabili sia con i sistemi dell'ecosistema di sanità digitale nazionali (ANA, NSIS, TS, PAGOPA, SPID, etc.) e regionali (FSE, CUP, etc.) nonché con le soluzioni di telemedicina”.

Queste tecnologie complesse innovano profondamente il tessuto organizzativo e relazionale del sistema socio-sanitario, mutando l'organizzazione del lavoro, incidendo sulle risorse umane, sui carichi di lavoro, sulla formazione, sull'interazione tra operatori e professionisti socio sanitari e tra questi e i pazienti, familiari e cittadini che, a loro volta, sperimentano nuovi percorsi e modalità assistenziali. Questi mutamenti vanno monitorati e governati tramite una raccolta di dati, guidata e progettata nel quadro dell'approccio multidimensionale dell'HTA. I sistemi informativi del Distretto e tutte le strutture territoriali ed intermedie dovranno evolvere adottando i nuovi standard tecnologici procedendo contemporaneamente ad una adeguata formazione continua e interprofessionale del personale.

Dovranno essere attivate iniziative regionali per le competenze digitali eHealth, di formazione sulla leadership dell'innovazione digitale nei sistemi sanitari e una quota di formazione digitale nell'educazione continua in medicina, ECM.

Nei prossimi mesi saranno attivate iniziative formative regionali a vantaggio di professionisti, pazienti, loro caregiver e più in generale tutta la popolazione. Non bisogna dimenticare che anche l'ambito della formazione sia al centro di un profondo rinnovamento non solo per adeguarsi ai nuovi bisogni degli operatori ma per favorire quel cambiamento culturale necessario all'effettivo utilizzo di nuove tecnologie.

6.3.1 Fascicolo Sanitario Elettronico

Il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) è lo strumento attraverso il quale il cittadino può tracciare e consultare tutta la storia della propria vita sanitaria, condividendola con i professionisti sanitari per garantire un servizio più efficace ed efficiente.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) prevede la realizzazione di un nuovo Fascicolo Sanitario Elettronico, evoluzione di quello attualmente in uso, di cui recentemente il Ministero della Salute ha pubblicato le linee guida attuative.

Il documento ha delineato le componenti funzionali e tecniche necessarie per la realizzazione della nuova piattaforma utilizzabile nei diversi contesti assistenziali, che abiliti l'ottimizzazione dei processi di presa in carico dei pazienti e che si integri all'interno dei Sistemi sanitari regionali quali la piattaforma di Telemedicina e con alcuni servizi nazionali (es. Ecosistema dei dati sanitari (Eds) pagoPA, Spid).

Le piattaforme FSE e di telemedicina saranno mutuamente connesse e concorreranno nel realizzare i processi clinici, di governo anche tecnologico, di raccolta dati e messa a disposizione di servizi verso i cittadini e verso i professionisti, appoggiandosi eventualmente su strutture cloud e logiche a microservizi.

Il FSE rappresenta quindi un pilastro all'interno delle iniziative che si inseriscono nel percorso verso la Sanità Digitale e consentirà sempre più la costruzione di un punto unico di condivisione e aggregazione delle informazioni rilevanti e di tutti i documenti sanitari e socio-sanitari relativi al cittadino, generati dai vari attori del SSN e dai servizi socio-sanitari regionali.

Gli attuali servizi erogati dal FSE della regione Marche, pur rientrando all'interno del cosiddetto “nucleo minimo” come descritto nel Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 settembre 2015, n. 178, presentano una non completa implementazione da parte delle strutture del SSR.

Tale situazione comporta la necessità e l'urgenza di perseguire i seguenti obiettivi:

- Potenziare il ruolo e le funzionalità dell'attuale portale FSE al fine di garantirne la diffusione, l'omogeneità e l'accessibilità su tutto il territorio da parte degli assistiti e degli operatori sanitari.
- Aumentare i servizi ad esso associato, quale ad esempio la visualizzazione delle bio-immagini, che consentiranno la sua trasformazione funzionale da semplice recipiente di dati e documenti digitali generati da eventi clinici, a strumento operativo per l'interscambio di dati ed informazioni clinico-

sanitarie strutturate tra il cittadino, i servizi ospedalieri e del territorio, il medico curante nei diversi settings assistenziali.

- Migliorare la conoscenza del sistema presso cittadini, operatori e utenti marchigiani ricorrendo a tutti i canali informativi disponibili.

Dal punto di vista architetturale è necessario rafforzare i meccanismi di interoperabilità della gestione documentale realizzando un servizio di validazione del formato del dato e del documento strettamente collegato al processo di refertazione o in generale ai processi clinici (Gateway). Tutte le informazioni e i documenti che costituiscono il FSE devono essere resi interoperabili per consentire la sua consultazione e il suo popolamento in tutto il territorio nazionale e non solo nella Regione di residenza dell'assistito. Questo permetterà all'assistito una maggiore libertà nella scelta della cura e nella condivisione delle informazioni che sono tutte disponibili tramite l'accesso al Fascicolo dai professionisti sanitari.

Obiettivi Prioritari:

L'evoluzione del Fascicolo Sanitario Elettronico FSE rappresenta un obiettivo prioritario regionale per l'ICT e seguirà i seguenti punti evolutivi:

Breve termine:

- Alimentazione continua di dati e documenti da parte delle Aziende sanitarie verso l'infrastruttura del FSE (Lettere di dimissioni ospedaliere SDO, Verbali di pronto soccorso, referti di Laboratorio, Referti di Radiologia e Referti di Specialistica ambulatoriale);
- Aumentare il livello di alimentazione e di utilizzo del FSE da parte dei MMG/PLS;
- Diffondere la conoscenza del sistema presso cittadini, operatori e utenti marchigiani ricorrendo a tutti i canali informativi disponibili, per incrementare l'utilizzo del fascicolo.

Medio Termine

- Saranno implementate nuove soluzioni e canali di erogazione dei servizi per l'accesso al Fascicolo Sanitario regionale quali ad esempio applicazioni su dispositivi mobili;
- I differenti servizi di telemedicina in corso di implementazione saranno integrati in modo sistematico e organico all'interno dell'infrastruttura tecnologico-informativa del FSE regionale nell'ottica di rafforzare l'assistenza in ambito territoriale.

6.3.2 Cartella clinica unica delle terapie intensive

Le attività legate alla gestione e controllo della salute si basano sempre di più sull'utilizzo, la trasmissione e il confronto di una grande quantità di dati, informazioni e conoscenze eterogenee. La necessità della condivisione delle informazioni è aumentata in maniera esponenziale negli ultimi anni, sia all'interno della singola struttura sanitaria (tra i diversi soggetti e tra unità operative specializzate) sia tra strutture anche geograficamente distanti. Tali necessità spingono a ripensare i metodi finora utilizzati per memorizzare e organizzare l'informazione clinica e le procedure per condividere i dati tra operatori sanitari in particolar modo per quanto riguarda le aree di Emergenza urgenza all'interno delle strutture DEA di I e II livello.

Il paziente afferente ad un'Area Critica necessita di un'attenta e scrupolosa assistenza e cura a causa delle sue condizioni cliniche. Lo sviluppo di una cartella clinica elettronica unica sul territorio regionale contribuisce al miglioramento della qualità dell'assistenza erogata al paziente tramite la centralizzazione ed organizzazione dei dati paziente (es. ADT, parametri vitali, dati di laboratorio) fornendo valido aiuto al supporto decisionale clinico avanzato per tutto il percorso terapeutico.

Secondo gli standard definiti da Joint Commission International le funzioni principali della Cartella clinica elettronica sono:

- supportare la pianificazione e la valutazione delle cure (predisposizione del piano diagnostico-terapeutico assistenziale);
- costituire l'evidenza documentale dell'appropriatezza delle cure erogate;
- essere lo strumento di comunicazione volto a facilitare l'integrazione operativa tra i professionisti sanitari coinvolti in uno specifico piano diagnostico-terapeutico-assistenziale al fine di garantire continuità assistenziale;
- costituire una fonte dati per studi scientifici e ricerche cliniche, attività di formazione e aggiornamento degli operatori sanitari, valutazione delle attività assistenziali ed esigenze amministrativo-legali.

L'implementazione di una cartella clinica elettronica che centralizza e organizza i dati dei pazienti rappresenta una soluzione per il supporto decisionale clinico avanzato e documentale.

Il progetto prevede la completa dematerializzazione della cartella clinica di reparto cartacea, ove ancora presente, con mantenimento delle medesime caratteristiche funzionali essenziali e valenza medico-legale; la cartella clinica elettronica di terapia intensiva deve consentire agli utilizzatori sanitari di svolgere, documentare e gestire la totalità delle attività che riguardano il paziente in carico al reparto di terapia intensiva, garantendo continuità clinica dei dati in ingresso ed uscita, in maniera sicura, offrendo agli operatori sanitari gli strumenti necessari per la gestione del paziente dall'accettazione in reparto sino alla dimissione, integrandosi con i sistemi informativi aziendale già in uso (es. Laboratorio, Radiologia o Anatomia Patologica).

Inoltre, deve essere di supporto nella gestione delle terapie farmacologiche e delle terapie mediche assistenziali registrando le diagnosi e/o le procedure di intervento svolte, mediante la codifica ICD in modo tale da consentire la generazione automatica della Scheda di Dimissione Ospedaliera per il calcolo dei DRG. La registrazione sulla documentazione clinica e sulla documentazione infermieristica delle azioni, dei processi e degli avvenimenti relativi a un ricovero costituisce un'azione fondamentale per assicurare quel carattere di trasparenza e di chiarezza in grado di garantire le decisioni corrette, appropriate e tempestive di tutti gli operatori sanitari; oltre a ciò, quanto riportato nella documentazione clinica consente la tracciabilità delle attività svolte, fornendo informazioni relative alla responsabilità delle azioni, alla cronologia delle stesse, al luogo e alla modalità della loro esecuzione.

Obiettivi Prioritari:

Medio termine

L'obiettivo che si prefigge la Regione Marche tramite l'uso delle risorse finanziate attraverso il PNRR Linea M6 C2 Investimento 1.1.1 "Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero - Digitalizzazione DEA I e II livello" è l'implementazione della Cartella Clinica delle terapie intensive unica, modulare, integrata quale principale fonte informativa utile per l'identificazione, l'analisi, la gestione, la prevenzione e riduzione dell'errore in ambito sanitario.

6.3.3 Potenziamento della rete informatica regionale dei Laboratori Analisi

Il Sistema Informativo di Laboratorio Analisi attualmente in uso nella Regione Marche consente l'accettazione unica dei campioni su scala regionale (accettazione unica delle richieste e relativa visualizzazione dei referti) per tutte le tipologie di richieste (utenti esterni, pazienti ricoverati e/o in regime di day hospital, pazienti in Pronto Soccorso, esami su campioni per conto di laboratori privati; esami provenienti da indagini diagnostiche generalizzate-screening). Inoltre l'attuale piattaforma permette la composizione finale dei referti di laboratorio analisi permettendo la creazione di un documento "logicamente unico" abilitando la messa in circolarità dei referti anche se le singole determinazioni vengono effettuate in laboratori differenti.

Il sistema è integrato con il Fascicolo Sanitario Elettronico (alimentazione e utilizzo dei servizi a disposizione) rispondendo prontamente a cambiamenti organizzativi derivanti da eventi accidentali (temporanea indisponibilità di personale o di strumentazione) o per garantire la continuità di funzionamento.

Nell'ambito del potenziamento della rete informatica dei laboratori analisi si intende potenziare il Sistema Informativo attualmente in uso a servizio dei laboratori analisi pubblici e privati accreditati con i seguenti obiettivi:

- 1) permettere un accesso univoco e sicuro tramite Fascicolo Sanitario Elettronico ai referti di laboratorio analisi e di anatomia patologica;
- 2) semplificare e uniformare l'accesso del paziente alle strutture di laboratorio;
- 3) supportare attraverso il sistema informativo la riorganizzazione in ottica di rete del sistema dei laboratori.

Le attività si articolano sui seguenti interventi:

Digitalizzazione del processo di accoglienza del paziente

Questo intervento prevede la centralizzazione dell'offerta dei servizi digitalizzando e automatizzando i processi di accesso e presa in carico dei pazienti afferenti ai diversi Laboratori/Punti Prelievo presenti sul territorio di riferimento attraverso un patient journey utilizzabile tramite tecnologie sia di tipo mobile che fisiche.

Il progetto prevede l'implementazione di un sistema centralizzato a livello regionale, integrato con gli applicativi di laboratorio analisi, composto da:

- Touchpoint fisici posizionati all'interno delle strutture di riferimento con lo scopo di accompagnare il paziente nel suo percorso di accesso e presa in carico;
- Funzionalità mobile (da integrare con APP SaluteMarche e portale FSE) centralizzate a livello regionale che permettano:
 - o La prenotazione dell'appuntamento per una prestazione al laboratorio/Punto Prelievi;
 - o Il ritiro dei referti attraverso visualizzazione e/o download;
 - o Il pagamento della prestazione attraverso i diffusi canali di pagamento online (Marche Pay / PagoPA).

Le funzionalità descritte saranno interoperabili con l'APP SaluteMarche e con il nuovo portale del FSE in ottica di consentire all'utente di poter utilizzare le funzionalità dall'uno o dall'altro sistema senza soluzione di continuità. Il paziente potrà dunque gestire le sue impegnative di laboratorio prenotando l'accesso all'erogatore venendo così reindirizzato automaticamente verso le strutture che erogano le prestazioni richieste, potrà effettuare l'accettazione autonomamente tramite mobile o touchpoint una volta giunto presso il laboratorio/punto prelievi, potrà gestire la propria posizione in coda (ad esempio tramite notifica su smartphone quando si avvicina il suo turno), potrà pagare le prestazioni erogate e infine potrà visualizzare e scaricare il suo referto.

Sistema informativo unico di anatomia patologica regionale

L'implementazione di un sistema informativo unico, distribuito ed integrato, che centralizza e organizza i dati dei pazienti rappresentando una soluzione per il supporto decisionale clinico avanzato e documentale.

Questo intervento prevede l'aggiornamento e l'integrazione dei diversi software attualmente in uso nei servizi di Anatomia Patologica presenti in Regione, al fine di consentire:

- L'accettazione unica del campione indipendentemente dal laboratorio fisico;
- La gestione della Tracciabilità sia internamente al laboratorio che esternamente (come ad esempio le estemporanee o gli smaltimenti);
- La refertazione online integrata con i Repository e viewer idoneo alla visualizzazione di immagini di Digital Pathology;
- L'indicizzazione del referto, redatto secondo le recenti specifiche verso il nuovo FSE 2.0;
- Analisi di Business Intelligence e statistiche a livello aziendale e regionale.

Obiettivi Prioritari:**Breve termine:**

- Riorganizzazione in ottica di rete del sistema dei laboratori;
- Aumentare il livello di alimentazione del FSE con i referti di anatomia patologica.

Medio Termine

- Digitalizzazione del processo di accoglienza del paziente.

6.3.4 Sicurezza informatica

La cybersecurity è l'insieme delle modalità e soluzioni tecnologiche necessarie per la protezione di sistemi, reti e programmi dagli attacchi digitali. Questi attacchi informatici solitamente riguardano l'accesso, la trasformazione o la distruzione di informazioni sensibili, oppure sono rivolti alla richiesta illecita di denaro agli utenti con la minaccia dell'interruzione del normale funzionamento dei sistemi e dei processi in uso presso enti e aziende.

Assume quindi di fondamentale importanza l'adozione di soluzioni tecnologiche per la protezione informatica costruiti intorno a tre principi comunemente noti con l'acronimo CIA, ovvero *Confidentiality, Integrity, Availability*, al fine di prevenire l'accesso non autorizzato, l'uso, la divulgazione, l'interruzione, la modifica, l'ispezione, la registrazione o la distribuzione delle informazioni.

Inoltre sarà necessaria l'assunzione, da parte di tutti i soggetti coinvolti, di comportamenti consapevoli che consentano di garantire il funzionamento dei servizi essenziali per la salute e la protezione dei dati personali.

Ne consegue la necessità di favorire l'implementazione di adeguate soluzioni tecnologiche a tutti i livelli istituzionali, nonché di coinvolgere tutto il personale in percorsi formativi che aiutino ad accrescere la conoscenza sui rischi emergenti e sulle principali modalità di risposta alle eventuali minacce informatiche che si dovessero presentare.

6.4 TELEMEDICINA

I grandi mutamenti demografici, epidemiologici e socioeconomici che coinvolgono il complesso scenario in cui viviamo costringono il Servizio Sanitario Nazionale ad affrontare in maniera innovativa le sfide dei prossimi anni. L'insieme di tali fattori richiede una profonda modifica dello scenario di cura che deve essere necessariamente sempre più focalizzato sulla gestione del malato cronico e sulla capacità di prendere in carico l'individuo nel lungo termine oltre che sulla sistematica messa in atto di modelli diagnostico-terapeutici innovativi.

In questo nuovo scenario le tecnologie digitali svolgono un ruolo fondamentale nel trasformare la sanità in un sistema più efficiente e focalizzato sul paziente. L'innovazione tecnologica contribuirà a una riorganizzazione della assistenza sanitaria tramite lo spostamento del fulcro dell'assistenza sanitaria dall'ospedale al territorio, attraverso modelli assistenziali innovativi incentrati sul cittadino e facilitando l'accesso alle prestazioni.

Il documento "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale" recentemente pubblicato da AGENAS definisce la telemedicina come una "modalità di erogazione di servizi e prestazioni assistenziali sanitarie sociosanitarie a rilevanza sanitaria a distanza, abilitata dalle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, e utilizzata da un professionista sanitario per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti (telemedicina professionista sanitario – assistito) o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari (telemedicina professionista sanitario – professionista sanitario).

Al fine di raggiungere l'obiettivo di garantire cure territoriali, di prossimità rispetto al luogo di vita e al domicilio del paziente, gestite prioritariamente dalla medicina di famiglia, è utile garantire servizi di telemedicina adeguati alle esigenze di una popolazione ad alto tasso di anziani e malati cronici.

A fronte di una diffusione di molteplici iniziative di Telemedicina spesso non organiche, si rende necessario disporre di un modello di governance condivisa dei servizi erogati con modalità ICT, quale presupposto alla interoperabilità ed utilizzo diffuso degli stessi. Gli ambiti di applicazione della telemedicina nel contesto regionale possono essere schematizzati nelle aree afferenti alle patologie di natura cardiovascolare, pneumologica, oncologica, neurologica e diabetologica.

Per quanto riguarda il paziente geriatrico è fondamentale valorizzare la competenza e l'esperienza maturata dall'IRCCS INRCA attraverso implementazione di attività di Telemedicina in ambito clinico e di ricerca.

Di seguito si riepilogano le finalità per cui si attiveranno le diverse tipologie di prestazione.

Lo scompenso cardiaco è oggi la prima causa di ricovero ospedaliero in Italia ed è il punto evolutivo finale di cardiopatie diverse dal punto di vista fisiopatologico. Pazienti con dispositivi impiantabili attivi o con malattia cardiovascolare severa, come esempio GUCH (Grown-Up Congenital Heart), ACH (Adult Congenital Heart) o valvulopatia severa, possono trarre beneficio da un telemonitoraggio cardiologico che, dopo la necessaria stratificazione dei pazienti in funzione della gravità e delle diverse esigenze organizzative, permetterà di controllare parametri sia di tipo clinico che strumentali.

Anche le malattie neurologiche croniche caratterizzate da processi neuro-degenerativi spesso associati ad un progressivo incremento di disabilità fisica, cognitiva e perdita di autonomia, potranno trarre vantaggio dall'implementazione di soluzioni individuali di telemonitoraggio ove vi è necessità di un periodico controllo dell'efficacia del trattamento terapeutico prescritto e degli effetti collaterali che possono manifestarsi.

Il paziente oncologico sarà affiancato da soluzioni individuali di televisita e/o teleassistenza all'interno di ogni fase della malattia dalla diagnosi al trattamento chirurgico o sistemico (ormonoterapia, chemioterapia, immunoterapia, ecc.) al follow-up.

Nel caso di paziente con patologie respiratorie di tipo cronico quali ad esempio la Sindrome apnee ostruttive nel sonno (OSAS) o l'insufficienza respiratoria cronica o broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), i parametri di tipo clinico strumentali oggetto di telemonitoraggio riguardano la valutazione dell'instabilità clinica definita a seguito della valutazione medica, l'analisi di possibili riacutizzazioni con indicazioni della frequenza e gravità degli eventi ed il test della proteina C reattiva per lo studio dell'antibioticoresistenza.

Per quanto riguarda la malattia diabetica con il telemonitoraggio si prevede la misurazione continua di alcuni parametri clinici al fine di ridurre la necessità per il paziente di eseguire controlli ambulatoriali di persona ed attivare una prevenzione dell'ampio spettro di complicanze che interessano diversi organi ed apparati legate all'evoluzione della patologia stessa.

Di seguito si riportano altre possibili aree di erogazione di prestazioni di telemedicina tramite soluzioni ICT:

- Telemonitoraggio di pazienti affetti da scompenso cardiaco con impianto ICD. I moderni dispositivi impiantabili, pacemaker, defibrillatori (ICD), dispositivi per la resincronizzazione cardiaca (CRT), sono in grado di memorizzare una quantità sempre maggiore di informazioni diagnostiche relative al funzionamento del dispositivo, all'incidenza di aritmie, a misure fisiologiche sullo stato del paziente e a indicatori della funzione cardiovascolare. Informazioni riguardanti sia lo stato di funzionamento del dispositivo che lo stato di salute del paziente, possono essere ricavate dall'interrogazione di tali dispositivi impiantati da remoto. Se queste informazioni vengono evidenziate e riconosciute tempestivamente, la gestione di alcuni problemi può evitare fasi di scompenso cardiaco acuto, il conseguente ricovero in ospedale ed il correlato peggioramento della prognosi e della qualità della vita dei pazienti.
- Telemonitoraggio in dialisi domiciliare. La dialisi peritoneale rappresenta una valida terapia dialitica a domicilio di pari efficacia rispetto all'emodialisi praticata nel centro ospedaliero. Per migliorare l'accettazione di tale metodica dialitica, migliorare l'aderenza alla terapia prescritta e controllare l'adeguatezza del trattamento sono stati sviluppati sistemi di monitoraggio da remoto del paziente direttamente implementati nel dispositivo utilizzato dal paziente in dialisi peritoneale automatizzata.
- Telemonitoraggio cardiocografico a distanza senza che la paziente si rechi in ospedale - Riduzione della quantità di visite svolte in studio grazie al monitoraggio da remoto grazie al quale è possibile evidenziare situazioni in cui la salute del feto è a rischio o in presenza di un problema di salute della mamma.

- Teleassistenza per pazienti, in particolare anziani, in struttura residenziale o domiciliare (Esempio: la Teleriabilitazione è un trattamento che consente di fornire servizi di riabilitazione a distanza con il supporto delle nuove tecnologie ICT; in seguito a un infortunio o un intervento chirurgico, molti pazienti ricevono esercizi specifici da svolgere a casa per favorire il loro recupero. La Teleriabilitazione si pone l'obiettivo di potenziare l'efficacia dei tradizionali esercizi riabilitativi, consentendo maggiore autonomia e il mantenimento dei risultati nel tempo). Un altro ambito è la televisita geriatrica di pazienti anziani, in particolare quando il paziente è stato dimesso dopo un ricovero ospedaliero o comunque ha avuto una prima visita geriatrica ambulatoriale per il follow-up specialistico).
- Teleassistenza a distanza nell'ambito della salute mentale (esempio: Teleriabilitazione logopedica, trattamento che consente di fornire servizi di riabilitazione a distanza con il supporto delle nuove tecnologie (video, siti web, programmi informatici...) per bambini e adulti con disturbo di linguaggio e/o disturbo specifico dell'apprendimento (dislessia, disortografia, discalculia).
- Televisita per i pazienti detenuti presso le case circondariali. La Televisita è una visita a distanza eseguita in tempo reale resa possibile da una connessione internet che permette il contatto fra due video device, integrata dal supporto di dati di monitoraggio elettrofisiologico. L'obiettivo è il miglioramento dell'assistenza sanitaria in carcere, che presenta disagi per la gestione delle emergenze e costi aggiuntivi dovuti all'organizzazione dei trasferimenti, riducendo la mobilità del paziente al di fuori della struttura.
- TeleRadiologia: in quest'ultimo ambito cioè nella possibilità per il medico radiologo di refertare a distanza un esame radiologico le cui immagini sono state eseguite in altra sede si innesta anche la "radiologia domiciliare". Tale pratica diagnostica, ovviamente limitata ad esami di radiologia convenzionale (muscoloscheletrica, torace etc) ed eventualmente ecografica, evita la movimentazione del paziente non deambulante/non trasportabile dal domicilio al centro radiologico con conseguente risparmio dei costi legati al trasporto in ambulanza, evitando al paziente disagi, con vantaggi riconducibili ad aspetti sociali ed economici. A tal fine sono state recentemente pubblicate delle linee guida da parte della Società Italiana di radiologia Medica e della Associazione di Fisica Medica al fine di fornire la necessaria accuratezza diagnostica del referto e la sicurezza del paziente.

Dal punto di vista tecnologico l'infrastruttura regionale di telemedicina deve essere unica a livello regionale e interoperabile con quelle delle altre regioni grazie all'integrazione con la piattaforma nazionale di telemedicina. Le due piattaforme FSE e telemedicina saranno mutuamente connesse e concorreranno nel realizzare processi clinici, di governo anche tecnologico, di raccolta dati e messa a disposizione di servizi verso i cittadini e verso i professionisti, anche appoggiandosi su strutture cloud e logiche a microservizi.

Internet of Medical Things

L'Internet of Medical Things IoMT riguarda dispositivi medici collegati a una struttura o a un operatore sanitario tramite Internet. Si tratta di device di genere e natura molto diversi, quali ad esempio dispositivi indossabili, strumenti per il monitoraggio remoto dei pazienti, letti ospedalieri, pompe di infusione, sistemi di tracciamento dei farmaci, in grado di generare, raccogliere, analizzare e trasmettere dati sanitari.

I dispositivi IoMT possono essere raggruppati in tre macrocategorie:

- in-body,
- in-home,
- in-clinic.

I dispositivi in-body sono i dispositivi indossabili che integrano biosensori che monitorano i dati fisiologici (ad esempio: la pressione sanguigna, il battito cardiaco, la temperatura, il glucosio continuo, il livello di saturazione di ossigeno), dotati di funzionalità di comunicazione remota / wireless che può essere utilizzata per la telemedicina e il monitoraggio ospedaliero. I dispositivi all'interno del gruppo 'in-home' sono generalmente impiegati per il monitoraggio dei pazienti, siano essi cronici oppure pazienti dimessi che necessitano di essere seguiti nel decorso post-ospedaliero. I dispositivi in-clinic sono sistemi utilizzati all'interno di un'organizzazione sanitaria per funzioni di controllo, per funzioni amministrative o in connessione con le cartelle cliniche.

I dispositivi IoMT aiutano a monitorare il comportamento e l'attività del paziente ovunque questi si trovi: di conseguenza il medico o il *caregiver* possono fare riferimento a dati reali per verificare il rispetto delle raccomandazioni sulle terapie o per seguire ciò che accade dopo che un paziente lascia una struttura ospedaliera. I dispositivi IoMT possono aiutare a monitorare i parametri vitali e la funzionalità cardiaca, monitorare il tasso di glucosio e altri valori corporei, i livelli di attività fisica, le ore di sonno.

Obiettivo Prioritario:

Un obiettivo prioritario della Regione Marche risulta essere l'implementazione di nuovi servizi di telemedicina al fine di ridurre gli attuali divari geografici e territoriali e migliorare l'efficacia e l'efficienza dei sistemi sanitari regionali tramite la promozione dell'assistenza domiciliare. Il Piano operativo regionale di telemedicina conterrà l'indicazione dei nuovi servizi da implementare, diffusi ed uniformi su scala regionale, e la trasformazione di quelli già presenti in ambito sperimentale o promossi solo da alcune realtà locali, a componenti integranti del sistema sanitario regionale.

Obiettivo a breve termine

Attivazione della piattaforma unica di telemedicina a supporto dei pazienti con malattie croniche.

Attivazione dei servizi di Telemedicina per le seguenti prestazioni:

- Televisita, teleconsulto/teleconsulenza e teleassistenza;
- Telemonitoraggio e telecontrollo del paziente con diabete;
- Telemonitoraggio e telecontrollo del paziente con patologie respiratorie;
- Telemonitoraggio e telecontrollo del paziente con patologie cardiologiche;
- Telemonitoraggio e telecontrollo del paziente oncologico;
- Telemonitoraggio e telecontrollo del paziente neurologico.

6.5 IMAGING CON RISONANZA MAGNETICA

La Risonanza magnetica si è molto sviluppata in questi anni sia da un punto di vista tecnologico sia da un punto di vista delle applicazioni cliniche. *L'imaging tramite la Risonanza Magnetica svolge oggi un ruolo assolutamente centrale sia nel campo della diagnosi di varie patologie che, in ambito terapeutico, nell'individuazione dei piani di trattamento più adeguati per i pazienti.*

Le apparecchiature RM di ultima generazione utilizzano un **campo magnetico ad alta intensità** (3 Tesla) insieme ad una tecnologia di acquisizione delle immagini completamente digitalizzata, con un software di ottimizzazione delle immagini che ne accresce l'accuratezza migliorandone la qualità, la specificità e la predittività diagnostica.

Grazie all'acquisizione delle immagini ad alto campo è possibile ottenere immagini di elevato dettaglio anatomico permettendo di studiare strutture molto piccole e riconoscere quanto prima alterazioni tissutali ai primi stadi, consentendo di individuare la patologia e trattarla con più alte probabilità di successo e guarigione.

L'impiego di apparecchiature a risonanza magnetica ad alto campo hanno una indicazione clinica rilevante in campo oncologico perché permette di utilizzare la metodica per il riconoscimento, la stadiazione ed il follow up delle malattie tumorali di molti distretti corporei. L'impatto dell'innovazione tecnologica è molto importante nell'ambito della Neuroradiologia in generale, e dell'area pediatrica in particolare.

Inoltre tale metodica trova ampia indicazione clinica nei seguenti ambiti:

- campo senologico (*migliore individuazione delle neoplasie mammarie*)
- urologico (prostata e reni);
- addominale (retto e apparato genitale);
- neurologico (patologie neurodegenerative e neurologiche come epilessia e sclerosi multipla);
- Neurochirurgico (studio dell'encefalo ed eventuali lesioni con lo scopo di pianificare interventi chirurgici 3D);

- Cardiaco (imaging avanzato delle patologie cardiache di tipo funzionale);
- Pediatrico.

Radioterapia guidata dalle immagini RM

La radioterapia guidata dalle immagini (IGRT), è una metodica che utilizza le immagini acquisite durante il trattamento, al fine di migliorare la sua precisione e l'accuratezza di erogazione.

Attualmente gli acceleratori lineari (linac) sono dotati di speciali apparecchiature di tomografia computerizzata *on-board* che permettono di avere un'immagine del tumore da trattare sia prima che durante la terapia stessa mentre il paziente è posizionato sul lettino per ricevere il trattamento.

Tale tecnologia definita *cone beam'* (CBCT) garantisce una eccellente visibilità dei tessuti ossei permettendo di ridurre le incertezze geometriche ed ottimizzando il posizionamento del fascio radiante durante il trattamento. Lo scopo principale della radioterapia guidata dalle immagini, è quindi quello di concentrare la dose del trattamento esclusivamente ai tessuti tumorali, per lasciare quanto più intatti i tessuti sani circostanti la neoplasia.

L'attuale frontiera nell'utilizzo delle radiazioni ionizzanti in ambito radioterapico è quello di avere la possibilità di visualizzare durante il trattamento radiante i livelli di contrasto anche dei tessuti molli; ciò permetterebbe di avere una maggior riconoscimento anche di quelle particolari tipologie di tumori difficili da identificare in quanto circondati da tessuti a bassa densità di contrasto.

La risonanza Magnetica grazie alle sue eccezionali capacità di visualizzazione dei tessuti molli e a un'ampia gamma di contrasto delle immagini, è lo strumento più indicato per aiutare a definire in modo più preciso i limiti del tumore in molte regioni anatomiche come il sistema nervoso centrale, testa-collo e l'area pelvica.

In particolare, attraverso la RM si può ottenere un'alta definizione della struttura e della composizione dei tessuti molli sede di tumori ed è possibile il riposizionamento ottimale della zona da colpire in ogni seduta radioterapica. In tal senso è di recente produzione un particolare ed innovativo acceleratore lineare integrato con una risonanza magnetica ad alto campo **Linac RM** (RM-gRT) per l'ottimizzazione della precisione del trattamento radioterapico. Tale macchina ibrida consente una migliore visualizzazione dell'area bersaglio e degli organi a rischio vicini consentendo di correggere in tempo reale durante il trattamento la posizione e le caratteristiche del bersaglio tumorale da colpire, preservando l'integrità dei tessuti sani circostanti.

Con la nuova macchina Linac RM si ottimizza ancora di più la precisione del trattamento in quanto il confine tra il tumore e i tessuti sani circostanti vengono definiti in modo più preciso. Inoltre con le immagini di risonanza magnetica si ottengono informazioni precise sullo stato di evoluzione del tumore e sulla necessità di adattare il trattamento alle normali modifiche anatomiche del paziente; oltre ad *individuare* il tumore si riesce meglio a *contornarlo* e a *caratterizzarlo* clinicamente.

Obiettivi Prioritari:

Medio / Lungo termine:

Potenziare e sviluppare le attività di imaging tramite Risonanza Magnetica a campo magnetico ad alta intensità (3 Tesla).

6.6 TECNOLOGIE BIOMEDICHE

A fronte di una distribuzione sempre più vasta ed irrinunciabile di apparecchiature biomediche legata ad un livello crescente di complessità tecnologica, l'applicazione di uno strumento di *governo integrato delle tecnologie* basato sull'utilizzo di metodologie di Health Technology Assessment (HTA) risulta fondamentale per gestire l'introduzione e l'utilizzo in sicurezza di una tecnologia nel contesto organizzativo ed infrastrutturale esistente.

L'adozione di tale strumento nell'intero ciclo di vita della tecnologia consente di adottare misure per garantire l'integrazione, in maniera sicura ed appropriata, dell'innovazione con i sistemi procedurali e tecnologici esistenti, nonché di avviare, in un'ottica di *revisione* della spesa, azioni di disinvestimento basate sulla conoscenza puntuale dei processi e delle dotazioni aziendali.

La valutazione delle tecnologie sanitarie è un processo complesso a supporto delle decisioni da intraprendere per garantire un *“uso sicuro, appropriato, efficiente ed economico”* delle stesse anche in considerazione che spesso il malfunzionamento delle apparecchiature elettromedicali rappresenta un problema riconducibile ad un programma di manutenzione preventiva non adeguato o all'assenza di controlli delle performance.

Rete regionale di HTA

L'attivazione della rete regionale di HTA sarà deputata anche alla valutazione delle innovazioni tecnologiche nell'ambito dei dispositivi medici in considerazione del loro impatto in termini clinici, organizzativi ed economici in ambito sanitario definendo le modalità operative per coordinare il processo di valutazione delle richieste di introduzione di nuova tecnologia che vede coinvolti gli Enti del Servizio Sanitario Regionale e l'implementazione di sistemi oggettivi per la valutazione del livello di obsolescenza del parco tecnologico installato.

Il Ministero della Salute definisce tecnologia sanitaria nuova *“una tecnologia nella fase di primo impiego nella pratica clinica e, generalmente, subito dopo la fase di immissione in commercio”* e tecnologia emergente *“una tecnologia sanitaria nella fase precedente alla commercializzazione, utilizzata in un numero molto limitato di centri e non ancora adottata dal SSN”* (Ministero della Salute 2014).

Si definisce come **innovativa** una *“tecnologia completamente nuova che mostra un meccanismo d'azione o un'indicazione completamente diversa dalle alternative esistenti oppure un miglioramento sostanziale in termini di trattamento o diagnosi rispetto a una tecnologia esistente”* (Varela-Lema, 2014).

Infine l'Organizzazione Mondiale della Salute descrive le innovazioni in un senso più ampio segnalando che si tratta di un concetto che comprende tre diverse dimensioni:

1. Il tipo d'innovazione (cosa c'è di nuovo?)
2. La soggettività dell'innovazione (per chi rappresenta una novità?)
3. Il grado d'innovazione (quanto è nuovo?).

A livello regionale il processo di programmazione del rinnovamento tecnologico rappresenta un obiettivo auspicato e condiviso, definendo percorsi strutturati ed espressamente finalizzati a definire il processo attraverso metodologie di Health Technology Assessment.

Il *“primum movens”* di questa programmazione è rappresentato dall'allocazione dei fondi del Servizio Sanitario Regionale e dalla loro conseguente destinazione verso specifiche attività assistenziali. La programmazione degli acquisti si propone sempre nell'osservanza dei tetti di spesa riguardanti i dispositivi medici, intervenendo nello specifico sui seguenti aspetti:

- *Pianificazione.* Valutazione della coerenza tra i piani aziendali d'investimento e gli obiettivi del Piano sanitario regionale finalizzata ad assicurare la coerenza tra la dotazione tecnologica ed il sistema dell'offerta e ad evitare duplicazioni di servizi e tecnologie.
- *Controllo.* Monitoraggio della tecnologia acquistata e verifica dei risultati effettivamente conseguiti rispetto a quelli programmati. L'outcome dell'introduzione di nuove tecnologie oltre ad essere effettuato su basi oggettive quali le prestazioni erogate passa anche attraverso il feedback di tutte le figure coinvolte quali i pazienti, i cittadini e i caregivers che possono essere coinvolti tramite apposite survey. È dunque importante che la loro prospettiva venga presa in considerazione nel processo di controllo e valutazione di una nuova tecnologia in quanto comprendono e possono descrivere i veri benefici di un trattamento e la reale portata degli effetti indesiderati.
- *Obsolescenza.* L'aumento degli investimenti in tecnologie biomediche rende necessario un processo di controllo delle manutenzioni del parco tecnologico biomedico con l'obiettivo di un maggior efficientamento delle tecnologie sanitarie e di riduzione del livello di obsolescenza tecnologica.

A tal riguardo si riscontra che l'attività di manutenzione delle tecnologie biomediche sta evolvendo da una concezione di pura operatività (il ripristino delle apparecchiature non funzionanti) verso una vera e propria funzione manageriale volta alla riduzione dei rischi connessi all'uso dei dispositivi medici, alla diminuzione dei tempi di inutilizzo, alla prevenzione dei guasti ed alla garanzia della qualità delle prestazioni erogate. In tal modo si ottimizza la durata fisiologica del bene contribuendo al miglioramento continuo del percorso assistenziale del paziente del cui iter diagnostico-terapeutico la tecnologia costituisce un fattore fondamentale. È quindi importante che la manutenzione delle apparecchiature sia gestita in modo corretto ed efficace anche tramite forme innovative di manutenzione evolutiva al fine della mitigazione del tasso di obsolescenza tecnologica.

Obiettivo Prioritario:

Ad oggi nella Regione la situazione è fortemente disomogenea in quanto ciascun Ente agisce autonomamente nella gestione del proprio parco tecnologico. Questo comporta spesso una duplicazione delle procedure con conseguente dispersione di risorse sia nell'acquisizione di beni e servizi sia nella gestione e manutenzione delle apparecchiature biomedicali con ridotte capacità di abbattimento dei costi

Obiettivo a breve termine

Istituzione della Rete regionale di HTA che nel rispetto della multidisciplinarietà che la contraddistingue, vedrà coinvolti i vari stakeholders compresi gli Enti del Servizio Sanitario Regionale (SSR), le società a carattere scientifico e le Università, con le seguenti finalità:

- identificare, filtrare e prioritizzare le tecnologie sanitarie nuove ed innovative al fine di valutare il loro potenziale impatto per il sistema sanitario regionale;
- monitorare la vetustà del parco tecnologico installato, a tale scopo è necessario implementare un Sistema di anagrafica centralizzata utilizzando anche i database, ove esistenti, delle diverse Aziende.

Obiettivo a medio termine

Un congruo risparmio si otterrebbe implementando una gestione centralizzata anche dei contratti di manutenzione per le apparecchiature medicali nel rispetto delle diverse organizzazioni aziendali.

6.7 FLUSSI INFORMATIVI E MONITORAGGIO DEL SSR

Il Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR svolge attività di supporto tecnico in tema di flussi dati (sanitari e socio-sanitari), con specifico supporto ai Settori regionali, e con l'utilizzo dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale risponde alle necessità di programmazione epidemiologica e coordinamento della rete epidemiologica regionale.

Le attività principali come indicato nel decreto "funzioni del Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR" si articolano nelle seguenti aree di lavoro:

- Attività di gestione flussi sanitari e socio-sanitari e relative debiti informativi Ministeriali
- Supporto tecnico allo sviluppo/progettazione di nuovi flussi informativi
- Affiancamento di progettazione e sviluppo di database informativi relative a flussi dati
- Monitoraggio e predisposizione dashboard sui bisogni di salute
- Monitoraggio e predisposizione dashboard sulla domanda di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie e monitoraggio dell'offerta di prestazioni
- Attivazione di modellistica di supporto alla programmazione regionale
- Coordinamento flussi informativi e adempimenti LEA
- Monitoraggio con dashboard informative sui LEA e sul Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)
- Supporto Settori in fase di istruttoria per la valutazione adempimenti LEA
- Gestione flussi informativi pandemia Sars-CoV-2

- Interfaccia Istituto Superiore di Sanità per debiti informativi giornalieri/settimanali/mensili di monitoraggio pandemia Sars-CoV-2

L'Osservatorio Epidemiologico Regionale svolge funzioni di:

- Sorveglianza stili di vita della popolazione: programmi di monitoraggio epidemiologico: progetto PASSI e PASSI d'Argento, Stesura Profilo di Salute Regionale e supporto all'attività epidemiologica nazionale e locale
- Attività di coordinamento della rete epidemiologica regionale
- Gestione dei registri di patologia e delle cause di morte
- Attività di collaborazione e supporto al Piano Regionale della Prevenzione
- Collaborazione con l'ARPAM per indagini epidemiologiche ambiente correlate
- Sviluppo attività statistica-epidemiologica nel sistema SSTAR
- Analisi epidemiologiche sui flussi in tema di certificato di assistenza al parto (CeDAP)
- Analisi epidemiologica breve/medio e profili previsionali a lungo periodo sulla pandemia Sars-CoV-2

Le prospettive da implementare nei prossimi anni si differenziano nei 3 percorsi principali afferenti al Settore flussi Informativi:

1) Gestione e accoglienza Flussi (GAF):

la gestione dei sistemi informativi regionali andrà implementata con nuovi sistemi di accoglienza flussi, nuovi percorsi di alimentazione e interfaccia visiva a GAF e con percorsi di lettura dei flussi correnti con dashboard di follow-up analitico. I flussi predisposti per entrare nei prossimi anni nel nuovo sistema di accoglienza (GAF) saranno: Scheda Dimissione Ospedaliera (SDO), I Dispositivi Medici, il SIAD con le nuove integrazioni, il FAR, la Medicina di Base, il SISM, la Specialistica, la Somministrazione diretta farmaci, la Farmaceutica, il Flusso 118 e Flusso Emur e alcuni nuovi flussi in fase di implementazione Ministeriale (NPIA, SDO-R e la parte del PNRR).

Il nuovo percorso (di alimentazione a GAF) di gestione dei flussi dati tenderà verso una validazione in fase di offline rispetto alla fase di upload del flusso; successivamente attraverso algoritmi di controllo i flussi verranno analizzati e monitorati per inviare dei check di controllo ai responsabili dell'invio dei flussi specifici. La struttura di controllo restituirà successivamente i seguenti file di Feedback:

- 1) Rivevuta di upload: reportistica generale con il numero dei dati inviati e una serie di sintesi informativa economico-gestionale;
- 2) Riepilogo Errori: reportistica con i dati riassuntivi e la tipologia dell'errore, con l'individuazione del codice matrice specifico;
- 3) Report Dettaglio errori: File di testo dove vengono riportate le singole righe errate con il codice del relativo errore

Il nuovo GAF tenderà verso un'ottimizzazione dei tempi nella fase di controllo, attraverso dei check/alert che seguiranno le prerogative tecniche dei singoli flussi, con l'obiettivo di monitorare in fase di caricamento a GAF regionale eventuali anomalie nella lettura del flusso e successivamente rendere più performante l'invio del flusso a livello Ministeriale.

2) Monitoraggio del Servizio Sanitario Regionale:

Le attività di analisi/monitoraggio del Servizio Sanitario Regionale (SSR) si orienteranno sempre con maggiore intensità, verso una prospettiva di supporto ai cambiamenti organizzativi e verso una prospettiva di valutazione efficacia/efficienza dei percorsi gestionali. I sistemi informativi nel post covid-19 si dovranno muovere verso una visione di interoperabilità dei sistemi e dovranno mettere al centro del percorso informativo, la sicurezza nella gestione del dato e l'interfaccia con l'utente anche su percorsi informali.

Il sistema di gestione dei flussi informativi dovrà mettere al centro nei prossimi anni, percorsi formativi che possano ampliare le competenze in materia di gestione del dato, competenze in materia di nuove tecnologie

digitali di visualizzazione delle informazioni e competenze in materia di condivisione del dato con l'attivazione di sharepoint informativi.

Un aspetto rilevante riguarderà lo sviluppo di nuovi sistemi che favoriscano l'interoperabilità tra le componenti della rete di fornitori di servizi sanitari, che in questo momento operano con assetti informativi eterogenei. Gli obiettivi saranno di creare banche dati strutturate in maniera omogenea che soddisfano i tre requisiti dell'interoperabilità: Tecnica, Sintattica e Semantica.

3) L'Osservatorio Epidemiologico Regionale:

L'Osservatorio Epidemiologico Regionale, si orienterà verso lo sviluppo di nuovi sistemi di stratificazione del rischio della popolazione residente, attraverso la costruzione di piramidi del rischio con stratificazione per patologia, per area di contesto socio-economico e attraverso l'utilizzo di algoritmi di analisi che lavorano attraverso la cooperazione contemporanea di più flussi informativi. La stratificazione rappresenta un obiettivo prioritario dell'attività epidemiologica, al fine di stimare le soglie di rischio della cittadinanza, con i seguenti obiettivi generali:

- disporre di informazioni dettagliate per cooperare alle decisioni organizzative,
- identificare fasce di pazienti considerate ad alto rischio (nell'analisi predittiva) al fine di attuare interventi preventivi;
- migliorare la cooperazione ai processi decisionali clinico/diagnostici attraverso la modellazione predittiva.

Le attività di profiler previsionali (di stratificazione delle soglie di rischio) si svilupperanno nei seguenti settori di interesse: programmi orientati alla prevenzione delle malattie, miglioramento delle metodologie di gestione della multimorbilità, sviluppando sistemi per il miglioramento e l'ottimizzazione dell'aderenza e dell'empowerment dei pazienti.

La rete epidemiologica regionale dovrà tendere verso un rafforzamento strutturale, in particolare dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale (OER) con la priorità di implementare nuove competenze per accompagnare il sistema epidemiologico e orientarlo verso il futuro al fine di: analizzare le evidenze in sanità disponibili, ridisegnare le sorveglianze e gli studi sulla popolazione e lo stato di salute, rilevare i nuovi bisogni di salute, analizzare la distribuzione dei determinanti di salute individuale e collettiva con analisi sugli effetti sugli impatti, valutare la relazione tra bisogno/offerta/consumo di prestazioni sanitarie, valutare l'efficacia degli interventi sanitari e dei modelli organizzativi di erogazione.

Le funzioni e i servizi di epidemiologia dovranno ripartire dallo sviluppo dell'integrazione dei flussi informativi Sanitari, Socio-Economici e Socio-Demografici, con una operabilità tempestiva e attraverso l'interoperabilità delle diverse fonti informative. Oltre ai percorsi informativi standardizzati, una importanza rilevante va sottolineata per la raccolta dei dati sul campo ad hoc, che possono integrare i flussi correnti ordinari. La forte digitalizzazione dei sistemi dovrà partire dall'integrazione dei flussi correnti.

La rete epidemiologica regionale sarà affiancata e inserita nei percorsi informativi regionali con accessi al sistema di Data Warehouse per costruire percorsi epidemiologici con dati in Real-Time. Il personale inserito nella struttura regionale di epidemiologia dovrà operare secondo un modello organizzativo strutturato in modo da assicurare funzioni di governo regionale, cooperazione con la funzione epidemiologica nazionale e supporto al sistema epidemiologico locale. In questo contesto si inserisce il coordinamento epidemiologico regionale attribuito all'Osservatorio Epidemiologico Regionale che si possa interfacciare con la rete nazionale e con i punti epidemiologici locali.

La Rete Epidemiologica Regionale, l'integrazione con i Registri di Patologia e il Network dei Registri Tumori Regionali, i Registri di Patologia con focus sui Registri Tumori, tenderanno verso una rete di cooperazione, un Network che si snoda dal registro Tumori Infantili, al Registro Tumori Occupazionali, al Registro Mesoteliomi, fino ad arrivare al Registro Tumori della Popolazione integrato con il Registro delle cause di morte RENCAM. Queste strutture, attive e coperanti nel network Regionale, saranno orientate verso una cooperazione forte e attiva su tutto il territorio regionale, al fine di garantire un monitoraggio "lifelong health".

4) L'Osservatorio Regionale sulle Diseguaglianze nella salute:

Nella Regione Marche il tema delle diseguaglianze nella salute è stato portato in evidenza dall'Osservatorio sulle Diseguaglianze nella salute (nato nel 2000 all'interno dell'Agenzia Regionale Sanitaria Marche).

L'Osservatorio, tra i primi in Italia sul tema, ha cercato sempre di individuare interventi specifici di promozione della salute e di contribuire a programmare servizi di base adeguati per coloro che risultano svantaggiati negli esiti di salute e più vulnerabili a causa di peggiori condizioni socio-economiche e che, quando più spesso ricorrono al ricovero e necessitano di assistenza più costosa.

Nell'attuale contesto nazionale in cui la necessità di ottimizzare le risorse è acclarata, fornire le cure di base a chi ne ha bisogno, a partire dai gruppi più vulnerabili, significa anche assumere la responsabilità di operare in termini di efficienza per tutti, oltre che contrastare le diseguaglianze, che come noto, hanno ricadute negative su tutta la collettività.

La mission dell'Osservatorio è quella di progettare e mettere in campo azioni per il miglioramento delle performances dei servizi del SSR Marche attraverso: la conduzione di indagini sullo stato di salute dei gruppi vulnerabili, la valutazione dei servizi, la creazione ed il sostegno a gruppi di lavoro di professionisti del Servizio Sanitario anche attraverso percorsi di formazione/azione regionali, la proposizione di indicazioni normative regionali; lo svolgimento di un Help Desk per la raccolta delle problematiche che vengono rilevate da soggetti del territorio (operatori SSR e cittadini) in relazione all'assistenza sanitaria dei gruppi vulnerabili, intervenendo per la risoluzione dei problemi, nell'ottica del rispetto dei diritti e dei doveri di tutti i cittadini, operando in rete anche con altre Regioni e Società Scientifiche; la promozione della mediazione interculturale; lo svolgimento di azione di partnership con soggetti istituzionali e no profit e di advocacy, a livello locale e nazionale; la realizzazione di specifici progetti a valenza regionale, nazionale, europea.

Obiettivi Prioritari:

Breve termine

- Sviluppo dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale e creazione della rete epidemiologica regionale, attraverso la cooperazione salute/ambiente
- Rafforzamento dei registri delle cause di morte e di patologia
- Rafforzamento dei sistemi di monitoraggio del SSR e di lettura qualitativa dei flussi dati
- Sviluppo dell'Osservatorio regionale sulle diseguaglianze nella Salute e creazione in rete con l'Osservatorio Epidemiologico regionale e con l'Osservatorio delle Politiche Sociali rete regionale
-

Medio termine

- Implementazione e strutturazione dei nuovi flussi previsti nel PNRR
- Ottimizzazione e miglioramento delle performance nella gestione Accoglienza Flussi (GAF)
- Sviluppo di sistemi di IA e data science

7 L'ADEGUAMENTO INFRASTRUTTURALE: IL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA (PNRR)

La pandemia di Covid-19 è sopraggiunta in un momento storico in cui era già evidente e condivisa la necessità di adattare l'attuale modello economico verso una maggiore sostenibilità ambientale e sociale.

Nel dicembre 2019, la Presidente della Commissione europea ha presentato lo European Green Deal che intende rendere l'Europa il primo continente a impatto climatico zero entro il 2050.

La pandemia, e la conseguente crisi economica, hanno spinto l'UE a formulare una risposta coordinata a livello sia congiunturale, con la sospensione del Patto di Stabilità e ingenti pacchetti di sostegno all'economia adottati dai singoli Stati membri, sia strutturale, in particolare con il lancio a luglio 2020 del programma Next Generation EU (NGEU).

Lo sforzo di rilancio dell'Italia delineato dal Piano presentato dall'Italia si sviluppa intorno a tre assi strategici condivisi a livello europeo: digitalizzazione e innovazione, transizione ecologica, inclusione sociale.

Le Linee guida elaborate dalla Commissione Europea per l'elaborazione dei PNRR identificano le Componenti come gli ambiti in cui aggregare progetti di investimento e riforma dei Piani stessi.

Ciascuna componente riflette riforme e priorità di investimento in un determinato settore o area di intervento, ovvero attività e temi correlati, finalizzati ad affrontare sfide specifiche e che formino un pacchetto coerente di misure complementari.

Le componenti hanno un grado di dettaglio sufficiente ad evidenziare le interconnessioni tra le diverse misure in esse proposte. Il Piano si articola in sedici Componenti, raggruppate in sei Missioni.

La pandemia ha messo in evidenza come la sanità sia un'area che richiede un significativo aggiornamento digitale.

Il piano vuole accelerare in modo decisivo il miglioramento, l'armonizzazione e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) quale pietra angolare per l'erogazione dei servizi sanitari digitali e la valorizzazione dei dati clinici nazionali. Inoltre, sviluppa ecosistemi avanzati di telemedicina, asse portante del rafforzamento della sanità territoriale e del miglioramento degli standard di cura di cittadini e residenti.

Le riforme previste dal piano

Il Piano prevede un insieme integrato di investimenti e riforme orientato a migliorare l'equità, l'efficienza e la competitività del Paese, a favorire l'attrazione degli investimenti e in generale ad accrescere la fiducia di cittadini e imprese. Per essere efficace, strutturale e in linea con gli obiettivi del pilastro europeo dei diritti sociali, la ripresa dell'Italia deve dare pari opportunità a tutti i cittadini, soprattutto quelli che non esprimono oggi pienamente il loro potenziale.

Per questo motivo le 6 Missioni del PNRR condividono priorità trasversali, relative alle pari opportunità generazionali, di genere e territoriali. Le Riforme e le Missioni sono valutate sulla base dell'impatto che avranno nel recupero del potenziale dei giovani, delle donne e dei territori, e nelle opportunità fornite a tutti, senza alcuna discriminazione.

In particolare, le priorità sono le seguenti:

- *il sostegno agli anziani non autosufficienti.* Attualmente in Italia le persone con una età superiore ai 65 anni sono il 23 per cento, dato destinato ad aumentare gradualmente nei prossimi anni. Inoltre, secondo le stime attuali, il numero di anziani non autosufficienti raddoppierà fino a quasi 5 milioni entro il 2030. Questi dati pongono una vera e propria sfida per i servizi di welfare e per l'assistenza sociosanitaria. Per le persone anziane non autosufficienti, il Piano introduce diverse misure, strettamente legate tra loro, sia riguardo al rafforzamento dei servizi sociali territoriali finalizzato alla prevenzione dell'istituzionalizzazione e al mantenimento, per quanto possibile, di una dimensione autonoma (Missione 5), sia attraverso il potenziamento dell'assistenza sanitaria, soprattutto quella radicata sul territorio (Missione 6);

➤ *le pari opportunità per le persone con disabilità*. L’attenzione per le persone con disabilità caratterizza tutto il PNRR, in linea con la convenzione delle Nazioni Unite sui Diritti delle Persone con Disabilità. Stando ai dati del 2019, in Italia le persone con disabilità – ovvero che soffrono a causa di problemi di salute e di gravi limitazioni che impediscono loro di svolgere attività abituali – sono 3 milioni e 150 mila, pari a circa il 5 per cento della popolazione. Gli anziani sono i più colpiti, soprattutto le donne: su quasi 1 milione e mezzo di ultrasessantacinquenni che si trovano in condizione di disabilità, vi sono 1 milione di donne. I problemi legati alla disabilità si sommano spesso a quelli dovuti alle disuguaglianze territoriali, con una maggiore concentrazione nelle Isole.

All’interno del Piano, per quanto riguarda le aree sociale e sanitaria, sono previste le seguenti misure:

- La Missione 5 include un investimento straordinario sulle infrastrutture sociali, nonché sui servizi sociali e sanitari di comunità e domiciliari, per migliorare l’autonomia delle persone con disabilità.
- Nella Missione 6, il miglioramento di servizi sanitari sul territorio permette di rispondere ai bisogni delle persone con disabilità, favorendo un accesso realmente universale alla sanità pubblica. Nel più generale ambito sociosanitario, si affianca una componente di riforma volta alla non autosufficienza, con l’obiettivo primario di offrire risposte ai problemi degli anziani.

7.1 LA “MISSIONE 6: SALUTE” E LE SUE AZIONI

La pandemia ha reso ancora più evidenti alcuni aspetti critici di natura strutturale, che in prospettiva potrebbero essere aggravati dall’accresciuta domanda di cure derivante dalle tendenze demografiche, epidemiologiche e sociali in atto.

Vi sono: (i) significative disparità territoriali nell’erogazione dei servizi, in particolare in termini di prevenzione e assistenza sul territorio; (ii) un’inadeguata integrazione tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali; (iii) tempi di attesa elevati per l’erogazione di alcune prestazioni; (iv) una scarsa capacità di conseguire sinergie nella definizione delle strategie di risposta ai rischi ambientali, climatici e sanitari.

L’esperienza della pandemia ha inoltre evidenziato l’importanza di poter contare su un adeguato sfruttamento delle tecnologie più avanzate, su elevate competenze digitali, professionali e manageriali, su nuovi processi per l’erogazione delle prestazioni e delle cure e su un più efficace collegamento fra la ricerca, l’analisi dei dati, le cure e la loro programmazione a livello di sistema.

In particolare, la Missione 6 Salute si articola in due Componenti:

- C1 *“Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriali”*: gli interventi di questa componente intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell’assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari
- C2 *“Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale”*: le misure incluse in questa componente sono finalizzate al rinnovamento e l’ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso più efficaci sistemi informativi. Rilevanti risorse sono destinate anche alla ricerca scientifica e a favorire il trasferimento tecnologico, oltre che a rafforzare le competenze e il capitale umano del SSN anche mediante il potenziamento della formazione del personale.

All’interno di queste due componenti, si sviluppano diverse linee di investimento, per ognuna delle quali il Piano individua lo specifico target che la singola Regione deve raggiungere e le rispettive scadenze.

Le linee di investimento comprese nella Componente 1 sono:

- Investimento 1.1 – Case di Comunità e presa in carico della persona per rafforzare la capacità del SSN di fornire servizi adeguati sul territorio.
- Investimento 1.2.2 – Implementazioni delle Centrali Operative Territoriali (COT), interconnessione e Device
- Investimento 1.3 – Rafforzamento dell’Assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture intermedie (Ospedali di Comunità) per attivare strutture sanitarie della rete territoriale a ricovero breve e destinate a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata

Le linee di investimento previste dalla Componente 2 sono:

- Investimento 1.1 – Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero distinto in:
 - sub-investimento 1.1.1 – Digitalizzazione dei Dea di I e II livello che prevede il potenziamento del livello di digitalizzazione delle strutture sanitarie sede di dipartimenti di emergenza e accettazione;
 - sub-investimento 1.1.2 – Grandi Apparecchiature che prevede l’acquisto di nuove grandi apparecchiature ad alto contenuto tecnologico (TAC, risonanze magnetiche, Acceleratori Lineari, Sistema Radiologico Fisso, Angiografi, Gamma Camera, Gamma Camera/TAC, Mammografi, Ecotomografi) caratterizzate da una vetustà maggiore di 5 anni;
- Investimento 1.2 – Verso un ospedale sicuro e sostenibile, con la definizione di un percorso di miglioramento strutturale nel campo della sicurezza degli edifici ospedalieri, adeguandoli alle vigenti norme in materia di costruzioni in area sismica.
- Investimento 1.3 – Rafforzamento dell’infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l’elaborazione, l’analisi dei dati e la simulazione, attraverso il potenziamento del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), al fine di garantirne la diffusione, l’omogeneità e l’accessibilità su tutto il territorio nazionale da parte degli assistiti e operatori sanitari. E’ inoltre previsto il rafforzamento del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), ovvero dell’infrastruttura e degli strumenti di analisi del Ministero della salute per il monitoraggio dei LEA e la programmazione di servizi di assistenza sanitaria alla popolazione che siano in linea con i bisogni, l’evoluzione della struttura demografica della popolazione, i trend e il quadro epidemiologico;
- Investimento 2.1 – Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN, rafforzando la capacità di risposta dei centri di eccellenza presenti in Italia nel settore delle patologie rare e favorendo il trasferimento tecnologico tra ricerca e imprese.
- Investimento 2.2 – Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario, per garantire l'efficacia, l'adeguatezza, la sicurezza e l'efficienza dell'assistenza fornita dal SSN, distinto in:
 - sub investimento 2.2. (a) – borse aggiuntive in formazione di medicina generale;
 - sub investimento 2.2. (b) – corso di formazione in infezioni ospedaliere.

Delle linee di investimento previste, alcune sono a titolarità, ossia il soggetto attuatore e assegnatario delle risorse è direttamente il Ministero della Salute; altre sono a regia, ossia il soggetto attuatore e assegnatario delle risorse è esterno al Ministero della Salute, per lo più rappresentato dalle Regioni.

7.2 IL PROGETTO DELLA REGIONE MARCHE

Con Decreto del 20.01.2022 (G.U. n. 57 del 09/03/2022), il Ministero della Salute ha provveduto alla ripartizione delle risorse del “Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza” (PNRR) e del “Piano Nazionale per gli Investimenti Complementari” (PNC), destinate alla realizzazione di interventi a regia del Ministero della Salute e Soggetti attuatori le Regione e Province autonome afferenti alla Missione 6, Componenti 1 e 2. Sullo schema di decreto è

stata sancita intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, in sede di Conferenza Stato Regioni nella seduta tenutasi in data 12/01/2022 (Rep. Atti n. 1/CSR del 12/01/2022).

Inoltre, con i Decreti del Ministero della Salute del 2.11.2021 (G.U. n. 121 del 25/05/2022) e del 22.09.2022 (G.U. n. 298 del 22/12/2022) sono state ripartite le risorse PNRR destinate alla linea di investimento M6C2 2.2 (a) borse aggiuntive in formazione di medicina generale, rispettivamente per i corsi triennali 2021-2024 e 2022-2025. Alla fine dell'anno 2023, verrà emanato il decreto di riparto delle risorse per il corso triennale 2023-2026.

Con Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per la Trasformazione Digitale del 8.08.2022 (G.U. n. 232 del 04/10/2022) sono, invece, state ripartite le risorse per il potenziamento delle infrastrutture digitali e per le competenze digitali in relazione alla linea di investimento M6C2 1.3.1 (b) Adozione e utilizzo FSE da parte delle Regioni.

Pertanto, in base ai target attribuiti per ciascuna linea di investimento, alla Regione Marche sono state complessivamente assegnate le seguenti risorse economiche:

Missione 6 - Salute

COMPONENTE 1 - RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE

INTERVENTI	RISORSE PNRR	TARGET (n. INTERVENTI)	SCADENZA TRAGUARDO FINALE(*)
Intervento I.1 - Case della Comunità	42.494.802,81 €	29 CdC	T1 2026
Intervento I.2.2 - COT, interconnessione aziendale, device	5.112.939,71 €	15 COT	T1 2024
COT	2.596.125,00 €		
interconnessione Aziendale	1.066.071,88 €		
Device	1.450.742,83 €		
Intervento I.3 - Ospedali di Comunità	23.178.983,35 €	9 OdC	T1 2026
TOTALE COMPONENTE 1	70.786.725,87 €		

COMPONENTE 2 - INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

INTERVENTI	RISORSE	TARGET (n. INTERVENTI)	SCADENZA TRAGUARDO FINALE
Intervento I.1 - Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero	61.175.479,50 €		
Ammodernamento tecnologico - Digitalizzazione dei DEA I e II Livello	33.612.075,55 €	7	T3 2025
Ammodernamento tecnologico - Grandi Apparecchiature	27.563.403,95 €	57	T4 2024
Intervento I.2 - Verso un ospedale sicuro e sostenibile	48.417.444,49 €		
riparto risorse PNRR	14.807.918,63 €	2	T2 2026
riparto risorse PNC	33.609.525,86 €	8	T2 2026
Intervento I.3.1(b) «Adozione e utilizzo FSE da parte delle regioni»	6.900.615,83 €	potenziamento infrastrutture	T2 2026
	7.217.288,00 €	competenze digitali;	
Intervento I.3.2 - Infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione - di cui: Reingegnerizzazione NSIS a livello	702.323,20 €	4 flussi informativi	n.2 flussi adottati T1 2023 n. 2 flussi adottati T1 2025
Intervento 2.2 - Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema Sanitario - (a) sub borse aggiuntive in formazione di medicina generale	793.123,38 €	21 borse 2021-2024	T2 2022
	793.123,38 €	21 borse 2022-2025	T2 2023
Intervento 2.2 - Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema Sanitario - (b) sub corso di formazione infezioni	1.991.729,80 €	7302 dipendenti formati	T2 2026
TOTALE COMPONENTE 2	127.991.127,58 €		
TOTALE COMPONENTI 1 e 2	198.777.853,45 €		

(*) T = Trimestre.

Con decreto del Segretario Generale n. 39 del 19/04/2022 recante *“PNRR Missione 6 salute - Costituzione cabina di regia e relativi gruppi di lavoro tematici”* è stata costituita la Cabina di regia per l’attuazione del PNRR-Missione 6 Salute per l’attuazione del PNRR in ambito sanitario e relativi sotto gruppi di lavoro tematici:

- Gruppo di lavoro PNRR M6: *“Assistenza territoriale e Ospedali Sicuri”*;
- Gruppo di lavoro PNRR M6: *“Gruppo tecnico informatico”*;
- Gruppo di lavoro PNRR M6: *“Tecnologie sanitarie”*;
- Gruppo di lavoro PNRR M6: *“Medicina Generale e Formazione”*;
- Gruppo di lavoro PNRR M6: *“Tecnico Amministrativo di attuazione”*

Per dare avvio all’attuazione degli investimenti finanziati con il PNRR, il Ministero della Salute ha sottoscritto un Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) con ogni Regione soggetto attuatore.

Con D.G.R. n. 812 del 26/6/2022 è stato recepito il CIS sottoscritto digitalmente dal Presidente della Regione Marche e dal Ministro della Salute.

In base all’art. 5, comma 2 del CIS, la Regione Marche ha poi conferito, con D.G.R. n. 970/2022, la delega all’attuazione di alcuni degli investimenti previsti dalla Missione 6 agli Enti del Servizio Sanitario Regionale, quali soggetti attuatori esterni.

M6C1: RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L’ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE.

Lo standard regionale minimo descritto nel documento denominato *“Modelli e standard per lo sviluppo dell’Assistenza Territoriale nel Sistema Sanitario Nazionale”* di cui al D.M. 77/2022 prevede:

- n. 1 Case della Comunità hub ogni 40.000-50.000 abitanti;
- n. 1 Ospedali di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti;
- n. 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti.

Pertanto i target stabiliti per la Regione Marche sono i seguenti:

- n. 29 Case della Comunità;
- n. 9 Ospedali di Comunità (OdC);
- n. 15 Centrali Operative Territoriali (COT).

Sulla base dei criteri definiti in aderenza al documento *“Modelli e standard per lo sviluppo dell’Assistenza Territoriale”*, è stata effettuata, in collaborazione con ASUR, una ricognizione degli immobili esistenti, di proprietà ASUR o di proprietà pubblica, quali strutture idonee per essere riconvertite in Case della Comunità (CdC) e in Ospedali di Comunità (OdC) tenendo conto dei seguenti criteri: presenza di pregresse Case della Salute di tipo A e di tipo B già attive e di Ospedali di Comunità già attivi; pianificazione pregressa di ASUR per le Case della Salute di tipo A e B da attivare ed eccessiva carenza di offerta sul territorio. Inoltre si è stabilito di procedere a una ricognizione di immobili al fine di individuare le sedi per attivare le Centrali Operative Territoriali (COT).

Qualora non vi fossero immobili idonei da ristrutturare, ai fini della loro riconversione, è stata data indicazione all’ASUR di individuare terreni da destinare a nuove costruzioni

Con D.G.R. n. 656 del 26/05/2022 recante *“Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Missione 6 Salute – Componenti 1 e 2: Aggiornamento dell’elenco degli interventi di cui alla delibera n. 271 del 14/03/2022 e approvazione del Piano Operativo Regionale”* è stato approvato il Piano Operativo Regionale (POR) che raccoglie tutti gli interventi finanziati con fondi PNRR M6 Salute rivolti al potenziamento dell’assistenza territoriale.

L’allegato 2 al POR contiene il dettaglio di tutti gli interventi previsti dalle linee di investimento della Missione 6, con le relative localizzazioni e importi assegnati.

Investimento 1.1: Case della Comunità e presa in carico della persona						
CUP	ENTE del SSR	Comune	Prov.	Indirizzo	IMPORTO INTERVENTO PNRR	IMPORTO INTERVENTO (Risorse a carico del bilancio regionale)
F72C22000120006	AST Pesaro e Urbino	Pesaro (Galantara)	PU	Strada per Novilara, 8	€ 2.500.000,00	
B65F22000410006	AST Pesaro e Urbino	Cagli	PU	via Meucci n.p	€ 500.000,00	
F12C22000120006	AST Pesaro e Urbino	Mondolfo	PU	Piazza Bartolini,6	€ 400.000,00	
F52C22000110006	AST Pesaro e Urbino	Fossombrone	PU	Via Fratelli Kennedy, 21	€ 700.000,00	
F78I22000330006	AST Ancona	Corinaldo	AN	Viale degli Eroi	€ 3.200.000,00	
F25F22000460006	AST Ancona	Filottrano	AN	Via Don Minzoni,16	€ 1.200.000,00	
F45F22000500006	AST Ancona	Jesi	AN	Via Aldo Moro snc	€ 1.600.000,00	
F62C22000100006	AST Ancona	Cingoli	MC	Via della Carità, 11	€ 300.000,00	
F92C22000160006	AST Ancona	Fabriano	AN	Via Marconi,9	€ 1.100.000,00	
G38I22000380006	AST Ancona	Ancona	AN	v. C. Colombo 106 (EX CRASS)	€ 3.700.000,00	
F32C22000130006	AST Ancona	Ancona	AN	Largo Lorenzo Cappelli,1 (EX Umberto I)	€ 100.000,00	
F65F22000540006	AST Ancona	Chiaravalle	AN	Via F.lli Rosselli, 176	€ 2.000.000,00	
F58I22000930006	AST Ancona	Loreto	AN	Via S. Francesco, 1	€ 2.000.000,00	
F25F22000470006	AST Macerata	Recanati	MC	Piazzale Adrea da Recanati	€ 1.850.000,00	€ 3.250.000,00
F75F22000560006	AST Macerata	Civitanova Marche	MC	via Abruzzo snc	€ 1.050.000,00	€ 2.750.000,00
H98I22000320006	AST Macerata	Corridonia	MC	Viale Italia, 14	€ 1.000.000,00	
F83D22000130006	AST Macerata	Macerata	MC	Largo Belvedere R. Sanzio, snc	€ 1.800.000,00	
F34E22000150006	AST Macerata	Treia	MC	Via G. Leopardi,2	€ 200.000,00	
H15F22000400006	AST Macerata	Camerino	MC	Località Caselle snc	€ 1.800.000,00	
H55F22000470006	AST Macerata	San Severino Marche	MC	via del Glorioso, 8	€ 2.000.000,00	
F92C22000140001	AST Fermo	Montegranaro	FM	C.da Santa Maria snc	€ 2.000.000,00	
F42C21000500001	AST Fermo	Petritoli	FM	via Pacifico Marini, 50	€ 1.500.000,00	
F64E21007280001	AST Fermo	Porto S. Giorgio	FM	Via Leonardo da Vinci,7	€ 2.200.000,00	
F12C22000100001	AST Fermo	Sant'Elpidio a Mare	FM	Via Porta Romana, snc	€ 2.400.000,00	
F69J22001660006	AST Ascoli Piceno	Acquasanta Terme	AP	f.ne Paggese snc	€ 100.000,00	
F81B22001090006	AST Ascoli Piceno	S. Benedetto del Tronto	AP	via G. Sgattoni, snc	€ 4.300.000,00	
F39J22001640006	AST Ascoli Piceno	Ascoli Piceno	AP	Via degli Iris, 1	€ 200.000,00	
F29J22001190006	AST Ascoli Piceno	Comunanza	AP	Via Cavour snc	€ 694.803,00	
F59J22001210006	AST Ascoli Piceno	Offida	AP	Via Garibaldi, 3	€ 100.000,00	
TOTALE					€ 42.494.803,00	€ 6.000.000,00
TOTALE (FONDI PNRR + FONDI REGIONALI)						€ 48.494.803,00

Investimento 1.2.2 Implementazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) Interventi strutturali							
CUP	ENTE del SSR	Area Vasta	Comune	Prov.	Indirizzo	IMPORTO INTERVENTO PNRR	IMPORTO INTERVENTO (Altre fonti)
F72C22000110006	AST Pesaro e Urbino	1	Pesaro	PU	Via Vatielli, 5	173.075,00 €	
F32C22000150006	AST Pesaro e Urbino	1	Urbino	PU	Via Comandino,21	173.075,00 €	
F32C22000140006	AST Pesaro e Urbino	1	Fano	PU	Via IV Novembre, 63	173.075,00 €	
F12C22000110006	AST Ancona	2	Senigallia	AN	Via Campo Boario, 4	173.075,00 €	
F44E22000150006	AST Ancona	2	Jesi	AN	Via dei Colli, 52 (Ex Murri)	173.075,00 €	
F92C22000170006	AST Ancona	2	Fabriano	AN	Via Marconi, 9	173.075,00 €	
G38I22000370006	AST Ancona	2	Ancona I	AN	Viale Cristoforo Colombo, 106 (Ex Crass)	173.075,00 €	
G38I22000390006	AST Ancona	2	Ancona II	AN	Viale Cristoforo Colombo, 106 (Ex Crass)	173.075,00 €	
F74E22000260006	AST Macerata	3	Civitanova	MC	Via Abruzzo	173.075,00 €	
F82C22000170006	AST Macerata	3	Macerata	MC	Largo Belvedere Sanzio (Pad.Morselli)	173.075,00 €	
H52C22000600006	AST Macerata	3	San Severino Marche	MC	Via del Glorioso,8	173.075,00 €	
F62C22000120001	AST Fermo	4	Fermo	FM	Via Zeppilli, 18	173.075,00 €	
F94E22000410001	AST Fermo	4	Montegranaro	FM	C.da Santa Maria	173.075,00 €	
F89J22003190006	AST Ascoli Piceno	5	S. Benedetto del Tronto	AP	Via Silvio Pellico,32	173.075,00 €	
F39J22001650006	AST Ascoli Piceno	5	Ascoli Piceno	AP	Via delle Zeppelle, 84	173.075,00 €	
TOTALE						2.596.125,00 €	

INVESTIMENTO 1.2.2 IMPLEMENTAZIONE DELLE CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI (COT) - INTERCONNESSIONE E DEVICE				
CUP	ENTE del SSR *	IMPORTO INTERVENTO PNRR INTERCONNESSIONE	IMPORTO INTERVENTO PNRR DEVICE	IMPORTO INTERVENTO (Altre fonti)
F41J22000000007		1.066.072,00 €		
F39G22000000007			1.450.742,80 €	
* Interventi trasversali che riguardano tutte le AA.SS.TT				

Investimento 1.3 Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di comunità)						
CUP	ENTE del SSR	Comune	Prov.	Indirizzo	IMPORTO INTERVENTO PNRR	IMPORTO INTERVENTO (Altre fonti)
F85F22001420006	AST Pesaro e Urbino	Mombaroccio	PU	Via Villagrande	3.600.000,00 €	
B65F22000420006	AST Pesaro e Urbino	Cagli	PU	via Meucci n.p	6.289.490,00 €	
F45F22000490006	AST Ancona	Jesi	AN	Via Aldo Moro, snc	5.689.491,00 €	
F68I22000220006	AST Ancona	Chiaravalle	AN	Via F.lli Rosselli, 176	200.000,00 €	
F47H22001260006	AST Ancona	Loreto	AN	Via S. Francesco, 1	200.000,00 €	
H98I22000310006	AST Macerata	Corridonia	MC	Viale Italia, 14	1.700.000,00 €	
F34E22000160006	AST Macerata	Treia	MC	Via G. Leopardi, 2	800.000,00 €	
F81B22001120006	AST Ascoli Piceno	S. Benedetto del Tronto	AP	Via Sgattoni, snc	2.000.000,00 €	
F34E22000120006	AST Ascoli Piceno	Ascoli Piceno	AP	Via delle Zeppelle, 84	2.700.000,00 €	
TOTALE					23.178.981,00 €	

M6C2: INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE.

- Sub investimento 1.1.1: Ammodernamento tecnologico: Digitalizzazione dei DEA di I e II livello.

Nel corso degli anni 2020 e 2021, il Ministero della Salute ha richiesto alle Regioni di trasmettere il piano di fabbisogno di tecnologie al fine di garantire il seguente livello di informatizzazione nelle strutture ospedaliere DEA di I e II livello:

- Struttura ospedaliera DEA dotata di: LISS, RIS-PACS, sistema informativo per la gestione dell'attività clinica di Pronto Soccorso, sistema informativo per la gestione dell'attività clinica dei blocchi operatori, ADT e MPI servizi di farmacia informatizzati, prescrizione e somministrazione farmaci con sistema informatizzato, cartella clinica elettronica ospedaliera, repository e order entry.

Il target individuato per la Regione Marche è di n. 7 strutture DEA di I e II livello in cui deve essere compiuta l'azione di digitalizzazione secondo gli standard indicati.

Il gruppo di lavoro PNRR – Tecnico informatico ha provveduto, in collaborazione con gli Enti del SSR, a formulare un'ipotesi di linee di intervento comuni, da realizzare in tutte le strutture individuate, basate sui seguenti punti chiave:

- 1) Necessità di ottimizzare gli investimenti in un'ottica di economie di scala, interoperabilità e omogeneità dei sistemi prevedendo una centralizzazione degli interventi e relativa gestione dei finanziamenti previa definizione di apposite unità di coordinamento regionali per l'attuazione;
- 2) Realizzare infrastrutture regionali in grado di garantire in futuro, una produzione standardizzata di informazioni tra gli Enti del SSR evitando la frammentazione di dati e sistemi;
- 3) Necessità di avvalersi quanto più possibile di convenzioni/accordi quadro stipulati da Consip S.p.a al fine di accelerare le attività prodromiche alla fase esecutiva degli interventi.

Le linee di intervento elaborate, così come riportate nella **DGR n. 162 del 21/02/2022**, sono le seguenti:

1	Interventi (inclusa Progettazione, sviluppo e implementazione di nuove soluzioni o potenziamento dell'installazioni esistenti) in ambito di Sistemi Informativi Clinico-Assistenziali (Cartelle Cliniche Elettroniche di Ricovero e Ambulatoriali, ADT, PS, LIS, PACS, Repository, Prescrizione e Somministrazione Farmaci, Telemedicina, Integrazioni)
2	Interventi (inclusa Progettazione, sviluppo e implementazione di nuove soluzioni o potenziamento dell'installazioni esistenti) in ambito di Interoperabilità dei Sistemi Informativi Sanitari, Gestionali e servizi al Cittadino
3	Interventi (inclusa Progettazione, sviluppo e implementazione di nuove soluzioni o potenziamento dell'installazioni esistenti) in ambito di Sistemi amministrativi contabili e Data Management (BI, AI, DSS)
4	Interventi (inclusa Progettazione, sviluppo e implementazione di nuove soluzioni o potenziamento dell'installazioni esistenti) in ambito di Infrastrutture Server (Locali e Cloud), Networking (LAN, WAN, SD-LAN, Wi-Fi, Monitoraggio, IPS/IDS, DLP, etc..), Identity and Access Management (IAM), security information and event management (SIEM), PDL, licenze, Sicurezza Informatica e Cybersecurity

Si sottolinea che, con mail del 27/01/2022 (ID 177 7|16/02/2022|R_MARCHE|ARS|HTA), il Ministero della Salute ha comunicato la non ammissibilità dell'INRCA al finanziamento per la digitalizzazione con i fondi del PNRR in quanto non classificata come struttura DEA.

Con D.G.R. 656 del 30/05/2022 di approvazione del POR sono stati individuati anche gli interventi da attuare per l'investimento in oggetto:

Investimento 1.1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione DEA di I e II Livello)								
CUP	ENTE del SSR	Titolo Progetto	Presidio ospedaliero	DEA di I o II livello	Comune	Indirizzo	IMPORTO INTERVENTO PNRR	IMPORTO INTERVENTO (Altre fonti)
F34E22000420007	A.O.U. DELLE MARCHE	DIGITALIZZAZIONE DEA II LIVELLO	PO Torrette	DEA II	Ancona	Via Conca n. 71	6.722.415,11 €	
G14E22000280003	AST Pesaro e Urbino	DIGITALIZZAZIONE DEA I LIVELLO	A.O. OSPEDALI RIUNITI MARCHE NORD	DEA I	Pesaro	P.le Cinelli 4	4.470.406,05 €	
F31J22000000007	AST Pesaro e Urbino	DIGITALIZZAZIONE DEA I LIVELLO - AREA VASTA 1	Presidio ospedaliero unico Area Vasta 1	DEA I	Urbino	via F. Comandino, 70	2.241.925,43 €	
F91J22000000007	AST Ancona	DIGITALIZZAZIONE DEA I LIVELLO - AREA VASTA 2	Presidio ospedaliero unico Area Vasta 2	DEA I	Fabriano	Viale Stelluti Scala, 26	6.725.775,41 €	
F81J22000000007	AST Macerata	DIGITALIZZAZIONE DEA I LIVELLO - AREA VASTA 3	Presidio ospedaliero unico Area Vasta 3	DEA I	Macerata	via Santa Lucia, 2	6.725.776,32 €	
F61J22000010007	AST Fermo	DIGITALIZZAZIONE DEA I LIVELLO - AREA VASTA 4	Presidio ospedaliero unico Area Vasta 4	DEA I	Fermo	via Augusto Murri	2.241.925,44 €	
F31J22000010007	AST Ascoli Piceno	DIGITALIZZAZIONE DEA I LIVELLO - AREA VASTA 5	Presidio ospedaliero unico Area Vasta 5	DEA I	Ascoli Piceno	via degli Iris, 1	4.483.850,88 €	
TOTALE							33.612.074,64 €	

- **Sub investimento 1.1.2: "Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi Apparecchiature)".**

Tale investimento prevede l'ammodernamento digitale del parco tecnologico ospedaliero, tramite l'acquisto di nuove grandi apparecchiature ad alto contenuto tecnologico, specificatamente individuate dal PNRR stesso, (TAC, risonanze magnetiche, Acceleratori Lineari, Sistema Radiologico Fisso, Angiografi, Gamma Camera, Gamma

Camera/TAC, Mammografi, Ecotomografi), finalizzate alla sostituzione di quelle caratterizzate da una vetustà maggiore di 5 anni.

I target stabili per quanto riguarda la Regione Marche sono i seguenti:

- n. 7 TAC a 128 strati;
- n. 7 Risonanze magnetiche 1,5 Tesla;
- n. 3 Acceleratori lineari;
- n. 13 sistemi radiologici fissi;
- n. 2 Gamma camere/TAC;
- n. 1 PET TAC;
- n. 7 Mammografi;
- n. 17 Ecotomografi;

Il Ministero della Salute ha richiesto la trasmissione dell'elenco di necessità di sostituzione delle apparecchiature, specificando il numero di apparecchiature che la Regione intende acquistare per il tramite della Centrale Acquisti Consip e il numero di apparecchiature che si intende acquisire in modo autonomo, con procedure in corso/concluse/da avviare, precisando che, ai sensi dell'art. 17, comma 2 del Regolamento Europeo 241/2021, possono essere ricomprese le misure relative a procedure di acquisizione avviate a decorrere dal 1° febbraio 2020.

Gli interventi di sostituzione delle grandi apparecchiature individuati ed approvati con la DGR n. 656 del 26/05/2022 sono i seguenti:

Investimento 1.1.2 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi Apparecchiature)					
CUP	ENTE del SSR	Grande Apparecchiature	Comune	IMPORTO INTERVENTO PNRR	IMPORTO INTERVENTO (Altre fonti)
F99I22000040007	Ast Ancona	TAC A 128 STRATI	Fabriano	530.000,00	0,00
G74E22000740003	Ast Pesaro Urbino	RMN A 1,5 T	Pesaro	914.000,00	0,00
F49I22000110007	Ast Ancona	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	Jesi	280.600,00	0,00
F34E22000370009	A.O.U. delle Marche	ECOTOMOGRAFI	Ancona	57.000,00	0,00
F34E22000340009	A.O.U. delle Marche	ECOTOMOGRAFI	Ancona	82.000,00	0,00
F69I22000250007	Ast Pesaro Urbino	ECOTOMOGRAFI	Pergola	57.000,00	0,00
F89I22000280007	Ast Macerata	GAMMA CAMERE/TAC	Macerata	793.000,00	0,00
F34E22000400009	A.O.U. delle Marche	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	Ancona	280.600,00	0,00
F39I22000090007	Ast Ancona	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	Ancona	280.600,00	0,00
F39I22000070007	Ast Ascoli Piceno	ECOTOMOGRAFI	Ascoli Piceno	57.000,00	0,00
F34E22000260009	A.O.U. delle Marche	ACCELERATORI LINEARI	Ancona	2.295.000,00	0,00
F34E22000300009	A.O.U. delle Marche	RMN A 1,5 T	Ancona	914.000,00	0,00
F34E22000320009	A.O.U. delle Marche	ECOTOMOGRAFI	Ancona	82.000,00	0,00
G34E22000390003	Ast Pesaro Urbino	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	Pesaro	280.600,00	0,00
F34E22000350009	A.O.U. delle Marche	ECOTOMOGRAFI	Ancona	82.000,00	0,00
F99I22000050007	Ast Ancona	RMN A 1,5 T	Fabriano	914.000,00	0,00
F89I22000250007	Ast Macerata	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	Macerata	280.600,00	0,00
G74E22000790003	Ast Pesaro Urbino	ECOTOMOGRAFI	Pesaro	82.000,00	0,00
F39I22000080007	Ast Pesaro Urbino	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	Urbino	280.600,00	0,00
F34E22000410007	Inrca	ECOTOMOGRAFI	Ancona	57.280,00	0,00
F34E22000290009	A.O.U. delle Marche	ECOTOMOGRAFI	Ancona	82.000,00	0,00

F89I22000230007	Ast Ascoli Piceno	RMN A 1,5 T	San Benedetto del Tronto	914.000,00	0,00
F39I22000100007	Ast Ascoli Piceno	TAC A 128 STRATI	Ascoli Piceno	530.000,00	0,00
F69I22000260007	Ast Fermo	ECOTOMOGRAFI	Fermo	57.000,00	0,00
G74E22000760003	Ast Pesaro Urbino	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	Pesaro	280.600,00	0,00
G34E22000370003	Ast Pesaro Urbino	RMN A 1,5 T	Fano	914.000,00	0,00
F34E22000250009	A.O.U. delle Marche	RMN A 1,5 T	Ancona	914.000,00	0,00
F89I22000210007	Ast Ascoli Piceno	TAC A 128 STRATI	San Benedetto del Tronto	530.000,00	0,00
F34E22000280009	A.O.U. delle Marche	MAMMOGRAFI	Ancona	274.500,00	0,00
F34E22000310009	A.O.U. delle Marche	MAMMOGRAFI	Ancona	274.500,00	0,00
F34E22000430007	Inrca	ECOTOMOGRAFI	Ancona	82.230,00	0,00
F19I22000080007	Ast Ancona	ECOTOMOGRAFI	Senigallia	57.000,00	0,00
F34E22000380009	A.O.U. delle Marche	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	Ancona	280.600,00	0,00
F34E22000270009	A.O.U. delle Marche	GAMMA CAMERE/TAC	Ancona	793.000,00	0,00
F34E22000390009	A.O.U. delle Marche	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	Ancona	280.600,00	0,00
F64E22000450007	Inrca	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	Fermo	247.700,00	0,00
F84E22001610007	Inrca	TAC A 128 STRATI	Osimo	532.605,00	0,00
F89I22000220007	Ast Macerata	PET/TAC	Macerata	2.403.000,00	0,00
G74E22000750003	Ast Pesaro Urbino	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	Pesaro	244.000,00	0,00
G74E22000780003	Ast Pesaro Urbino	ECOTOMOGRAFI	Pesaro	57.000,00	0,00
F84E22001700007	Inrca	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	Osimo	247.700,00	0,00
F34E22000360009	A.O.U. delle Marche	ECOTOMOGRAFI	Ancona	57.000,00	0,00
F34E22000440007	Inrca	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	Ancona	247.700,00	0,00
F34E22000330009	A.O.U. delle Marche	ECOTOMOGRAFI	Ancona	82.000,00	0,00
F34E22000140001	A.O.U. delle Marche	TAC A 128 STRATI	Ancona	530.000,00	0,00
F84E22001650007	Inrca	ECOTOMOGRAFI	Osimo	57.280,00	0,00
F39I22000060007	Ast Ancona	ECOTOMOGRAFI	Ancona	57.000,00	0,00
F89I22000240007	Ast Macerata	TAC A 128 STRATI	Macerata	530.000,00	0,00
G74E22000720003	Ast Pesaro Urbino	TAC A 128 STRATI	Pesaro	530.000,00	0,00
G74E22000770003	Ast Pesaro Urbino	ACCELERATORI LINEARI	Pesaro	2.295.000,00	0,00
F19I22000070007	Ast Ancona	MAMMOGRAFI	Senigallia	274.500,00	0,00
F59I22000060007	Ast Ancona	MAMMOGRAFI	Ancona	274.500,00	0,00
F69I22000240007	Ast Fermo	MAMMOGRAFI	Fermo	274.500,00	0,00
F39I22000050007	Ast Ascoli Piceno	MAMMOGRAFI	Ascoli Piceno	274.500,00	0,00
F79I22000070007	Ast Pesaro Urbino	MAMMOGRAFI	Pesaro	274.500,00	0,00
F89I22000270006	Ast Macerata	ACCELERATORI LINEARI	Macerata	2.295.000,00	0,00
F69I22000230007	Ast Fermo	RMN A 1,5 T	Fermo	914.000,00	0,00
TOTALE				27.563.395,00	0,00

- Sub investimento 1.2: "Verso un ospedale sicuro e sostenibile"

L'investimento mira a delineare un percorso di miglioramento strutturale nel campo della sicurezza degli edifici ospedalieri, adeguandoli alle vigenti norme in materia di costruzioni in area sismica ed in particolare all'Ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 3274 del 20 marzo 2003 che classifica l'intero territorio nazionale a rischio sismico.

Nel corso del 2020, il Ministero della Salute ha avviato una aggiornata ricognizione, a livello regionale, del fabbisogno di edilizia sanitaria per interventi di adeguamento sismico e antincendio, ammodernamento, ristrutturazione e sostituzione di strutture ospedaliere. La Regione inviava al Ministero della Salute – Direzione

Generale della Programmazione Sanitaria la tabella riepilogativa della ricognizione del fabbisogno di interventi di edilizia sanitaria elaborata sulla base dei dati forniti dalle aziende sanitarie e ospedaliere del Servizio Sanitario Regionale, successivamente revisionata.

Tale linea di investimento viene finanziata in parte a valere sui fondi del PNRR ed in parte a valere sui fondi del PNC.

Il target stabilito per la Regione Marche è:

- n. 2 progetti a valere sui fondi del PNRR;
- n. 8 progetti a valere sui fondi del PNC;

Un ulteriore intervento strategico, previsto nel "Masterplan dell'edilizia sanitarie e ospedaliere" approvato con DGR n. 967 del 30/07/2021, relativo alla Nuova Palazzina tecnologica dell'ospedale Mazzoni di Ascoli Piceno, verrà finanziato con le risorse relative alla programmazione POR FESR 2021-2027, non trovando capienza nelle somme sopra riportate.

I progetti da realizzare individuati ed approvati con DGR n. 656 del 26/05/2022 sono i seguenti:

da sostituire/controllare

INVESTIMENTO 1.2: VERSO UN OSPEDALE SICURO E SOSTENIBILE							
CUP	ENTE del SSR	Presidio Ospedaliero	Comune	Provincia	Indirizzo	IMPORTO INTERVENTO (PNRR)	IMPORTO INTERVENTO (PNC)
B35F22000420006	AST Pesaro e Urbino	Presidio ospedaliero "Santa Croce" di Fano	Fano	PU	VIA M. PIZZAGALLI	11.682.300,00 €	
F15F22000670007	AST Ancona	Presidio Ospedaliero "Principe di Piemonte"	Senigallia	AN	Via Cellini n.1	3.125.618,00 €	7.560.069,00 €
TOTALE						14.807.918,00 €	7.560.069,00 €

INVESTIMENTO 1.2: VERSO UN OSPEDALE SICURO E SOSTENIBILE (PNC)							
CUP	ENTE del SSR	Presidio Ospedaliero	Comune	Provincia	Indirizzo	IMPORTO INTERVENTO (PNC)	IMPORTO INTERVENTO (PNC)
B35F22000470001	AST Pesaro e Urbino	Ospedale Santa Maria della Misericordia di Urbino	Urbino	PU	Viale Federico Comandino	7.160.400,00 €	
B65F22000380001	AST Pesaro e Urbino	Ospedale SS Carlo e Donnino di Pergola - Corpo 1	Pergola	PU	Via Giuseppe Di Vittorio, 2	1.200.000,00 €	
B65F22000390001	AST Pesaro e Urbino	Ospedale SS Carlo e Donnino di Pergola - Corpo 2	Pergola	PU	Via Giuseppe Di Vittorio, 2	2.842.020,00 €	
B65F22000400001	AST Pesaro e Urbino	Ospedale SS Carlo e Donnino di Pergola - Corpo 3	Pergola	PU	Via Giuseppe Di Vittorio, 2	1.900.000,00 €	
F35F22000510006	AST Ancona	Corpo G - AOU Ospedali Riuniti Ancona - PO Torrette,	Ancona	AN	Via Conca, 71	928.200,00 €	
F35F22000520006	A.O.U. delle Marche	Padiglione Radioterapia - AOU Ospedali Riuniti Ancona - PO Torrett	Ancona	AN	Via Conca 71	1.104.250,00 €	
B15F22001230001	AST Ancona	Presidio Ospedaliero " Principe di Piemonte"	Senigallia	AN	Via Cellini n.1	7.560.069,00 €	3.125.618,00 €
F75F22000570001	AST Macerata	Ospedale Generale di Zona di Civitanova Marche	Civitanova Marche	MC	Via P. Ginevri snc	10.914.587,00 €	
TOTALE						33.609.526,00 €	3.125.618,00 €

Si sottolinea che gli interventi previsti nelle strutture di Cagli e Fossombrone, originariamente inseriti nella DGR n. 968 del 30.07.2021, a seguito della comunicazione del Ministero della Salute (trasmessa via mail il 23/11/2021) nella quale si evidenziava che tali strutture non costituiscono strutture ospedaliere, sono stati stralciati e, data l'importanza strategica, sono state inseriti nella programmazione relativa alle Case di Comunità e Ospedali di Comunità.

Obiettivo Prioritario:

La realizzazione degli interventi previsti nelle componenti del progetto della Regione Marche, nel rispetto dei tempi stabiliti, costituiscono un obiettivo prioritario, in particolare per la loro trasversalità e l'impatto che potranno avere sul funzionamento del servizio sanitario marchigiano.

7.3 LA MISSIONE 5 COMPONENTE SOCIALE E LE SUE AZIONI CHE SI INTEGRANO CON LA SANITÀ

Nell'ambito del PNRR – Piano di Ripresa e Resilienza, la Missione 5 Componente 2 “Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore”, riserva per le Marche oltre 32 milioni alla Sottocomponente “Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale”. La Sottocomponente si articola in 3 Investimenti a titolarità del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, i cui soggetti attuatori sono gli Ambiti Territoriali Sociali con la Regione che è investita dal Ministero stesso

Le linee di intervento sono complessivamente 7 e alcuni investimenti, in particolare le linee di attività dedicate agli anziani non autosufficienti e alle persone con disabilità (Investimenti 1.1 e 1.2), che rafforzano il lato sociale dell'assistenza sociosanitaria, devono agire in maniera sinergica con i corrispondenti Investimenti 1.1 e 1.2 della Missione 6 (Salute) Componente 1 del PNRR (Case della Comunità e domiciliarità: rafforzamento del lato sanitario dell'assistenza territoriale).

Linea di investimento	Soggetti attuatori		Descrizione aspetti relativi all'integrazione ss
1.1.1 “Sostegno alle capacità genitoriali e prevenzione della vulnerabilità delle famiglie e dei bambini”	ats capofila	ats associati	L'obiettivo è quello di rafforzare i servizi di assistenza sociale per sostenere la capacità genitoriale e i bambini e le famiglie che vivono in condizione di fragilità e vulnerabilità. Con l'attivazione di azioni di supporto domiciliare rivolte ai genitori, al fine di ridurre o evitare il rischio di allontanamento dei bambini e adolescenti dal proprio nucleo familiare, sarà garantita una connessione più forte tra il sistema socioassistenziale, sanitario e educativo. Ciò attraverso la predisposizione di progetti individualizzati, elaborati insieme alle famiglie e ad equipe multidisciplinari
	ATS 1	ATS 3, ATS 4, ATS 5	
	ATS 6	ATS 7	
	ATS 8	ATS 13	
	ATS 9	ATS 12	
	ATS 11		
	ATS 14		
	ATS 15		
	ATS 16	ATS 17, ATS 18	
	ATS 19		
	ATS 20		
	ATS 22		
1.1.2 “Autonomia degli anziani non autosufficienti”	ats capofila	ats associati	Prevede importanti investimenti infrastrutturali, finalizzati alla prevenzione dell'istituzionalizzazione attraverso strutture alloggiative e dotazioni strumentali innovative che consentano agli anziani di conseguire e mantenere una vita autonoma e indipendente, con la garanzia di servizi accessori, in particolare, legati alla domiciliarità, che assicurino la continuità dell'assistenza, secondo un modello di presa in carico sociosanitaria. Ciò, in
	ATS 8	ATS 9, ATS 10, ATS 11, ATS 12, ATS 13	
		ATS 15, ATS 16, ATS 17, ATS 18	
	ATS 14	ATS 18	

Linea di investimento	Soggetti attuatori		Descrizione aspetti relativi all'integrazione ss
	ATS 19	ATS 20, ATS 21, ATS 22, ATS 23, ATS 24	base alle Linee di indirizzo per i progetti di vita indipendente del 21 novembre 2019. Queste azioni, previste nel più generale ambito sociosanitario, con riferimento a progetti facenti capo sia alla Missione 5 che alla Missione 6 "Salute" del PNRR, avranno come cardine la semplificazione dei percorsi di accesso alle prestazioni e una presa in carico multidimensionale e integrata, attraverso un progressivo rafforzamento dei servizi territoriali di domiciliarità, per evitare processi di istituzionalizzazione non appropriata. Gli ambiti territoriali potranno proporre progetti diffusi assicurando loro i servizi necessari alla permanenza in sicurezza della persona anziana sul proprio territorio, a partire dai servizi domiciliari o, in alternativa, progetti di progressiva riqualificazione di strutture residenziali pubbliche in gruppi di appartamenti autonomi, dotati delle attrezzature necessarie e dei servizi attualmente presenti nel contesto istituzionalizzato. In un caso e nell'altro, l'obiettivo è di assicurare la massima autonomia e indipendenza della persona in un contesto nel quale avviene una esplicita presa in carico da parte dei servizi sociali e sociosanitari e vengono assicurati i relativi sostegni. Elementi di domotica, telemedicina e monitoraggio a distanza permetteranno di aumentare l'efficacia dell'intervento.
1.1.3 "Rafforzamento dei servizi sociali a favore della domiciliarità"	ats capofila	ats associati	Il fine è di evitare colli di bottiglia sul lato dei servizi sociali e garantire la possibilità di utilizzare l'istituto delle dimissioni protette e prevenire il ricovero in ospedale. Sebbene, i servizi sociali e quelli sanitari siano strettamente complementari, la loro mancata integrazione non garantisce la soddisfazione dei bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale. La presente linea di attività, da realizzarsi seguendo le indicazioni del Piano sociale nazionale (cap. 2, scheda LEPS 2.7.3), ha come obiettivo primario la costituzione di équipe professionali, con formazione specifica, per migliorare la diffusione dei servizi sociali su tutto il territorio e favorire la de-istituzionalizzazione e il rientro a domicilio dagli ospedali, in virtù della disponibilità di servizi e strutture per l'assistenza domiciliare integrata. Sono azioni che anticipano l'adozione della legge quadro sugli interventi in favore degli anziani non autosufficienti, con specifico riferimento ai progetti di rafforzamento dell'assistenza domiciliare per le dimissioni protette, di de-istituzionalizzazione, di riconversione di case di riposo
ATS 1	ATS 3, ATS 4, ATS 5, ATS 6, ATS 7		
ATS 9	ATS 8, ATS 10, ATS 11, ATS 12, ATS 13		
ATS 15	ATS 14, ATS 16, ATS 17, ATS 18		
ATS 19	ATS 20, ATS 24		
ATS 22	ATS 21, ATS 23		
1.1.4 "Rafforzamento dei servizi sociali e prevenzione del fenomeno del burn out tra gli operatori sociali"	ats capofila	ats associati	Al fine di garantire elevati standard di qualità dei servizi, secondo le indicazioni del Piano sociale nazionale (cap. 2, scheda LEPS 2.7.2) saranno implementati progetti e attività di sostegno e supervisione degli operatori sociali, per rafforzarne la professionalità e favorire la condivisione delle competenze. Sono previsti progetti di supervisione "multiprofessionale" di équipe, con il coinvolgimento anche di operatori socio-sanitari quali psicologi ed educatori professionali socio-sanitari
ATS 6	ATS 1, ATS 3, ATS 4, ATS 5, ATS 7		
ATS 9	ATS 8, ATS 10, ATS 11, ATS 12, ATS 13		
ATS 18	ATS 14, ATS 15, ATS 16, ATS 17		
ATS 20	ATS 19, ATS 24		
ATS 22	ATS 21, ATS 23		
1.2 "Percorsi di autonomia per persone con disabilità"	ats capofila	ats associati	L'obiettivo generale è l'accelerazione del processo di de-istituzionalizzazione delle persone con disabilità al fine di migliorare la loro autonomia e offrire opportunità di accesso nel mondo del lavoro, anche attraverso la tecnologia informatica. I progetti di servizi saranno coerenti con le misure già in essere afferenti al Fondo per il dopo di noi e al Fondo nazionale per la non autosufficienza, valorizzazione delle capacitazioni delle persone con disabilità, perché possano assumere un ruolo protagonista nel loro percorso di inserimento lavorativo e sociale e, più in generale, nel loro progetto di vita. In tal senso, il progetto espande su tutto il territorio nazionale il percorso già individuato con le sperimentazioni, avviate nell'ambito delle Linee guida sulla vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità, elaborate nel 2018 dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, e sulle quali si sono basati sia i Progetti di vita indipendente, finanziati dal Fondo nazionale per la non autosufficienza, sia i Progetti per il dopo di noi (L. 112/2016), finanziati dal Fondo dopo di noi nella prospettiva di definizione di tali progettualità come LEPS nazionali. L'implementazione del progetto individualizzato potrà essere progettata o realizzata anche attraverso gli enti del terzo settore. Il progetto individualizzato è il punto di partenza per la definizione degli interventi per l'autonomia delle persone con disabilità. Previa valutazione multidimensionale e interdisciplinare, che prevede il coinvolgimento di
ATS 1			
ATS 3	ATS 5		
ATS 4			
ATS 6			
ATS 7			
ATS 8			
ATS 9			
ATS 10	ATS 12		
ATS 11			
ATS 13			
ATS 14			
ATS 15			

Linea di investimento	Soggetti attuatori		Descrizione aspetti relativi all'integrazione ss
	ATS 16		<p>professionalità diverse (assistenti sociali, medici, psicologi, educatori, ecc.), è definito il progetto personalizzato. Sulla base dei bisogni della persona con disabilità, il progetto individua gli obiettivi che si intendono raggiungere, in un percorso verso l'autonomia abitativa e lavorativa.</p>
	ATS 17	ATS 18	
	ATS 19		
	ATS 20		
	ATS 21		
	ATS 22		
	ATS 24	ATS 23	
1.3.1 "Housing temporaneo"	ats capofila	ats associati	<p>L'obiettivo generale è il finanziamento di interventi e servizi in favore di persone in condizione di povertà estrema o senza dimora, promuovendo la loro autonomia di vita, nel rispetto delle Linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta in Italia del 5 novembre 2015 (in particolare per quanto riguarda le progettualità basate sull'housing first) e delle Schede tecniche contenute nel Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023 (in particolare per quanto riguarda le schede, inserite nel III capitolo, Piano Povertà, n. 3.7.2 Accesso alla residenza anagrafica e fermo posta e n. 3.7.3 Centro servizi per il contrasto alla povertà).</p> <p>Le due distinte Linee di attività prevedono:</p> <p>1. 1. Housing first – si tratta di un'assistenza alloggiativa temporanea ma di ampio respiro, fino a 24 mesi, tendenzialmente in appartamenti raccolti in piccoli gruppi sul territorio, destinati a singoli o piccoli gruppi di individui, ovvero a nuclei familiari in difficoltà estrema che non possono immediatamente accedere all'edilizia residenziale pubblica e che necessitano di una presa in carico continuativa. La soluzione alloggiativa, viene affiancata da un progetto individualizzato volto all'attivazione delle risorse del singolo o del nucleo familiare, con l'obiettivo di favorire percorsi di autonomia e rafforzamento delle risorse personali, per agevolare la fuoriuscita dal circuito dell'accoglienza ovvero l'accesso agli interventi di supporto strutturale alle difficoltà abitative (edilizia residenziale pubblica o sostegni economici all'affitto).</p> <p>2. Stazioni di posta - Centri servizi per il contrasto alla povertà aperti alla cittadinanza, di non grandi dimensioni. Al loro interno potrà svolgersi una limitata accoglienza notturna, attività di presidio sociale e sanitario, ristorazione, distribuzione della posta per i residenti presso l'indirizzo fittizio comunale, mediazione culturale, counseling, orientamento al lavoro, consulenza legale, distribuzione di beni in riuso, banca del tempo, ecc. Rappresenteranno un luogo sicuro, integrato con i centri di accoglienza e con le mense sociali, dove offrire servizi per il contrasto della povertà; è previsto l'attivo coinvolgimento delle organizzazioni di volontariato, a rafforzamento dei servizi offerti, il collegamento con i servizi sanitari e i servizi per l'impiego.</p>
	ATS 1	ATS 4, ATS 5	
	ATS 9	ATS 8, ATS 10, ATS 12, ATS 13	
	ATS 15	ATS 14, ATS 16, ATS 17, ATS 18	
	ATS 23	ATS 19, ATS 20, ATS 21, ATS 22, ATS 24	
1.3.2 "Stazioni di posta"	ats capofila	ats associati	<p>Le due distinte Linee di attività prevedono:</p> <p>1. 1. Housing first – si tratta di un'assistenza alloggiativa temporanea ma di ampio respiro, fino a 24 mesi, tendenzialmente in appartamenti raccolti in piccoli gruppi sul territorio, destinati a singoli o piccoli gruppi di individui, ovvero a nuclei familiari in difficoltà estrema che non possono immediatamente accedere all'edilizia residenziale pubblica e che necessitano di una presa in carico continuativa. La soluzione alloggiativa, viene affiancata da un progetto individualizzato volto all'attivazione delle risorse del singolo o del nucleo familiare, con l'obiettivo di favorire percorsi di autonomia e rafforzamento delle risorse personali, per agevolare la fuoriuscita dal circuito dell'accoglienza ovvero l'accesso agli interventi di supporto strutturale alle difficoltà abitative (edilizia residenziale pubblica o sostegni economici all'affitto).</p> <p>2. Stazioni di posta - Centri servizi per il contrasto alla povertà aperti alla cittadinanza, di non grandi dimensioni. Al loro interno potrà svolgersi una limitata accoglienza notturna, attività di presidio sociale e sanitario, ristorazione, distribuzione della posta per i residenti presso l'indirizzo fittizio comunale, mediazione culturale, counseling, orientamento al lavoro, consulenza legale, distribuzione di beni in riuso, banca del tempo, ecc. Rappresenteranno un luogo sicuro, integrato con i centri di accoglienza e con le mense sociali, dove offrire servizi per il contrasto della povertà; è previsto l'attivo coinvolgimento delle organizzazioni di volontariato, a rafforzamento dei servizi offerti, il collegamento con i servizi sanitari e i servizi per l'impiego.</p>
	ATS 1	ATS 3, ATS 4, ATS 5, ATS 6, ATS 7	
	ATS 11		
	ATS 14	ATS 15, ATS16, ATS 17, ATS 18	
	ATS 21	ATS 19, ATS 20, ATS 22, ATS 23, ATS 24	

8 LA QUALIFICAZIONE DEL PERSONALE E LA VALORIZZAZIONE DELLA RICERCA

8.1 POLITICHE DEL PERSONALE

All'interno del SSR è necessario promuovere un cambiamento culturale ed organizzativo orientato:

- all'integrazione delle politiche del personale con la programmazione sanitaria e le reti clinico-assistenziali organizzative. A tal fine verranno definiti strumenti di pianificazione e monitoraggio degli standard assistenziali, al fine di garantire l'equilibrio tra efficacia ed efficienza del SSR e la garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza;
- all'evoluzione del concetto di personale verso quello di "risorsa umana", con un approccio volto a fornire ai professionisti le migliori condizioni possibili di lavoro, attraverso strumenti di semplificazione, incentivazione, aggiornamento e crescita professionale, conciliazione dei tempi di vita e lavoro;
- alla promozione del merito, con l'innovazione dei meccanismi incentivanti collegati alla performance, nella logica dell'integrazione con gli strumenti di pianificazione e programmazione aziendale;
- alla promozione del benessere organizzativo mediante il coinvolgimento del personale nella missione negli obiettivi delle Aziende ed il miglioramento della comunicazione interna.

A seguito della definizione dell'assetto organizzativo delle Aziende Sanitarie Territoriali (AST), ai sensi della Legge Regionale n. 19/2022, dell'AOU delle Marche e dell'INRCA saranno avviate politiche del personale atte alla valorizzazione delle risorse umane e delle singole professionalità operanti nel SSR.

In quest'ottica, l'impegno della Regione è quello di proseguire con iniziative di formazione, di aggiornamento professionale, nonché con interventi diretti a sviluppare nella misura più ampia ed efficace possibile, nell'ambito del triennio 2023-2025, il superamento del precariato e il consolidamento delle professionalità acquisite dal personale con rapporti di lavoro flessibile che ha prestato servizio anche durante l'emergenza COVID 19.

Il percorso di valorizzazione delle professionalità, in un modello organizzativo che realizzi in modo concreto il passaggio dalla sanità delle prestazioni a quella della presa in carico della persona, si realizza attraverso:

- la definizione del fabbisogno del personale delle n. 5 Aziende Sanitarie Territoriali, di cui alla L.R. n. 19/2022, dell'INRCA e dell'AOU delle Marche mediante la ridefinizione del vincolo di spesa del personale, ex art. 11 comma 1 del decreto legge n. 35/2019 convertito in legge n. 60/2019, volto ad assicurare adeguati standard di dotazione di personale negli Enti del SSR, in particolare per garantire il turnover e potenziare la dotazione di medici e del personale delle professioni sanitarie nelle aree strategiche individuate dalla programmazione sanitaria e sociosanitaria;
- la perequazione dei trattamenti economici del personale della Dirigenza e del Comparto in applicazione dell'art. 11 comma 1 del decreto legge n. 35/2019 convertito in legge n. 60/2019 e dell'art. 8 della L. R. 21 marzo 2017 n. 8;
- lo sviluppo di modelli organizzativi innovativi;
- il monitoraggio in ambito universitario dell'andamento della formazione degli specializzandi e delle scuole di specializzazione;
- il costante miglioramento del meccanismo di definizione del fabbisogno delle professioni sanitarie e dei medici specialisti in accordo con il Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca, con il Ministero della Salute e con il Sistema regionale dell'Università, introducendo la possibilità per gli specializzandi di partecipare alle attività assistenziali negli ospedali, valorizzando i medici specializzandi senza pregiudizio della sicurezza e qualità dell'assistenza;
- la valutazione dell'opportunità di incremento del numero delle borse di studio per gli specializzandi e per i corsi di formazione per medici di Medicina Generale, da finanziare con risorse regionali, per fornire risposta ad esigenze specifiche e criticità del sistema;

- il raccordo tra politiche occupazionali, gestione del personale e assetto dei servizi sanitari e socio-sanitari, anche attraverso un costante confronto con le organizzazioni sindacali e gli ordini professionali;
- la semplificazione delle procedure di reclutamento al fine di accelerare le immissioni di risorse nel SSR, favorendo la conciliazione vita – lavoro e garantendo adeguate risorse umane anche alle strutture presenti nelle aree interne o in ambiti che presentano carenze di personale rispetto alle dotazioni standard;
- l’attuazione di un piano di formazione per gli Infermieri di Famiglia o Comunità e di corsi per i Direttori di Distretto al fine di svilupparne le competenze manageriali.

Obiettivo Prioritario:

Medio termine:

interventi diretti a sviluppare, nella misura più ampia ed efficace possibile, nell'ambito del triennio 2023-2025, il superamento del precariato, la stabilizzazione (ai sensi della Legge Madia e della Legge n. 234/2021 c.d. covid) del personale che ha prestato servizio anche durante l'emergenza pandemica e la valorizzazione delle professionalità acquisite dal personale con rapporti di lavoro di natura flessibile. Il complesso di queste linee strategiche mira a trattenere sul territorio i professionisti più meritevoli e a rendere maggiormente attrattivo il SSR.

8.2 RISORSE UMANE, BENESSERE ORGANIZZATIVO E FORMAZIONE

Formazione continua del personale del Comparto e della Dirigenza

La Regione Marche intende investire in maniera decisa nella formazione, leva indispensabile per lo sviluppo delle professionalità per il miglioramento della qualità dei servizi.

La governance regionale in materia di formazione continua prevede l’accreditamento delle nuove AST come provider ECM e il rafforzamento dei servizi di Formazione delle AST, dell’Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche e dell’INRCA in termini di personale dedicato e formato al fine di supportare la mission delle direzioni nel rispondere ai bisogni dei pazienti, alle esigenze del SSR e allo sviluppo professionale.

I Servizi Formazione degli enti del SSR predispongono annualmente i Piani Formativi aziendali che, anche in funzione dei nuovi modelli organizzativi, devono configurarsi come il risultato di un'accurata e capillare analisi del fabbisogno formativo. La raccolta del fabbisogno formativo dovrà avvenire grazie alla presenza formalizzata di una rete di referenti/facilitatori interni presenti nelle diverse Unità Operative/Dipartimenti.

Il competente settore regionale annualmente individua sia ambiti formativi necessari al perseguimento degli obiettivi di sviluppo del sistema socio-sanitario regionale sia metodologie appropriate, predisponendo linee di indirizzo *ad hoc* per la programmazione formativa annuale degli Enti del SSR.

Ad integrazione dei piani aziendali, con DGR n. 1281/2022 è stato approvato il Piano di formazione regionale 2022-2024 rivolto al personale del SSR che individua attività formative strategiche e trasversali contenute nei piani programmatici regionali e nazionali di settore. Detto Piano di formazione, che include anche i fabbisogni del personale del ruolo professionale-tecnico-amministrativo del SSR, dovrà garantire la necessaria coerenza con gli obiettivi del presente Piano Socio Sanitario.

La Regione Marche intende altresì investire in modalità innovative della formazione in funzione dei corsi e degli obiettivi di apprendimento. Si implementerà il lavoro che sta svolgendo l'Academy (di cui al Decreto RUM n.7/2021) per la progettazione di corsi e-learning e si aggiorneranno le competenze del personale dedicato alla formazione.

Nell'ambito della simulazione si avvierà il progetto sperimentale che coinvolge l’Azienda Ospedaliero-Universitaria delle Marche e l’INRCA che prevede l’attivazione del corso BLS-D con realtà virtuale, rivolto agli operatori sanitari di cui alla DGR n.1329/2022.

In raccordo con quanto stabilito dalla DGR. n. 838/2019 dovranno essere attivate anche iniziative di formazione continua rivolte ai direttori di struttura complessa del SSR al fine di sviluppare competenze manageriali in ambito sanitario.

La Missione 6 C2 investimento 2.2 b del PNRR prevede un investimento straordinario nella formazione sulle Infezioni correlate all'assistenza in ambito ospedaliero. Il settore regionale delle Risorse Umane e Formazione sta predisponendo una programmazione *ad hoc* in raccordo con gli Enti del SSR, che dovrà essere attuata secondo lo specifico cronoprogramma ministeriale contenuto nell'allegato 5 del Piano Operativo Regionale.

Obiettivi prioritari:

Medio termine:

Realizzazione delle attività formative contenute nel Piano formativo regionale 2022-2024 rivolto al personale del SSR di cui alla DGR 1281/2022.

PNRR Missione 6 C2 investimento 2.2 b - Raggiungimento del target regionale del personale formato sul programma Infezioni correlate all'assistenza (n. formati entro il I° trimestre 2025: 52% pari a 3.724 e n. formati del II° trimestre 2026: 100% pari a 7.302).

Scuola di Formazione Manageriale

La Regione Marche intende promuovere la formazione dei Dirigenti e dei Direttori di Struttura Complessa per assicurare lo sviluppo di competenze manageriali all'interno delle Aziende ed intende garantire una risposta efficace ed efficiente alle richieste formative dei professionisti.

Il 7 ottobre 2019 è stata firmata la CONVENZIONE, di durata quinquennale, con le quattro Università Marchigiane per la realizzazione della Scuola di formazione manageriale ai sensi della DGR n.838/2019 che ha ridisegnato la governance regionale in materia. Sono stati erogati annualmente corsi di formazione manageriale per Direzione d'Azienda (Direttore Generale, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario) che dovranno ricomprendere necessariamente anche la figura del Direttore Socio-Sanitario e corsi manageriali per direttori di Struttura Complessa. Da qualche anno si sono avviati anche i corsi di rivalidazione dell'attestato di formazione manageriale, ai sensi del DPR 484/97, per i Direttori Sanitari e Direttori di Struttura Complessa in possesso di un attestato di formazione manageriale in scadenza.

La Regione Marche ha predisposto delle linee di indirizzo per la realizzazione dei corsi e intende implementare tale linea di intervento con il Comitato Scientifico predisposto *ad hoc* con Decreto RUM n.59/2019 e s.m.i.

Detto Comitato scientifico per la formazione manageriale, composto dai rappresentanti delle quattro Università marchigiane e dai direttori (Generali o Sanitari o Amministrativi) degli Enti del SSR, fornisce supporto e consulenza tecnica per la programmazione, progettazione e realizzazione dei percorsi formativi di ri-validazione dell'attestato di formazione manageriale. Fornisce, altresì, supporto al fine dell'identificazione di eventuali ulteriori aree specifiche su cui innestare processi di apprendimento *ad hoc*, oltre a quelle previste dalla normativa nazionale, per i corsi di formazione manageriale diretti alla Direzione di Azienda Sanitaria/Ospedaliera e ai direttori di Struttura Complessa, nonché per il monitoraggio dell'attività formativa dagli Atenei marchigiani e dagli Enti del SSR, prevedendo sistemi di valutazione dell'efficacia della formazione erogata.

Per l'attuazione dell'intervento previsto dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 6, Componente 2.2 c "*Sviluppo delle competenze tecniche professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario*"- *sub misura "corso di formazione manageriale"* il Ministero della Salute ha individuato AGENAS quale organismo intermedio attraverso apposito accordo di collaborazione che prevede il riparto delle risorse tra Regioni beneficiarie e relativo target di personale dirigenziale da formare.

L'Agenas stipulerà conseguentemente appositi atti con le Regioni beneficiarie dell'investimento. La Regione Marche intende partecipare attivamente all'implementazione di tale linea di intervento.

Obiettivi prioritari:**Breve termine:**

Realizzazione dell'elenco regionale dei soggetti in possesso dell'attestato di formazione manageriale.

Medio termine:

Partecipazione al programma per l'attuazione dell'intervento previsto dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 6, Componente 2.2 c "Sviluppo delle competenze tecniche professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario" - sub misura "corso di formazione manageriale".

Rapporti con le Università

Alla luce dello scenario attuale di carenza del personale sanitario, si rende necessario coinvolgere l'Università Politecnica delle Marche nella formulazione di accordi con la Regione per la integrazione di percorsi formativi dei professionisti sanitari che hanno conseguito titoli di studio all'estero e che risiedono in Italia, al fine di aggiungere professionisti sanitari formati con alti livelli di skills, nell'ottica di offrire ai cittadini livelli assistenziali di assistenza sempre di alta qualità.

I futuri rapporti con detto Ateneo dovranno prevedere criteri di governance flessibile, in particolare i Protocolli d'Intesa dovranno essere formulati con criteri essenziali tali da essere modificati, integrati e aggiornati in periodi brevi e dovranno essere strumenti di sviluppo ed evoluzione al passo con i nuovi scenari della governance sanitaria.

La formazione deve coinvolgere tutti gli operatori, in una logica multidisciplinare. Dovranno essere sviluppate tematiche trasversali che coinvolgono diversi setting di cura, al fine di dare piena attuazione ad un modello organizzativo condiviso di creazione delle Case della Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali, di cui al D.M. 77/2022, presa in carico del paziente cronico e consentire l'implementazione delle reti clinico assistenziali e organizzative.

La Regione Marche intende proseguire e potenziare il fabbisogno di medici in relazione ai bisogni emergenti della popolazione ed alla programmazione sanitaria e sociosanitaria nonché il potenziamento della formazione specialistica, in accordo con il Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca, il Ministero della Salute e con il Sistema regionale dell'Università, introducendo la possibilità per gli specializzandi di partecipare alle attività assistenziali negli ospedali, valorizzando i medici specializzandi senza pregiudizio per la sicurezza e la qualità dell'assistenza.

L'art. 4 della legge n. 264/1999 dispone che il Ministero dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, nella emanazione e nelle modificazioni del regolamento dell'accesso alle scuole di specializzazione e ai corsi universitari, ivi compresi quelli con limitazione nelle iscrizioni, si conformi alle disposizioni di cui agli articoli 1 e 2 della medesima legge e si attenga ai seguenti principi e criteri direttivi:

- a) determinazione annuale del numero di posti a livello nazionale con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, sentiti gli altri Ministri interessati, sulla base della valutazione dell'offerta potenziale del sistema universitario, tenendo anche conto del fabbisogno di professionalità del sistema sociale e produttivo;
- b) ripartizione dei posti tra le università tenendo conto dell'offerta potenziale comunicata da ciascun ateneo e dell'esigenza di equilibrata attivazione dell'offerta formativa sul territorio;
- c) sviluppo, in sinergia con il MUR, di nuovi parametri e indicatori di accreditamento più innovativi rispetto agli attuali, mantenendo alti i criteri di qualità per le facoltà di Medicina. Attualmente, la valutazione dell'offerta potenziale è effettuata in base ai seguenti parametri:
 - posti nelle aule;
 - attrezzature e laboratori scientifici per la didattica;
 - personale docente;
 - personale tecnico;
 - servizi di assistenza e tutorato.

Obiettivi Prioritari:**Medio termine:**

Incremento del numero dei tirocini attivabili e dei posti disponibili nei laboratori e nelle aule attrezzate per le attività pratiche e di tirocinio e per le attività tecnico-pratiche e di laboratorio, come parte integrante del percorso formativo;

Miglioramento della qualità dell'utilizzo di tecnologie e metodologie per la formazione a distanza.

Programmazione della formazione dei medici post lauream

L'articolo 6-ter del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni prevede che, entro il 30 aprile di ciascun anno, il Ministero della Salute determini il fabbisogno dei professionisti sanitari sentite la Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano e la Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e odontoiatri e degli altri Ordini professionali interessati.

Per "specializzazioni mediche" si intendono le specializzazioni in applicazione del DM 68/2015 per le quali è stato programmato il finanziamento di risorse sia con fondi statali (PNRR) che con fondi regionali, tenuto conto di quanto disposto dal decreto ministeriale n. 748 del 5 ottobre 2017 che prevede: "alle scuole di specializzazione di area medica, comprese quelle aggiuntive finanziate dalle regioni, possano accedere tutti i medici inseriti in una unica graduatoria nazionale di merito, redatta sulla base del punteggio complessivo conseguito da ciascun candidato in base a titoli e prove di esame".

Al medico in formazione specialistica, per tutta la durata legale del corso, è corrisposto un trattamento economico annuo onnicomprensivo, quantificato dal DPCM 15/1/2020, nei seguenti termini:

	I anno	II anno	III anno	IV anno	V anno
quota fissa	€ 22.700	€ 22.700	€ 22.700	€ 22.700	€ 22.700
quota variabile	€ 2.300	€ 2.300	€ 3.300	€ 3.300	€ 3.300
costo contratto	€ 25.000	€ 25.000	€ 26.000	€ 26.000	€ 26.000

Per l'efficientamento della programmazione della formazione del personale medico specialistico, si riportano di seguito le previsioni di pensionamento nelle discipline in ambito ospedaliero.

Previsioni di pensionamento al 2030

DISCIPLINA	UNITA' DI PERSONALE IN SERVIZIO A FINE 2022	PENSIONAMENTI PREVISTI AL 2030	PENSIONAMENTI AL 2030 (IN %)
PSICHIATRIA	151	47	31,1%
GINECOLOGIA E OSTETRICIA	132	39	29,5%
MEDICINA E CHIR.D'ACCETTAZIONE E URGENZA	143	40	27,9%
MEDICINA INTERNA	155	39	25,2%
MALATTIE INFETTIVE	33	8	24,2%
UROLOGIA	56	13	23,2%
CARDIOLOGIA	188	43	22,9%
CHIRURGIA GENERALE	150	33	22,0%

ANESTESIA E RIANIMAZIONE	296	64	21,6%
RADIODIAGNOSTICA	202	43	21,3%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	99	20	20,2%
PEDIATRIA	110	22	20,0%

Nelle varie discipline delle Scuole di specializzazione per la formazione di personale Medico, nell’A.A. 2020/2021, la Regione Marche ha programmato n.164 borse di studio (contratti finanziati e da finanziare con risorse ministeriali nelle varie discipline mediche) rispetto alla precedente programmazione.

Inoltre, si evidenzia l’ulteriore incremento di risorse regionali per il finanziamento di n.42 borse aggiuntive (nell’A.A. 2021/2022) non provenienti dal Fondo sanitario Nazionale.

Aumento contratti di specializzazione e aumento dell’accantonamento nazionale delle risorse

In merito alle norme autorizzatorie delle maggiori spese relative ai nuovi contratti di specializzazione a seguito dell’emergenza COVID-19, l’articolo 1-*bis* del decreto-legge n. 34/2020 e s.m.i. prevede di accantonare, a decorrere dal 2021, risorse pari a 20 milioni di euro annui a valere sul finanziamento statale del fabbisogno sanitario nazionale, allo scopo di attivare ulteriori borse di studio per medici che partecipano ai corsi di formazione specifica in medicina generale.

Viene altresì incrementato il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard per la parte statale.

Inoltre, l’art. 5, comma 1-*bis*, del medesimo decreto prevede un ulteriore incremento delle risorse destinate a finanziare l’aumento del numero dei contratti di formazione medica specialistica, per ulteriori 25 milioni per il 2022 e 2023 e di 26 milioni per ciascuno degli anni 2024, 2025, 2026, mediante corrispondente incremento del finanziamento statale del fabbisogno nazionale sanitario, in relazione ad un ulteriore aumento del numero dei contratti di circa 96 unità.

Da ultimo, l’art. 1, commi 421 e 422, della legge 30 dicembre 2020, n. 178 (legge di bilancio 2021) ha autorizzato l’incremento del numero dei contratti di formazione dei medici specializzandi con uno stanziamento di spesa aggiuntivo rispetto alla legislazione vigente pari a 105 milioni di euro per ciascuno degli anni 2021 e 2022 e di 109,2 milioni di Euro per ciascuno degli anni 2023, 2024 e 2025, a valere corrispondentemente sul finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per gli anni dal 2021 al 2025.

Si prevede che alla copertura dell’autorizzazione di spesa per i contratti aggiuntivi regionali, concorrano le risorse del Programma Next Generation EU per un ammontare pari a 105 milioni di Euro per ciascuno anno a partire dal 2021. Inoltre la Regione Marche con la partecipazione alla **Joint Action HEROES** si è impegnata a svolgere attività finalizzate a migliorare la capacità di pianificazione del fabbisogno di personale sanitario soprattutto per quanto concerne lo sviluppo di un modello di pianificazione della formazione dei medici specialisti.

Fabbisogno formativo di base delle professioni sanitarie di area medica

In coerenza con il dettato normativo e tenuto conto di quanto concordato negli Accordi Stato - Regioni del 9 giugno 2016 e del 25 maggio 2017, con particolare riguardo ai criteri ed alla metodologia di determinazione del fabbisogno formativo, la Regione predispose, tramite un modello condiviso con il Ministero della Salute e le altre Regioni, la rilevazione delle professioni sanitarie delle Aree infermieristica, Tecnico-diagnostica, della Riabilitazione e della prevenzione e rileva la stima dei medici chirurghi laureati, odontoiatri, farmacisti, veterinari, biologi, chimici, fisici, psicologi, non ancora specializzati.

Per ogni singola professione sanitaria la rilevazione si avvale dei seguenti indicatori:

a) **domanda** regionale di professionisti sanitari attuale e prevista per gli anni target indicati nella scheda di rilevazione, tenuto conto della domanda di salute della popolazione regionale attesa per gli stessi anni e degli obiettivi e dei modelli organizzativi regionali previsti per rispondere a tale domanda di salute.

b) **offerta** regionale di professionisti sanitari attuale e prevista per gli anni target indicati nella scheda di rilevazione, tenuto conto del livello di disoccupazione, delle uscite dal mercato del lavoro e del personale in formazione in base agli ingressi presso l'Ateneo regionale.

La partecipazione della Regione Marche alla **Joint Action HEROES** precedentemente descritta, impegnerà per il futuro a svolgere le attività finalizzate a migliorare la capacità di pianificare il percorso formativo delle professioni sanitarie individuate ai sensi della Legge 42/99 e s.m.i. Le attività tecniche individuate nel progetto, saranno realizzate all'interno del Work Package 5, in via di sviluppo, quale strumento di lavoro per migliorare il modello di rilevazione precedentemente descritto.

Obiettivo Prioritario:

Medio / lungo termine:

aumentare l'efficacia del modello di rilevazione del fabbisogno formativo migliorandone la qualità della metodologia, soprattutto in funzione della programmazione della formazione dei medici specialisti e di tutti i professionisti sanitari, da trasformare in strumento di governance per la pianificazione formativa dei professionisti sanitari e dei profili di interesse sanitario

Assunzione di specializzandi

In coerenza con quanto stabilito dalla legge 30 dicembre 2018, n. 145, art. 1, comma 547 e ss. s.m.i. come modificata dalla D.L. n. 35/2019, convertito con modificazioni dalla L. n. 60/2019, e, successivamente, dal D.L. n. 34/2020, convertito, con modificazioni dalla legge n. 77/2020 ed ai sensi del comma 5 del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18 2020, convertito con legge 24 aprile 2020 Regione Marche, con la DGR n.731 del 14 giugno 2021 si sono predisposti accordi con le Università per l'assunzione di medici specializzandi con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato e con orario a tempo parziale presso le aziende sanitarie regionali le cui strutture sono accreditate e inserite nella rete formativa della scuola di specializzazione frequentata dallo specializzando, secondo quanto previsto dall'articolo 43 del decreto legislativo n. 368/1999 e secondo i criteri stabiliti dai decreti interministeriali n. 68/2015 e seguenti.

L'assunzione a tempo determinato dello specializzando ex art. 1, comma 548-bis della legge n. 145/2018 comporta l'inquadramento in qualifica dirigenziale con trattamento economico proporzionato alla prestazione lavorativa resa e commisurato alle attività assistenziali svolte per un massimo di trenta ore settimanali.

Per tutta la durata del rapporto di lavoro a tempo determinato gli specializzandi restano iscritti alla scuola di specializzazione universitaria e la formazione specialistica è a tempo parziale in conformità a quanto previsto dall'art. 22 della direttiva n. 2005/36/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 7 settembre 2005. La formazione teorica e pratica è pianificata dall'Università secondo la programmazione del Consiglio della Scuola.

Secondo quanto previsto dall'art. 548-bis della legge n. 145/2018, a decorrere dalla data di conseguimento del titolo di formazione specialistica, il rapporto di lavoro si trasforma da tempo determinato a tempo indeterminato.

Inoltre in applicazione del DL 24 marzo n.24, convertito con modificazioni dalla Legge 52/2022, con l'articolo 12 comma 3 quater è stata disposta la modifica dell'art. 1 comma 548-bis relativamente alla proroga del termine al 31 dicembre 2023 per le assunzioni dei medici specializzandi.

Obiettivo Prioritario:

Breve termine:

Sottoscrizione di convenzioni, ex art. 1, comma 547 e ss. L. n. 145 del 30/12/2018, con le Università delle Regioni limitrofe al fine dell'assunzione a tempo determinato dei medici specializzandi da impiegare nell'ambito della rete assistenziale del SSR in risposta al fabbisogno di medici degli Enti del SSR.

Risorse umane e benessere organizzativo

All'interno del SSR è necessario promuovere un cambiamento culturale ed organizzativo volto:

- all'integrazione delle politiche del personale con la programmazione sanitaria e le reti clinico-assistenziali organizzative. A tal fine verranno definiti strumenti di pianificazione e monitoraggio degli standard assistenziali, al fine di garantire l'equilibrio tra efficacia ed efficienza del SSR e la garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza;
- all'evoluzione del concetto di personale verso quello di "risorsa umana", con un approccio volto a fornire ai professionisti le migliori condizioni possibili di lavoro, attraverso strumenti di semplificazione, incentivazione, aggiornamento e crescita professionale, conciliazione dei tempi di vita e lavoro;
- alla promozione del merito, con l'innovazione dei meccanismi incentivanti collegati alla performance, nella logica dell'integrazione con gli strumenti di pianificazione e programmazione aziendale;
- alla promozione del benessere organizzativo mediante il coinvolgimento del personale nella mission e negli obiettivi delle Aziende ed il miglioramento della comunicazione interna.

Il benessere aziendale dovrà inoltre essere favorito attraverso la realizzazione di iniziative volte a creare ambienti favorevoli ad una permanenza ottimale degli operatori e del personale dipendente prevedendo asili nido, spazi relax e locali biblioteca per la consultazione di pubblicazioni a carattere scientifico.

8.3 MEDICINA CONVENZIONATA

La Medicina generale e la Pediatria di libera scelta rappresentano il punto di riferimento per il primo accesso al SSR e svolgono l'irrinunciabile ruolo di ascolto dei cittadini, di individuazione dei loro bisogni sanitari e di orientamento all'interno delle varie strutture e dei servizi del SSR.

I Medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, attraverso un approccio orientato alla relazione con i propri assistiti che li scelgono sulla base di un rapporto di fiducia, risultano particolarmente facilitati nella realizzazione della presa in carico globale dei cittadini e dei loro bisogni sanitari e socio-sanitari.

La continuità della assistenza nei confronti dei cittadini con patologie croniche elegge i medici dell'Assistenza Primaria e i pediatri di libera scelta come i professionisti più idonei a favorirne una corretta gestione, ad evitare riacutizzazioni e a garantirne così una buona e stabile qualità di vita, oltre che una appropriata spesa sanitaria.

Il rapporto privilegiato con l'utenza e il ruolo di snodo centrale del sistema delle cure territoriali, insieme alla dislocazione degli studi medici presenti nelle diverse aree territoriali, esprime le potenzialità delle azioni di sistema che possono essere sviluppate insieme a queste importanti figure professionali.

Molte delle standardizzazioni previste dal DM 77/2022 possono essere realizzate con la collaborazione sistematica dei medici di medicina generale che, nella collaborazione anche progettuale con i medici di distretto, potranno individuare le azioni sanitarie più appropriate per ogni singolo territorio.

Le strutture territoriali progettate e realizzate nell'ambito del PNRR (Case della comunità e Ospedali di comunità), rappresentano i luoghi di riferimento per le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), monoprofessionali, e per le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), multiprofessionali, che coinvolgono anche gli Specialisti Ambulatoriali interni e la realizzazione di quanto già previsto negli accordi nazionali vigenti con le categorie mediche convenzionate sopra citate potrà favorire la migliore organizzazione territoriale. A tali strutture organizzative potranno essere affidati anche specifici budget.

A seguito della programmazione territoriale che formalizza la struttura del territorio regionale e stabilisce la collocazione delle AFT e delle UCCP, nel rispetto di quanto già stabilito in relazione al PNRR e agli altri atti di strutturazione del territorio, saranno concordati e sottoscritti con le Organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, gli accordi integrativi regionali, in attuazione degli accordi nazionali vigenti.

Gli accordi integrativi regionali con i medici convenzionati dovranno concretamente prevedere la partecipazione di medici alla realizzazione degli obiettivi di livello nazionale (Piano nazionale della cronicità, piano nazionale prevenzione vaccinale, accesso improprio al pronto soccorso, governo delle liste di attesa e appropriatezza), dovranno concretamente prefigurare le modalità per la gestione delle principali patologie croniche,

prevedendone lo studio anche mediante opportune stratificazioni di popolazione sul bacino di utenza di ciascuna AFT, dovranno regolamentare le azioni proattive svolte dai medici, organizzati tra loro in modo autonomo ma coordinato attraverso l'UCCP di riferimento, dove possibile, nella casa della comunità di riferimento.

Anche le modalità gestionali degli studi dei medici convenzionati, singoli e di AFT, devono essere modernizzate attraverso l'utilizzo ordinario delle tecnologie da parte dei professionisti al fine di migliorare la diagnosi di primo livello, l'approfondimento diagnostico (telemedicina), l'acquisizione di un secondo parere mediante il rapporto con altri medici anche a distanza (televisita e teleconsulto), il collegamento e l'armonizzazione tra ospedale e territorio, evitando in molti casi, l'accesso improprio al Pronto soccorso.

Gli accordi integrativi dovranno anche sviluppare modalità per il monitoraggio del raggiungimento da parte dei medici degli obiettivi di governo clinico da parte delle AST di riferimento per territorio.

L'insufficienza di soggetti laureati in medicina rende molto difficile dal punto di vista assistenziale questo periodo storico in cui molti medici raggiungono i requisiti anagrafici e previdenziali per il collocamento in quiescenza. La migliore organizzazione dei servizi territoriali può rendere tale situazione una opportunità di soddisfazione dei cittadini, mediante la presenza coordinata dei medici presenti in ciascun territorio a servizio dell'intero bacino di utenza, unitamente alla modernizzazione tecnologica ed una maggiore diffusione dei collaboratori di studio.

Al fine di incrementare il numero di Medici disponibili per il territorio regionale, la Regione Marche ha aumentato il numero di borse di studio aggiuntive, pari a n.40 (per il triennio formativo 2022-2025) e con DGR 1617 del 3/12/2022 sono state bandite complessivamente n. 111 Borse di studio, di cui n. 50, finanziate con risorse del Fondo Sanitario Nazionale, n. 21 con risorse del PNRR e n. 40 borse finanziate con risorse regionali proprie (non provenienti dal Fondo Sanitario Nazionale).

Obiettivo Prioritario:

Breve termine:

Sottoscrizione degli accordi integrativi regionali con le tre categorie convenzionate in applicazione degli accordi nazionali vigenti, con la collaborazione delle AST, coerentemente con il quadro organizzativo del territorio definito dalla programmazione territoriale e dal PNRR della regione Marche e degli standard definiti dal DM 77/2022.

8.4 RICERCA

Nel corso degli ultimi anni l'aumento dei bisogni sanitari e l'avanzamento della tecnologia, hanno determinato per il settore sanitario la necessità di adattare i modelli tradizionali di erogazione delle prestazioni sanitarie alle innovazioni tecnologiche disegnando un nuovo modo di gestire la salute. I sistemi sanitari diventano sempre più digitali, interconnessi e consentono un più veloce e facile accesso ai servizi sanitari offerti. L'adozione di nuove tecnologie in questo ambito, si è dimostrata efficace nel migliorare l'accesso alle cure e la qualità della vita dei cittadini-pazienti soprattutto durante l'emergenza sanitaria della pandemia di Covid-19, determinando un'accelerazione del fenomeno digitale in Sanità e rafforzando la consapevolezza che la Digital Transformation per il mondo sanitario non è più una scelta, ma l'unica strada possibile per rispondere alle sfide della sanità già del presente, come precedentemente descritto in questo Piano.

Promuovere la cultura dell'innovazione in sanità significa oltre tutto riconoscere nell'industria della salute un volano per lo sviluppo ed un generatore di investimenti e di occupazione per tutta la Regione.

Le attività di ricerca promosse da Regione dovranno coinvolgere, oltre all'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), tutti gli enti del Servizio Sanitario Regionale (SSR), il mondo delle Università, degli Organismi di ricerca e delle imprese, affiancando tutti i livelli organizzativi della sanità, lungo tutta la filiera del Sistema Salute, dalla prevenzione alla cura, dall'accesso ai servizi all'assistenza e relazione continua, con un'attenzione sempre maggiore verso il governo delle risorse e la valorizzazione del patrimonio informativo.

Le iniziative possono riguardare la gestione dei dati e le tecnologie innovative per la diagnosi locale e remota, la terapia a distanza, il supporto decisionale clinico e di gestione della salute e delle cure utilizzando anche sistemi evoluti come l'intelligenza artificiale, la cura dei pazienti fragili e cronici, la valutazione dell'impatto dei fattori ambientali e dello stile di vita sulla salute, il monitoraggio e transizione verso stili di vita sostenibili.

Gli strumenti attraverso i quali perseguire questi obiettivi saranno costituiti:

- dalla ricerca di base (theory enhancing), con lo scopo di far avanzare le conoscenze su determinate patologie e promuovere lo sviluppo di opzioni di diagnosi e trattamento innovative;
- dalla ricerca applicata (change promoting), con lo scopo di fornire soluzioni a problemi specifici e produrre informazioni utili a indirizzare le scelte dei decisori pubblici;
- dall'applicazione dei metodi della ricerca sociale ed organizzativa, attraverso i quali ripensare le organizzazioni e rendere i servizi sempre più "prossimi" ai cittadini, anche con il ricorso alla telemedicina;
- dalla sperimentazione di interventi di formazione volti ad accrescere le competenze di ricerca degli operatori del Servizio Sanitario Regionale (SSR), nonché da interventi per la diffusione della conoscenza e del sapere scientifico.

La ricerca sanitaria, intesa come parte integrante delle attività del Servizio Sanitario Nazionale, è in linea con la radicale trasformazione che sta subendo il mondo sanitario e assistenziale, finalizzata a generare outcomes migliori in termini di maggior salute e sicurezza nelle cure secondo il paradigma definito da Leroy Hood della medicina delle 4P (predittiva, personalizzata, preventiva e partecipativa). Da un approccio reattivo, con una diagnostica basata sugli organi e un sistema orientato alla gestione della malattia, si sta evolvendo verso una medicina proattiva, con un approccio molecolare e sistemico.

In tale processo di trasformazione digitale trovano spazio differenti aree tematiche di sviluppo come l'uso delle scienze informatiche avanzate nel campo delle IoMT Internet of Medical Things, dei "big data", della genomica, del 3D printing, dell'intelligenza artificiale e della realtà aumentata.

Big Data

I Big Data sono quei raggruppamenti di informazioni di dimensioni tali che le normali applicazioni informatiche non sono in grado di processare ed analizzare ma richiedono tecnologie molto avanzate con disponibilità di storage di enormi capacità.

L'analisi dei big data nel settore sanitario può essere diviso in due grandi ambiti: quello che riguarda il singolo paziente finalizzata all'applicazione di una medicina personalizzata, e quello che riguarda la gestione sempre più efficace dei sistemi sanitari nel loro complesso.

Per quanto riguarda i benefici diretti al singolo paziente (sanità predittiva e preventiva) dall'analisi dei Big Data possono essere estratte informazioni utili per incrementare le conoscenze utili per la pratica clinica. Essi possono essere ad esempio applicati all'esecuzione di trial clinici virtuali, sottoponendo ad analisi ciò che avviene nel mondo reale in modo non preordinato, effettuando analisi sulle informazioni disponibili anche se diverse dall'ambito medico o raccolte per altri fini.

Grazie alla digitalizzazione delle informazioni, tutti i dati che un tempo erano nascosti in cartelle cliniche cartacee, potranno essere disponibili per migliorare le cure di ogni singolo cittadino: il quadro clinico della persona potrà essere confrontato con altri milioni di dati provenienti da altri casi permettendo in questo modo di poter prescrivere la cura migliore.

Un altro campo di possibile implementazione è la Medicina personalizzata. Attualmente l'evoluzione della medicina è fortemente indirizzata alla cosiddetta medicina di precisione e alla medicina personalizzata con l'individuazione dei meccanismi biologici alla base delle malattie e la messa a punto di trattamenti orientati al singolo paziente. Un presupposto fondamentale per lo sviluppo della medicina personalizzata è la possibilità di studiare il genoma umano grazie a elaborate tecniche di sequenziamento del DNA.

Intelligenza Artificiale

L'intelligenza artificiale (sistemi basati su reti neurali, ossia su modelli matematici in grado di simulare le capacità cognitive umane e di apprendere dai dati con cui vengono alimentati) è una tecnologia con la quale l'uomo, tramite algoritmi software complessi, riesce a trasferire su una macchina compiti che normalmente sono destinati ad una risoluzione esclusiva della mente umana e molto spesso svolti da interi team di lavoro.

Le applicazioni di Intelligenza artificiale sono già una realtà in specifici ambiti clinici in particolare per supportare la diagnosi. Evoluzioni in corso riguardano l'utilizzo dell'IA per adattare le scelte terapeutiche allo stato clinico e per ottimizzare il tempo medico dedicato al paziente. Al riguardo, si richiama il paragrafo 6.1.

Le potenzialità dell'IA si estendono fino all'impiego di algoritmi di "knowledge extraction", ovvero dei sistemi in grado di estrarre nuova conoscenza dai dati di cui già disponiamo identificando nuovi segnali predittivi dell'insorgenza di alcune malattie o di individuare correlazioni non ancora note fra i risultati di diversi esami clinici comunemente prescritti. La capacità di raccogliere dati in modo stensivo è alla base del lavoro della AI.

Un Modello di successo per la Regione Marche, è rappresentato dallo studio Pilota di fattibilità RicovAI-19. Use case unico al mondo che utilizzi AI, testato nella Regione Marche e validato con pubblicazione scientifica dei risultati: doi: <https://doi.org/10.1101/2022.02.07.22270020>

Ricerca applicata ed internazionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale

Contesto di riferimento ed attività pregresse

La Regione Marche, in linea con i trend nazionali ed europei, sta affrontando numerose sfide dal punto di vista sanitario e sociale. Il Dipartimento salute, in raccordo con l'Agenzia Regionale Sanitaria, promuove e sviluppa azioni e progettualità in ambito nazionale ed europeo, volte all'internazionalizzazione del SSR e all'introduzione di modelli innovativi di assistenza. Queste attività sono sviluppate attraverso una *governance* composta da una rete locale coordinata e capace di collegarsi ed interagire efficacemente con le reti/organizzazioni/Istituzioni locali, Nazionali ed Europee su *tematiche* prioritarie comuni.

La Regione Marche è riconosciuta dalla Commissione Europea quale *Sito di riferimento del Partenariato Europeo per l'Innovazione sull'invecchiamento sano e attivo (Reference Site)* dal 2019. L'ecosistema locale a quadruplica elica (PA/enti del SSR, accademia/ricerca, società civile, industria) adotta strategie e politiche (LR n.1/2019 sull'invecchiamento attivo) per promuovere l'innovazione al fine di migliorare la qualità della vita della

popolazione che invecchia, la sostenibilità dell'assistenza sanitaria e sociale, la crescita economica e la competitività. L'attività di supporto alla gestione e monitoraggio della Ricerca Finalizzata del Ministero della Salute e dei progetti di Ricerca del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM) promuove la ricerca e l'innovazione degli enti del SSR, in linea con le priorità nazionali. Le attività di internazionalizzazione sono sviluppate in sinergia con il Pro.M.I.S. (Programma Mattone Internazionale Salute), la rete istituzionalizzata formata da Ministero della Salute, le Regioni – Direzioni sanitarie, Province autonome e Agenas che supporta la crescita di una cultura europea della salute come sistema (*One health*) rafforzando le competenze dei portatori di interesse attraverso scambi di approcci, esperienze e modelli regionali, nazionali ed europei, e lo sviluppo di iniziative di livello Europeo. Il Dipartimento Salute e l'ARS hanno un'esperienza decennale nella progettazione Europea, vantando un'ampia rete di collaborazioni. Le principali tematiche sviluppate riguardano: la formazione dei professionisti sanitari e l'alfabetizzazione sanitaria (health literacy) (progetti IROHLA e IMPACCT), con lo sviluppo, anche in collaborazione con l'IRCCS-INRCA e la Facoltà di Medicina dell'UNIVPM, di moduli formativi sull'alfabetizzazione sanitaria per gli attuali e futuri professionisti sanitari; i nuovi modelli assistenziali, la sanità digitale, la prevenzione e gestione della fragilità e della cronicità, attraverso la collaborazione allo sviluppo di una strategia Europea comune di prevenzione, screening, diagnosi precoce e valutazione della fragilità (Joint Action ADVANTAGE), oltre che l'implementazione, in corso, di buone pratiche e nuovi modelli per la gestione della cronicità, anche attraverso la telemedicina, l'HTA e la sanità digitale (Joint Action JADECARE, Progetto Ricerca Finalizzata TREND, Programma di Rete NET e PON GOV Cronicità); l'innovazione per l'invecchiamento sano e attivo, con lo sviluppo di linee guida Europee per la progettazione di interventi integrati in tema di invecchiamento attivo (AGL e JADE) e la sperimentazione di programmi formativi sulle nuove tecnologie rivolte agli anziani (AGES 2.0).

Diretrici di sviluppo

Le nuove direttrici di sviluppo, in linea con il PNRR e le principali politiche nazionali ed europee, prevederanno le seguenti attività:

1. Rafforzare la collaborazione e il reciproco scambio di competenze, conoscenze e buone pratiche tra gli attori e gli stakeholder del territorio che si occupano di salute, con un approccio intersettoriale (*Salute in tutte le politiche*);
2. Promuovere azioni di capacity building degli attori del territorio regionale;
3. Sviluppare iniziative/progetti/programmi innovativi nazionali ed Europei in linea con le priorità regionali e le specificità/bisogni del territorio;
4. Sviluppare sinergie e collaborazioni con istituzioni e organizzazioni nazionali ed Europee sui temi di sanità pubblica.

1) Il *rafforzamento delle collaborazioni/scambi e l'intersettorialità* si realizzerà attraverso il consolidamento dell'ecosistema innovativo del Reference Site. Verranno promosse specifiche azioni trasversali e multidisciplinari in linea con la Strategia Regionale di Specializzazione Intelligente 2021-2027 e la Legge Regionale n. 1/2019 sull'invecchiamento attivo. Saranno ulteriormente consolidate le sinergie e collaborazioni con vari Dipartimenti/Settori (es. Politiche Sociali, Edilizia sanitaria, Attività produttive, Programmazione integrata risorse UE e nazionali, Prevenzione, Osservatorio Diseguaglianze nella salute) e con gli enti del SSR, promuovendo la capitalizzazione di soluzioni innovative e buone pratiche regionali riconosciute dalla Commissione Europea (Rete Diabetologica Marche, Programma di prevenzione "Guadagnare Salute... con le Life Skills", MyCupMarche). Particolare attenzione sarà posta nella promozione di azioni connesse al PNRR, anche valorizzando sinergie tra le Missioni e Componenti legate alla salute. Nell'ambito del quadro di sviluppo della innovazione e della Ricerca nel SSR, sarà attenzionata la discussione dello schema della legge delega per il riordino degli IRCCS nel Tavolo inter-regionale Ricerca Sanitaria ed implementato il Protocollo d'Intesa Regione – Università Politecnica delle Marche per lo sviluppo di programmi di Ricerca finalizzati allo sviluppo di innovazioni scientifiche, di nuove modalità gestionali, anche sperimentali e di nuovi modelli organizzativi e formativi. Lo sviluppo della Ricerca sistemica nell'ambito regionale assumerà una governance amministrativo finanziaria snella ed efficiente per il coordinamento delle varie linee di Ricerca e per gestire la rete dei partners, degli stakeholders e dei flussi informativi tra Enti del SSR.

2) Le azioni di *promozione di capacity building* saranno sviluppate attraverso la partecipazione attiva alla rete Pro.M.I.S., con: Tavoli di lavoro/documenti su tematiche prioritarie (es. cure integrate, fragilità, infermiere di famiglia e comunità, trasformazione dei sistemi sanitari, digitalizzazione, Green Deal); Partecipazioni a progetti europei; Promozione dell'innovazione e delle buone pratiche; Formazione/capacity building su europrogettazione, management, internazionalizzazione, soft skills; Consultazioni pubbliche promosse dalle principali istituzioni nazionali ed Europee. Nel 2022 sarà organizzato uno specifico Piano di Formazione Nazionale su internazionalizzazione e progettazione europea, i cui destinatari sono i rappresentanti delle Regioni e degli enti dei SSR. Queste attività permetteranno di ricostituire una rete regionale di referenti che favorisca lo scambio di informazioni e lo sviluppo di progettualità europee.

3) Il PNRR e la programmazione EU 21-27 prevedono numerose *opportunità di finanziamento* per supportare lo sviluppo del SSR e l'implementazione delle linee strategiche regionali, sfruttando le esperienze e competenze di enti ed organizzazioni regionali, nazionali ed Europee. La Regione promuoverà l'integrazione degli attuali percorsi di formazione dei professionisti sanitari favorendo lo sviluppo di competenze trasversali necessarie per rispondere adeguatamente ai bisogni dei pazienti con un approccio centrato sulla persona. L'adesione delle Marche alla proposta di Riforma strutturale UE promossa dai Ministeri della Salute e dell'innovazione tecnologica e la transizione digitale, insieme a PROMIS ed AGENAS, permetterà di partecipare allo sviluppo di una Strategia Nazionale per il miglioramento delle competenze digitali (e soft skills) degli operatori sanitari, con particolare riferimento all'adozione del Fascicolo Sanitario Elettronico, oltre che a promuovere buone pratiche come l'Academy Regionale formazione SSR. Saranno sviluppate progettualità nell'ambito della prevenzione e gestione delle malattie non trasmissibili, in raccordo con il Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025. La roadmap sviluppata dalla JA ADVANTAGE potrà favorire lo sviluppo di approcci gestionali e modelli assistenziali per le persone anziane fragili o a rischio di sviluppare fragilità, declinabili e adattabili al profilo sociale e sanitario di ogni contesto e ai nuovi standard ministeriali legati al PNRR, missione 6 componente 1. La programmazione dei servizi socio-sanitari sarà supportata dall'implementazione di strumenti quali algoritmi di stratificazione della popolazione e di traiettorie di invecchiamento (JADECARE, TREND). Questi strumenti hanno grandi potenzialità in quanto permetteranno di ottenere informazioni sullo stato di salute della popolazione in modo aggiornato e rapido e, supportati dalla georeferenziazione, consentiranno di identificare aree geografiche con maggiore incidenza di specifiche patologie. Inoltre, la classificazione della popolazione per categorie di rischio permetterà di sviluppare specifici percorsi assistenziali basati sui bisogni dei cittadini in termini di prevenzione e gestione delle patologie, con particolare riguardo ai fattori di rischio e a quelle croniche. L'impiego di modelli predittivi ed intelligenza artificiale supporterà ulteriormente i decisori politici durante lo sviluppo di piani e programmi sanitari e socio-sanitari.

4) Lo *sviluppo di sinergie e collaborazioni* con istituzioni e organizzazioni locali, nazionali ed Europee sui temi di sanità pubblica sarà realizzato tramite il rafforzamento della rete locale, anch'essa ricca di esperienze significative anche a livello europeo, e la partecipazione alle attività del Pro.M.I.S., anche in collaborazione con la rappresentanza regionale a Bruxelles.

Obiettivo prioritario:

Coinvolgimento degli Enti del Servizio Sanitario Regionale (SSR), gli istituti di cura a carattere scientifico, le Università, il Terzo settore, le imprese e gli organismi di ricerca con l'obiettivo di rafforzare tutti i livelli della ricerca (ricerca di base, applicata, sperimentale) su linee nazionali o internazionali.

9 GLI INTERVENTI IN AMBITO NORMATIVO, ORGANIZZATIVO E RELAZIONALE

9.1 L'ASSETTO ISTITUZIONALE DEL SSR

La complessità del funzionamento del Servizio Sanitario Regionale richiede una efficace azione di governo, indirizzo, programmazione, monitoraggio e controllo che comporta da un lato il rafforzamento delle funzioni di coordinamento, a tutti i livelli istituzionali, e di integrazione tra i diversi attori, pubblici e non, che compongono il sistema, dall'altro una diffusa ma insieme omogenea rete organizzativa di presidio delle funzioni e dei servizi a livello territoriale. In questa ottica, si pone la revisione di alcuni assetti istituzionali e organizzativi così come definiti dalla Legge regionale 8 agosto 2022 n. 19 "Organizzazione del Servizio Sanitario Regionale", volti a migliorare il funzionamento dell'intero servizio sanitario marchigiano.

Le principali linee di intervento da attuare conseguenti alla riorganizzazione del SSR, coerentemente con i programmi strategici del presente Piano, riguardano:

- Il livello di governo e indirizzo, attraverso il rafforzamento dei Dipartimenti competenti in materia di salute e politiche sociali in termini di risorse umane e professionali per poter rispondere in modo sempre più adeguato ai bisogni crescenti, insieme al consolidamento e potenziamento dell'Agenzia Regionale Sanitaria, quale organo tecnico a supporto delle attività di programmazione, monitoraggio e controllo; inoltre, il consolidamento della comunicazione tra tutti gli interlocutori istituzionali con la Giunta e con il Consiglio regionale, per migliorare la conoscenza, il confronto e la condivisione sui principali orientamenti e linee di azione riguardanti la salute e l'assistenza socio sanitaria; infine, l'interlocuzione continuativa con le principali organizzazioni sindacali e gli organismi di rappresentanza e partecipazione;
- il livello gestionale, attraverso la qualificazione del Coordinamento degli Enti, coordinato dal Dipartimento Salute, come fondamentale snodo per la traduzione operativa degli indirizzi strategici; la revisione delle modalità di organizzazione del servizio sanitario regionale in relazione alla numerosità, alla configurazione e all'articolazione degli Enti, dei servizi e delle strutture sul territorio regionale al fine di potenziare le attività esistenti, sviluppare nuove funzioni anche mediante l'introduzione di nuovi modelli organizzativi, con particolare attenzione:
 - al completamento della struttura delle reti, a partire dalle tempo-dipendenti, in coerenza con gli atti programmatori nazionali;
 - alla definizione delle modalità di svolgimento delle funzioni trasversali svolte centralmente a supporto degli Enti del SSR e dei relativi meccanismi di coordinamento eventualmente necessari tra i diversi livelli istituzionali;
 - al potenziamento delle funzioni di prevenzione, assistenza primaria e socio-sanitaria, in gestione diretta e con attività di committenza pubblica e privata;
 - all'aggiornamento del ruolo e delle funzioni dei Distretti Sanitari che sono lo snodo centrale di coordinamento delle attività e dell'integrazione tra le funzioni territoriale e ospedaliera (Cure domiciliari, Cure intermedie, Ospedali di comunità, Case di comunità) e di raccordo funzionale con i Dipartimenti per la Prevenzione, la Salute mentale e le Dipendenze patologiche;
 - alla riorganizzazione del sistema di urgenza ed emergenza, con la costituzione di uno specifico coordinamento regionale dell'Emergenza Urgenza, relativamente alle funzioni territoriali, ospedaliere e di gestione dei mezzi di soccorso.

9.2 AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO

Strutture sanitarie e sociosanitarie

Con la L.R. 21/2016 è stato avviato il percorso di riqualificazione delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali delle Marche. Al fine di garantire l'erogazione di prestazioni efficaci e sicure, il miglioramento continuo della qualità delle strutture erogatrici e lo sviluppo sistematico e programmato del sistema sociosanitario regionale, questa legge ha disciplinato:

- a) le autorizzazioni alla realizzazione e all'esercizio;
- b) l'accREDITAMENTO istituzionale;
- c) gli accordi contrattuali.

Nel 2017 la Giunta Regionale ha ridefinito il fabbisogno delle strutture extraospedaliere residenziali e semiresidenziali, e con il successivo Regolamento 1/2018 ha riclassificato le tipologie di strutture ospedaliere, extraospedaliere a ciclo continuo ed ambulatoriali, termali, professionali.

Tra il 2019 ed il 2020 sono stati approvati i relativi manuali autorizzativi ed il manuale di accREDITAMENTO, che hanno ridefinito gli standard assistenziali attraverso la puntuale revisione dei requisiti generali e specifici strutturali, tecnologici, impiantistici ed organizzativi di ciascuna tipologia di struttura. Nel manuale di accREDITAMENTO sono stati invece inseriti i requisiti che riguardano i processi dell'erogazione delle prestazioni e le diverse dimensioni della qualità.

L'avvento della pandemia ha in parte rallentato l'applicazione del nuovo corso autorizzativo, pertanto la Giunta Regionale con Deliberazione n. 1194/2020 ha prorogato di 18 mesi dalla fine dello stato di emergenza sanitaria i termini di presentazione della domanda di autorizzazione all'esercizio di tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie secondo i requisiti dei nuovi manuali autorizzativi.

Entro il mese di settembre 2023 quindi, tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie (ospedali, ambulatori, strutture residenziali e semiresidenziali, terme, studi professionali, laboratori) delle Marche saranno soggette a nuova autorizzazione all'esercizio secondo i nuovi standard, cui seguirà l'accREDITAMENTO ai tre livelli base, avanzato ed eccellenza, processo che contribuirà in modo determinante allo sviluppo qualitativo del Sistema Sanitario Regionale. In attuazione del D.M. Salute del 19/12/2022 che introduce criteri di concorrenza in ambito sanitario, saranno inoltre recepiti gli indirizzi nazionali per la valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate, al fine dell'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie e sociosanitarie.

A partire dal 2022, inoltre, tutte le installazioni di apparecchiature a Risonanza Magnetica fino a 4 Tesla devono essere autorizzate dalla Regione, in attuazione del Decreto del Ministero della Salute 14 gennaio 2021.

Tutte le strutture, secondo il proprio cronoprogramma, dovranno comunque conseguire il livello di eccellenza di accREDITAMENTO.

Al fine di completare il percorso di riqualificazione del sistema di offerta dei servizi ospedalieri ed extraospedalieri, nel periodo di vigenza del Piano saranno definiti/ridefiniti:

1. il fabbisogno regionale strutture extraospedaliere residenziali e semiresidenziali, la cui più recente revisione risale al 2017;
2. il fabbisogno delle strutture ambulatoriali e della medicina di laboratorio private contrattualizzabili;
3. il fabbisogno delle strutture private contrattualizzabili che erogano cure domiciliari.

Nel periodo di riferimento del Piano dovranno essere autorizzate all'esercizio le strutture pubbliche e private che erogano cure domiciliari, ai sensi dell'Intesa 151/CSR del 4 agosto 2021 con i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi definiti con DGR 6/2023.

Nel 2021 sono state sottoscritte quattro importanti intese tra lo Stato e le Regioni:

1. Intesa del 25 Marzo 2021 sull'accREDITAMENTO della rete di terapia del dolore pediatrico e delle cure palliative pediatriche;
2. Intesa del 27 Luglio 2021 sull'accREDITAMENTO delle reti di terapia del dolore;

3. Intesa del 27 Luglio 2021 sull'accreditamento delle reti di cure palliative.

A seguito del recepimento delle intese sopra indicate devono essere definiti i relativi requisiti autorizzativi e quelli ulteriori di accreditamento: la Giunta Regionale dovrà quindi approvare o integrare i manuali applicativi.

Ad oltre tre anni dall'attuazione di alcuni manuali autorizzativi sono state inoltre rilevate alcune criticità applicative da parte dei portatori d'interesse. Si provvederà quindi ad attivare gruppi tecnici tematici di approfondimento per valutare, ove necessario, la revisione dei Manuali, con particolare riferimento a quelli delle strutture extraospedaliere residenziali e semiresidenziali e delle strutture ospedaliere.

Sistema informativo per l'autorizzazione e l'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie e sociosanitarie

Al fine di implementare la digitalizzazione dei servizi sanitari ai cittadini ed alle imprese la Regione ha adottato una piattaforma informatica per la gestione dei procedimenti di autorizzazione e di accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie.

La piattaforma consentirà di presentare e di gestire in modo digitale le istanze di autorizzazione agli Sportelli Unici Attività Produttive (SUAP) dei Comuni e le istanze di accreditamento alla Regione, con semplificazione dei procedimenti, migliore monitoraggio degli stessi e riduzione del rischio di corruzione.

La piattaforma che contiene l'anagrafica di tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie autorizzate ed accreditate, è integrata con il sistema Regionale di protocollazione Paleo e sarà integrata con le piattaforme informatiche dei SUAP e dei Comuni, per essere pienamente utilizzabile entro il 2024.

Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)

Con Delibera 114/2022 la Giunta Regionale ha dato attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione M6C1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale – Definizione del quadro programmatico dei sub-interventi 1.1 “Case della Comunità e presa in carico della persona”, 1.2.2 “COT, interconnessione aziendale, device” e 1.3 “Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)”.

Il potenziamento e la riorganizzazione dei servizi sanitari territoriali ed extra ospedalieri rappresenta una delle principali linee di sviluppo tracciate dal cui investimento si concentra sul potenziamento e sulla creazione di strutture e presidi che rappresentino il riferimento territoriale per la presa in carico del bisogno di salute dei cittadini.

Il Piano prevede la realizzazione di 29 Case della Comunità, 9 Ospedali di Comunità e 15 Centrali Operative Territoriali. Si tratta di tipologie di strutture i cui requisiti autorizzativi (qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi) sono oggetto di apposita Intesa Stato-Regioni e saranno recepiti dalla Regione con la conseguente adozione dei relativi manuali autorizzativi e di accreditamento.

Trasporto sanitario

Il Regolamento Regionale 07 giugno 2013, n. 3 ha definito i requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e professionali per l'autorizzazione e l'accREDITAMENTO dell'attività di trasporto sanitario di cui alla Legge Regionale 30 ottobre 1998, n. 36 (Sistema di Emergenza sanitaria).

A quasi dieci anni dall'approvazione, ed alla luce delle modifiche normative introdotte dal Codice del Terzo Settore (Decreto legislativo 3 luglio 2017 n.117 e ss.mm.ii.) sono stati evidenziati alcuni aspetti e procedure da aggiornare/integrare in modo integrato con il Settore “Sistema integrato delle emergenze” dell'Agenzia Regionale Sanitaria e con l'AST che, attraverso le Commissioni aziendali territoriali, hanno il compito di verificare l'effettivo possesso dei requisiti previsti da parte dei soggetti privati richiedenti l'autorizzazione.

A tal fine, nel periodo di vigenza del presente atto si procederà, ove necessario, ad una revisione della normativa Regionale e delle procedure operative, secondo i principi della semplificazione amministrativa e dell'efficienza della pubblica amministrazione.

9.3 ASSOCIAZIONISMO, VOLONTARIATO E TERZO SETTORE

Il Terzo Settore e i soggetti che ne fanno parte rappresentano per la Regione Marche un fattore di rafforzamento del benessere sociale e individuale, contribuendo alla crescita della società e della consapevolezza civica dei cittadini. Attraverso il lavoro associativo si creano legami e si consolidano le relazioni sociali e contemporaneamente si sviluppano senso di appartenenza e di partecipazione, migliorando la qualità della vita individuale e collettiva.

Associazionismo, Volontariato e Terzo Settore rappresentano oggi fondamentali stakeholders e al tempo stesso possibilità di collaborazioni che aggiungono valore e completezza all'intervento sanitario e sociosanitario.

Queste organizzazioni - che devono essere considerate veri e propri attori del SSR - possono fortemente contribuire a informare i pazienti e a promuovere un approccio più umano ed efficace che consideri la persona in modo globale e olistico, al di là della riduttiva centratura solo sulla patologia.

Il Piano promuove in questo senso una politica partecipativa che assegna a questi mondi un ruolo fondamentale nella filiera degli interventi, un ruolo che affianca le Istituzioni nella tutela del valore della salute fisica e psichica della persona in tutte le fasi e le condizioni della vita

Nello specifico, inoltre, con la riforma introdotta con l'approvazione del D. Lgs. 117/2017 (Codice del Terzo Settore) al Terzo settore è stato riconosciuto un profilo giuridico unitario e una governance omogenea su tutto il territorio nazionale con l'istituzione del Registro Unico Nazionale del terzo settore (RUNTS), che vedrà un'articolazione e la gestione operativa su base territoriale.

La riforma riconosce agli Enti del Terzo settore la facoltà di esercitare attività di interesse generale in diversi settori tra i quali interventi e servizi sociali e per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone disabili, interventi e prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, interventi nel campo dell'educazione, istruzione e formazione professionale, attività commerciali, produttive, di educazione e informazione, di promozione, di rappresentanza.

Il Codice prevede inoltre che, in attuazione dei principi di sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità le amministrazioni pubbliche, nell'esercizio delle proprie funzioni di programmazione e organizzazione a livello territoriale degli interventi e dei servizi assicurano il coinvolgimento attivo degli enti del Terzo settore, attraverso forme di co-programmazione e co-progettazione e accreditamento.

Una concreta partecipazione delle associazioni dei pazienti e dei consumatori potrà manifestarsi anche nella costituzione di Commissioni miste, operatori e cittadini, finalizzate a valutare la qualità delle prestazioni e delle attività sanitarie erogate, a fronte di raccolte sistematiche di informazioni da parte degli utenti (per esempio tramite "totem" posti negli spazi di accesso alle strutture), come anche per la valutazione della qualità del cibo somministrato nei reparti e nelle mense aziendali.

9.4 COMUNICAZIONE

La comunicazione pubblica in sanità ha assunto nel tempo un'importanza strategica nel quadro dei rapporti tra cittadini e Pubblica Amministrazione soprattutto nella fase emergenziale.

Il cittadino che vive attivamente l'era digitale può usufruire oggi di un compendio di informazioni che, se ben progettate, possono facilitare l'accesso ai servizi e la scelta dei percorsi di cura, o determinare l'assunzione di comportamenti collegati a stili di vita più salutari.

In tale contesto, valorizzando uno dei processi fondamentali della comunicazione, quale è l'ascolto, si possono intercettare attese e aspettative degli utenti, modificare i servizi sulla base dei fabbisogni rilevati, monitorare la qualità di quanto viene erogato, portando all'interno dell'ente la voce del cittadino. L'applicazione di corrette ed efficienti strategie di comunicazione nel campo della sanità pubblica rappresentano di conseguenza una reale opportunità per il miglioramento dell'attività amministrativa e gestionale del servizio.

Se la Pubblica Amministrazione ha il dovere di garantire a tutti l'erogazione di servizi di qualità e la soddisfazione di bisogni fondamentali, la comunicazione diventa - in tale contesto - un elemento essenziale e irrinunciabile nel processo di riforma e di riorganizzazione dell'intero sistema sanitario.

Ciò premesso la comunicazione sarà prevalentemente orientata allo sviluppo di relazioni sempre più dirette e disintermedie tra cittadini e Regione. Un rapporto rinnovato, nella sua forma e nella sua sostanza, in grado di favorire sia una più consapevole ed immediata conoscenza all'utenza delle opportunità offerte dal Servizio Sanitario Regionale, sia la progettazione di servizi quanto più prossimi alle esigenze delle persone (pazienti, famiglie, care giver).

Verrà data quindi priorità alla cura dell'ascolto dei bisogni sanitari e sociosanitari dei cittadini (con particolare attenzione per quelli emergenti), con l'intento di fornire una migliore risposta alle necessità di cura, sostegno e presa in carico degli utenti.

Particolare attenzione verrà dedicata alla costruzione di azioni di comunicazione e di processi informativi a sostegno di una maggiore diffusione della conoscenza dei servizi che verranno implementati in ambito PNRR, dei programmi di prevenzione e promozione della salute, orientati sia ad incoraggiare una più ampia partecipazione da parte dei cittadini alle proprie scelte di salute, sia all'adozione di stili di vita favorevoli al benessere della persona.

Verranno inoltre potenziate le sinergie operative tra gli Enti del SSR e Regione, così da garantire univocità ed uniformità ai messaggi diffusi su tutto il territorio regionale. Saranno inoltre promosse azioni di comunicazione e informazione tecnico-specialistica rivolta agli operatori, al fine di innalzare i livelli professionali verso standard sempre più elevati, ma anche di condividere le scelte di indirizzo in una logica di integrazione e partecipazione.

I processi comunicativi potranno così beneficiare della collaborazione proattiva e del "know-how" di tutti gli attori che concorrono alla costruzione del welfare regionale.

Sarà sempre più utilizzato il ricorso alla digitalizzazione dell'informazione e ai new media, ormai affermati come efficaci strumenti di contatto con i cittadini. Saranno tuttavia impiegati anche mezzi di comunicazione tradizionali a garanzia di una migliore copertura dei messaggi anche presso quelle fasce di popolazione poco propense all'utilizzo dei nuovi mezzi digitali.

In riferimento all'attivazione delle Case della Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali dovrà essere rafforzata l'attività di comunicazione interna ed esterna per supportare e facilitare il processo orientamento dei pazienti tra i servizi. Per questo dovranno essere realizzate azioni formative e di sensibilizzazione rivolte al personale chiamato ad interagire con il cittadino, soprattutto Infermieri di Famiglia e Comunità, così che sia pro-attivamente e correttamente accompagnato verso le soluzioni più funzionali a dare risposta ai bisogni individuali.

Obiettivi Prioritari:

- Attenzione e cura dell'ascolto sui bisogni sanitari e sociosanitari dei cittadini (con particolare attenzione per quelli emergenti);
- Potenziamento delle sinergie operative tra gli Enti del SSR e Regione, al fine di garantire univocità ed uniformità nei messaggi comunicativi;
- Favorire e implementare nuovi percorsi rivolti alla digitalizzazione dell'informazione e ai new media;
- sviluppare una maggiore interazione con i cittadini al fine di favorire una migliore conoscenza verso le opportunità offerte dal Servizio Sanitario Regionale.

9.5 TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE

La prevenzione della corruzione e la garanzia di trasparenza nello svolgimento delle attività a tutti i livelli istituzionali sono un dovere fondamentale della Regione Marche, che si fonda soprattutto sulla collaborazione tra le amministrazioni pubbliche, i cittadini e le imprese.

Gli Enti del SSR sono tenuti ad adottare i modelli organizzativi e ottemperano agli adempimenti previsti dalla Legge 06.11.2012, n. 190 “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione” e del Decreto Legislativo 14.03.2013, n. 33 “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche Amministrazioni”.

Gli Enti del SSR dovranno adottare il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) una volta approvato il Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione, di concerto con il Ministro dell’Economia e Finanze, con il quale sarà approvato un Piano tipo quale strumento di supporto alle amministrazioni, come stabilito dal Decreto Legge 09.06.2021, n. 80 “Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni all’attuazione del Piano Nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l’efficienza della giustizia”.

A livello aziendale, il presidio di trasparenza e anticorruzione è affidato al Responsabile Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT), in integrazione e sinergia con le funzioni di internal audit, della Qualità, del Controllo di Gestione, del Risk Management e del Data Protection Officer (DPO) e con la supervisione del RPCT Regionale, le cui competenze consistono nel coordinare e gestire le attività e gli adempimenti in tema di anticorruzione e trasparenza ai sensi della Legge 190/2012.

Nel Sistema Informativo regionale di Monitoraggio e Valutazione dell’Efficacia (SIMOVE) è prevista una sezione denominata “Supporto alla vigilanza degli Enti” nella quale sono rilevate le informazioni, di cui all’art. 22 del D. Lgs. 33/2013, per le quali è previsto l’obbligo di pubblicazione. Per consentire l’aggiornamento costante delle informazioni richieste nel SIMOVE sono stati profilati utenti degli Enti del SSR che sono tenuti all’aggiornamento costante dei dati.

Si sottolinea infine che il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT) della Giunta regionale 2021/2023 evidenzia il ruolo fondamentale delle misure di trasparenza, semplificazione e informatizzazione delle procedure, nel recuperare la fiducia dei cittadini nell’imparzialità della pubblica amministrazione e nell’assicurare servizi pubblici accessibili e di qualità indispensabili per aumentare il benessere della comunità.

9.6 CODICE ETICO COMPORTAMENTALE

La Regione e gli Enti del SSR devono dotarsi e aggiornare periodicamente il codice di comportamento dei dipendenti, in modo da rendere il documento sempre armonizzato con le misure di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza. Il codice etico è più statico, avendo il valore di Carta contenente la dichiarazione dei valori cui l’ente ispira la propria mission e la propria organizzazione. Negli enti sanitari il codice etico-comportamentale è stato introdotto per effetto della Legge 190 del 2012.

Il codice deve definire i doveri minimi di diligenza, imparzialità e lealtà che i dipendenti, ma anche i collaboratori e consulenti a qualsiasi titolo sono tenuti ad osservare.

Particolare cura dovrà essere prestata alla prevenzione dei conflitti di interesse, anche potenziali: a tal fine il codice dovrà contemplare:

- l’obbligo di segnalazione da parte del dipendente della partecipazione o appartenenza ad organizzazioni i cui ambiti di operatività possono interferire con lo svolgimento dell’attività aziendale;
- l’obbligo di comunicazione degli interessi finanziari, diretti o familiari, in enti o con soggetti privati;
- l’obbligo di astensione dal partecipare a decisioni o attività che interferiscono con interessi suoi personali o del suo ambito familiare.

Il dipendente, e l’intera organizzazione, devono assicurare la trasparenza delle proprie scelte e la tracciabilità dei processi decisionali.

Il codice deve avere massima diffusione e i dirigenti sono chiamati a vigilare sulla sua applicazione.

