



Oggetto: Relazione sullo stato di attuazione e sugli effetti del “Piano Socio-Sanitario Regionale 2012/2014: sostenibilità, appropriatezza, innovazione e sviluppo” – ANNO 2016

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 2016, sullo stato di attuazione e sugli effetti del suddetto PSSR relativamente ai punti di competenza.

In premessa, è opportuno considerare che l’anno 2016 si è rivelato particolarmente critico per la Regione Marche per il verificarsi di eventi sismici, che hanno comportato l’adozione di misure di carattere straordinario, in generale oltre che in campo socio-sanitario, aldilà di quanto rientrante nella normale programmazione.

A seguito degli eventi sismici che hanno colpito diversi comuni della Regione Marche nel corso dell’anno, la Giunta regionale ha adottato la DGR n. 986/2016 con la quale ha stabilito i primi interventi a sostegno delle famiglie e delle persone più deboli e vulnerabili per garantire, in particolare, la salute delle persone coinvolte. Successivamente, dopo gli eventi sismici del mese di ottobre 2016, è stata adottata la DGR n. 1340/2016, che ha integrato e meglio declinato quanto stabilito con la precedente DGR 986/2016.

Successivamente con la DGR 265/2017 si è provveduto alla rimodulazione degli interventi e alla ridefinizione delle condizioni per poter avvalersi dell’esenzione regionale T16 con termine di validità 30.09.2017, salvo proroghe.

L’esenzione regionale T16, di cui alle deliberazioni di Giunta regionale n. 986/2016 e n. 1340/2016, ha consentito per l’assistenza farmaceutica convenzionata:

- il riconoscimento dell’esenzione dal pagamento della differenza di prezzo tra il farmaco prescritto ed il prezzo di riferimento/rimborso fissato per quel principio attivo nella lista di trasparenza AIFA per quanto riguarda i farmaci di Classe A;
- la dispensazione dei farmaci di Classe A/PHT anche in assenza di Piano terapeutico;
- il riconoscimento dell’erogazione gratuita dei farmaci di Classe C:
 - con obbligo di ricetta;
 - senza obbligo di ricetta OTC (C bis o di automedicazione);
 - senza obbligo di ricetta SOP.
- l’erogazione dei prodotti di assistenza integrativa regionale (AIR);
- l’erogazione di latti artificiali per la prima infanzia;
- l’erogazione degli alimenti per pazienti affetti da morbo celiaco anche in assenza dell’autorizzazione del competente servizio predisposto alla fase autorizzativa.

Per l’assistenza specialistica ambulatoriale si è garantita e si garantisce tuttora l’esenzione dalla compartecipazione alla spesa per le prestazioni usufruite presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate e con rapporto contrattuale con il SSN. Con la DGR 1552/2016, in continuità con i provvedimenti correlati al sisma, è stata autorizzata l’ASUR all’adozione di un Piano straordinario di assunzioni a tempo determinato per gli anni 2016/2017 relativo a personale, sanitario e tecnico, necessario per dare continuità ai servizi necessari per garantire i LEA in occasione dell’emergenza sismica. Con la deliberazione di Giunta regionale n. 27/2017 è stato approvato il Piano straordinario assunzioni 2016/2017 dell’ASUR, lo stesso comporta l’assunzione, a tempo determinato, di n. 68 unità di personale sanitario e tecnico, come di seguito specificato:

- n. 6 Psichiatri;
- n. 3 Neuropsichiatri infantili;
- n. 14 Psicologi;
- n. 7 Educatori Professionali;
- n. 4 Assistenti sociali;
- n. 3 Medici di Igiene e sanità Pubblica;



- n. 3 Medici SPSAL (Servizi Prevenzione Sicurezza Ambienti Lavoro);
- n. 4 Veterinari;
- n. 1 Ingegnere civile;
- n. 1 ingegnere ambientale;
- n. 13 Tecnici della prevenzione;
- n. 9 Assistenti sanitari/infermieri.

Tale personale si è reso necessario per fornire risposte aggiuntive al nuovo fabbisogno assistenziale determinato dall'emergenza e garantire l'erogazione dei LEA in particolare per le Aree Vaste n. 3, 4 e 5. Inoltre le assunzioni sono state individuate anche al fine di integrare ed in parte sostituire i volontari che, fino al 31.12.2016, hanno supportato i servizi esistenti.

Con DGR 962 del 07.08.2017 "Modalità attuative della DGR 820 del 12.07.2017 - Disposizioni per l'attuazione dell'articolo 1, comma 712 ter, della Legge 28.12.2015, n. 208 ai fini dell'utilizzo del risultato di amministrazione relativo alla gestione sanitaria - in relazione agli interventi in ambito sanitario connessi agli eventi sismici" è stata messa a disposizione del sistema sanitario la somma complessiva di € 19.916.000,00 per l'attuazione degli interventi in ambito sanitario, connessi agli eventi sismici che hanno colpito la Regione Marche.

Secondo quanto stabilito dalle deliberazioni di Giunta regionale n. 146/2017 e n. 243/2017, la rendicontazione delle spese per il sisma rientra nell'ambito degli obiettivi degli Enti SSR, da tale rendicontazione sono escluse le tipologie di spesa, con stretto nesso di causalità alla fase emergenziale collegata agli eventi sismici, finalizzate alle attività di cui all'art. 1, comma 2 dell'Ordinanza del Capo del Dipartimento della Protezione Civile del 26.08.2016, n. 388.

Per quanto riguarda la puntuale analisi prevista per l'attuazione del PSSR 2012-2014, si può inoltre osservare quanto segue.

a) Flussi di mobilità sanitaria attiva e passiva

Le procedure della compensazione della mobilità sanitaria interregionale hanno subito un forte rallentamento derivato dall'intenso dibattito scaturito tra le Regioni in merito alle tipologie di prestazioni da porre in compensazione, alle disposizioni che le singole Regioni hanno dettato in applicazione della cd "Spending review", in particolare nei confronti dei propri erogatori privati, e sulle tariffe da utilizzare per la valorizzazione delle prestazioni sanitarie da porre in compensazione

Regione Marche, avendo sin dalla sua emanazione appropriatamente applicato le disposizioni normative dettate dalla spending review, (decreto legge 6 luglio 2012, n. 95 coordinato con la legge di conversione del 7 agosto 2012 n. 135) si trova nella virtuosa condizione di regolarità contabile-amministrativa relativamente ai flussi di mobilità. L'adempimento ha però comportato l'imposizione nei confronti degli erogatori del privato accreditato di un tetto alle loro attività, (sia per i propri residenti e sia per l'attività in regime di mobilità attiva) con un conseguente un incremento del proprio saldo tecnico negativo rispetto alle altre Regioni che non si sono immediatamente uniformate alla *spending*. Proprio per questo motivo, in sede di Conferenza dei Presidenti regionali è stato stabilito un abbattimento proporzionale del saldo relativo alla produzione da parte del privato accreditato a livello nazionale.

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 2016 la Regione ha realizzato i Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali (PDTA) per alcune reti tempo-dipendenti: il trauma grave (DGR 988/2016) e l'ictus ischemico in fase acuta (DGR 987/2016), oltre al PDTA cistite interstiziale (DGR 1155/2016), mediante il coinvolgimento dei principali professionisti di settore per ciascun Ente del SSR. Nel 2016 inoltre è stata definita la rete regionale delle breast unit (DGR 459/2016) a cui è seguita la realizzazione del PDTA del ca. mammario (DGR 14/2017). Con DGR 882/2016 vengono inoltre definite le attività della rete regionale malattie rare.

- **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 della 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). Tale processo di riconversione delle piccole strutture ospedaliere si è concluso nel 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 (DGR 159/2016). 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

Nell'ambito del monitoraggio dell'applicazione della dgr 808/2015 "Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) per le prestazioni di Specialistica ambulatoriale e diagnostica sottoposte a monitoraggio dal Piano Nazionale Governo Liste di Attesa (PNGLA), per gli erogatori pubblici e privati accreditati della Regione Marche per gli anni 2015-2016" Regione Marche risulta pienamente adempiente nei confronti dei vincoli Ministeriali. Infatti anche per il 2016 la tempistica viene rispettata per tutte le prestazioni di cui alla dgr sopracitata per oltre il 90% della casistica trattata in regime di prima visita per le classi di priorità Breve e Differita.

d) Valutazione di efficacia finanziaria

Nel corso dell'anno 2016 sono proseguite le azioni volte alla razionalizzazione della spesa sanitaria che ha permesso il conseguimento dell'obiettivo di riduzione di costi dei servizi non sanitari, manutenzioni e godimento dei beni di terzi di oltre 4 milioni di euro rispetto all'anno 2015 (pari ad una riduzione degli aggregati del 1,8%).

A dimostrazione di attività volte al conseguimento di una gestione efficace ed efficiente si evidenzia che gli indicatori di cui al Decreto del Ministero della Salute del 21 giugno 2016, introdotti per valutare l'efficienza gestionale e i parametri di qualità ed esito delle Aziende ospedaliere nonché dell'INRCA, denotano condizioni di efficienza e efficacia del sistema ospedaliero e un sistema sanitario regionale in equilibrio.