



**Oggetto: Relazione sullo stato di attuazione e sugli effetti del “Piano Socio-Sanitario Regionale 2012/2014: sostenibilità, appropriatezza, innovazione e sviluppo” – ANNO 2015**

Al fine di dar seguito a quanto previsto nel “Piano socio-sanitario regionale 2012/2014: sostenibilità, appropriatezza, innovazione e sviluppo” (Deliberazione dell’Assemblea Legislativa n. 38 del 16/12/2011), si trasmette la relazione, per l’anno 2015, sullo stato di attuazione e sugli effetti del suddetto PSSR.

a) Flussi di mobilità sanitaria attiva e passiva

I dati relativi ai flussi di mobilità sanitaria attiva e passiva non sono ancora consolidati poiché gli accordi interregionali per la compensazione dei flussi di mobilità non sono stati definiti, in attesa di specifiche direttive nazionali; specifici piani di contenimento del saldo dei flussi di mobilità saranno messi in atto in seguito alla definizione degli scenari nazionali.

b) Stato di attuazione del processo di riorganizzazione della rete sanitaria

Il percorso di riorganizzazione dell’offerta sanitaria si è avviato, a seguito della legge n. 135/2012, con la DGR n. 1696/2012 “*Direttiva vincolante per i Direttori generali degli Enti del SSR, per l’attuazione del D.L. 95/2012 convertito in Legge 135 del 7 Agosto 2012 concernente disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi dei cittadini*”, coerentemente con la ridefinizione dei tagli derivanti dalla “*spending review*”, con l’obiettivo di garantire l’equilibrio economico del SSR e l’erogazione dei LEA ai cittadini. La DGR esplicita le azioni per la razionalizzazione dei fattori di produzione quali risorse umane, farmaci, beni e servizi, dispositivi medici, governo degli erogatori privati accreditati e rivede il riassetto organizzativo complessivo introducendo le reti dell’offerta, coerentemente con il PSSR 2012-2014.

- **Dotazione posti letto:** dalla normativa regionale (DGR n. 735/2013, n. 1292/2014, n. 559/2015, n. 908/2015, n. 940/2015, n. 139/2016) risulta che la dotazione dei posti letto ospedalieri pubblici e privati accreditati ed effettivamente a carico del SSR, si attesta ad un livello non superiore a 3,7 posti letto (p.l.) per mille abitanti, comprensivi di 0,7 p.l. per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie. Tale computo tiene conto del rapporto della popolazione residente in base ai criteri utilizzati per il computo del costo standard per il macro livello di assistenza ospedaliera ai fini della determinazione del fabbisogno sanitario standard regionale di cui all’art. 27 del D. Lgs. 6 maggio 2011, n. 68. Con DGR n. 559/2015, la Regione ha avviato la riorganizzazione delle strutture multispecialistiche private accreditate, riconvertendo in strutture residenziali e di post-acuzie le Case di Cura con p.l. per acuti inferiori a 40, ai sensi del DM n. 70/2015. Relativamente alle strutture del privato accreditato, la Regione ha pertanto provveduto con la DGR n. 940/2015, in modifica della DGR n. 908/2015, a definire, per gli erogatori privati accreditati multispecialistici, un totale di 415 p.l. per acuti e 188 p.l. per LD/RB (cod. 60 e cod. 56 rispettivamente) e, per gli erogatori privati accreditati monospecialistici, un totale di 82 p.l. per LD/RB (cod. 60 e cod. 56 rispettivamente).

- **Centri di eccellenza:** per quanto attiene gli standard specifici per l’Alta specialità, come previsto dal DM 70/2015, si ritengono validi gli atti già normati, come la DGR 1537/2012, modificata con DGR 1590/2012, da aggiornare in seguito alla definizione di specifici standard da parte di tavoli tecnici “ad hoc” costituiti presso il Ministro della Salute. Il processo riorganizzativo ha portato, con DGR 478/2013, all’individuazione dei Presidi Unici di Area Vasta (AV) al servizio di più distretti, in coerenza con la suddivisione gestionale dell’ASUR in Aree Vaste, e successivamente, con DGR 276/2014, all’identificazione di nuove codifiche delle strutture ospedaliere, in coerenza con gli obblighi ministeriali. Nel 2015 la Regione ha attivato la realizzazione di specifici Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali (PDTA) per alcune reti tempo-dipendenti, mediante il coinvolgimento dei principali professionisti di settore per ciascun Ente del SSR.

- **Riqualificazione delle strutture ospedaliere di dimensioni limitate o a bassa specialità:** con DGR n. 735/2013, n. 920/2013 e n. 1476/2013, è stato messo in atto un processo di riduzione della frammentazione ospedaliera, con riconversione delle piccole strutture ospedaliere e riorganizzazione del



sistema dell'emergenza-urgenza, al fine di garantire la continuità assistenziale e l'allineamento della dotazione dei posti letto agli standard nazionali. Dalla lettura integrata del DM 70/2015 e delle DGR n. 735/2013, n. 920/2013 e n. 1476/2014, è nata l'esigenza di rivedere l'offerta assistenziale delle Case delle Salute tipo C, rinominate Ospedali di Comunità, e dei servizi di emergenza/urgenza. Tale revisione organizzativa non comporta oneri aggiuntivi ma trasforma p.l. ospedalieri di lungodegenza/riabilitazione in p.l. di Cure Intermedie di tipo territoriale (l'iter iniziato con DGR n. 1183/2015 "*Richiesta di parere alla competente commissione consiliare sullo schema di deliberazione concernente "Adeguamento delle Case della Salute tipo C, ridefinite Ospedali di Comunità, in coerenza con gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera di cui al DM 70/2015. Revisione della DGR 735/2013 e DGR 920/2013 e DGR 1476/2013"*) si è concluso con DGR 139/2016).

• **Reti cliniche:** da una revisione e confronto tra gli standard proposti dal DM 70/2015 e la DGR 1345/2013, modificata dalla DGR 1219/2014, relativamente ai bacini di utenza, è emersa coerenza per le reti per specialità clinica che rispettavano i previsti bacini di utenza di riferimento definiti nel DM 70/2015 (DGR159/2016). Con DGR 846/14, DGR 1285/14 e DGR 325/15 sono state definite le modalità organizzative per la rete del dolore e la rete delle cure palliative, nel rispetto di quanto previsto dalla Legge 38/2010, dall'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010 ("*Linee guida relative alla promozione, sviluppo e coordinamento degli interventi regionali nell'ambito della rete di cure palliative e della rete terapia del dolore*") e dall'Intesa Stato-Regione del 25 luglio 2012 ("*Requisiti minimi e le modalità organizzative necessarie per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore*").

c) Tempi di Attesa

Le strategie messe in atto per il rispetto dei tempi massimi di attesa per le prestazioni di primo accesso con priorità B e D, previste nel Piano Nazionale Governo delle Liste di Attesa, sono state definite con DGR n. 808/2015. L'andamento regionale delle percentuali di soddisfacimento dei tempi massimi di attesa ha mostrato un "*trend*" di continuo miglioramento delle performance negli ultimi mesi del 2015 (dati disponibili sul sito web dell'ARS e delle Aziende del SSR). L'implementazione della corretta compilazione della ricetta rappresenta il nodo critico per la realizzazione di un piano che consenta di garantire l'appropriatezza delle prescrizioni e il rispetto dei tempi di attesa. Al contempo, la gestione delle visite/esami di controllo è prioritariamente devoluta alle azioni di presa in carico (oncologica, nefrologica, diabetologica, cardiologica e neurologica solo presso INRCA) da parte dei medici specialisti.

d) Valutazione di efficacia sul versante finanziario delle scelte strategiche del PSSR

La Regione Marche nell'anno 2015 è risultata essere al primo posto nella graduatoria delle regioni che hanno garantito l'erogazione dei LEA in condizioni di equilibrio economico nel rispetto dei criteri di qualità dei servizi erogati, appropriatezza ed efficienza. In quanto tale è entrata di diritto nelle tre regioni benchmark di cui all'art. 27 del D.Lgvo 68/11. Ciò per evidenziare l'efficacia delle scelte strategiche che hanno permesso il mantenimento dell'equilibrio economico, anche in un anno in cui le risorse del FSR sono diminuite rispetto all'anno precedente di circa 25 milioni di Euro.