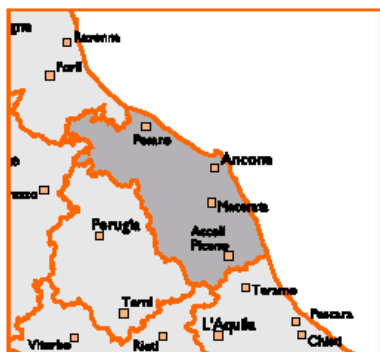


## REGIONE MARCHE



Popolazione residente al 1.1.2003	1.484.601
<b>Strutture</b>	
Aziende USL	13
Aziende Ospedaliere	4
Ospedali a gestione diretta	30
Policlinici universitari	0
Istituti a carattere scientifico	3
Ospedali classificati	0
Istituti presidio della ASL	0
Case di cura accreditate	14
<b>Posti letto</b>	
Posti letto pubblici (totale)	6.013
di cui DH/DS	694
Posti letto privati accreditati	956
di cui DH/DS	47

Fonte: *Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale – anno 2003*  
\*Rilevazione ASSR – anno 2003

La Regione Marche ha un contesto abbastanza particolare, caratterizzato da dimensioni territoriali limitate, con 1.500.000 abitanti e un elevato tasso di popolazione anziana, un rilevante numero di strutture ospedaliere pubbliche e una presenza contenuta di case di cura private che determinano un impatto economico di pochi milioni di euro ogni l'anno.

La vicinanza territoriale a Regioni come l'Emilia-Romagna e la Toscana, ha determinato e determina un significativo problema di mobilità da parte dei cittadini, rendendo più complessa la programmazione regionale del fabbisogno e dell'offerta ospedaliera.

La Regione, già dal 2003, ha avviato un processo di riorganizzazione del servizio sanitario costituendo un'unica Azienda USL nella Regione, denominata A.S.U.R., che nasce per fusione ed incorporazione delle precedenti 13 aziende USL del territorio; a questa Azienda si affiancano due Aziende Ospedaliere, l'AO "Ospedali Riuniti Umberto I – G.M. Lancisi – G. Galesi" e l'AO "San Salvatore" di Pesaro (quest'ultima ha accorpato le precedenti 4 AO).

L'attività di day surgery, in questa Regione, è stata disciplinata nel 1999 e con la D.G.R. 27-03-2002, n. 605 sono state date le principali indicazioni in materia di ricovero diurno; altri importanti riferimenti si sono avuti nel PSR 2003-05 e in provvedimenti regionali sul sistema di autorizzazione e accreditamento.

### Normativa di riferimento

**D.G.R. 02-08-1999, n. 2026:** *“Atto di indirizzo e coordinamento delle aziende sanitarie in materia di organizzazione e svolgimento delle attività ospedaliere mediche e chirurgiche a ciclo diurno, day hospital e day surgery”.*

La delibera rappresenta il primo atto di indirizzo e coordinamento per la definizione delle modalità di organizzazione e svolgimento delle attività di ricovero diurno, day hospital e day surgery. La delibera prevede che le prestazioni in regime di day surgery possano essere svolte esclusivamente nelle strutture ospedaliere che siano in grado di garantire la possibilità di un eventuale pernottamento, ove necessario, in un reparto chirurgico.

Sono, comunque, specificati in delibera i “Criteri di verifica dell’appropriatezza delle attività di day hospital” ed è, inoltre, indicata la possibilità, ai poli ospedalieri che avessero perso nel tempo la funzione chirurgica a ciclo ordinario, di poter mantenere un’attività in regime di day surgery attraverso unità operative autonome.

**D.G.R. 27-03-2002, n. 605: “Sviluppo ed organizzazione delle attività di day surgery nella regione Marche.”**

La delibera fornisce la definizione di attività di day surgery, indica i modelli organizzativi previsti per tale regime assistenziale, le modalità di accesso del percorso, l’elenco delle prestazioni ammissibili a tale forma di assistenza. Il provvedimento ha approvato un documento per attivare la “Sperimentazione del Free dancing off campus: unità autonome pubbliche o private esterne all’ospedale.”; la sperimentazione è triennale e si è conclusa a fine 2005, ma la scarsa partecipazione al progetto non ha consentito l’estensione del modello.

La delibera stabilisce, inoltre, i risultati attesi dallo sviluppo dell’attività di day surgery:

- la riduzione progressiva nel triennio e tendenziale azzeramento delle degenze preoperatorie riferite ad interventi chirurgici eseguiti in elezione, come conseguenza dell’attività programmata;
- l’esecuzione entro un anno di almeno il 70% degli interventi individuati nell’elenco delle prestazioni eseguibili in day surgery;
- l’ottimizzazione dell’indice di operatività della degenza ordinaria raggiungendo, entro un anno, il 70%.

**D.C.R. 30-06-2003, n. 97: “Piano Sanitario Regionale 2003-2006.”**

Il Piano Sanitario Regionale 2003-2006, nell’ambito del più generico obiettivo di reingegnerizzazione, indica un obiettivo molto chiaro, ovvero creare una “rete ospedaliera integrata, flessibile e di eccellenza”. Per poter raggiungere questo obiettivo il provvedimento indica una serie di interventi prioritari:

- potenziare e riorganizzare in rete le attività di alta specializzazione, come neurochirurgia, chirurgia vascolare, toracica, maxillo-facciale e plastica, che vengono inserite in un contesto di “rete clinica” secondo il modello “hub and spoke”.
- riorganizzare le attività chirurgiche, spostando nei soli ospedali di rete e nelle AO le attività chirurgiche complesse e di urgenza (solo in casi eccezionali i piccoli ospedali possono svolgere queste attività); potenziando le attività di day surgery con l’obiettivo di posizionare le Marche tra le prime cinque regioni ad alto utilizzo di tale regime di ricovero; ottimizzando l’utilizzo delle sale operatore e delle tecnologie complesse per ridurre le liste di attesa per interventi chirurgici e le procedure diagnostiche più critiche; revisionando la disciplina delle attività chirurgiche, in day surgery e ambulatoriali.
- ridurre il numero di posti letto per acuti fino alla soglia massima di 4 posti letto per 1.000 abitanti. Per le AFO di chirurgia e medicina devono essere previsti almeno il 20% di posti letto dipartimentali, su cui sviluppare le funzioni specialistiche e le attività di day surgery e di day hospital.
- ridurre e razionalizzare l’offerta delle discipline a bassa e media specialità, con attivazione di aree dedicate alla lungodegenza e alla riabilitazione; messa a regime della funzione di medicina d’urgenza e osservazione breve in tutti gli ospedali di rete; accorpamenti per evitare i cosiddetti “doppioni” di attività negli ospedali. Il Piano riorganizza, a tal fine, le attività ospedaliere in 3 modelli: Unità operativa complessa con posti letto autonomi; Unità operativa complessa senza posti letto autonomi; Funzioni specialistiche o unità operative semplici. Tale distinzione è applicata a livello provinciale per alcune specialità chirurgiche, come otorinolaringoiatria, oculistica, urologia, e alcune specialità mediche.

## Normativa sull'autorizzazione e accreditamento

**L.R. 16-03-2000, n. 20:** *“Disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private”.*

Con questa legge la Regione definisce le procedure e le modalità generali per l'autorizzazione e per l'accreditamento, in attuazione del D. Lgs. 229/99 e rinvia a successivi provvedimenti di Giunta regionale la definizione dei requisiti necessari.

**D.G.R. 24-10-2000, n. 2200-ME/SAN:** *“Determinazione dei requisiti minimi richiesti per l'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio di strutture sanitarie e socio-sanitarie”.*

La delibera approva il “Manuale di autorizzazione” per l'esercizio delle attività sanitarie e definisce i requisiti minimi per il Day Hospital e Day Surgery. Il provvedimento, al punto 6.10, fornisce la definizione di day surgery e prevede la possibilità di pernottamento, one day surgery, per una notte in reparto e, quindi, può essere svolta solo in strutture ospedaliere capaci di garantire la possibilità di pernottamento in reparto chirurgico. La delibera, inoltre, fissa i requisiti minimi per tutte le strutture sanitarie che coincidono con quelli del DPR 14 gennaio 1997.

**D.G.R. 10/07/2001, n. 1579:** *“L.R. n. 20/2000 art. 6 – Determinazione dei requisiti minimi richiesti per l'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio di strutture sanitarie e socio-sanitarie. Modifica della Delib.G.R. n. 2200/2000”.*

La delibera aggiunge al “Manuale di autorizzazione” del 2000 un elenco di prestazioni eseguibili in regime ambulatoriale e, inoltre, prevede i requisiti minimi per gli studi medici, odontoiatrici e di altre professioni sanitarie e socio-sanitarie.

**D.G.R. 31/07/2001, n. 1889 – ME/SAN:** *“L.R. n. 20/2000 art. 15 – determinazione dei requisiti richiesti per l'accreditamento e la classificazione delle strutture sanitarie e socio-sanitarie.”*

L'Allegato sub A riguarda il “Sistema e requisiti per l'accreditamento delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private della regione Marche.”

## Normativa tariffaria

**D.G.R. 27-03-1995, n. 908:**

La delibera prevede un abbattimento indifferenziato del 20% delle tariffe ministeriali di cui al DM del 1994.

**D.G.R. 25-01-1999, n. 125:** *“Determinazione delle tariffe”.*

La delibera introduce un sistema di remunerazione delle prestazioni in base alla tipologia delle stesse. Vengono identificate tre classi di prestazioni:

1. Classe 1: DRG ritenuti complessi ed erogati quasi esclusivamente da centri specialistici a valenza regionale (tariffa di cui al DM 178/97);
2. Classe 2: DRG non compresi nelle altre classi (tariffa di cui al DM 178/97, abbattuta del 16%);
3. Classe 3: DRG a bassa specificità, comprendenti diagnosi disomogenee e poco definite (tariffa di cui al DM 178/97, abbattuta del 20%).

La delibera prevede, inoltre, dei meccanismi di incentivazione delle prestazioni in day surgery.

### **D.G.R. 23-12-2002, n. 2265**

Il provvedimento integra una precedente delibera di giunta regionale n. 1621 del 2002 e revisiona sensibilmente il sistema tariffario, prevedendo una differenziazione delle tariffe non solo in base alla tipologia di prestazione erogata ma, anche, in base alle diverse caratteristiche dei produttori.

Le strutture sono distinte in due classi:

1. Classe A: Aziende Ospedaliere, INRCA di Ancona, Ospedali di rete (19 stabilimenti)
2. Classe B: Case di cura private, INRCA di Ferma e Poli ospedalieri (33 stabilimenti)

Le tariffe sono comprensive:

- di tutti gli oneri sostenuti dall'Azienda di dimissione per il trattamento del caso, salvo specifiche indicazioni di provvedimenti regionali;
- degli oneri sostenuti a carico del SSN per le prestazioni ambulatoriali strettamente connesse al ricovero, erogate precedentemente e successivamente al ricovero stesso;
- i costi dei trasporti per il trasferimento di un paziente ricoverato da una struttura ospedaliera ad un'altra sono a carico dell'azienda inviante.

Non comprendono, invece, l'onere dei trasporti erogati in regime di emergenza ed urgenza, secondo quanto previsto dalla Legge 36/98, né l'onere dei trasporti programmati da e per l'ospedale, che sono a carico dell'azienda di residenza, né l'onere del trasporto in eliambulanza che viene finanziato forfetariamente e direttamente dalla Regione all'AO Umberto I – Torrette.

La delibera introduce nuovi DRG: il DRG 493, colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare, con complicazioni (cc), e il DRG 494, colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune, senza cc, il cui valore dei ricoveri ordinari e dei ricoveri di 1 giorno è pari ai valori dei corrispondenti DRG 197 e 198.

Le tariffe si applicano ai ricoveri che risultano appropriati in caso di eventuali controlli e nei limiti del piano che verrà determinato con successivo atto. Viene riconosciuta una tariffa aggiuntiva per le attività che prevedono l'impianto di protesi.

## **Normativa DRG chirurgici**

### **D.G.R. 16-07-2002, n. 1323**

La delibera individua i valori soglia per i 43 DRG ricompresi nell'allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001.

La Regione, con tale delibera, è impegnata in una serie di azioni, ed in particolare:

- adottare tutti gli adempimenti necessari per intensificare i processi di cambiamento organizzativo;
- implementare un sistema di monitoraggio della appropriatezza, efficacia e costo delle prestazioni;
- sviluppare un sistema di informazione diretto agli amministratori, agli operatori e agli utenti allo scopo di garantire l'uniformità delle prestazioni e le migliori opportunità e condizioni di accesso sull'intero territorio regionale.

La delibera specifica che la tariffa a carico degli utenti, per tutte le prestazioni escluse dai LEA, erogate nelle strutture pubbliche, sia determinata dalle rispettive aziende con riferimento ai costi effettivi sostenuti per l'erogazione delle singole prestazioni.

L'atto non specifica la metodologia utilizzata per la definizione dei "valori soglia" e la remunerazione per i "Ricoveri Inappropriati Extra-Soglia".