

**Regione Umbria**

**PIANO DI  
EFFICIENTAMENTO E  
RIQUALIFICAZIONE DEL  
SISTEMA SANITARIO  
REGIONALE**



# INDICE

<b>INTRODUZIONE</b>	3
<b>AREA TEMATICA 1: RETE OSPEDALIERA</b>	6
AZIONI	9
<b>AREA TEMATICA 2: RETE TERRITORIALE</b>	11
AZIONI	11
<b>AREA TEMATICA 3: AREE TRASVERSALI</b>	15
AZIONI	15
AZIONI	15
<b>MAPPA INTERVENTI</b>	18

# INTRODUZIONE

Le problematiche connesse alla sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) risentono di un prolungato periodo di grave crisi economica, durante il quale la curva del finanziamento pubblico si è progressivamente appiattita in conseguenza di scelte politiche che, in particolare nel decennio 2010-2019, hanno determinato una rilevante contrazione della spesa sanitaria. Tali criticità si sono rese ancora più evidenti nel corso dell'ultimo biennio, durante il quale l'emergenza sanitaria causata dal Covid-19, ha indotto le strutture sanitarie a rimodulare la propria operatività. L'attuale quadro finanziario definito dapprima con Legge di Bilancio n. 234/2021 – Legge di bilancio 2022 e implementato da successivi provvedimenti legislativi, mostra come il livello di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale non garantisca la sostenibilità della programmazione sanitaria alla luce, sia dei significativi oneri per il proseguimento delle campagne vaccinali connesse all'emergenza pandemica, che dei maggiori costi emergenti. A tali oneri si sommeranno gli effetti delle note dinamiche internazionali tra cui i maggiori costi energetici, inflattivi e contrattuali che graveranno considerevolmente sui bilanci sanitari.

Inoltre, le dinamiche demografiche attuali e previste nei prossimi decenni, caratterizzate da un progressivo invecchiamento della popolazione, determineranno una crescente domanda di prodotti e servizi sanitari. Pertanto il fabbisogno finanziario del Servizio Sanitario Nazionale appare significativamente sottodimensionato e desta particolare preoccupazione.

In aggiunta a quanto sopra evidenziato, il SSR mostra una criticità strutturale causata dall'inappropriatezza delle strutture di ricovero, progressivamente aggravatasi nel corso degli ultimi anni, che incide negativamente sull'equilibrio economico di sistema ormai raggiunto essenzialmente attraverso l'utilizzo di poste straordinarie.

In conclusione, considerato il vincolo delle risorse disponibili, si rende indispensabile recuperare maggiori livelli di efficienza ed efficacia nell'azione di governance del Sistema, sia a livello nazionale che regionale.

In tale contesto è importante **valorizzare il sistema, le strutture, i servizi e i professionisti partendo dall'analisi dei bisogni e assicurando interventi conformi agli standard in base al principio di appropriatezza**, garantendo risposte efficaci ai pazienti e massima sicurezza delle cure.

Il percorso per la definizione delle azioni di programmazione e di elaborazione delle strategie da adottare parte quindi da un'attenta analisi dello stato dell'arte del sistema sanitario umbro e dalle necessità emergenti dalla gestione della pandemia allo scopo di sviluppare soluzioni e scelte percorribili, alla luce della normativa nazionale di riferimento.

L'approccio alla nuova programmazione necessita di:

- **integrazione** – è necessaria per aderire ai bisogni del cittadino, ovvero un sistema integrato di politiche di promozione della salute in nome dell'approccio One Health, di integrazione professionale tra medicina di base e specialistica, tra assistenza ospedaliera e territoriale, tra sanità e servizi sociali, in modo tale da garantire la riduzione delle disuguaglianze di salute anche e soprattutto per gli individui più disagiati della comunità;
- **semplificazione** - occorre facilitare i rapporti tra il cittadino e il SSR attraverso lo snellimento dei processi burocratico-amministrativi finalizzandoli ad una maggior chiarezza nelle modalità di richiesta delle prestazioni e dell'assistenza sanitaria, definendo in modo preciso gli interlocutori ed i punti di accesso secondo le diverse

necessità dell'utenza e introducendo strumenti innovativi di sanità digitale, per un SSR agile, più vicino alle esigenze della collettività;

- **equità** – è necessario ridurre la disomogeneità nelle modalità di accesso, nei tempi di risposta e nell'erogazione delle prestazioni specialistiche ed assistenziali rilevabile nel territorio regionale, al fine di assicurare al cittadino di potere accedere in maniera equa ad un sistema di servizi di qualità omogenei su tutto il territorio regionale;
- **attenzione al personale** – sono necessari interventi volti a valorizzare le competenze per la crescita del personale sanitario, considerando le soft skills, promuovendo un clima di benessere organizzativo, assicurando lo standard di personale nei luoghi di cura, sia in termini numerici che di qualità professionale, di qualità del rapporto di lavoro, nonché sulla formazione, facendo sì che il SSR umbro diventi un polo attrattivo per le eccellenze professionali, invertendo il trend degli ultimi anni.

L'obiettivo è quello di **garantire una sanità a misura del cittadino con un'organizzazione sanitaria regionale più vicina alle sue esigenze, meno burocratica, più efficace ed efficiente**. Ciò vuol dire assicurare prestazioni appropriate, con l'impiego della congrua quantità di risorse, con particolare riferimento ai diversi setting assistenziali ed ai professionisti coinvolti con il fine di pervenire al miglior rapporto costi – benefici, per assicurare contemporaneamente la garanzia dei LEA e la sostenibilità del sistema.

Per quanto riguarda **l'assistenza ospedaliera per acuti** occorre superare la logica che i bisogni dei cittadini siano più efficacemente garantiti dalla quantità dei punti di erogazione dei servizi. Essere vicini ai bisogni dei cittadini infatti, significa articolare una rete ospedaliera in grado di assicurare in primo luogo qualità e sicurezza delle cure, ma anche appropriatezza, equità ed efficacia delle stesse.

Coerentemente, l'obiettivo del nuovo DM 77/2022 che definisce modelli e standard per lo **sviluppo dell'assistenza territoriale**, è quello di rafforzare e valorizzare le strutture di prossimità assistenziale rendendo più appropriato l'utilizzo delle risorse, rimodulando sia la struttura dei setting assistenziali e le risorse umane coinvolte, che l'offerta dei servizi ai cittadini anche grazie al coinvolgimento della "Farmacia dei Servizi" quale ulteriore presidio assistenziale capillarmente diffuso sul territorio.

Tale modello organizzativo risulta particolarmente funzionale alla gestione delle cronicità, in cui l'integrazione tra ospedale-territorio garantisce la condivisione delle informazioni e dei protocolli necessari alla comune gestione del caso in una relazione bidirezionale tra i professionisti coinvolti (MMG, Medici di Distretto, Medici Ospedalieri), nonché la definizione e realizzazione di modalità operative di supporto degli specialisti ospedalieri ai medici del territorio mediante consulenze, teleferazioni, e tele consulenze considerata anche la morfologia e le infrastrutture della regione.

Sulla base di tale scenario si impone una programmazione che avvii un importante processo di razionalizzazione e soprattutto riqualificazione della spesa sanitaria al fine di garantire le migliori performance di tutela della salute della popolazione.

Il Piano di Efficientamento e Riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale è propedeutico ai principi e le azioni previste nel nuovo Piano Sanitario Regionale dell'Umbria, di cui alla DGR n. 793 del 01/08/2022, e nel Piano Operativo regionale della Regione Umbria, comprensivo di Action Plan, che contiene i progetti finanziati dal PNRR Missione 6 Salute, da ultimo approvato con DGR n. 516 del 25/05/2022. La redazione armonica dei tre documenti suddetti garantisce il parallelo sviluppo delle progettualità ivi contenute, consentendo di mettere in atto azioni per l'efficientamento del SSR.

In particolare obiettivo del presente Piano è quello di ricondurre in equilibrio la gestione economico-finanziaria dell'esercizio e garantire prioritariamente, in condizioni di efficienza e appropriatezza, l'erogazione dei LEA e l'equilibrio del SSR nel tempo.

Al fine di rafforzare il necessario percorso di efficientamento e riqualificazione della spesa, la Regione Umbria ha avviato una collaborazione con l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari

e Regionali (AGENAS), che svolge, tra l'altro, funzioni di supporto alle attività regionali, di valutazione comparativa dei costi e dei rendimenti dei servizi resi ai cittadini.

La struttura del documento consta di tre aree tematiche per ciascuna delle quali vengono individuati obiettivi ed azioni:

1. Rete ospedaliera;
2. Rete territoriale;
3. Aree trasversali.

## **AREA TEMATICA 1: RETE OSPEDALIERA**

Per quanto concerne la riorganizzazione della rete ospedaliera regionale l'obiettivo ambizioso che si pone il nuovo PSR, attualmente in esame presso l'Assemblea Legislativa, è la revisione della stessa in aderenza alla normativa vigente (DM 70/2015) che definisce i livelli gerarchici delle strutture ospedaliere in base ai bacini d'utenza al fine di individuare strutture di degenza e servizi in base ai volumi d'attività per l'adeguatezza degli esiti. È a tal fine anche da considerare il ruolo dell'Università degli studi di Perugia alla luce della preadozione con DGR 20.04.2022, n. 364 del Protocollo Generale d'intesa tra Regione Umbria e Università degli Studi di Perugia.

Il punto di partenza per la revisione della rete ospedaliera regionale è l'analisi degli scostamenti tra i parametri di dimensionamento delle strutture di ogni disciplina o specialità clinica (in rapporto al bacino di utenza definiti dalla normativa vigente), rispetto all'attuale dotazione di Strutture rilevata nella relazione relativa al monitoraggio del DM 70/2015, inviata al Ministero della Salute in data 13 maggio 2022. Da tale analisi emerge la necessità di una sostanziale revisione della rete ospedaliera regionale attraverso una valorizzazione funzionale dei Presidi che la compongono con conseguente allocazione efficiente e adeguata delle risorse umane e strumentali.

Il processo di revisione è anche volto a realizzare un sistema integrato in grado di determinare il riequilibrio dei ruoli tra ospedale e territorio e una più adeguata attenzione alle cure graduate che costituiscono oggi obiettivi di politica sanitaria verso cui i sistemi sanitari più avanzati si sono indirizzati per dare risposte concrete a nuovi bisogni di salute determinati dagli effetti delle tre transizioni (epidemiologica, demografica e sociale) che hanno modificato il quadro di riferimento negli ultimi decenni.

In questa logica, per promuovere la qualità dell'assistenza, la sicurezza delle cure, l'uso appropriato delle risorse, implementando forme alternative al ricovero, quando le stesse rispondano più efficacemente ai bisogni di una popolazione anziana e/o non autosufficiente, gli obiettivi di razionalizzazione devono riguardare prioritariamente quei servizi e quelle prestazioni che maggiormente incidono sulla qualità dell'assistenza sia in termini di efficacia che di efficienza. La conseguente riduzione del tasso di occupazione dei posti letto, della durata della degenza media e del tasso di ospedalizzazione, consentirà che gli attesi incrementi di produttività si possano tradurre in un netto miglioramento del S.S.R. nel suo complesso, nel rispetto delle risorse programmate.

Il raggiungimento di tali obiettivi richiede di costruire un sistema basato, da un lato, sull'integrazione tra i servizi ospedalieri, dall'altro, sull'integrazione della rete ospedaliera con la rete dei servizi territoriali; l'obiettivo è quello di rendere più specifica la missione assistenziale affidata agli ospedali in modo da consentire a tutte le componenti di svolgere il proprio specifico e definito ruolo di "presa in carico", garantendo i richiesti livelli di qualità degli interventi e rapportandosi con maggiore specificità ai contesti sociali in cui la rete dell'offerta è inserita.

In una visione integrata dell'assistenza sanitaria, l'ospedale deve assolvere ad una funzione specifica di gestione delle problematiche assistenziali dei soggetti affetti da una patologia (medica o chirurgica) ad insorgenza acuta e con rilevante compromissione funzionale, ovvero

di gestione di attività programmabili che richiedono un contesto tecnologicamente ed organizzativamente articolato e complesso, capace di affrontare, in maniera adeguata, peculiari esigenze sanitarie sia acute che post-acute e riabilitative. In ogni caso, l'ospedale assicura la gestione del percorso diagnostico terapeutico (PDT) del problema clinico di cui si fa carico, sia all'interno del presidio che all'interno della rete ospedaliera, affinché possa essere assicurata, anche in fase successiva alla prima accettazione, l'allocazione dei pazienti presso i presidi che dispongano di un livello organizzativo coerente con la complessità assistenziale del caso da trattare. La gestione dei posti letto deve avvenire pertanto con la massima flessibilità, al fine di assicurare la maggior dinamicità organizzativa rispetto alla domanda appropriata di ricovero, con specifica rilevanza per le necessità provenienti dal pronto soccorso aventi le caratteristiche dell'urgenza e dell'emergenza.

L'ospedale integra poi la propria funzione con gli altri servizi territoriali attraverso l'adozione ordinaria di linee guida per la gestione integrata dei PDT per le patologie complesse ed a lungo termine (in particolare quelle oncologiche e cardiovascolari) e di Protocolli di Dimissione protetta per i pazienti che richiedono continuità di cura in fase post acuta (in particolare per i pazienti con lesioni traumatiche e neurologiche) e i programmi di telemedicina per la gestione integrata tra ospedale e territorio di alcune condizioni cliniche ove ciò sia appropriato.

Partendo dalla valutazione in materia di rapporto tra volumi di attività, esiti delle cure e numerosità delle strutture, anche sotto il profilo della qualità e della gestione del rischio clinico, il sistema deve provvedere ad assicurare le modalità di integrazione aziendale ed interaziendale tra le varie discipline secondo il modello dipartimentale e quello di intensità di cure al fine di assicurare la maggior flessibilità organizzativa nella gestione dei posti letto rispetto alla domanda appropriata di ricovero e dando specifica rilevanza per le necessità provenienti dal pronto soccorso aventi le caratteristiche dell'urgenza e dell'emergenza.

Gli obiettivi da realizzare sono:

- sviluppare maggiore capacità produttiva e appropriatezza clinico assistenziale con riduzione della mobilità passiva evitabile, prima fra tutte quella ortopedica e protesica ortopedica;
- miglioramento delle performance di tutta la rete ospedaliera;
- configurazione delle reti cliniche ospedaliere previste dal DM 70/2015, prime fra tutte quelle delle patologie tempo-dipendenti nei Dea di II livello e nei DEA di I livello, nel rispetto degli standard di volumi ed esiti previsti dal Programma Nazionale Esiti (PNE) rispetto ai bacini di popolazione di riferimento;
- garantire una rete di emergenza-urgenza che assicuri gli interventi mirati e il rispetto dei target di soccorso. In tale ambito il servizio di elisoccorso h24 rappresenta l'elemento cardine di riqualificazione ed evoluzione della rete stessa.

Di seguito gli elementi strategici di riconfigurazione, riqualificazione della rete ospedaliera e valorizzazione delle strutture per garantire l'appropriatezza e la sicurezza delle cure:

- **DEA di II livello** - Le **AOPG e AOTR** sono individuate come sede di Ospedale DEA di II livello con allineamento dei posti letto agli standard del DM 70/2015, al fine di determinare l'aumento della produttività in particolare quella relativa all'alta specialità regionale con incremento della mobilità attiva anche extra-regionale;
- **DEA di I livello** - Gli Ospedali di **Città di Castello di Gubbio-Gualdo Tadino** e di **Orvieto** sono individuati come DEA I livello con allineamento dei posti letto agli standard del DM 70/2015, al fine di determinare l'aumento della produttività con incremento della mobilità attiva anche extra-regionale. Dall'analisi effettuata è ipotizzabile l'unificazione funzionale ed operativa dei P.O. di **Foligno-Trevi** con il P.O. di **Spoleto-Norcia Cascia**. Tale processo porterebbe alla costituzione di un polo unico funzionale, sede di DEA I Livello con due sedi, ognuna delle quali con specifica

vocazione: presso l'Ospedale di Foligno potrebbero concentrarsi tutte le prestazioni di emergenza urgenza, mentre presso l'Ospedale di Spoleto l'esecuzione di tutta l'attività programmata, potendo prevedere anche l'implementazione di ulteriori progetti assistenziali finalizzati a valorizzare l'attività assistenziale del territorio dell'intera regione.

- **Ospedali di base:**

- **gestione integrata dell'ospedale Media Valle del Tevere con l'Azienda Ospedaliera di Perugia e al contempo dell'ospedale di Narni con l'Azienda Ospedaliera di Terni.** Gli ospedali della MVT e di Narni sono individuati come ospedali di base con sede di PS e allineamento dei posti letto agli standard del DM 70/2015. Tali presidi saranno messi in convenzione con le AOPG e AOTR per favorire l'integrazione funzionale della rete a sostegno dei percorsi di cura. Ciò garantirebbe un efficientamento del numero e della distribuzione dei posti letto con conseguente riduzione del fenomeno del sovraffollamento nelle Aziende Ospedaliere, in particolare per patologie di interesse medico e chirurgico a più bassa intensità assistenziale, l'erogazione appropriata dell'attività assistenziale e l'incremento delle prestazioni di alta specialità nelle Aziende Ospedaliere stesse;
- L'Ospedale di **Umbertide**, parte integrante del Presidio ospedaliero unico di Città di Castello, è individuato come ospedale di base con sede di PS e allineamento dei posti letto agli standard del DM 70/2015 e potrebbe essere rimodulato con vocazione monospecialistica a carattere ortopedico per tutta l'attività programmata in sinergia con l'attività riabilitativa erogata dall'istituto Prosperius, il quale a breve passerà a partecipazione di maggioranza pubblica. Tale Ospedale con funzione specifica nella rete ospedaliera è in integrazione funzionale con l'Ospedale di Città di Castello a sostegno dei percorsi di cura per diversi livelli di intensità. Inoltre, l'Ospedale di Umbertide è a disposizione dell'intera rete ortopedica regionale per lo svolgimento dell'attività programmata protesica, ed in particolare con l'Azienda Ospedaliera di Perugia.
- **Assisi**, polo turistico religioso attrattivo più importante dell'Umbria, viene identificato come ospedale di base con sede di pronto soccorso. Tale Ospedale avrà una funzione specifica nella rete ospedaliera di tipo chirurgico coerente con il livello dell'ospedale e al contempo potrebbe trovare attuazione un percorso di qualificazione per la gestione dei percorsi di cura delle disabilità, al fine di garantire l'appropriatezza delle prestazioni erogate (un'ipotesi per questo ospedale è anche quella di struttura ospedaliera di I livello anche per la gestione delle disabilità collegata con l'Istituto Serafico di Assisi);
- **Castiglione del Lago**, per il quale sono in atto lavori di riqualificazione ed ampliamento della struttura, potrebbe essere riconvertito in Ospedale di Comunità mantenendo al contempo percorsi sanitari, quali a titolo esemplificativo l'emodialisi e l'attività chirurgica ambulatoriale. Tale ipotesi è suffragata dal fatto che l'Ospedale presenta indicatori che evidenziano come la struttura operi già come ospedale per post-acuti.
- La struttura ospedaliera di **Amelia**, in un'ottica di riorganizzazione efficiente della rete ospedaliera, considerato quanto disposto dalla normativa e la collocazione geografica che la pone vicina all'Ospedale di Terni ed alla struttura ospedaliera di Narni, potrebbe essere riconvertita in Ospedale di Comunità. Il bacino di utenza sarà comunque coperto anche grazie all'istituzione di una casa di comunità già prevista dalle progettualità del PNRR (in attesa del nuovo ospedale di Narni-Amelia). Tale ipotesi è suffragata dal

fatto che l'Ospedale presenta indicatori che evidenziano come la struttura operi già come ospedale per post-acuti.

- Per le strutture ospedaliere di **Cascia e Norcia** è prevista la conversione in Case di Comunità ed Ospedali di Comunità con fondi PNRR in aggiunta a quelli già stanziati per la ricostruzione post sisma.
- Le strutture ospedaliere di **Passignano, Trevi e Domus Gratiae** sono individuate come strutture ospedaliere per post-acuti di tipo riabilitativo che dovranno garantire utilizzo appropriato dei posti letto e degli interventi riabilitativi (standard di degenza media per trattamento e valutazione efficacia del trattamento).
- **Riconfigurazione della rete di emergenza-urgenza** – Ridefinizione delle postazioni di PS e di PPI con standard di personale, delle postazioni di 118 con revisione della tipologia dei mezzi in base all'orografia del territorio e l'attivazione dell'elisoccorso, con efficientamento della rete e dei punti di intervento e conseguente efficacia in sicurezza degli interventi di soccorso in urgenza e in emergenza;
- **Revisione delle reti cliniche ospedaliere** (Trauma, Cardiologica, Ictus, Pediatrica, Punti Nascita, Trapiantologica, Oncologica) - identificazione dei punti della rete solo se in linea con gli standard di volume e di esito: aumento dell'appropriatezza e della sicurezza delle cure;
- **Definizione degli standard di personale** - Razionalizzazione dell'impiego delle risorse umane con allineamento del personale agli standard per ospedale e unità operativa con revisione del numero delle guardie interdivisionali e al contempo valorizzazione dei professionisti per le specifiche soft skill;
- **Sviluppo dei sistemi di valutazione e controllo dell'appropriatezza** - Predisposizione dei controlli sulle prestazioni erogate e sull'appropriatezza del setting assistenziale, in particolare per le prestazioni dell'allegato 6A e dell'allegato 6B del DPCM dei LEA 2017.

## AZIONI

Tutto ciò premesso si può ipotizzare l'impatto economico generato sul sistema dal processo di riorganizzazione sopra rappresentato:

- ✓ Aumento della produzione di alta specialità negli Ospedali sede di DEA di II livello e acquisizione della casistica derivante dalla convenzione di Pantalla con l'AOPG e di Narni con l'AOTR;
- ✓ Aumento e qualificazione della produzione negli ospedali sede di DEA di I livello Città di Castello, Gubbio-Gualdo Tadino e Orvieto, nonché gli Ospedali di Foligno e di Spoleto integrati fra loro che sviluppano un unico DEA di I livello con differenziazione di produzione e allineamento posti letto agli standard e alle discipline del DEA di I livello;
- ✓ Conversione dell'Ospedale di Umbertide monospecialistico (week surgery) e dell'Ospedale di Assisi in Ospedali con specifiche funzioni nella rete;
- ✓ Conversione degli Ospedali di Castiglione del Lago e Amelia in Ospedali di Comunità;
- ✓ La revisione complessiva della rete ospedaliera con riconduzione dei posti letto delle strutture, degli ospedali e del personale agli standard del DM 70/2015 e ridefinizione delle reti cliniche ospedaliere;
- ✓ Razionalizzazione dell'impiego delle risorse umane con allineamento del personale agli standard per ospedale e unità operativa con revisione del numero delle guardie interdivisionali;
- ✓ Incremento dell'appropriatezza ai diversi livelli: di intervento assistenziale, di accesso alla rete di emergenza-urgenza, di ricovero per tipologia di ospedale, del setting

assistenziale, di utilizzo del posto letto anche attraverso il potenziamento dei sistemi di controllo;

- ✓ Recupero della mobilità passiva, prima fra tutte quella ortopedica e della protesica ortopedica grazie alla riconfigurazione complessiva con incremento e qualificazione della produttività per singolo ospedale, nel rispetto del suo livello gerarchico e della specifica funzione.

## AREA TEMATICA 2: RETE TERRITORIALE

Le principali iniziative di efficientamento riguardanti l'area dell'assistenza territoriale consistono nell'attuazione di quanto previsto dal DM 77/2022 (codice 2.1) e di azioni per il governo delle liste d'attesa di specialistica ambulatoriale per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e riduzione dei tempi di attesa (codice 2.2).

### AZIONI

**Casa della Comunità** – Aperte fino a 24h su 24 e 7 giorni su 7, 17 Case della Comunità finanziate con le risorse del PNRR a cui si aggiungeranno 4 Case della Comunità esistenti (riconversione di Case della Salute), diffuse in tutto il territorio regionale, sono il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria e socio-sanitaria. Rappresentano il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione.

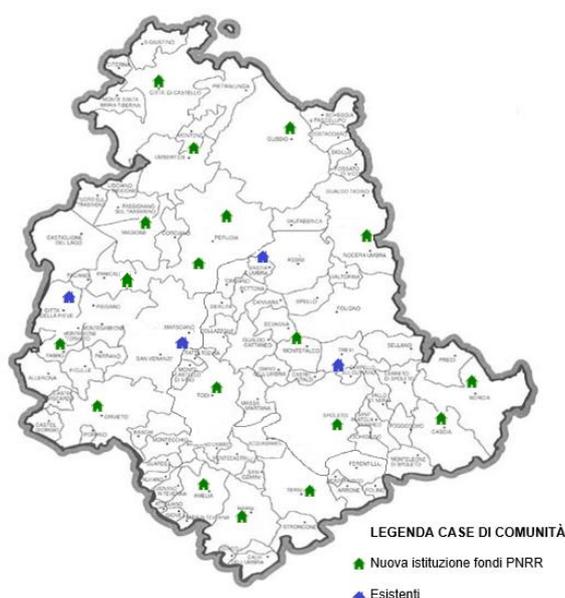


Figure 1 Dislocazione Case di Comunità

**Centrale Operativa Territoriale** – La Centrale Operativa Territoriale (COT) svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza. Nel territorio regionale con le risorse del PNRR è prevista la realizzazione di una COT Hub ed otto COT spoke.



Figure 2 Dislocazione Centrali Operative Territoriali

**Infermiere di Famiglia e Comunità** – È la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica, ai diversi livelli di complessità, in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera. Non solo si occupa delle cure assistenziali verso i pazienti, ma interagisce con tutti gli attori e le risorse presenti nella comunità per rispondere a nuovi bisogni attuali o potenziali. Tale figura garantisce, insieme ai medici di Medicina generale e ai Pediatri di libera scelta, la reale attuazione della medicina proattiva e di iniziativa, intercettando precocemente i bisogni socio-sanitari, contribuendo ad evitare i ricoveri impropri.

**Unità di continuità assistenziale** – È un'équipe mobile distrettuale per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunità, che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e che comportano una comprovata difficoltà operativa.

**Assistenza domiciliare** – La casa come primo luogo di cura. Le Cure domiciliari sono un servizio del Distretto per l'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. Trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, diagnostici, ecc., sono prestati da personale sanitario e sociosanitario qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana.

**Ospedale di comunità** - È una struttura sanitaria di ricovero dell'Assistenza Territoriale, con 20 posti letto, che svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, per evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio. Nel territorio regionale con le risorse del PNRR è

prevista la realizzazione di 5 Ospedali di Comunità a cui si aggiungeranno ulteriori 11 strutture grazie alla riconversione delle attuali RSA e di alcuni presidi ospedalieri.

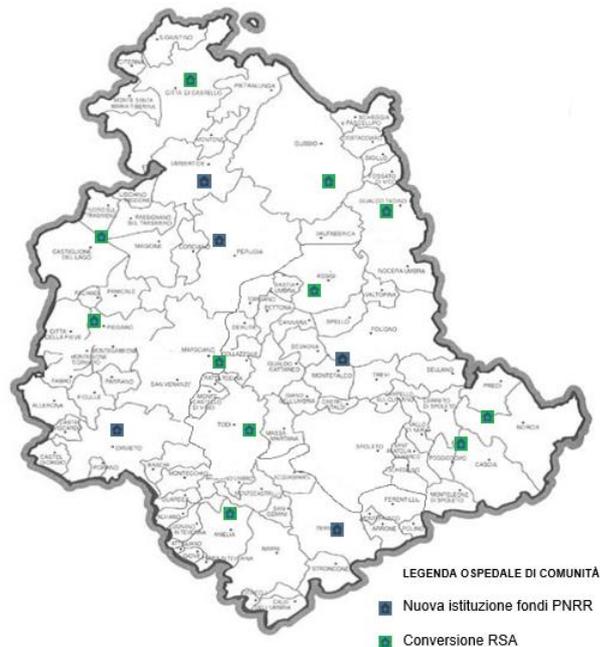


Figure 3 Dislocazione Ospedali di Comunità

**Riduzione dei Distretti** – Il progetto di revisione della distribuzione geografica e numerosità dei Distretti, che prevede la riduzione dagli attuali 12 ai futuri 4, è stato realizzato attraverso un’attenta analisi degli indici demografici di ogni territorio, delle loro caratteristiche morfologiche ed orografiche, tenendo conto della capillarità delle vie di comunicazione, della presenza di strutture di assistenza sia primaria, che ospedaliera, nonché dei punti di primo soccorso, al fine di concepire il miglior scenario possibile per la valorizzazione dei territori, senza però incorrere in complesse operazioni di ingegneria istituzionale.

**Promozione di forme associative dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e integrazione degli specialisti ambulatoriali** – La piena attivazione delle AFT è alla base del funzionamento della medicina di iniziativa e quindi della gestione dei PDTA per i pazienti cronici e per il passaggio da una medicina prestazionale "a richiesta" da parte del cittadino ad una medicina di prevenzione e quindi di "chiamata pro-attiva" dell’utente: la medicina di iniziativa riduce la richiesta di prestazioni inappropriate perché attiva percorsi di chiamata attiva con richiesta di prestazioni appropriate.

**Realizzazione di iniziative tese ad integrare le attività sanitarie e socio-sanitarie** - L’obiettivo è quello di consentire una programmazione condivisa, unitaria e coerente in relazione ai bisogni sociosanitari del territorio, attraverso:

- le modalità di individuazione dei fabbisogni e dei beneficiari;
- la descrizione degli interventi e dei servizi programmati, in particolare, di quelli socioassistenziali volti a promuovere la continuità e la qualità di vita a domicilio e i Progetti di vita indipendente.

**Provvedimenti in materia di regolazione dell'offerta dell'assistenza specialistica ambulatoriale** - Piena attuazione della DGR 472/2022 "*Piano regionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2022-2025*", nei 3 punti cardine indicati:

- A. Governo della domanda;
- B. Governo della offerta;
- C. Monitoraggio e controllo dei processi.

Fra le azioni prioritarie:

- attivazione smart cup presso tutti i MMG e i PLS;
- attivazione delle piastre ambulatoriali in tutti i servizi ambulatoriali;
- flessibilità organizzativa in relazione ai fabbisogni;
- valutazione del fabbisogno e adeguamento dell'offerta pubblica e privata;
- monitoraggio, controllo e azioni correttive e/o migliorative;
- controlli sull'appropriatezza.

## **AREA TEMATICA 3: AREE TRASVERSALI**

### **Contenimento dei costi diretti di produzione e governo della dinamica dell'andamento dei costi complessivi**

#### **AZIONI per il contenimento dei costi**

Al fine di garantire l'imprescindibile obiettivo di tutela della salute dei cittadini, le politiche in ambito sanitario che la Regione Umbria intende perseguire dovranno essere necessariamente affiancate da interventi di monitoraggio continuo ed efficientamento della spesa sanitaria.

Per tale finalità le Aziende dovranno attuare nel breve e medio termine una forte azione di razionalizzazione e riqualificazione degli acquisti di beni e servizi e di tutti i costi di gestione, anche attraverso un'implementazione del sistema di monitoraggio e controllo della spesa sanitaria, nonché attraverso la massimizzazione della centralizzazione delle procedure di gara.

Le principali aree di intervento si focalizzano essenzialmente sulla riconduzione della spesa per servizi entro il costo complessivo sostenuto nel 2019, anche, attraverso continue azioni di monitoraggio periodico dei consumi (specifiche azioni sono previste per la spesa farmaceutica).

Oltre alle azioni di intervento per il contenimento dei costi gestionali, ulteriore importante azione è rappresentata dalla riqualificazione del patrimonio mobiliare ed immobiliare delle Aziende, che implica una verifica di fattibilità rispetto a possibili alienazioni di beni disponibili, alla riorganizzazione delle sedi con l'obiettivo di ridurre canoni e fitti passivi, nonché all'efficientamento dell'utilizzo del parco auto. Stante l'attuale contesto socio-economico, si rendono anche necessarie azioni specifiche mirate al contenimento dei costi energetici per tutte le strutture sanitarie.

Ai fini del contenimento dei costi è, altresì, necessario il rispetto del vincolo di crescita della spesa per il personale, vale a dire il rispetto del tetto di spesa del personale delle Aziende Sanitarie fissato da ultimo con DGR 581/2021, monitorato attraverso il cd. adempimento ag) secondo i criteri indicati dal MEF.

La Direzione Regionale inoltre dovrà garantire, attraverso un flusso costante di informazioni, una governance sempre più orientata a supportare il livello decisionale nelle attività di coordinamento e programmazione strategica, attraverso l'implementazione di un sistema informativo integrato per la creazione di un cruscotto direzionale regionale, anche a supporto del controllo strategico e di gestione.

#### **AZIONI per la definizione degli standard di personale**

La ridefinizione complessiva della rete ospedaliera e della rete territoriale consentirà anche di definire le dotazioni organiche di personale da assegnare ad ogni Unità Operativa/Servizio.

Il fabbisogno va determinato per dotarsi di un'organizzazione efficace ed efficiente, in grado di fornire ai pazienti un servizio di qualità, erogato in condizioni di sicurezza e nel rispetto della normativa in materia di orario di lavoro del personale. La valutazione del fabbisogno di personale va effettuata sulla base di quanto servirà al sistema regionale per poter garantire l'offerta di salute. In questo senso il personale, essendo esso stesso una delle risorse da dimensionare correttamente in relazione all'attività da erogare, risente del corretto dimensionamento delle strutture. Pertanto, sulla base di queste considerazioni, devono essere valutati esclusivamente i presidi previsti dalla riorganizzazione del DM 70/2015 e del DM 77/2022, onde evitare l'attribuzione di personale a strutture che sono oggetto di processi di accorpamento e riorganizzazione.

**Il fabbisogno di personale dell'area ospedaliera**, viene determinato in misura coerente alle scelte di programmazione, riguarda il personale della Dirigenza Medica e Sanitaria e del Comparto Sanitario.

Per la definizione del fabbisogno la prima analisi riguarda l'allineamento dei posti letto programmati, rispetto alle risultanze dei flussi periodicamente inviati, conformando dati storici con dati di programmazione e produzione attesa. La determinazione di un valore minimo di riferimento non è da sola sufficiente per individuare il fabbisogno delle strutture prese in considerazione; diventa necessario tener conto anche dell'attività svolta per garantire un fabbisogno di personale adeguato che permetta di tenere conto della complessità trattata o delle peculiarità dell'ospedale considerato. E' palese che il criterio funziona se applicato a organizzazioni che rispettano i principi di efficacia ed efficienza. In questo senso, laddove non sia possibile adempiere a queste condizioni, occorre ridimensionare anche il fabbisogno di personale, adeguandolo alle esigenze reali, ma che potrebbero comportare un apparente sovradimensionamento del fabbisogno stesso (è questa una delle maggiori dispersioni in Regione Umbria avendo Ospedali con pochi letti afferenti a diverse discipline appartenenti ad aree assistenziali diverse) .

Infatti sia per quanto riguarda la determinazione del fabbisogno di personale medico che quella di personale del comparto è necessario tener conto di aggregazioni funzionali di attività. Sempre più spesso gli ospedali sono organizzati per intensità di cura. Un'organizzazione non è più articolata, come da tradizione, solo in Reparti o Unità operative in base alla patologia e alla disciplina medica, ma in aree omogenee che ospitano i pazienti in base alla gravità del caso clinico e del livello di complessità assistenziale. L'obiettivo è coniugare meglio sicurezza, efficacia, qualità dell'assistenza ed efficienza dei processi. Ai fini della definizione del fabbisogno di personale è quindi necessario individuare le discipline presenti nelle strutture ospedaliere della rete, definire l'aggregazione delle specialità in aree omogenee. Questo diventa particolarmente difficile in Ospedali di piccole dimensioni, salvo che siano riconvertiti in strutture ospedaliere monospecialistiche in integrazione funzionale con gli Ospedali sede di DEA di I e di II livello, o in strutture intermedie (OdC) per la presa in carico del post-acuto.

Per quanto riguarda il **personale medico** è necessario definire il fabbisogno per singola specialità: il personale medico non è fungibile e quindi è necessario determinare il fabbisogno relativo per ogni disciplina garantita all'interno del presidio (va adeguato il numero di posti letto per disciplina per evitare le inefficienze). Le aree funzionali di attività sono utili anche per il personale medico (numero di professionisti necessari per l'organizzazione delle guardie) in relazione al numero di posti letto e alla funzione del presidio. Tali aree possono o meno essere organizzate in forma "interdivisionale" o per area omogenea. L'attività di guardia medica notturna e festiva è comunque equivalente a 3 Medici Tempo Equivalente. Questo è un parametro importante per la definizione del fabbisogno perché l'efficientamento è sicuramente maggiore negli ospedali di maggiori dimensioni. Le guardie per area omogenea possono essere gestite nelle aree medica e chirurgica.

Per quanto riguarda il **personale del comparto** è necessario definire il fabbisogno sempre per aree assistenziali omogenee in relazione alle unità operative e relativa offerta di posti letto e dei servizi presenti nelle strutture ospedaliere, che ovviamente dovrebbero rispondere ai criteri di aderenza al DM 70.

**Il fabbisogno di personale dell'area territoriale** viene determinato in misura coerente alle scelte di programmazione sanitaria facendo riferimento agli standard del DM 77/2022.

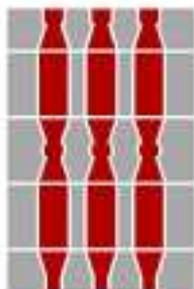
E' in prospettiva un lavoro congiunto fra la Struttura regionale e AGENAS proprio per definire lo standard di personale per ogni struttura/unità operativa/servizio del SSR.

## **Governo della spesa farmaceutica**

### **AZIONI**

I farmaci rappresentano un essenziale strumento di tutela della salute e sono erogati dal Servizio Sanitario Nazionale in quanto inclusi nei Livelli essenziali di assistenza. La finalità dell'assistenza farmaceutica è quella di garantire ai cittadini farmaci con il migliore profilo beneficio-rischio, assicurando che la spesa farmaceutica si mantenga nell'ambito della cornice finanziaria programmata. Nell'attuale scenario nazionale e regionale l'invecchiamento della popolazione, la cronicizzazione dei pazienti in trattamento e soprattutto i prezzi sempre più elevati dei medicinali, in particolare nell'area onco-ematologica, delle malattie rare e nell'ambito dei trattamenti antivirali, rischiano di minare alle fondamenta la sostenibilità del Sistema Sanitario. In un contesto di tale portata il governo dell'assistenza farmaceutica si configura come uno strumento di fondamentale importanza a livello locale per garantire l'accesso dei pazienti alle nuove terapie ad alto costo, assicurando nel contempo un impiego razionale e appropriato di risorse sempre più limitate, anche attraverso lo strumento essenziale dell'analisi dell'appropriatezza prescrittiva.

Pertanto, oltre alle azioni già messe in atto a partire dal mese di settembre 2021 per il contenimento della spesa, quali l'elaborazione di un prontuario terapeutico dei costi di terapia per tutti i farmaci utilizzati e la conseguente analisi dei principali gruppi ATC per importanza di ricadute in termini di spesa ed in termini di inappropriata prescrittiva, la Direzione Salute e Welfare intende attuare ulteriori interventi volti a governare la spesa farmaceutica, al fine di mantenere il rispetto del tetto della farmaceutica convenzionata incidendo sul relativo costo complessivo e ridurre, riqualificandola, sia la spesa degli acquisti diretti, che dei dispositivi medici.



**Regione Umbria**

## **MAPPA INTERVENTI**

Piano di efficientamento e riqualificazione del  
sistema sanitario regionale

**AREA TEMATICA 1: RETE OSPEDALIERA**

OBIETTIVI SPECIFICI		OBIETTIVI OPERATIVI/INTERVENTI		AZIONI	EFFETTI ATTESI		IMPATTO OPERATIVO
CODICE	DESCRIZIONE	CODICE	DESCRIZIONE		DI SISTEMA	SULLA SPESA	
		<b>1.1.1a</b>	Le AO PG e AO TR sono individuate come sede di Ospedale DEA di II° livello con allineamento dei posti letto agli standard del DM 70/2015	Aumento produttività e incremento dell'attività di alta specialità regionale ed extra regionale	X	X	<i>Aumento dell'offerta di prestazioni, incremento della mobilità attiva e decremento della mobilità passiva</i>
		<b>1.1.1b</b>	Gestione integrata dell'ospedale Media Valle del Tevere con l'Azienda Ospedaliera di Perugia e al contempo dell'ospedale di Narni con l'Azienda Ospedaliera di Terni. Gli ospedali della MVT e di NARNI sono individuati come ospedali di base con sede di PS e allineamento dei posti letto agli standard del DM 70/2015. Tali Ospedali saranno messi in convenzione con le AO PG e AO TR per favorire l'integrazione funzionale della rete a sostegno dei percorsi di cura	Aumento produttività e appropriatezza utilizzo posti letto	X		<i>Aumento dell'attività dei DEA di 2° livello grazie all'utilizzo dei posti letto di MVT e Narni Maggiore qualità e sicurezza delle cure grazie al rispetto degli standard ministeriali di posti letto per disciplina, Ciò garantirebbe un efficientamento del numero e della distribuzione dei posti letto con conseguente riduzione del fenomeno del sovraffollamento nelle Aziende Ospedaliere, in particolare per patologie di interesse medico e chirurgico a più bassa intensità assistenziale, l'erogazione appropriata dell'attività assistenziale e l'incremento delle prestazioni di alta specialità nelle Aziende Ospedaliere stesse.</i>
		<b>1.1.2a</b>	Gli Ospedali di Città di Castello di Gubbio-Guladò Tadino e di Orvieto sono individuati come DEA I° livello con allineamento posti letto agli standard del DM 70/2015	Aumento produttività e incremento dell'attività di alta specialità regionale ed extra regionale	X	X	<i>Aumento dell'offerta di prestazioni Maggiore qualità e sicurezza delle cure grazie al rispetto degli standard ministeriali di posti letto per disciplina</i>
		<b>1.1.2b</b>	L'ospedale di Umbertide è individuato come ospedale di base con sede di PS e allineamento dei posti letto agli standard del DM 70/2015. Tale Ospedale avrà una funzione specifica nella rete ospedaliera riservandogli una vocazione ortopedica e riabilitativa in sinergia con l'Istituto Prosperius e in integrazione funzionale con l'Ospedale di Città di Castello a sostegno dei percorsi di cura per diversi livelli di intensità di cura. Inoltre, l'Ospedale di Umbertide è a disposizione dell'intera rete ortopedica regionale per lo svolgimento dell'attività programmata protesica, ed in particolare con l'Azienda Ospedaliera di Perugia.	Aumento produttività e appropriatezza utilizzo posti letto	X	X	<i>Conversione dell'Ospedale di Umbertide in Ospedale mono specialistico (week surgery) Maggiore qualità e sicurezza grazie al rispetto degli standard ministeriali di posti letto per disciplina</i>

1.1	Riconfigurazione della rete ospedaliera con individuazione DEA II, DEAI, ospedali di base con riconduzione del numero dei posti letto agli standard nazionali e ridimensionamento dei reparti con basse performance	1.1.2c	L'ospedale di Assisi, città importante dal punto di vista religioso e turistico, è individuato come ospedale di base sede di PS con allineamento posti letto agli standard al DM 70/2015. Tale Ospedale avrà una funzione specifica nella rete ospedaliera di tipo chirurgico connesso con il livello dell'ospedale, un'ipotesi per questo ospedale è anche quella di struttura ospedaliera di I livello anche per la gestione delle disabilità collegata con l'Istituto Serafico di Assisi	Aumento produttività e appropriatezza utilizzo posti letto	X	X	Maggiore qualità e sicurezza delle cure grazie al rispetto degli standard ministeriali di posti letto
		1.1.3	Unificazione funzionale ed operativa dei P.O. di Foligno-Trevi e del P.O. di Spoleto-Norcia-Cascia sede di DEA di I livello con allineamento posti letto agli standard e alle discipline del DEA di I° livello con valorizzazione di attività elettive medica e chirurgica nell'ambito della rete di emergenza-urgenza	Aumento produttività e incremento dell'attività di alta specialità regionale ed extra regionale	X	X	Dall'analisi effettuata è ipotizzabile l'unificazione funzionale ed operativa dei P.O. di Foligno-Trevi con il P.O. di Spoleto-Norcia Cascia. Tale processo porterebbe alla costituzione di un polo unico funzionale, sede di DEA I Livello con due sedi, ognuna delle quali con specifica vocazione: presso l'Ospedale di Foligno potrebbero concentrarsi tutte le prestazioni di emergenza urgenza, mentre presso l'Ospedale di Spoleto l'esecuzione di tutta l'attività programmata, potendo prevedere anche l'implementazione di ulteriori progetti assistenziali finalizzati a valorizzare l'attività assistenziale del territorio dell'intera regione.
		1.1.4	Rconversione dell'Ospedale di Castiglione del Lago e dell'Ospedale di Amelia in Ospedali di Comunità con Punti di Primo Intervento (PPI) e sviluppo regime di assistenza alternativi ai ricoveri ordinari	Analisi di efficienza di ciascun presidio e analisi dell'offerta sanitaria negli attuali 2 ospedali con conseguenti azioni di riorganizzazione ed efficientamento favorendo l'uso appropriato del posto letto per acuto, l'incremento delle dimissioni protette per pazienti a bassa intensità assistenziale ma non assistibili a domicilio	X	X	Attivazione dei processi organizzativi delle strutture con percorsi di integrazione con la rete ospedaliera regionale
		1.1.5	Utilizzo appropriato posti letto OBI	Implementazione linee guida intesa del 2019	X	X	Analisi e conseguente processo riorganizzativo dei posti letto
		1.1.6	Efficientamento della rete di emergenza-urgenza	Attuazione della DGR 812 del 01.09.2021 "Centrale Operativa Unica Regionale 118 (Cour 118)"	X	X	Ridefinizione delle postazioni di PS e di PPI con standard di personale, delle postazioni di 118 con revisione della tipologia dei mezzi in base all'orogeografia del territorio e attivazione elisoccorso, con
		1.1.7	Efficientamento della rete di emergenza-urgenza	Riorganizzazione trasporti primari e secondari			efficientamento della rete e dei punti di intervento e conseguente efficacia in
		1.1.8	Efficientamento della rete di emergenza-urgenza	Definizione e attuazione della rete emergenza/urgenza			sicurezza degli interventi di soccorso in

		<b>1.1.9</b>	Rete dei laboratori	Riorganizzazione della rete dei laboratori con efficientamento del sistema (DGR 510/2022)	X	X	<i>Applicazione DGR 510/2022 con conseguente riduzione del n. dei laboratori</i>
		<b>1.1.10</b>	Rete anatomia patologica	Riorganizzazione della rete dei laboratori con efficientamento del sistema	X		<i>Adozione DGR di riorganizzazione</i>
		<b>1.1.11</b>	Rete trasfusionale	Riorganizzazione della rete dei laboratori con efficientamento del sistema	X		<i>Adozione DGR di riorganizzazione</i>
<b>1.32</b>	Efficientamento della rete ospedaliera anche attraverso la corretta gestione organizzativa dipartimentale e riassetto organizzativo dell'attività assistenziale	<b>1.2.1</b>	Revisione del numero delle SC e SS in relazione agli Ospedali	Allineamento con gli standard del DM 70/2015	X	X	<i>Applicazione standard DM 70/2015</i>
		<b>1.2.2</b>	Revisione delle reti cliniche ospedaliere	Revisione delle reti cliniche ospedaliere previste dal DM 70/2015 in allineamento con i dati volumi ed esiti	X		<i>Adempimenti nuovo PSR con identificazione dei punti delle rete solo se in linea con gli standard di volume e di esito: aumento dell'appropriatezza e della sicurezza delle cure che comporterà a lungo termine riduzione di costi per riduzione degli esiti negativi e dei contenziosi</i>
		<b>1.2.3</b>	Riorganizzazione dipartimentale	Revisione delle attuali organizzazioni dipartimentali in funzione della nuova rete ospedaliera per raggiungere gli obiettivi di performance del sistema	X		<i>Adozione regolamenti di organizzazione</i>
		<b>1.2.4</b>	Razionalizzazione dell'impiego delle risorse umane con allineamento del personale agli standard per ospedale e unità operativa con revisione del numero delle guardie interdivisionali *	Allineamento agli standard	X	X	<i>Adozione DGR standard del personale</i>
		<b>1.2.5</b>	Miglioramento delle performance del sistema	Definizione set indicatori (MeS e PNE) per tipologia di ospedale e di unità operativa	X	X	<i>Adozione DGR piano delle performance: aumento efficienza, efficacia, appropriatezza, sicurezza delle cure</i>
		<b>1.3.1</b>	Sviluppo sistemi di valutazione e controllo dell'appropriatezza	Incremento ed estensione dei controlli centralizzati ed esterni sull'attività ospedaliera dei ricoveri	X	X	<i>Predisposizione dei controlli sull'appropriatezza del setting assistenziale in particolare per le prestazioni dell'allegato 6A e dell'allegato 6B del DPCM dei LEA 2017</i>
	Efficientamento della rete	<b>1.3.2</b>	Ridistribuzione dei ricavi attesi tra pubblico e privato – sottoscrizione accordi con i privati sulla base delle specifiche necessità regionali	Definizione di accordo triennale di erogazione di prestazioni da parte di soggetti erogatori con acquisto delle prestazioni in relazione al fabbisogno	X	X	<i>Programmazione attività con erogatori privati per acquisto prestazioni in relazione al reale fabbisogno</i>
		<b>1.3.3</b>	Riduzione della spesa riabilitativa pro-capite, prossima al valore medio nazionale	Predisposizione di specifiche linee guida concernenti i criteri di accesso alle prestazioni di riabilitazione post acuzie ospedaliera	X	X	<i>implementazione nuova SDOr</i>

<b>1.23</b>	ospedaliera con effetti sul governo della dinamica dei costi.	<b>1.3.4</b>	Abbattimento della mobilità passiva extra-regionale	Definizione specifici interventi per il recupero della mobilità passiva in particolare quella ortopedica-riabilitativa	X	X	<i>Adozione DGR piano di recupero delle prestazioni maggiormente erogate in mobilità passiva al netto di quella non evitabile (esempio chirurgia pediatrica maggiore, trapianti...)</i>
		<b>1.3.5</b>	Cessione servizi/accordi collaborazioni tra aziende del SSR	Rivalutazione ai fini del contenimento dei costi	X		<i>Adozione DGR piano delle prestazioni da garantire in sedi identificate esempio laboratorio unico di screening e determinazione compensazione</i>
		<b>1.3.6</b>	Sostenibilità delle strutture ospedaliere con valutazione rapporto costi-ricavi	Analisi di costi delle strutture sanitarie pubbliche finalizzata al recupero della forbice tra costi della produzione e valore teorico della produzione.	X		<i>Attivazione sist. di rilevazione di indicatori di benchmarking finalizzati alla realizzazione di interventi di riequilibrio</i>
		<b>1.3.7</b>	Incentivazione dei processi di deospedalizzazione	Applicazione integrata DM 77/2022 e DM 70/2015	X	X	<i>Attivazione COT</i>

**AREA TEMATICA 2: RETE TERRITORIALE**

OBIETTIVI SPECIFICI		OBIETTIVI OPERATIVI/INTERVENTI		AZIONI	EFFETTI ATTESI		IMPATTO OPERATIVO
CODICE	DESCRIZIONE	CODICE	DESCRIZIONE		DI SISTEMA	SULLA SPESA	
2.1	Potenziamento delle attività distrettuali	2.1.1	Attuazione DM 77/2022	Sanità d'iniziativa Stratificazione popolazione per applicazione PDTA malattie croniche 21 Case di Comunità Potenziamento Assistenza Domiciliare Infermiere di Famiglia e di Comunità Istituzione UCA Istituzione COT (1 hub, 8 spoke) Attivazione Ospedali di Comunità (16)	X		<i>Definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale - volta a individuare modelli e standard relativi all'assistenza territoriale nel rispetto dei parametri del DM 77/2022. In tale ottica e contesto si inserisce la necessità di potenziare i servizi assistenziali territoriali per perseguire la garanzia dei LEA, riducendo le disuguaglianze, e contestualmente costruendo un modello di erogazione dei servizi condiviso ed omogeneo sul territorio regionale. Attraverso le attività distrettuali, la pianificazione, il rafforzamento e la valorizzazione dei servizi territoriali, in particolare tutte le nuove articolazioni previste dal DM 77 e finanziate dal PNRR si appropriano gli interventi sanitari a garanzia dei LEA e della razionalizzazione dei costi.</i>
		2.1.2	Riduzione distretti da 12 a 4	Revisione del numero dei Distretti come indicato nel PSR con riduzione delle apicalità da 12 a 4	X	X	<i>La riduzione del numero dei distretti comporterà un miglioramento nella governance a garanzia dell'equità di accesso con omogeneizzazione sul territorio regionale e riduzione della parcellizzazione e della dispersione delle prestazioni stesse</i>
		2.1.3	Promozione di forme associative dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e integrazione degli specialisti ambulatoriali.	Pieno funzionamento delle AFT e delle UCCP anche con il supporto delle Case della Comunità	X		<i>La piena attivazione delle AFT è alla base del funzionamento della medicina di iniziativa e quindi della gestione dei PDTA per i pazienti cronici e per la trasformazione di una medicina prestazionale "a richiesta" da parte del cittadino ad una medicina di prevenzione e quindi di "chiamata pro-attiva" del cittadino per una tutela della salute: la medicina di iniziativa riduce la richiesta di prestazioni inappropriate perchè attiva percorsi di chiamata attiva con richiesta di prestazioni appropriate</i>

		2.1.4	Realizzazione di iniziative tese ad integrare le attività sanitarie e socio-sanitarie	Utilizzo delle risorse del FNA in relazione ai fabbisogni	X		<p><i>L'obiettivo è quello di consentire una programmazione condivisa, unitaria e coerente in relazione ai bisogni socio-sanitari del territorio.</i></p> <p><i>Si prevede l'adozione di un Nuovo Piano regionale, a seguito di pubblicazione di quello nazionale, che deve prevedere il quadro di contesto e le modalità di attuazione dell'integrazione socio-sanitaria; le modalità di individuazione dei fabbisogni e dei beneficiari; la descrizione degli interventi e dei servizi programmati in particolare, le caratteristiche dei servizi socioassistenziali volti a promuovere la continuità e la qualità di vita a domicilio e i Progetti di vita indipendente.</i></p>
2.2	Governo delle liste d'attesa di specialistica ambulatoriale per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva, riduzione dei tempi di attesa ed efficientamento del sistema	2.2.1	Provvedimenti in materia di regolazione dell'offerta dell'assistenza specialistica ambulatoriale.	<p>Applicazione DGR 472/2022</p> <p>Predisposizione dei controlli sull'appropriatezza della specialistica ambulatoriale</p>	X	X	<p><i>Piena attuazione della DGR 472/2022 nei 3 punti cardine indicati:</i></p> <p><i>A. Governo della domanda</i></p> <p><i>B. Governo della offerta</i></p> <p><i>C. Monitoraggio e controllo dei processi</i></p> <p><i>Fra le azioni prioritarie:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>- attivazione smart cup presso tutti i MMG e i PLS</i></li> <li><i>- attivazione delle piastre ambulatoriali in tutti i servizi ambulatoriali</i></li> <li><i>- flessibilità organizzativa in relazione ai fabbisogni</i></li> <li><i>- valutazione del fabbisogno e adeguamento dell'offerta pubblica e privata</i></li> <li><i>- monitoraggio, controllo e azioni correttive e/o migliorative</i></li> </ul>
		2.2.2	Disciplina del corretto ed appropriato uso delle apparecchiature e prestazioni di RMN.	Strutturazione percorso guidato prescrittivo per l'appropriatezza nelle richieste di prestazione di RMN (adozione atto deliberativo)	x		<i>Predisposizione delle linee guida per l'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di RMN</i>
		2.2.3	Linee guida sulla riabilitazione extraospedaliera.	Aggiornamento delle linee guida per promuovere l'appropriatezza dei percorsi di riabilitazione extraospedaliera	x		<i>Predisposizione delle linee guida per l'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di riabilitazione extraospedaliera con aggiornamento delle DGR di riferimento per i progetti riabilitativi</i>
		2.2.7	Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni ambulatoriali	Formazione ed incontri con gli specialisti per analisi e riduzione delle prestazioni a maggior rischio di inappropriatezza	x		<i>Attivazione tavoli di confronto prescrittori – specialisti. Tavoli di confronto per la definizione dei percorsi, della loro implementazione e della verifica di attuazione e il monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva</i>

**AREA TEMATICA 3: AREE TRASVERSALI**

OBIETTIVI SPECIFICI		OBIETTIVI OPERATIVI/INTERVENTI		AZIONI	EFFETTI ATTESI		IMPATTO OPERATIVO
CODICE	DESCRIZIONE	CODICE	DESCRIZIONE		DI SISTEMA	SULLA SPESA	
3.1	Contenimento dei costi diretti di produzione e governo della dinamica dell'andamento dei costi complessivi.	3.1.1	Riduzione costo complessivo del personale	Rispetto del tetto di spesa del personale delle Aziende Sanitarie regionali stabilito con DGR 581 del 23.06.2021		X	<i>Vincolo di crescita del personale cd adempimento ag verificato attraverso la rilevazione della spesa del personale secondo i parametri fissati dal MEF</i>
				Centralizzazione servizi amministrativi	X	X	<i>Efficientamento dell'impiego del personale amministrativo attraverso la centralizzazione e unificazione dei servizi, di gestionali e applicativi</i>
		3.1.2	Interventi diretti sulla riduzione dei costi per l'acquisto di beni e servizi da parte del SSR.	Riconduzione spesa per servizi entro il costo complessivo sostenuto nel 2019.		X	
				Monitoraggio periodico dei consumi.		X	
				Razionalizzazione dei servizi esternalizzati	X		<i>Possibile reinternalizzazione di specifiche attività nell'ambito del più complessivo e efficiente impiego delle risorse umane</i>
				Verifica possibile capitalizzazione dei costi a carattere pluriennale.	X		<i>Imputazione costi di competenza avente carattere pluriennale (es. ricerca) a stato patrimoniale con conseguente impatto economico ripartito in più anni</i>
		3.1.3	Centralizzazione gare CRAS	Effettuazione gare come da cronoprogramma	X	X	
		3.1.4	Implementazione del sistema di monitoraggio e controllo della spesa sanitaria Regionale.	Pieno rispetto della Determina Dirigenziale n. 7840 del 02.08.2022 avente ad oggetto "Raccomandazioni ed indicazioni utili alla corretta gestione economico-finanziaria per l'esercizio 2022" con l'obiettivo di efficientare la spesa	X		
				Implementazione del sistema informativo e di reporting integrato per il controllo di gestione unificato delle Aziende Sanitarie e per la creazione di un cruscotto direzionale regionale (vedi DGR n. 209 del 09.03.2022).			
				Realizzazione della piattaforma regionale (RUSIS) per il monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza e del consumo di risorse	X		<i>Organizzazione e controllo dei flussi informativi rinvenienti dalle Aziende sanitarie</i>
		3.1.5	Messa a regime del processo di riaccertamento dei crediti/debiti.	Riconciliazione trimestrale delle posizioni debitorie e creditorie nei confronti della Regione.	X		
				Verifica straordinaria delle posizioni creditorie nei confronti di terzi con attivazione delle procedure di recupero, nonché ricognizione straordinaria delle partite debitorie		X	
		3.1.6	Riorganizzazione e riqualificazione del patrimonio	Verifica fattibilità alienazione beni disponibili per successiva eventuale contabilizzazione	X		
				Riorganizzazione delle sedi con conseguente riduzione dei canoni e fitti passivi, anche attraverso la riduzione delle sedi destinate ai servizi amministrativi		X	<i>Intervento strettamente connesso alla centralizzazione e unificazione dei servizi amministrativi di cui sopra</i>

		3.1.6	mobiliare ed immobiliare delle Aziende.	Verifica e riduzione dei costi di manutenzione e riparazione.		X			
				Definizione Piano di efficientamento energetico	X	X	<i>Individuazione misure organizzative, anche di breve periodo, volte alla riduzione dei consumi energetici</i>		
				Razionalizzazione del parco auto	X				
		3.1.7	Riorganizzazione dei controlli ufficiali programmati in materia di sanità animale e sicurezza alimentare	Incentivare la programmazione di controlli congiunti tra i diversi servizi afferenti alle medesime macro aree		X			
3.2	Governo della spesa farmaceutica	3.3.1	Rispetto del tetto della farmaceutica convenzionata e riduzione del costo complessivo	Incontri MMG su base trimestrale per la valutazione dell'andamento della spesa al fine di ridurre il costo complessivo	X	X	<i>Attivazione tavoli di confronto con MMG Tavoli di confronto per la valutazione dell'andamento della spesa farmaceutica convenzionata e definizione interventi e obiettivi per riduzione del costo pro-capite per singolo prescrittore allineato al target definito.</i>		
				Riduzione per la spesa degli acquisiti diretti con allineamento progressivo al tetto	Incontri con gli Specialisti prescrittori su base trimestrale per la valutazione dell'andamento della spesa al fine di ridurre il costo complessivo	X	X	<i>Attivazione tavoli di confronto con specialisti per specifiche categorie di farmaci a maggiore impatto Tavoli di confronto per la valutazione dell'andamento della spesa farmaceutica e definizione interventi e obiettivi per riduzione del costo e allineamento al target definito</i>	
				Riduzione per la spesa dei dispositivi medici con allineamento progressivo al tetto	Incontri con gli Specialisti su base trimestrale per la valutazione dell'andamento della spesa al fine di ridurre il costo complessivo	X	X	<i>Attivazione tavoli di confronto con specialisti Tavoli di confronto per la valutazione dell'andamento della spesa farmaceutica e definizione interventi e obiettivi per riduzione del costo e allineamento al target definito</i>	
				3.3.4	Istituzione task force regionale per verifica e controllo spesa farmaceutica	Implementazione sistema di budgetizzazione delle risorse su base mensile e allineamenti alla spesa della media pro-capite nazionale	X	X	
						Definizione del budget per prescrittore e monitoraggio del rispetto del tetto assegnato	X	X	