



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

OGGETTO: Legge nazionale 662/96, art.1 comma 34 e 34bis – Approvazione dei progetti della Regione Marche per il perseguimento degli Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2019, individuati nell'Accordo del 6 giugno 2019 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (Rep. Atti n. 91/CSR)

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio, riportato in calce alla presente deliberazione, predisposto dalla P.F. Territorio ed Integrazione ospedale territorio”, dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

VISTO il parere favorevole, di cui all'articolo 16 bis della legge regionale 15 ottobre 2001 n. 20, sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica, del Dirigente della Posizione di Funzione “Territorio ed Integrazione ospedale territorio” che attesta che dalla deliberazione non deriva, né può derivare, alcun impegno di spesa a carico della Regione;

VISTA la proposta del Direttore dell'Agenda Regionale Sanitaria;

VISTO l'articolo 28 dello Statuto della Regione Marche;

RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio, che vengono condivisi, di deliberare in merito

Con la votazione, resa in forma palese, riportata a pagina 1

DELIBERA

- di approvare i progetti regionali, per il perseguimento degli Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2019, dettagliati nell'Allegato A, parte integrante della presente deliberazione, di cui alle Linee progettuali individuate nell'Accordo del 6 giugno 2019 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (Rep. Atti n. 91/CSR);
- di stabilire che l'Allegato A costituisce direttiva vincolante per gli Enti del SSR.

II SEGRETARIO della GIUNTA

Deborah Giraldi

II PRESIDENTE della GIUNTA

Luca Cerisciole



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Normativa di riferimento

- **Intesa** ai sensi dell'art. 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003 n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016 (**Rep. Atti 82/CSR del 10 luglio 2014**);
- **DGR n. 540 del 15/7/2015** “Interventi regionali di attuazione del Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018”;
- **DGR n. 470 del 16/4/2018** “Definizione degli obiettivi sanitari degli Enti del SSR per l'anno 2018”;
- **DGR n. 471 del 16/4/2018** “D.Lgs. 171/2016 e s.m.i. Artt. 2, 6, 9 - Procedura di valutazione dei risultati dei Direttori Generali dell'ASUR, dell'A.O.U. Ospedali Riuniti di Ancona, dell'A.O. Ospedali Riuniti Marche Nord di Pesaro, dell'INRCA e del Direttore del DIRMT rispetto agli obiettivi di budget annuali assegnati dalla Giunta regionale - Approvazione criteri anno 2018”;
- **Intesa** ai sensi dell'articolo 1, comma 34 bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, sulla proposta del Ministero della Salute di deliberazione CIPE relativa alla ripartizione alle Regioni delle quote vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2018 (**Rep. Atti n. 149/CSR del 1 agosto 2018**);
- **Accordo**, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della Salute di linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2018 (**Rep. Atti n. 150/CSR del 1 agosto 2018**);
- **DGR n. 1615 del 27/11/2018** “Art. 51, comma 2, lett b) del D.Lgs. 118/2011 - Variazione compensativa tra le dotazioni delle missioni e dei programmi del Bilancio di previsione 2018-2020 riguardanti l'utilizzo di risorse comunitarie e vincolate all'attuazione della programmazione POR FESR 2014-2020 Variazione al Bilancio Finanziario Gestionale”;
- **DGR n. 1226 del 24/9/2018** “Legge nazionale 662/96, art. 1 comma 34 e 34 bis - Approvazione dei progetti della Regione Marche per il perseguimento degli Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2018, individuati nell'Accordo del 1 agosto 2018 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (Rep. Atti n. 150/CSR)”;
- **DGR n. 1778 del 27/12/2018** “L.R. n. 13 del 20/06/2003 - Disposizioni agli Enti del SSR per la redazione del Bilancio Preventivo Economico 2018 e del Bilancio Pluriennale di Previsione 2018-2020 degli Enti del SSR / Modifica della DGR n. 1250/2017”;
- **DGR n. 1779 del 27/12/2018** “L.R. n. 13 del 20/06/2003 e ss.mm.ii. - Autorizzazione agli Enti del SSR ed al DIRMT alla gestione provvisoria dei rispettivi bilanci economici preventivi per l'anno 2019”;
- **DGR n. 1795 del 27/12/2018** “D.Lgs. 23 giugno 2011, n. 118 - art. 39 comma 10 - Approvazione del Bilancio finanziario gestionale del Bilancio 2019-2021 - ripartizione delle categorie e macroaggregati in capitoli”;
- **DGR n. 414 del 8/04/2019** “D.Lgs. 171/2016 e s.m.i. Artt. 2, 6, 9 - Procedura di valutazione dei risultati dei Direttori Generali dell'ASUR, dell'A.O.U. Ospedali Riuniti di Ancona, dell'A.O. Ospedali Riuniti Marche Nord di Pesaro, dell'INRCA e del Direttore del DIRMT rispetto agli obiettivi di budget annuali assegnati dalla Giunta regionale - Approvazione criteri anno 2019”;
- **DGR n. 415 del 8/04/2019** “Definizione degli obiettivi assegnati agli Enti del SSR per l'anno 2019”;
- **Intesa** ai sensi dell'articolo 1, comma 34 bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, sulla proposta del Ministero della Salute di deliberazione CIPE relativa alla ripartizione alle Regioni delle quote vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2019 (**Rep. Atti n. 89/CSR del 6 giugno 2019**);
- **Accordo**, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della Salute di linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2019 (**Rep. Atti n. 91/CSR del 6 giugno 2019**).

Motivazione ed esito

Con L. 662 del 23 dicembre 1996 sono stati individuati gli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale (art. 1, comma 34) e vincolate apposite risorse per la loro realizzazione (art. 1, comma 34 bis). Nella seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 giugno 2002, nell'ambito dell'approvazione del Piano Sanitario 2003-2005, in attuazione dell'articolo 1, comma 4 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i., si è ravvisata la necessità, sulla base delle modifiche del Titolo V della Costituzione, di dare attuazione agli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale con uno o più Accordi Stato-Regioni.

Il Piano sanitario Nazionale 2006-2008, approvato con DPR 7 aprile 2006, impegnò Stato e le Regioni ad individuare strategie condivise volte a superare le diseguaglianze in termini di risultati di salute, accessibilità e qualità dei servizi, al fine di garantire maggiore equità in ambito assistenziale.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

L'Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 (Patto per la salute 2014-2016), confermando la destinazione di 200 milioni di euro annui, oltre alle risorse individuate a valere sulla quota di finanziamento vincolato, per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale, ha stabilito che il 5 per mille della quota vincolata per il Piano Nazionale della Prevenzione venga destinato ad una linea progettuale per lo svolgimento di attività di supporto al Piano Nazionale della Prevenzione da parte dei network regionali dell'Osservatorio Nazionale Screening, *Evidence-based prevention* e Associazione Italiana Registro Tumori (AIRTUM). Con DGR 540/2015, la Regione ha recepito e dettagliato gli interventi per l'attuazione del Piano di Prevenzione per gli anni 2014-2018 e stabilito che *“la spesa derivante dalla attuazione della presente deliberazione per l'anno 2014 è ricompresa all'interno del budget assegnato dalla Regione Marche alle Aziende del SSR per tale anno e che, anche per gli anni successivi, tale spesa sarà garantita dai budget assegnati”*.

Nella seduta del 1 agosto 2018, su proposta del Ministero della Salute ed in attuazione dell'articolo 1, commi 34 e 34/bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662, è stato sancito l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano per l'individuazione delle linee progettuali finalizzate all'utilizzo da parte delle Regioni e Province autonome delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2018, individuati coerentemente con quanto stabilito nel PSN 2006-2008 ed in continuità con le linee progettuali già approvate per l'anno 2017. Nel suddetto Accordo viene inoltre ribadito che il Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF) provvede ad erogare, a titolo di acconto, il 70% dell'importo complessivo annuo spettante a ciascuna Regione, mentre l'erogazione del restante 30% è subordinata alla presentazione, con Delibera di Giunta regionale o atto equivalente, al Ministero della Salute, entro 60 giorni dalla stipula dell'Accordo, di specifici progetti nell'ambito degli indirizzi individuati in coerenza con l'Accordo stesso, unitamente ad una relazione illustrativa dei risultati raggiunti, per singolo progetto, nell'anno precedente e degli stati di avanzamento per i progetti pluriennali. La mancata presentazione ed approvazione dei progetti comporterà, per la Regione interessata, per l'anno di riferimento, la mancata erogazione della quota residua del 30% ed il recupero anche delle somme spettanti per l'anno successivo (il 70% già anticipato). Nella medesima seduta della Conferenza Stato-Regioni del 1 agosto 2018, sulla base della proposta del Ministero della Salute ed in attuazione dell'art.1 commi 34 e 34bis della legge 23 dicembre 1996 n.662, è stata sancita l'Intesa che ha individuato le risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale 2016 stabilendo per la Regione Marche un importo pari ad € 31.446.895,00.

Con DGR n. 1226/2018 sono stati approvati, ai sensi della L. 662/96, art. 1 comma 34 e 34bis, i progetti della Regione Marche per il perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2018, individuati nel suddetto Accordo del 1 agosto 2018, per un importo complessivo pari a € 31.446.895,00. Con Decreto n. 45/RAO del 26/11/2018, tale somma è stata accertata ed impegnata a favore degli Enti del SSR.

Con DGR n. 470/2018, la Regione ha attribuito gli obiettivi sanitari degli Enti del SSR per l'anno 2018 e con successiva DGR n. 471/2018 ha approvato i criteri, sempre per lo stesso anno, per la valutazione dei risultati conseguiti dai Direttori Generali dell'ASUR, dell'A.O.U. Ospedali Riuniti di Ancona, dell'A.O. Ospedali Riuniti Marche Nord, dell'INRCA e del Direttore del DIRMT, rispetto agli obiettivi di budget annuali assegnati dalla Giunta regionale. Al fine di garantire la piena attuazione degli obiettivi prioritari nazionali, è stata prevista, nelle succitate DGR, da parte dei Direttori Generali degli Enti del SSR, la rendicontazione dei risultati raggiunti per l'anno 2018.

La Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, nella seduta del 6 giugno 2019, ha sancito l'Intesa sulla proposta del Ministero della Salute di deliberazione del CIPE relativa all'assegnazione alle regioni delle quote vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2019 (Rep. Atti n. 89/CSR). La proposta di riparto prevede, per la Regione Marche, una quota complessiva pari a € 30.951.065,00 destinata alla realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, secondo le indicazioni approvate con l'Accordo Stato-Regioni del 6 giugno 2019 (Rep. Atti n. 91/CSR).

Il suddetto Accordo prevede che, per l'anno 2019, siano presentati un progetto per ogni linea progettuale con risorse vincolate (LP: Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano nazionale Prevenzione; LP: Costituzione ed implementazione della rete della terapia del dolore e sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica) e un progetto per ciascuna, o alcune di esse, delle linee progettuali non vincolate (LP: Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per i pazienti con multicronicità; LP: Promozione dell'equità in ambito sanitario; LP: La tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio); viene inoltre previsto che *“qualora si intenda presentare un progetto che prosegua quanto previsto nell'anno precedente, occorre che siano indicate le azioni e gli obiettivi specifici da conseguire nell'anno di riferimento”*. Il progetto Piano Nazionale della Prevenzione e



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

relativi Network dovrà essere corredato da un prospetto che evidenzi gli obiettivi qualitativi e quantitativi che si intendono conseguire, i tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili ed i costi connessi e gli indicatori di valutazione quali-quantitativa degli interventi proposti. I restanti progetti dovranno essere elaborati seguendo la scheda riportata nell'Allegato C al suddetto Accordo.

Il Ministero dell'Economia, a seguito della succitata Intesa, si impegna ad erogare, a titolo di acconto, il 70% delle risorse complessive assegnate; le Regioni sono altresì tenute a presentare, entro 60 giorni dalla stipula dell'Accordo, specifici progetti per la realizzazione di alcune o tutte le linee progettuali secondo le modalità individuate nell'Accordo stesso, oltre ad una "relazione illustrativa dei risultati raggiunti da ogni progetto presentato nell'anno precedente".

L'erogazione del restante 30% è subordinata "all'approvazione dei progetti da parte della Conferenza Stato-Regioni, su proposta del Ministero della Salute, previa valutazione favorevole del Comitato permanente per la verifica dei Livelli essenziali di Assistenza di cui all'art. 9 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005".

La mancata presentazione ed approvazione dei progetti, per mancato rispetto dei termini previsti o per carenza di uno o più elementi essenziali indicati nell'Accordo, comporterà, per la Regione interessata, nell'anno di riferimento, la mancata erogazione della quota residua del 30% ed il recupero, anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti nell'anno successivo, dell'anticipazione del 70% già erogata.

Con DGR 1795/2018, la Regione ha previsto, per l'anno 2019, lo stanziamento per la realizzazione degli obiettivi prioritari nazionali. Con Intesa del 6 giugno 2019 (Rep. atti n. 89/CSR), relativa alla proposta di deliberazione CIPE, il Ministero della Salute ha assegnato, alle Regioni e Province Autonome, le quote vincolate agli obiettivi di Piano Sanitario 2019; alla Regione Marche è stata assegnata una quota pari ad € 30.951.065,00.

A seguito della presentazione, entro i 60 giorni dall'approvazione del succitato Accordo, dei progetti della Regione Marche, descritti nell'Allegato alla presente deliberazione, verrà erogato il 70% delle risorse assegnate. Al fine di procedere successivamente all'assegnazione e impegno delle risorse necessarie a favore degli Enti del SSR per la realizzazione degli obiettivi prioritari 2019, con DGR n. 889/2019, sono state apportate le necessarie variazioni in termini di competenza e di cassa al Bilancio Finanziario gestionale 2019-2021, di cui alla DGR 1795/2018, in coerenza con quanto previsto dal livello nazionale.

La Regione, nel declinare i progetti per l'anno 2019, riportati nell'Allegato A (parte I) alla presente deliberazione, riconosce, tra alcune linee di intervento, attività assistenziali già erogate sul proprio territorio regionale, in continuità con gli anni precedenti, come previsto dal succitato Accordo.

Infine, nell'Allegato A (parte II) alla presente deliberazione, che approva i progetti per l'anno 2019, viene inoltre riportata la relazione inerente i risultati dei progetti presentati nell'anno precedente, sulla base delle note inviate dagli Enti del SSR (Det. n. 311 ASUR del 13/6/19, nota prot. n. 30540 del 30/4/2019 dell'AOU "Riuniti" Ancona, nota prot. n. 4489 del 2/5/2019 dell'INRCA e nota prot. n. 4506 del 02/5/2019 dell'AO "Marche Nord").

Per tutto quanto precede si propone alla Giunta l'adozione della presente deliberazione.

Il sottoscritto, in relazione al presente provvedimento, dichiara, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del DPR 62/2013 e della DGR 64/2014.

Il Responsabile di Procedimento.

Giuseppina Benedetto



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

PARERE DEL DIRIGENTE P.F. TERRITORIO ED INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO

Il sottoscritto, considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica della presente deliberazione e attesta inoltre che dalla presente deliberazione non deriva né può derivare alcun impegno di spesa a carico della Regione. Dichiaro inoltre, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000, che in relazione al presente provvedimento, non si trova in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6bis della legge 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del D.P.R. 62/2013 e della DGR 64/2014.

Il Dirigente
Claudio Martini

PROPOSTA DEL DIRETTORE DELL'AGENZIA REGIONALE SANITARIA

Il sottoscritto propone alla Giunta Regionale l'adozione della presente deliberazione, in relazione alla quale dichiara, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della legge 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del D.P.R. 62/2013 e della DGR 64/2014

Il Direttore
Rodolfo Pasquini

La presente deliberazione si compone di n° 34 pagine, di cui n° 28 pagine dell'allegato che costituisce parte integrante e sostanziale della stessa.

Il Segretario della Giunta
D. Borani / Giraldi



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Allegato A

Premessa

L'Accordo tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano del 6 giugno 2019 ha definito gli obiettivi di carattere prioritario per l'anno 2019 e, al punto 4, esplicita che le Regioni "sono tenute a presentare specifici progetti per la realizzazione di alcune o tutte le linee progettuali individuate" e in particolare "presentare un progetto per ciascuna linea progettuale che prevede risorse vincolate... e un progetto per ciascuna delle linee progettuali non vincolate o per alcune di esse che la Regione intende sviluppare".

Nella Parte I, sono declinate le linee progettuali pluriennali per l'utilizzo delle risorse per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2019, come riportato nella tabella di seguito:

<i>Sintesi progetti: Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale anno 2018</i>		Totale
Progetti regionali vincolati		
L.P.	COSTITUZIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE IN AREA PEDIATRICA	€ 2.844.988,00
L.P.	PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE	€ 6.827.970,00*
Progetti regionali non vincolati		
L.P.	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO CONDIVISO E PERSONALIZZATO PER PAZIENTI CON MULTICRONICITA'	€ 20.938.577,00
L.P.	PROMOZIONE DELL'EQUITA' IN AMBITO SANITARIO	€ 222.132,00
L.P.	LA TECNOLOGIA SANITARIA INNOVATIVA COME STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO	€ 117.398,00
Totale risorse		€ 30.951.065,00

- Di cui il 5% pari ad euro 34.140,00 per i progetti di supporto al PNP network

Ai sensi dell'Art. 5 del citato Accordo, ogni progetto è corredato da un prospetto che evidenzia:

- gli obiettivi qualitativi e quantitativi che si intendono conseguire;
- i tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili e i costi connessi;
- gli indicatori di valutazione quali-quantitativa degli interventi proposti.

La Regione, nella scelta dei progetti, ha dato priorità alle linee progettuali in continuità con quelle dell'anno precedente, implementando percorsi assistenziali già attivi sul territorio regionale.

Nella Parte II, ai sensi dell'art. 7 del citato Accordo, viene presentata la relazione illustrativa dei risultati raggiunti per ogni linea progettuale presentata nell'anno 2018 (DGR n. 1226/2018).



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Parte I

Progetti vincolati

I	LINEA PROGETTUALE	COSTITUZIONE ED IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE PALLATIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE IN AREA PEDIATRICA
	TITOLO DEL PROGETTO	COSTITUZIONE ED IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE PALLATIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE IN AREA PEDIATRICA
	AREA DI INTERVENTO	COSTITUZIONE ED IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE PALLATIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE IN AREA PEDIATRICA

2	REGIONE RESPONSABILE DEL PROGETTO		
		Cognome e nome responsabile	Claudio Martini
		Ruolo e qualifica	Dirigente PF Territorio e Integrazione Ospedale Territorio
		Recapiti telefonici	071/8064567
		e-mail	claudio.martini@regione.marche.it

3	RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO MODALITA' DI REPERIMENTO RISORSE		
	Finanziamento	Riferimento (delibera, atto etc)	Importo
	Risorse vincolate degli obiettivi del PSN	Accordo Conferenza Stato Regioni n. 91/del 6/6/2019	2.844.988,00
	Eventuali risorse regionali	-	-

4	ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	Tipologia di costi	Importo in euro	note
	Costi per la formazione	5%	



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

	Costi personale	40%	
	Costi beni e servizi	55%	

5	RISORSE NECESSARIE OPER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	RISORSE NECESSARIE	N. RISORSE	NOTE
	Disponibili	Personale dipendente	-
	Da acquisire	Beni sanitari e non sanitari, prestazioni e servizi, manutenzioni e riparazioni, ammortamenti	

6	ANALISI DEL CONTESTO SCENARIO DI RIFERIMENTO	<p>La Regione Marche da molti anni ha intrapreso azioni mirate allo sviluppo della presa in carico di pazienti con necessità di cure palliative, in linea con la normativa vigente (Legge 38/2010, Accordo Stato-Regioni n. 239/CSR del 16/12/2010, Intesa Stato-Regioni n. 151/CSR del 25/7/2012, Accordo Stato-Regioni n. 87/CSR del 10/7/2014, DM 70/15, DPCM 12/1/17).</p> <p>In continuità con le attività svolte negli anni precedenti, il progetto si pone l'obiettivo di implementare la rete di terapia del dolore e palliativa, finalizzata al miglioramento della qualità di vita dei malati, non solo oncologici, adulti e pediatrici, che necessitano di assistenza e cure per il controllo dei sintomi fisici e psico-emozionali, per i quali non sono identificabili trattamenti efficaci per la guarigione. A fronte della Legge 38/2010, la Regione ha infatti provveduto all'istituzione delle reti regionali per la terapia del dolore e per le cure palliative (pediatriche e dell'adulto) predisponendo uno specifico modello organizzativo della rete, con identificazione di centri Hub e Spoke.</p> <p>E' stato dato, inoltre, l'avvio alle procedure per la raccolta dati, coerentemente con quanto dettato dal livello ministeriale, relativamente all'assistenza negli <i>Hospice</i>, mediante un sistema informatizzato "ad hoc" che raccoglie dati anche riguardo alle attività svolte nel <i>setting</i> domiciliare.</p> <p>Inoltre, al fine di garantire un buon livello di qualità di vita nella fase terminale, garantendo una risposta adeguata nella gestione del paziente nei <i>setting</i> assistenziali più appropriati per la sua condizione, la Regione Marche con DGR 1622/18 e con decreto 128 del 29 aprile 2019 ha dato avvio all'implementazione di nuovi posti letto di Hospice raggiungendo la quota complessiva di posti letto di Hospice pari a 77, quasi in linea con lo standard di 79 posti letto previsto per la Regione Marche.</p>
---	--	--



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista 01.01.2019	Data termine prevista 31.12.2019	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo 12 MESI
---	---------------------------------	--	---	--

8	OBIETTIVO GENERALE	<p>Il Gruppo di Coordinamento Regionale della Rete di Cure palliative ed il Gruppo di Coordinamento regionale della Rete di Terapia del dolore, in linea con la Legge 38/2010 ed i successivi documenti applicativi nazionali, ha messo in atto specifiche azioni orientate ad incrementare il livello di implementazione del modello organizzativo a rete di cure palliative.</p> <p>Si è quindi costituita una rete regionale che si compone di una aggregazione funzionale integrata per l'erogazione, in diversi setting assistenziali (<i>Hospice</i>, ospedaliero, residenziale e domiciliare), di livelli differenziati di presa in carico che sono appropriati a rispondere ai bisogni sanitari delle persone affette da malattie ad esito infausto in fase avanzata.</p> <p>Tale modello organizzativo è stato istituzionalizzato a livello regionale mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • DGR n. 846/2014 per quanto riguarda le cure palliative dell'adulto, • DGR n. 1285/2014, relativamente alla rete pediatrica di cure palliative e terapia del dolore; • DGR 325/2015, per ciò che attiene la Rete regionale della terapia del dolore. <p>I nodi locali della rete Cure Palliative, coordinati dall'Unità Cure Palliative – <i>Hospice</i> (UCPH), sono aggregazioni funzionali integrate in ambiti territoriali definiti (Aree Vaste) deputate all'erogazione di cure palliative in ospedale, in <i>Hospice</i>, in altre strutture residenziali (RSA) e a domicilio, considerato come il <i>setting</i> più appropriato delle fasi di fine vita. Nell'UCPH sono presenti figure professionali dedicate, con specifiche competenze ed esperienza, ai sensi dell'art 5, comma 2, L. 38/2010. Le funzioni di coordinamento sono quelle previste nell'Accordo Stato Regioni del 16/12/2000. Il modello di rete, in fase avanzata di completa implementazione, stabilisce che l'UCPH si strutturi all'interno dell'<i>Hospice</i> e si integri con il personale infermieristico, al fine di garantire l'estensione dell'assistenza nel territorio in logica trans-murale. In coerenza con quanto previsto dalla normativa regionale, sono già stati specificatamente dedicati, in via sperimentale, posti letto all'assistenza palliativa nei pazienti pediatrici presso l'AOU "Ospedali Riuniti" di Ancona.</p> <p>Il modello regionale di rete (<i>Hub&Spoke</i>) è finalizzato, oltre che alla ottimizzazione delle risorse del SSR, ad offrire al malato, ed ai suoi familiari, un percorso di cure omogeneo sul territorio regionale ed anche a ridurre i tempi e gli sposta-</p>		
---	--------------------	---	--	--



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

		menti tra i vari <i>setting</i> di erogazione (ospedaliero, territoriale/residenziale, domiciliare), attraverso l'identificazione di specifici percorsi per ogni fase della presa in carico. La continuità assistenziale viene garantita mediante la stesura di un piano assistenziale individuale (PAI) da parte dell'Unità Valutativa Integrata (UVI). Nel progetto attuativo della rete cure palliative e terapia del dolore sono considerate strategiche le attività formative per i professionisti del settore.
9	OBIETTIVI SPECIFICI	<ul style="list-style-type: none"> • Ottimizzare il sistema di cure palliative mediante percorsi diagnostico-terapeutici-riabilitativi e di supporto integrati, anche in raccordo con le associazioni di volontariato radicate nel territorio regionale, in coerenza con quanto previsto dagli atti regionali. • Implementare l'attuale sistema di offerta per le cure palliative in tutti i <i>setting</i> di cura (Hospice, ospedale, territorio, domicilio) in coerenza con la riorganizzazione in rete dell'offerta assistenziale regionale complessiva. • Integrare la rete per le cure palliative con la rete della terapia del dolore. • Predisporre programmi formativi "ad hoc". • Implementare il flusso SIAD che include una sezione dedicata alle cure palliative
10	RISULTATI ATTESI	
	A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto	<ul style="list-style-type: none"> • N. corsi di formazione per il personale sanitario • N. pazienti adulti assistiti in carico alla rete della terapia del dolore in tutti i <i>setting</i> di cura • N. di pazienti pediatriche assistiti in carico alla rete della terapia del dolore in tutti i <i>setting</i> di cura
	A lungo periodo a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	Consolidamento della rete delle cure palliative pediatriche
11	PUNTI DI FORZA	
	Indicare i punti di forza	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione
	Coinvolgimento dell'intero sistema sanitario regionale ospedaliero-residenziale-domiciliare nell'assistenza al paziente pediatrico con bisogno di cure palliative	Formazione Consolidamento della rete delle cure palliative
12	PUNTI DI DEBOLEZZA	
	Indicare i punti di debolezza	Indicare le strategie/azioni per la riduzione
	Carenza di strutture residenziali dedicate al paziente pediatrico	Incrementare strutture residenziali dedicate al paziente pediatrico

97



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

DIAGRAMMA DI GANT												
Descrizione delle azioni relative ad ogni fase	mesi											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Implementazione dei corsi di formazione per il personale sanitario	x	x	x									
Coinvolgimento dei MMG				x	x	x						
Incremento dei pazienti adulti assistiti in carico alla rete della terapia del dolore in tutti i <i>setting</i> di cura							x	x	x			
Incremento di pazienti pediatriche assistite in carico alla rete della terapia del dolore in tutti i <i>setting</i> di cura										x	x	x

13	DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO		
Fase	azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
Formazione degli operatori	Almeno N 1 evento formativo/anno	Diffondere agli operatori l'idea di ottimizzare il sistema di cure palliative mediante percorsi diagnostico-terapeutici-riabilitativi e di supporto integrati, anche in raccordo con le associazioni di volontariato radicate nel territorio regionale, in coerenza con quanto previsto dagli atti regionali.	Numero eventi formativi effettuati sull'argomento
Implementare il sistema di offerta per le cure palliative in tutti i <i>setting</i> di cura (<i>Hospice</i> , ospedale, territorio, domicilio)	Potenziamento offerta posti letto per cure palliative	Favorire la diffusione della rete regionale che si compone di una aggregazione funzionale integrata per l'erogazione, in diversi <i>setting</i> assistenziali (<i>Hospice</i> , ospedaliero, residenziale e domiciliare), di livelli differenziati di presa in carico che sono appropriati a rispondere ai bisogni sanitari delle persone affette da malattie ad esito infausto in fase avanzata.	Incremento numero posti letto di cure palliative

14	TRASFERIBILITA'	
Indicare a quale altra realtà il progetto o parte di esso può essere trasferito	Progetto o parte del progetto che può essere trasferita	
Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere, IRCCS, ed altri enti pubblici e privati	
	Il progetto, con opportune contestualizzazioni, può essere trasferito in ognuna delle istituzioni indicate.	



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Linea Progettuale	PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE
Durata del progetto	Pluriennale -12 mesi
Referente	Agenzia Regionale Sanitaria
Costo complessivo del progetto	€ 6.827.970.00* <i>*di cui il 5 per mille per i progetti di supporto al PNP network pari a €34140</i>
CONTESTO	<p>Il Piano Nazionale della Prevenzione - PNP (Intesa n. 156/CSR del 13.11.2014) è stato approvato con DGR 540 del 15.7.15 e modificato con DGR 202 del 18.3.2016, secondo le indicazioni ministeriali. Con la DGR 887/2018 è stata approvata la rimodulazione 2018 e la pianificazione 2019 a seguito dell'Atto d'Intesa n. 247 del 21.12.2017, che ha esteso al 31 dicembre 2019 la validità del Piano Nazionale della Prevenzione. Negli atti normativi sono specificati i diversi Programmi con le relative Linee progettuali, organizzate al fine di concorrere al raggiungimento degli obiettivi centrali e degli obiettivi specifici regionali che da essi discendono.</p> <p>Nella DGR 887/2018, come previsto dalle intese nazionali, sono pianificate le attività relative al 2019, con indicazione degli obiettivi da raggiungere per l'anno 2019.</p>
DESCRIZIONE	<p>Per realizzare le azioni previste nel PRP, sono stati attivati gruppi di lavoro per l'implementazione degli specifici programmi e/o linee di intervento e approvati Protocolli d'Intesa nell'ambito dei programmi di promozione della salute.</p> <p>La Linea progettuale intende supportare i programmi per i quali necessita una formazione mirata rivolta agli Operatori, per sviluppare competenze specifiche.</p> <p>In particolare, vengono supportate:</p> <ol style="list-style-type: none"> Tutte le Linee di intervento dei Programmi 1-2-3-4 (Area Promozione della Salute); Linea 1.1: Allattamento al seno: una scelta di salute per la vita; Linea 7.1: la Rete Ambiente e Salute Linea 8.2: Miglioramento della qualità del sistema vaccinale nelle Marche. <p>Descrizione degli interventi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Realizzazione del Corso "Verso la Rete regionale della Promozione della salute: connettere i Servizi e migliorare la qualità degli interventi" (30 partecipanti: personale dei Dipartimenti di Prevenzione, dei SERT e dei Servizi che a vario titolo si occupano di Promozione della salute nelle 5 Aree Vaste ASUR Realizzazione del Corso per il personale dipendente del SSR (Formazione dei Formatori regionali sull'Allattamento al Seno) secondo il modello OMS/UNICEF; Realizzazione del corso "Salute e Ambiente: un nuovo approccio di valutazione integrata" (progetto formativo iniziato nel 2018, che prevede la seconda fase); Realizzazione convegno regionale e gruppi di miglioramento su "La nuova Guida all'effettuazione delle vaccinazioni nelle Marche: un'opportunità per il rafforzamento dei Servizi vaccinali".
OBIETTIVI	<ol style="list-style-type: none"> Sviluppare le competenze di pianificazione e di integrazione tra i servizi, accrescere le competenze per migliorare la qualità degli interventi negli Operatori che si occupano di Promozione della Salute. Migliorare la pianificazione territoriale delle Linee progettuali di Promozione della Salute tramite lo strumento del Piano Integrato Locale. Realizzazione di attività formativa specifica secondo lo standard OMS/UNICEF (80 ore). Consolidare la Rete Ambiente e Salute con un adeguato percorso formativo e sostenendo le sinergie tra i diversi Enti interessati al fine utilizzare strumenti condivisi per la valutazione preventiva degli impatti sulla salute. Migliorare la qualità e l'appropriatezza dei servizi vaccinali e delle vaccinazioni attraverso la comunicazione/diffusione del documento "Guida alla effettuazione delle vaccinazioni nelle Marche".
TEMPI DI ATTUAZIONE E COSTI	<p>Tutti i progetti formativi sono previsti entro l'anno 2019.</p> <p>Costi previsti:</p> <ol style="list-style-type: none"> 28.000 euro 40.000 euro 8.000 euro 5.000 euro
	<ul style="list-style-type: none"> - Realizzazione di eventi formativi; - Realizzazione dei Piani Integrati Locali (Promozione della Salute);



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

6	ANALISI DEL CONTESTO SCENARIO DI RIFERIMENTO	<p>A fronte del graduale invecchiamento della popolazione e dell'incremento non solo delle patologie croniche ma in generale della multicronicità, così come documentato dai dati ISTAT del 2018, si rende necessaria un'azione di coinvolgimento delle singole componenti del "macrosistema salute" a partire dal paziente cronico, dai servizi, dagli attori sociali ed istituzionali inseriti nella gestione della salute del singolo individuo e comunità, in linea con quanto previsto anche dall'Accordo Stato Regioni del 15 settembre 2016.</p> <p>In tale contesto, diventa necessario sviluppare nuove modalità organizzative, finalizzate a soddisfare le richieste assistenziali emergenti, che prevedano percorsi di integrazione multi-professionali e multi-specialistici al fine di favorire l'efficienza e l'accessibilità delle cure come anche indicato nel Quaderno del Ministero della Salute 2013 "Criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell'assistenza al paziente complesso".</p> <p>Dovrà quindi essere favorito un approccio che aumenti l'efficienza e l'accessibilità delle cure utilizzando un'assistenza multidisciplinare attraverso la pianificazione di piani di assistenza individualizzati in linea con linee guida basate sull'evidenza scientifica delle singole patologie croniche. Le sfide determinate dalla costante crescita delle patologie croniche sono principalmente rappresentate dalla necessità di garantire la continuità assistenziale per periodi di lunga durata e garantire nel contempo una forte integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali.</p> <p>Con l'organizzazione di specifici Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA) nell'ambito delle reti cliniche è possibile, infatti, "governare" la rete di professionisti e servizi, mediante la definizione di procedure appropriate per ogni fase della malattia ("Patto di Cura"). Inoltre, le strategie indicate dal PNC, per la gestione delle patologie croniche, focalizzandosi sull'erogazione di prestazioni appropriate e sulla predisposizione di PDTA multidisciplinari, rendono più accessibili i servizi al cittadino, agendo anche sulla famiglia e sul contesto sociale (<i>empowerment</i> del cittadino). Inoltre, poiché la diffusione delle patologie croniche genera fragilità nella popolazione anziana, con conseguente riduzione della qualità di vita ed aumento del ricorso ad indagini diagnostiche, visite mediche e politerapie, i sistemi sanitari devono essere impegnati a rivedere l'organizzazione dell'assistenza territoriale ed a ridefinire il ruolo dei Medici di assistenza primaria.</p> <p>La Regione Marche, negli ultimi anni, ha intrapreso un percorso di riorganizzazione delle attività assistenziali connesse con l'assistenza primaria, passato attraverso la riconversione dei piccoli presidi ospedalieri in Ospedali di Comunità e la condivisione di percorsi diagnostico terapeutici condivisi e personalizzati che riportano il paziente al centro del processo di cura.</p> <p>La Regione Marche, ha provveduto ad ampliare l'offerta assistenziale per la soddisfazione dei bisogni del cittadino, attivando posti letto di Cure Intermedie, all'interno degli Ospedali di Comunità, per i pazienti a bassa intensità assistenziale e per brevi periodi, e potenziando tali strutture territoriali per la erogazione, in modalità condivisa e multi-professionale, di prestazioni ambulatoriali multi-specialistiche (medicina generale, assistenza infermieristica, specialistica, etc.) che possano rappresentare una risposta coordinata ed efficace alle richieste dei pazienti con multicronicità, anche al fine di ridurre il ricorso a esami diagnostici inappropriati e/o non pianificati. L'attivazione e l'implementazione degli Ospedali di Comunità rappresenta l'elemento strategico per la creazione di un <i>setting</i> multi-professionale nel quale condividere percorsi flessibili e personalizzati di presa in carico dei pazienti, grazie alla integrazione organizzativa con i medici dell'assistenza primaria e alla messa a disposizione di strumenti di telemedicina che consentono di gestire i processi di cura e interfacciarsi con strumenti elettronici di raccolta della storia medica del paziente (fascicolo sanitario elettronico). L'Ospedale di Comunità rappresenta pertanto il nodo della rete territoriale ed un modello erogativo, condiviso ed appropriato, di massima implementazione delle forme associative della Medicina Generale (Medici di medicina generale, Medici della Continuità dell'assistenza e Medici in Formazione) e della Pediatria di Libera Scelta, in integrazione con la Specialistica Ambulatoriale (convenzionata e dipendente), il sistema della domiciliarità (Assistenza Domiciliare Integrata) e la residenzialità.</p> <p>Il modello di integrazione multiprofessionale proposto ha la finalità di favorire una visione globale del paziente che faciliti la pianificazione delle attività di presa in carico attraverso</p>
---	--	--



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

la costruzione di un Piano Assistenziale Individuale (PAI). Il coinvolgimento diretto dei MMG, all'interno degli ospedali di Comunità, ha il significato strategico di attivare i nodi sensibili della rete assistenziale, anche attraverso l'impiego di strumenti condivisi di identificazione e valutazione dei pazienti con bisogni sanitari multipli e/o complessi.

Nel 2018 sono state sviluppate le attività per la garanzia della continuità ospedale territorio implementando, in particolare, atti volti a favorire le dimissioni protette potenziando le sinergie con i servizi territoriali e residenziali ma anche completando l'attivazione di posti letto di cure intermedie su tutto il territorio regionale.

Si è altresì costituito un tavolo regionale finalizzato a definire le Linee di indirizzo regionali sulle dimissioni protette per omogenizzare e standardizzare le procedure attualmente operative sul territorio e un tavolo per la revisione dei criteri per la Nutrizione a domicilio.

Per il raggiungimento degli obiettivi prefissati, ci si avvarrà dell'implementazione dell'utilizzo dei moduli specifici presenti sul SIRTE (sistema informativo della rete del territorio), che costituisce parte fondamentale del Fascicolo Sanitario Elettronico.

Sono stati, inoltre, costituiti due gruppi di lavoro regionali finalizzati all'elaborazione di PDTA in tema di BPCO e Malattia di Parkinson che consentirà la standardizzazione delle cure già in essere presso il territorio regionale.

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
		01/01/2019	31/12/2019	12 mesi

8	OBIETTIVO GENERALE	<p>PDTA su BPCO</p> <p>Per la gestione territoriale del paziente con BPCO la realizzazione di un PDTA ha l'obiettivo di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • adottare interventi finalizzati alla diagnosi precoce del paziente a rischio di BPCO; • formulare ed effettuare interventi di educazione del paziente per migliorare la consapevolezza della patologia (empowerment del paziente) al fine di ridurre i comportamenti a rischio ed aumentare l'aderenza alla terapia; • favorire il trattamento del paziente affetto da BPCO. in modo conforme allo stadio di gravità; • utilizzare in modo razionale i farmaci nella fase cronica e nelle riacutizzazioni; • ridurre il numero e la gravità delle riacutizzazioni; • creare un'adeguata assistenza sanitaria e socio-sanitaria che tenga conto delle comorbidità, della cronicità ad alta complessità, della non autosufficienza e delle condizioni di fragilità e/o disagio o esclusione sociale. <p>L'obiettivo del PDTA è quello di definire ruoli, competenze, attività e risultati attesi di tutti gli attori coinvolti e permettere il realizzarsi di una continuità assistenziale stabilendo un'adeguata integrazione tra i livelli differenti (ospedale-territorio). Poiché la maggior parte dei soggetti affetti da BPCO è assistita nel setting delle cure primarie a livello territoriale il ruolo del MMG risulta di fondamentale importanza per individuare precocemente i pazienti con maggiori probabilità di sviluppare BPCO. In base alla presenza di comportamenti e/o fattori di rischio (abitudine tabagica, presenza di sintomi quali tosse con o senza espettorato e dispnea), età >40 anni, fattori di rischio ambientali) il MMG invierà allo specialista pneumologo con indicazione all'effettuazione di una spirometria. A seguito della visita pneumologica e delle indagini strumentali necessarie, verrà impostato il follow-up del paziente. Fondamentale nella valutazione della prognosi risulta la valutazione della comorbidità a cui spesso si associa la BPCO.</p> <p>Il MMG risulta, nella varie fasi della malattia, il coordinatore-attivatore dei vari trattamenti che si possono rendere necessari (trattamenti di cui il soggetto ha bisogno a domicilio fra cui l'ossigenoterapia, l'attivazione delle cure palliative nella fase terminale).</p> <p>M. DI PARKINSON</p> <p>Per la gestione territoriale del paziente affetto da M. di Parkinson la realizzazione di un PDTA ha l'obiettivo di:</p>
---	--------------------	---



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

		<ul style="list-style-type: none"> • adottare interventi finalizzati alla diagnosi precoce del paziente affetto da Parkinson; • formulare ed effettuare interventi di educazione del paziente per migliorare la consapevolezza della patologia (empowerment del paziente) al fine di ridurre i comportamenti a rischio ed aumentare l'aderenza alla terapia; • favorire il trattamento del paziente affetto da Parkinson in modo conforme allo stadio di gravità; • promuovere appropriati processi terapeutici/ riabilitativi con particolare attenzione ai momenti di cambiamento sintomatologico e all'aggravamento delle disabilità; • creare un'adeguata assistenza sanitaria e socio-sanitaria che tenga conto delle comorbidità, della cronicità ad alta complessità, della non autosufficienza e delle condizioni di fragilità e/o disagio o esclusione sociale. <p>L'obiettivo del PDTA è quello di definire ruoli, competenze, attività e risultati attesi di tutti gli attori coinvolti e permettere il realizzarsi di una continuità assistenziale stabilendo un'adeguata integrazione tra i livelli differenti (ospedale-territorio), favorendo la domiciliarizzazione.</p> <p>A livello territoriale il ruolo del MMG è in fase iniziale andare a formulare un'ipotesi diagnostica basandosi sulle informazioni clinico/anamnestiche del paziente. In presenza di un paziente che manifesta segni e sintomi compatibili con la diagnosi di Malattia di Parkinson è opportuno che il MMG lo invii per l'appropriato inquadramento diagnostico allo specialista neurologo.</p> <p>Lo specialista neurologo sulla base della presenza/assenza dei sintomi cardine della malattia fonda il sospetto diagnostico di Malattia di Parkinson/Parkinsonismi.</p> <p>Terminata la fase diagnostica, viene quindi impostata la terapia personalizzata. È responsabilità dello specialista neurologo, inoltre, indicare la data del successivo follow-up, effettuato a distanza cadenzata, attraverso scale validate per la quantificazione dei sintomi parkinsoniani, al fine di valutare gli effetti della terapia sulla base di criteri oggettivi e condivisibili, con strumenti appropriati e confrontabili oggettivamente nel tempo.</p> <p>In tutte le fasi di malattia può essere importante la terapia riabilitativa. La riabilitazione fisica nel paziente parkinsoniano deve mirare alla prevenzione e correzione dei disturbi del cammino, dell'equilibrio e delle cadute.</p>				
9	OBIETTIVI SPECIFICI	<p>Implementazione di <i>setting</i> di ricovero che costituiscano un nodo sensibile della rete dei servizi, ove è possibile gestire percorsi diagnostico terapeutici integrati con la Medicina Generale (Ospedali di Comunità), individuando strumenti per la valutazione dei pazienti con multimorbilità e realizzazione di piani assistenziali personalizzati, basati su evidenze scientifiche.</p> <p>Miglioramento della presa in carico globale (ospedaliera, territoriale, domiciliare), della continuità assistenziale e dell'accessibilità dei pazienti affetti da patologie croniche e malattia rara (elaborazione e monitoraggio PDTA).</p> <p>Riduzione della ospedalizzazione del malato mediante miglioramento dell'appropriatezza del <i>setting</i> assistenziale e conseguente efficientamento del sistema delle cure.</p>				
10	RISULTATI ATTESI	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="183 1792 542 1892">A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto</td> <td data-bbox="542 1792 1492 1892">Adeguatezza all'aderenza del piano terapeutico dei pazienti con BPCO e Parkinson secondo il PDTA di riferimento Adeguatezza degli accertamenti diagnostici effettuati secondo il PDTA di riferimento</td> </tr> <tr> <td data-bbox="183 1892 542 1982">A lungo periodo a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto</td> <td data-bbox="542 1892 1492 1982">Creare un'adeguata assistenza sanitaria e socio-sanitaria ai soggetti fragili affetti da multicronicità Redazione di atto regionale sulle dimissioni protette</td> </tr> </table>	A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto	Adeguatezza all'aderenza del piano terapeutico dei pazienti con BPCO e Parkinson secondo il PDTA di riferimento Adeguatezza degli accertamenti diagnostici effettuati secondo il PDTA di riferimento	A lungo periodo a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	Creare un'adeguata assistenza sanitaria e socio-sanitaria ai soggetti fragili affetti da multicronicità Redazione di atto regionale sulle dimissioni protette
A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto	Adeguatezza all'aderenza del piano terapeutico dei pazienti con BPCO e Parkinson secondo il PDTA di riferimento Adeguatezza degli accertamenti diagnostici effettuati secondo il PDTA di riferimento					
A lungo periodo a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	Creare un'adeguata assistenza sanitaria e socio-sanitaria ai soggetti fragili affetti da multicronicità Redazione di atto regionale sulle dimissioni protette					
11	PUNTI DI FORZA	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="183 2060 598 2152">Indicare i punti di forza coinvolgimento di tutti gli attori compresi pazienti e caregiver</td> <td data-bbox="598 2060 1492 2152">Indicare le strategie/azioni per l'implementazione diffusione PDTA con aderenza a raccomandazioni-LLGG utilizzo del sistema informatico SIRTE per le dimissioni protette</td> </tr> </table>	Indicare i punti di forza coinvolgimento di tutti gli attori compresi pazienti e caregiver	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione diffusione PDTA con aderenza a raccomandazioni-LLGG utilizzo del sistema informatico SIRTE per le dimissioni protette		
Indicare i punti di forza coinvolgimento di tutti gli attori compresi pazienti e caregiver	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione diffusione PDTA con aderenza a raccomandazioni-LLGG utilizzo del sistema informatico SIRTE per le dimissioni protette					

9



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

12	PUNTI DI DEBOLEZZA	
	Indicare i punti di debolezza	Indicare le strategie/azioni per la riduzione
	Disomogenità organizzativa dei servizi territoriali	Favorire l'omogenità organizzativa dei servizi territoriali

DIAGRAMMA DI GANT		mesi											
Descrizione delle azioni relative ad ogni fase		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Costituzione gruppo di lavoro PDTA		x											
Selezione delle migliori evidenze scientifiche			x	x									
Descrizione del percorso con flow-chart o altre metodologie					x	x							
Identificazione indicatori di monitoraggio							x	x					
Delibera di giunta regionale									x				
Diffusione del PDTA agli enti										x			
Formazione degli operatori											x	x	
Implementazione-monitoraggio													x

13	DESCRIZIONE ANALITICA PROGETTO		Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
	Fase	azioni		
	PDTA Parkinson	Diffusione	<ul style="list-style-type: none"> Adottare interventi finalizzati alla diagnosi precoce. Formulare ed effettuare interventi di educazione del paziente per migliorare la consapevolezza della patologia (empowerment del paziente) al fine di ridurre i comportamenti a rischio ed aumentare l'aderenza alla terapia; favorire il trattamento del paziente affetto da Parkinson in modo conforme allo stadio di gravità. Promuovere appropriati processi terapeutici/ riabilitativi con particolare attenzione ai momenti di cambiamento sintomatologico e all'aggravamento delle disabilità. Creare un'adeguata assistenza sanitaria e socio-sanitaria che tenga conto delle comorbidità, della cronicità ad alta complessità, della non autosufficienza e delle condizioni di fragilità e/o disagio o esclusione sociale. 	<p>Visite neurologiche su residenti prevalenti per Parkinson di età 16+ (numero di visite neurologiche nell'anno tra i soggetti)/ residenti di età 16+ prevalenti per Parkinson al 1/1 dell'anno di riferimento</p> <p>Tasso di ospedalizzazione per polmonite negli assistiti con parkinson su 10000 assistiti con parkinson 65+. Ricoveri in reparti per acuti con diagnosi principale di polmonite esclusi i ricoveri ripetuti di uno stesso soggetto nei 28 giorni degli assistiti 65+ con parkinson/ Residenti nelle Marche 65+ con parkinson</p>

Y

7



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

PDTA BPCO	Diffusione	<ul style="list-style-type: none"> Adottare interventi finalizzati alla diagnosi precoce del paziente a rischio di BPCO; Formulare ed effettuare interventi di educazione del paziente per migliorare la consapevolezza della patologia (empowerment del paziente) al fine di ridurre i comportamenti a rischio ed aumentare l'aderenza alla terapia; Favorire il trattamento del paziente affetto da BPCO. in modo conforme allo stadio di gravità; Utilizzare in modo razionale i farmaci nella fase cronica e nelle riacutizzazioni; Ridurre il numero e la gravità delle riacutizzazioni; Creare un'adeguata assistenza sanitaria e socio-sanitaria che tenga conto delle comorbidità, della cronicità ad alta complessità, della non autosufficienza e delle condizioni di fragilità e/o disagio o esclusione sociale. 	<ul style="list-style-type: none"> Proporzione percentuale di pazienti con adeguata copertura con broncodilatatori a lunga durata d'azione (Numero di pazienti appartenenti alla coorte prevalente con disponibilità di broncodilatatori a lunga durata di azione nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice $\geq 75\%$) / (Numerosità della coorte prevalente) *100 Adeguatezza del numero di visite pneumologiche (Numero di pazienti ricoverati con BPCO con un tasso di visite pneumologiche nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice ≥ 1) / (Numerosità della coorte prevalente) *100
--------------	------------	---	---

14	<p>TRASFERIBILITA' Indicare a quale altra realtà il progetto o parte di esso può essere trasferito</p> <p>Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto</p> <p>Azienda Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere, IRCCS, ed altri enti pubblici e privati</p>	<p>Progetto o parte del progetto che può essere trasferita</p> <p>Il progetto, con opportune contestualizzazioni, può essere trasferito in ognuna delle istituzioni indicate</p>
----	---	--

1	LINEA PROGETTUALE	PROMOZIONE DELL'EQUITA' IN AMBITO SANITARIO
	TITOLO DEL PROGETTO	PROMOZIONE DELL'EQUITA' IN AMBITO SANITARIO
	AREA DI INTERVENTO	PROMOZIONE DELL'EQUITA' IN AMBITO SANITARIO

2	REGIONE RESPONSABILE DEL PROGETTO	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="592 1608 1018 1641">Cognome e nome responsabile</td> <td data-bbox="1018 1608 1498 1641">Claudio Martini</td> </tr> <tr> <td data-bbox="592 1641 1018 1697">Ruolo e qualifica</td> <td data-bbox="1018 1641 1498 1697">Dirigente PF Territorio e Integrazione Ospedale Territorio</td> </tr> <tr> <td data-bbox="592 1697 1018 1731">Recapiti telefonici</td> <td data-bbox="1018 1697 1498 1731">071/8064567</td> </tr> <tr> <td data-bbox="592 1731 1018 1762">e-mail</td> <td data-bbox="1018 1731 1498 1762">claudio.martini@regione.marche.it</td> </tr> </table>	Cognome e nome responsabile	Claudio Martini	Ruolo e qualifica	Dirigente PF Territorio e Integrazione Ospedale Territorio	Recapiti telefonici	071/8064567	e-mail	claudio.martini@regione.marche.it
Cognome e nome responsabile	Claudio Martini									
Ruolo e qualifica	Dirigente PF Territorio e Integrazione Ospedale Territorio									
Recapiti telefonici	071/8064567									
e-mail	claudio.martini@regione.marche.it									

3	<p>RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO MODALITA' DI REPERIMENTO RISORSE</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="199 1966 592 2000">Finanziamento</th> <th data-bbox="592 1966 1139 2000">Riferimento</th> <th data-bbox="1139 1966 1498 2000">Importo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="199 2022 592 2089">Risorse vincolate degli obiettivi del PSN</td> <td data-bbox="592 2022 1139 2089">Accordo Conferenza Stato Regioni n. 91/del 6/6/2019</td> <td data-bbox="1139 2022 1498 2089">222.132,00</td> </tr> <tr> <td data-bbox="199 2089 592 2130">Eventuali risorse regionali</td> <td data-bbox="592 2089 1139 2130">-</td> <td data-bbox="1139 2089 1498 2130">-</td> </tr> </tbody> </table>	Finanziamento	Riferimento	Importo	Risorse vincolate degli obiettivi del PSN	Accordo Conferenza Stato Regioni n. 91/del 6/6/2019	222.132,00	Eventuali risorse regionali	-	-	
Finanziamento	Riferimento	Importo									
Risorse vincolate degli obiettivi del PSN	Accordo Conferenza Stato Regioni n. 91/del 6/6/2019	222.132,00									
Eventuali risorse regionali	-	-									

97



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

4	ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	Tipologia di costi	Importo in euro	note
	Costi per la formazione	5%	
	Costi risorse umane	95%	

5	RISORSE NECESSARIE OPER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	RISORSE NECESSARIE	N. RISORSE	NOTE
	Disponibili	Personale dipendente	-
	Da acquisire	Servizi e beni	

6	ANALISI DEL CONTESTO SCENARIO DI RIFERIMENTO	<p>L'Organizzazione Mondiale della Sanità e l'ONU considerano la discriminazione in sanità come uno degli elementi che ostacolano il raggiungimento degli obiettivi di sviluppo sostenibile e dunque intendono impegnarsi per lavorare insieme e sostenere gli Stati membri nell'adozione di azioni multisettoriali coordinate ad eliminare la discriminazione in ambito sanitario.</p> <p>Vengono pertanto promosse azioni multisettoriali coordinate, finalizzate alla riduzione delle disuguaglianze in ambito sanitario ed a fornire un valore aggiunto in termini di incremento della qualità del processo assistenziale.</p> <p>Il coinvolgimento degli <i>stakeholder</i> nella promozione del benessere della persona (inteso come benessere fisico, psichico e sociale) e nelle attività programmatiche sanitarie consente di generare non solo un processo virtuoso per l'aumento del livello di qualità dei servizi erogati, ma anche del livello di professionalità degli operatori che li erogano.</p> <p>Fra le azioni che le Regioni sono invitate a mettere in atto vi è certamente la riduzione delle barriere per gli operatori sanitari garantendo il rispetto dei diritti del lavoro in particolare salute e sicurezza sul luogo del lavoro ma anche il contrasto alla violenza ed alla discriminazione ed alla promozione dei diritti umani.</p> <p>Vi è anche il potenziamento dei meccanismi di segnalazione, monitoraggio e valutazione della discriminazione in ambito sanitario, il tutto contestualizzato in un'ottica proattiva di gestione del rischio sanitario e sicurezza del paziente, come previsto dalla Legge 24/17.</p> <p>Questa nuova prospettiva, all'interno del processo diagnostico-terapeutico, porta a considerare la persona al centro del processo di cura, come parte attiva a poter esprimere le proprie conoscenze, sentimenti ed aspettative rispetto al proprio stato di salute.</p> <p>Inoltre, le Aziende del SSR hanno già attivato, nell'ambito dei Piani strategici, specifiche progettualità dedicate alla prevenzione, diagnosi e cura ed accompagnamento delle problematiche di discriminazione, in particolare di genere e di sicurezza degli operatori.</p>
---	--	---

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista 01/01/2019	Data termine prevista 31.12.2019	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo 12 MESI
---	---------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	--

8	OBIETTIVO GENERALE	<p>Per ridurre le discriminazioni, in ambito sanitario regionale sono progettati specifici interventi, che prevedono azioni mirate a diversi livelli, prevalentemente finalizzati ad agire in termini preventivi sulla sicurezza e salute sul luogo del lavoro, con contrasto alla discriminazione e violenza agli operatori.</p> <p>Sono altresì previste modalità di misurazione ed analisi delle segnalazioni inoltrate dai cittadini, quale riverbero della percepita discriminazione subita rispetto all'auspicata efficienza del sistema sanitario regionale.</p> <p>Infine, la partecipazione dei singoli operatori sanitari alle attività aziendali di gestione del rischio clinico pone i singoli professionisti come parte attiva e partecipativa, anche per lo sviluppo di future politiche sanitarie. Chiaramente il grado di consapevolezza del valore aggiunto, che ciascun operatore può offrire al sistema, può essere raggiunto</p>
---	--------------------	--



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

		solo attraverso una qualificata formazione in tema di diritti, ruoli e responsabilità, anche a fronte delle indicazioni contenute nella L. 24/17 in tema di sicurezza delle cure e responsabilità professionale ed aziendale.
--	--	---

9	OBIETTIVI SPECIFICI	<p>Gli obiettivi del progetto sono orientati a migliorare le condizioni che hanno favorito la mancata promozione dell'equità in ambito sanitario, sia nei riguardi dei pazienti che degli operatori. In particolare, verranno rafforzate azioni di supporto in favore dei pazienti, comprendenti l'analisi delle percezioni che gli stessi hanno vissuto nel momento in cui hanno fatto accesso al SSR (analisi dei dati URP, valutazione dei dati in ambito di contenzioso), unitamente alla valutazione, sugli stessi eventi, da parte degli operatori sanitari coinvolti.</p> <p>Altro obiettivo, su cui il Ministero della Salute ha espresso interesse, riguarda la prevenzione di atti di violenza a danno degli operatori sanitari e questo risulta possibile attraverso l'implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 8.</p>
---	---------------------	--

10	RISULTATI ATTESI	
	A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto	<ul style="list-style-type: none"> • Implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 8 (Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari); • Misurazione ed analisi dei casi segnalati dal cittadino (contenzioso-URP) quale estrinsecazione di percepita mancata equità del sistema sanitario organizzativo;
	A lungo periodo a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	-

11	PUNTI DI FORZA	
	Indicare i punti di forza	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione
	Adesione alle indicazioni del Ministero della Salute sull'Applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali /puntuale Monitoraggio delle stesse	Monitoraggio Adesione alle indicazioni del Ministero della Salute sull'Applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali

12	PUNTI DI DEBOLEZZA	
	Indicare i punti di debolezza	Indicare le strategie/azioni per la riduzione
	Differenti modalità di raccolta dati del contenzioso-URP	Strategie di omogenizzazione

DIAGRAMMA DI GANT		mesi											
Descrizione delle azioni relative ad ogni fase		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
analisi dei dati URP		x	x										
valutazione dei dati in ambito di contenzioso				x	x								
Analisi degli stessi eventi da parte degli operatori sanitari						x	x						
Misurazione ed analisi dei casi segnalati dal cittadino (contenzioso-URP) quale estrinsecazione di percepita mancata equità del sistema sanitario organizzativo								x	x				
Implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 8 (Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari);										x	x		
monitoraggio												x	x

99



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

13	DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO			
	Fase	azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
	Applicazione della Raccomandazione Ministeriale n. 8	Monitoraggio	<p>Il Ministero della Salute dal 2005 ha emanato negli anni una serie di Raccomandazioni (n.18) al fine di mettere in guardia gli operatori riguardo alcuni ambiti di attività potenzialmente pericolosi, di fornire strumenti efficaci per mettere in atto azioni che siano in grado di ridurre i rischi e promuovere l'assunzione di responsabilità da parte degli operatori, allo scopo di favorire il cambiamento del sistema.</p> <p>Per implementare nel concreto dei processi lavorativi i contenuti delle suddette Raccomandazioni, è necessario elaborare per ciascuna di esse una specifica procedura dedicata agli operatori monitorando l'efficacia della stessa.</p> <p>Negli ultimi anno lo stesso Ministero della Salute ha posto l'attenzione sulla problematica della violenza agli operatori a fronte dell'elevato numero di eventi verificatisi in ambito nazionale.</p>	Gruppi di lavoro attivati per applicazione e monitoraggio aziendale
	Segnalazione URP-Contenzioso	Analisi delle segnalazioni	Il numero delle segnalazioni all'URP come il numero e la diversa tipologia di richiesta di risarcimento danni all'Azienda rappresentano una grande fonte informativa di analisi delle criticità del sistema sanitario.	Riunioni annuali finalizzate all'analisi qualitativa e quantitativa dei dati.

14	TRASFERIBILITA' Indicare a quale altra realtà il progetto o parte di esso può essere trasferito	
	Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Progetto o parte del progetto che può essere trasferita
	Azienda Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere, IRCCS, ed altri enti pubblici e privati	Il progetto, con opportune contestualizzazioni, può essere trasferito in ognuna delle istituzioni indicate.

1	LINEA PROGETTUALE	LA TECNOLOGIA SANITARIA INNOVATIVA COME STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO
	TITOLO DEL PROGETTO	LA TECNOLOGIA SANITARIA INNOVATIVA COME STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO
	AREA DI INTERVENTO	LA TECNOLOGIA SANITARIA INNOVATIVA COME STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO

2	REGIONE RESPONSABILE DEL PROGETTO	
	Cognome e nome responsabile	Claudio Martini
	Ruolo e qualifica	Dirigente PF Territorio e Integrazione Ospedale Territorio
	Recapiti telefonici	071/8064567
	e-mail	claudio.martini@regione.marche.it



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

3	RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO MODALITA' DI REPERIMENTO RISORSE		
	Finanziamento	Riferimento	Importo
	Risorse vincolate degli obiettivi del PSN	Accordo Conferenza Stato Regioni n. 91/del 6/6/2019	117.398,00
	Eventuali risorse regionali	-	-
4	ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	Tipologia di costi	Importo in euro	note
	Costi per la formazione	5%	
	Costi gestione progetto	95%	
5	RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	RISORSE NECESSARIE	N. RISORSE	NOTE
	Disponibili	Personale dipendente	
	Da acquisire	Beni e servizi	
6	ANALISI DEL CONTESTO SCENARIO DI RIFERIMENTO	<p>L'utilizzo delle tecnologie sanitarie nel corso degli anni ha visto il massimo sviluppo in ambito ospedaliero; di converso la necessità di garantire la continuità delle cure impone l'implementazione del loro impiego anche a livello territoriale andando così a favorire il processo di continuità ospedale-territorio con conseguente ottimizzazione della gestione delle patologie croniche unitamente ad un decremento dei ricoveri ospedalieri per riacutizzazioni.</p> <p>Certamente tale strumento in setting assistenziali caratterizzati da equipe multiprofessionali (medici, infermieri, amministrativi, etc.) risulta strategico per rendere più efficiente il sistema sanitario e migliorare la qualità assistenziale attraverso l'ottimizzazione delle procedure inerenti la continuità delle cure.</p> <p>Le nuove risorse tecnologiche per l'assistenza sanitaria (telemedicina) e sociosanitaria da implementare nel territorio regionale (es. teleconsulto, telesalute, teleassistenza, etc.) sono a supporto della riorganizzazione del sistema, sia nei setting assistenziali territoriali (Ospedali di Comunità, RSA, Residenze Protette, Case di Riposo, Case della Salute, Assistenza Domiciliare, Aggregazioni Funzionali Territoriali di MMG, sistema di emergenza, etc.) sia in altri <i>setting</i> caratterizzati da esigenze di prossimità territoriale come quelli della prevenzione o in quelli più prettamente ospedalieri.</p>	

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista 01.01/2018	Data termine prevista 31.12.2018	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo 12 mesi
8	OBIETTIVO GENERALE	<p>Garantire ai pazienti cronici affetti da Scompensazione Cardiaca Cronica (SSC) assistenza specialistica cardiologica a distanza attraverso il supporto della telemedicina.</p> <p>Le prestazioni erogate attraverso soluzioni di telemedicina verranno garantite tramite monitoraggio elettrocardiografico.</p>		



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

		<p>Il centro erogatore, autorizzato ed accreditato per attività di cardiologia in regime ambulatoriale e di ricovero, ha sviluppato una expertise oramai ventennale sul settore della telemedicina con particolare riferimento alla telecardiologia.</p> <p>L'offerta sarà rivolta prevalentemente a soggetti anziani e verrà erogata in diversi punti della rete dei servizi (Strutture residenziali, farmacie, Ambulatori, Medici di Medicina Generale, domicilio del paziente).</p> <p>I servizi verranno garantiti su una copertura h24, 7/7.</p>
--	--	---

9	OBIETTIVI SPECIFICI	<ul style="list-style-type: none"> • Adottare soluzioni di telemedicina per la garanzia di una migliore qualità assistenziale attraverso il monitoraggio delle attività svolte e il supporto alle decisioni cliniche • Garantire la prossimità dei servizi/equità e l'appropriatezza/stratificazione del rischio • Ottimizzare l'integrazione percorsi clinici/interdisciplinarietà per la gestione del paziente anziano fragile • Supportare la residenzialità e domiciliarità • Migliorare l'empowerment del paziente e la qualità della vita • Monitorare l'appropriatezza prescrittiva e ridurre le liste di attesa • Ridurre i costi, per il SSR e per la popolazione, e migliorare le performance del SSR
---	---------------------	--

10	RISULTATI ATTESI	
	A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto	<ul style="list-style-type: none"> • Incremento dei beneficiari dei servizi di telemedicina
	A lungo periodo a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	<ul style="list-style-type: none"> • Riduzione dei ricoveri per riacutizzazione in pazienti cronici • Riduzione della spesa

11	PUNTI DI FORZA	
	Indicare i punti di forza	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione
	Miglioramento della qualità percepita da parte degli assistiti	Adozione della telemedicina in sostituzione di regimi assistenziali inappropriati in termini di costo-efficacia

12	PUNTI DI DEBOLEZZA	
	Indicare i punti di debolezza	Indicare le strategie/azioni per la riduzione
	Carenza di riferimenti normativi ed amministrativi applicabili in materia di telemedicina	Definizione di requisiti minimi e di standard di servizio per le attività di telemedicina previste, sulla base della esperienza acquisita nel corso del progetto.

DIAGRAMMA DI GANT		mesi											
Descrizione delle azioni relative ad ogni fase		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	Analisi delle esigenze e stratificazione della popolazione target	x	x										
	Definizione di protocolli di trattamento ed integrazione con i vigenti PDTA	x	x										
	Accordi con gli stakeholders			x									
	Reclutamento dei pazienti				x								
	Avvio delle attività					x							
	Monitoraggio continuo delle attività						x	x	x	x	x	x	x
	Valutazione dei risultati												x

13	DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO
----	------------------------------------



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Fase	azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
Propedeutica	Analisi delle esigenze e stratificazione della popolazione target	Individuazione delle classi di pazienti affetti da SSC ed eleggibili alle procedure di telemedicina	Report
Propedeutica	Definizione di protocolli di trattamento ed integrazione con i vigenti PDTA	Predisposizione di apposito documento contenente i protocolli di trattamento e le eventuali integrazioni con i PDTA di ambito cardiologico	Protocolli validati
Propedeutica	Accordi con gli stakeholders	Sottoscrizione di accordi con i fruitori del servizio	Accordi sottoscritti
Propedeutica	Reclutamento dei pazienti	Definizione degli elenchi e reclutamento dei pazienti eletti al servizio	Registro dei pazienti
Avvio e regime	Avvio delle attività	Erogazione continuativa delle prestazioni previste	Numero delle prestazioni
Avvio e regime	Monitoraggio continuo delle attività	Attività di verifica del rispetto degli standard predefiniti	Audit
Conclusione	Valutazione dei risultati	Rendicontazione delle attività svolte in rapporto agli obiettivi prefissati	Report

14	TRASFERIBILITA' Indicare a quale altra realtà il progetto o parte di esso può essere trasferito	
	Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Progetto o parte del progetto che può essere trasferita
	Azienda Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere, IRCCS, ed altri enti pubblici e privati	Il progetto, con opportune contestualizzazioni, può essere trasferito in ognuna delle istituzioni indicate.

Q
17



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

PARTE II

RELAZIONE DEI RISULTATI RAGGIUNTI DAI PROGETTI PRESENTATI PER L'ANNO 2018 (DGR 1226/2018)

Come previsto dall'Accordo Stato Regioni del 6 giugno 2019, si forniscono, di seguito, le relazioni inerenti le attività svolte per la realizzazione delle linee progettuali dell'anno 2018.

L.P. - COSTITUZIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE IN AREA PEDIATRICA

Le Cure Palliative sono l'insieme di interventi terapeutici, diagnostici ed assistenziali rivolti alla persona malata e al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura globale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da una evoluzione inarrestabile da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici. Lo scopo delle cure palliative è quello di sostenere la famiglia del malato e di migliorare il più possibile la qualità di vita della persona inguaribile.

La Legge 38 del 2010 tutela all'Art. 1 "Il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative ed alla terapia del dolore" ed individua come necessaria per la sua applicazione, le tre reti di assistenza dedicate alle cure palliative, alla terapia del dolore ed al paziente pediatrico.

La DGR 846 del 12 luglio 2014 ha definito le linee di indirizzo per la rete regionale delle cure palliative, comprendendo nel modello il livello domiciliare, quello residenziale/ricovero e quello ambulatoriale. La Rete locale di Cure Palliative è una aggregazione funzionale ed integrata per Area Vasta delle attività di cure palliative erogate in ciascun setting assistenziale, considerando il domicilio come l'ambito privilegiato per l'erogazione delle cure.

La funzione di coordinamento della rete locale viene affidata all'Unità di Cure Palliative-Hospice (UCPH) che, attraverso le Unità di Cure palliative Domiciliari (UCPD), opera nei diversi nodi della Rete (Ambulatori, Cure domiciliari, Ospedali, Hospice o altra struttura residenziale). Secondo quanto definito dalla DGR 111/2015, la "porta d'accesso" alle cure territoriali e alle prestazioni sociali è rappresentata dal Punto Unico di Accesso (PUA) che, attraverso la presa in carico dei bisogni semplici e complessi dei pazienti che vi si rivolgono, rappresenta l'unitarietà dell'accoglienza e accettazione del bisogno espresso in termini di interventi sanitari, sociali e di integrazione socio-sanitaria. Il PUA è un'articolazione della Unità Operativa Sociale e Sanitaria (UOSeS), istituita con DGR 110/2015, non gestisce servizi ma svolge una funzione di "trriage sociosanitario", fornendo soluzioni per i bisogni semplici e attivando l'Unità di Valutazione Integrata (UVI) per i bisogni complessi. Per tale motivo, anche la presa in carico dei pazienti che necessitano di Cure Palliative non può prescindere dall'attivazione mediante segnalazione al PUA, che svolge un ruolo fondamentale nel percorso in un'ottica multidimensionale e multiprofessionale.

Il gruppo di lavoro pluridisciplinare, ha avuto come obiettivo quello di organizzare, uniformare il percorso ed implementare la Rete Cure Palliative sul territorio regionale. Il percorso redatto dal gruppo di lavoro è stato condiviso in UCAD dai Direttori di Distretto ed è stato formalizzato ASUR DG 471/18. Il Gruppo di lavoro ha iniziato ad analizzare l'assetto attuale dell'erogazione delle cure palliative nelle diverse Aree Vaste.

Si riporta di seguito in maniera sintetica l'organizzazione esistente:

-AREA VASTA 1: è presente un unico Hospice per l'Area Vasta con 10 posti letto a Fossombrone; la riabilitazione viene svolta dopo consulenza fisiatrica da fisioterapisti dipendenti. Sono ricoverati sia pazienti con patologie terminali oncologiche che non oncologiche. Da circa 6 mesi inoltre è stato attivato in collaborazione con le Cure Domiciliari un percorso per la presa in carico precoce di pazienti con patologie neurodegenerative. Nel territorio dell'AVI operano 4 Onlus (ANT, ADAMO, IOPRA, ASPEC a Pergola) che erogano il servizio per l'assistenza domiciliare prevalentemente sulle zone costiere dell'Area Vasta. L'attività erogata viene rendicontata su SIRTE o direttamente dagli operatori dell'associazione o attraverso il personale del Distretto.

-AREA VASTA 2: il distretto di Senigallia si avvale del contributo assistenziale dell'AOS (Associazione Oncologica Senigalliese) che eroga le cure domiciliari specialistiche e supporta quando necessario l'ADI ma non garantisce le 24 h. Nel distretto non è presente l'Hospice e i pazienti oncologici terminali vengono assistiti o presso altri Hospice della regione o in RSA da personale in fase di formazione specifica. Il distretto di Ancona si avvale del contributo dello IOM (Istituto Oncologico Marchigiano), fornisce infermieri e medici per le CPD in rapporto di convenzione. Non garantisce le 24 h. Sono presenti due Hospice che accolgono la terminalità oncologica: Loreto (8 pl) e Chiaravalle (10 pl); l'assistenza sanitaria viene garantita dai medici di medicina generale e l'accesso avviene previa valutazione distrettuale. Il distretto di Jesi si avvale del supporto in convenzione sia di personale medico che infermieristico dipendente della



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

UOSD Ospedaliera di Continuità Assistenziale Oncologia Domiciliare e Hospice sia della convenzione con lo IOM (Istituto Oncologico Marchigiano) che fornisce un OSS, uno psicologo e supporto tecnico logistico. Viene garantita l'assistenza h 24. Nel distretto non è presente alcun Hospice e i pazienti oncologici terminali che necessitano di residenzialità vengono assistiti in RSA o negli Hospice vicini. Il distretto di Fabriano si avvale dell'AOF (Associazione Oncologica Fabriano) in rapporto di convenzione con l'AV2 alla quale fornisce una psicologa per l'assistenza domiciliare oncologica e per l'Hospice e uno/due medici alla UOC di Oncologia. La stessa UOC eroga assistenza a domicilio per le CPD attraverso medici e infermieri. Non garantisce assistenza h 24. La valutazione del caso non avviene tramite il distretto. E' presente un Hospice (8 pl) che accoglie la terminalità oncologica; l'assistenza sanitaria viene garantita dai medici di medicina generale e l'accesso segue il percorso distrettuale dell'UVI.

-AREA VASTA 3: è presente un Hospice a San Severino dotato di 12 posti letto (viene svolta anche attività di consulenza per i pazienti trattati a domicilio e vengono presi in carico sia pazienti oncologici che neurologici) e un Hospice a Macerata (8 posti letto), dove viene svolta attività in parte nella struttura dell'Hospice, in parte a domicilio. Nel Distretto di Civitanova a livello domiciliare opera l'associazione ANT che fornisce assistenza h24 e rendiconta l'attività sul sistema SIRTE.

-AREA VASTA 4: è presente un Hospice a Montegranaro (10 posti letto). Le Onlus presenti sul territorio sono rappresentate dall'ANT, dallo IOM e dall'associazione ABBRACCIO in Hospice. L'assistenza è h24 per i pazienti a domicilio.

-AREA VASTA 5: sono presenti 3 posti letto di Hospice presso l'RSA di Offida dove vengono presi in carico anche pazienti con SLA, ma vi è una autorizzazione per l'ampliamento dell'offerta a 9 posti letto. Negli anni 2015, 2016, 2017 non è stato alimentato il flusso Hospice, bensì quello RSA. Nel 2018 è stato fornito un nuovo codice ORPS per cui nel 2018 sono stati rendicontati correttamente i casi ricoverati in Hospice. Le associazioni che operano sul territorio sono lo IOM e l'ASMO;

-AOU "Ospedali Riuniti" di Ancona: nel corso del 2018 sono state erogate prestazioni in regime di ricovero ed ambulatoriali rivolte ad adulti e bambini mediante percorsi assistenziali integrati che hanno coinvolto anche il supporto psicologico a pazienti esterni ed interni attraverso colloquio psicologico clinico (n. 4822 di cui 1839 a pazienti esterni e 2983 a pz. ricoverati), psicoterapia familiare e di gruppo (n. 320 di cui n. 48 a pazienti esterni e n. 272 a pazienti interni).

L'assistenza al paziente in cure palliative prevede spesso la necessità di utilizzare, presso il domicilio del paziente, farmaci in classe H e off-label. In data 19/03/2018 l'Agenzia Italiana del Farmaco e la Società Italiana di Cure Palliative, nell'ambito di un tavolo di lavoro dedicato, hanno redatto due documenti che raccolgono le evidenze scientifiche disponibili a supporto dell'impiego off-label dei medicinali più frequentemente utilizzati nell'ambito delle cure palliative nella popolazione pediatrica e adulta. L'obiettivo è attestare l'uso off-label consolidato di tali farmaci al fine di proporre l'utilizzo ai sensi della legge 648/96, in assenza di dati derivanti dai relativi studi clinici registrativi.

I documenti pubblicati contengono una lista di 10 farmaci impiegati off-label routinariamente nelle cure palliative in età pediatrica e di 8 utilizzati con le stesse finalità nell'adulto.

Nel tema specifico delle cure palliative la normativa nazionale prevede che le Cure Domiciliari, come risposta ai bisogni delle persone non autosufficienti e in condizione di fragilità, si integrino con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia per il mantenimento della migliore qualità della vita possibile, al fine di perseguire un percorso di fine vita rispettoso della persona. A tal fine la normativa nazionale e regionale ha fornito indicazioni chiare per la costruzione di percorsi diagnostici-terapeutici-assistenziali dove il Family Learning (FL) rappresenta una metodologia atta a garantire il miglioramento della qualità di vita dei malati e dei loro familiari. Il principale risultato atteso dall'applicazione di questo percorso di FLSS è il miglioramento delle abilità nel far fronte a vari problemi che il paziente fragile nel fine vita e i familiari/caregiver si troveranno ad affrontare nelle diverse fasi delle malattie. Queste abilità passano attraverso la costruzione di un'alleanza terapeutica coi i professionisti coinvolti nel processo di cura. Tali percorsi formativi sono organizzati in ogni Area Vasta, coordinati dai Direttori di Distretto.

Le Cure Domiciliari Palliative specialistiche sono caratterizzate da una risposta a bisogni di elevata complessità assistenziale. Per i malati terminali è attivo, a livello dei territori, il profilo assistenziale di presa in carico dei malati terminali; tale modalità assistenziale è garantita da équipe dedicate di cui fanno parte i MMG. Il programma di interventi viene attuato sui 7 giorni settimanali e prevede anche la pronta disponibilità medica sulle 24 ore, effettuata dall'équipe di cura. La gamma di prestazioni offerte dall'équipe comprende prestazioni mediche, infermieristiche, dietologiche, riabilitative fisioterapiche e logopediche, psicologiche e medico-specialistiche. Nell'Azienda tale modalità assistenziale viene attuata anche in outsourcing dalle organizzazioni non profit in possesso di specifiche competenze e



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

con forte vocazione sociale (IOM, ANT, Associazione Sostegno Malati Oncologici - Viviana Campanelli, ecc). Presupposti di base per la presa in carico e l'erogazione dell'assistenza sono la valutazione multidimensionale da parte dell'UVI e la predisposizione del PAI. Nel corso dell'anno 2018, così come negli anni precedenti, sono state investite risorse per iniziative di formazione sia sul tema delle cure palliative che sul controllo e sulla rilevazione del dolore (V° parametro vitale) nelle cartelle cliniche delle UUOO Ospedaliere, nelle strutture residenziali e a domicilio. E' stato inoltre attivato un tavolo tecnico multidisciplinare di professionisti del SSR, finalizzato alla stesura di un documento aziendale della rete cure palliative. La corretta rilevazione del dolore documentata nelle cartelle cliniche è inserita nei controlli CVPS della compilazione della documentazione sanitaria sia nel pubblico che nel privato. Tale impegno ha condotto alla promozione di una cultura diffusa sui vari aspetti di questa tipologia di assistenza con particolare riferimento alla necessità di integrare competenze e professionalità. Una delle ricadute positive dell'attività formativa effettuata è sicuramente l'aumento dei consumi espressi in DDD dei farmaci oppiacei.

Nel corso del 2018 sono proseguite le attività del Gruppo di Coordinamento regionale della Rete di cure palliative e terapia del dolore pediatrica (istituito con Decreto n. 1/RAO/2016), del Gruppo di Coordinamento regionale della Rete di cure palliative e del Gruppo di Coordinamento regionale della Rete di terapia del dolore, istituiti, ai sensi dell'Accordo Stato Regioni del 16 Dicembre 2010, con apposito Decreto della P.F. competente.

INDICATORI:

- N° pazienti adulti assistiti nell'ambito della rete in tutti i setting di cura: n. 943 in hospice + n. 1338 tot. Pz ambulatoriali + n. 1403 paz domiciliari
- N° pazienti pediatriche assistiti nell'ambito della rete in tutti i setting di cura: 13 pz in Hospice + n. 4 Pz. ambulatoriali + n. 2 paz domiciliari
- N° corsi di formazione per il personale sanitario: nell'anno 2018 sono stati accreditati e svolti presso gli Enti del SSR della Regione Marche. n.10 eventi formativi.

Con riferimento a tale linea di azione, la spesa sostenuta nell'anno 2018 è risultata superiore ad € 2.852.109.

L.P. - PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE

Attuazione dei programmi regionali per il raggiungimento degli obiettivi del PNP anno 2018

Nell'anno 2018 è stata data attuazione alle linee progettuali del PRP Marche 2014 – 2018. La Regione Marche ha comunicato il raggiungimento dell'85,7% degli Indicatori Sentinella (limite per la certificazione 80%). Nel 2018, con il sostegno della Giunta Regionale, che ha approvato i relativi finanziamenti, sono stati avviati due importanti programmi per lo sviluppo dell'attività motoria e sportiva: uno in ambito scolastico, con la sinergia di Regione Marche, ASUR, CONI, MIUR ed uno riservato ad adulti ed anziani, con il coinvolgimento degli Enti di Promozione Sportiva (DGR n. 1118/2017). Sono stati anche realizzati progetti innovativi. Il WHP nella prima fase ha coinvolto oltre 7.000 lavoratori, e si sta sviluppando sempre più. Le Aziende, in linea con il programma regionale, stanno attuando le cosiddette "buone pratiche" finalizzate al contrasto dei principali fattori di rischio delle malattie croniche non trasmissibili. Relativamente alla implementazione del Registro Tumori, nel corso del 2018 è stata consolidata l'attività di formazione per le attività di codifica e verifica dei casi (con controllo della documentazione clinica, quando necessario). Sono state svolte analisi epidemiologiche specifiche. Sono attive le convenzioni, per la collaborazione alle attività del Registro Tumori, con l'Università degli Studi di Urbino e con l'Università Politecnica delle Marche.

Per quanto riguarda l'area degli screening, particolare attenzione è stata posta al problema delle disuguaglianze all'accesso. In particolare, sono stati avviati interventi specifici e culturalmente mirati di offerta attiva degli screening oncologici nell'ambito dei programmi organizzati (screening del tumore al seno, alla cervice uterina e al colon retto) ad alcuni gruppi più a rischio, tra cui gli immigrati, che rappresentano circa il 10% della popolazione target e che hanno esiti di salute peggiori.

Indicatori:

- Approvazione di almeno un nuovo Protocollo di intesa con portatori di interesse e/o altre istituzioni, relativi ai programmi di promozione della salute (programmi 1 – 4): è stato approvato il "Protocollo d'Intesa tra Regione Marche e ANCI Marche per la Promozione della salute nella Comunità secondo le strategie di Guadagnare Salute, in applicazione della DGR 540/2015. Interventi in attuazione del Piano Regionale della Prevenzione" (DGR n.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

888/2018). E' stato inoltre concordato un Protocollo d'Intesa con i Sindacati Pensionati per il supporto ai programmi del PRP.

- Formalizzazione di almeno due nuovi gruppi di lavoro regionali per l'implementazione di programmi e/o linee di intervento che ne necessitino: sono stati formalizzati i gruppi di lavoro per la linea di intervento n. 3.3 "Lavorare in stile" (decreto dirigente PF Prevenzione n. 10/2018), per la linea d'intervento n. 4.2 "Ossi duri si diventa" per la prevenzione dell'osteoporosi (aggiornamento, decreto dirigente PF Prevenzione n. 22/201), per la linea d'intervento n. 6.1 "Ridefinizione dei criteri per il report regionale in funzione degli obiettivi strategici ex articolo 7 D.lgs 81/08" (decreto dirigente PF Prevenzione n. 23/2018), per il Programma n. 7 "Ambiente e Salute" (decreto dirigente PF Prevenzione n. 24/2018), per Rete regionale di vigilanza per l'applicazione dei regolamenti REACH e CPL (decreto dirigente PF Prevenzione n. 26/2018).
- Progettazione e realizzazione di un opuscolo multilingue a sostegno degli screening: sono state realizzate brochure e locandina in 12 lingue.
- Realizzazione di almeno due incontri formativi di approfondimento su temi specifici per gli operatori del Registro Tumori Regionale già formati: sono stati organizzati 4 incontri tecnici di approfondimento (10/1, 20/4, 8/10, 11/12) 5 incontri di carattere organizzativo (15/5, 28/5, 11/6, 21/6, 31/10) ed 1 incontro per la stesura del report relativo all'area di Falconara marittima (2/8).
- Completamento della revisione dei casi (codifica e consultazione cartelle cliniche) secondo cronoprogramma e realizzazione di un report relativo all'Area di Falconara Marittima per il triennio 2010-2012: è stata completata la classificazione dei casi (codifica e consultazione di documentazione sanitaria per i casi dubbi) come previsto dal cronoprogramma ed è stato realizzato il report specifico relativo all'area di Falconara Marittima, inserito nel Profilo di salute dell'area presentato ai Comitati dei cittadini.

Con riferimento a tale linea di azione, la spesa sostenuta nell'anno 2018 risulta superiore a € 6.845.061,00; tale importo include la quota del 5% (pari a € 34.225,00) destinata allo svolgimento delle attività di supporto al Piano Regionale della Prevenzione.

L.P. – PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO CONDIVISO E PERSONALIZZATO PER PAZIENTI CON MULTICRONICITA'

Le sfide determinate dalla costante crescita delle patologie croniche sono principalmente rappresentate dalla necessità di garantire la continuità assistenziale per periodi di lunga durata e di realizzare una forte integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali. Gli obiettivi di cura nei pazienti con cronicità, non potendo essere rivolti alla guarigione, sono necessariamente finalizzati al miglioramento del quadro clinico e dello stato funzionale, alla minimizzazione della sintomatologia, alla prevenzione della disabilità ed al miglioramento della qualità di vita. Il paziente oggetto/soggetto della presa in carico è spesso una persona sola, anziana, con comorbidità, in una parola "fragile", le cui esigenze assistenziali sono determinate da fattori legati alle condizioni cliniche, ma anche da determinanti quali lo status socio-familiare, l'ambiente e l'accessibilità alle cure. La visione strategica è rivolta a consolidare un sistema organizzativo improntato sull'adeguatezza, sulla continuità e qualità dei servizi offerti al cittadino, rispetto ai loro bisogni ed attese. Tale sistema è rivolto alla ricerca della soddisfazione dei cittadini e degli operatori, in un contesto di efficiente gestione delle risorse disponibili su soluzioni condivise dei problemi, di miglioramento continuo della qualità dei servizi offerti e di valorizzazione delle risorse professionali, utilizzando, tra gli altri, lo strumento delle reti cliniche. L'operatività delle reti cliniche dipende, soprattutto in ambito di patologie croniche, dalla realizzazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA). I PDTA sono definiti come interventi complessi finalizzati alla condivisione dei processi decisionali e dell'organizzazione dell'assistenza per un gruppo specifico di pazienti, attraverso un continuum di cure, e finalizzati a migliorare l'outcome, promuovere la sicurezza, aumentare la soddisfazione dell'utente e ottimizzare l'utilizzo delle risorse. Nel corso dell'ultimo anno sono stati realizzati:

- PDTA del paziente con sclerosi multipla, A.O.U.O.R. Ancona come da Determina DG 310 del 11/04/2018
- PDTA per la sclerosi multipla nella regione Marche DGR 927/2018 recepito da ASUR con DG 589/18
- PDTA per il paziente con patologie della continenza vescicale, intestinale e dolore pelvico cronico da sottoporre ad intervento per neuro-modulazione sacrale. INRCA determina obiettivi budget 2018
- PDTA per nutrizione artificiale nel paziente ricoverato. INRCA determina obiettivi budget 2018
- PDTAdsant004_CDA TIA come da A.O.R.M.N. del 11/04/2019



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- *PDTAdsant002_CDA Ca Mammella come da A.O.R.M.N. del 11/04/2019*
- *PDTAdsant003_CDA Trauma oculare come da A.O.R.M.N. del 11/04/2019*
- *PDTAdsant005_CDA Percorso integrato testa collo come da A.O.R.M.N. del 11/04/2019*
- *PDTAdsant006_CDA Percorso clinico integrato forame ovale pervio come da A.O.R.M.N. del 11/04/2019*
- *PDTAdsant011_CDA MICI come da A.O.R.M.N. del 11/04/2019*
- *PDTAdsant015_CDA PDTA Melanoma come da A.O.R.M.N. del 11/04/2019*
- *PDTAdsant016_CDA Carcinoma della prostata attivato nel 2018 come da A.O.R.M.N. del 11/04/2019*
- *PDTAdsant017_CDA Carcinoma dello stomaco attivato nel 2018 come da A.O.R.M.N. del 11/04/2019*
- *PDTAdsant013_CDA Carcinoma tiroideo attivato nel 2018 come da A.O.R.M.N. del 11/04/2019*
- *PDTA presa in carico della persona con malattia renale cronica ASUR DG 555/18*
- *Rete integrata dei servizi ASUR per l'assistenza alle persone con malattie infettive/contagiose finalizzata al miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure e della prescrizione farmaceutica ASUR DG 645/18*
- *PDTA presa in carico della persona con disturbi del comportamento alimentare (DCA): il ricovero ospedaliero in fase acuta. ASUR DG 376/18*
- *Rete di assistenza rivolta al Paziente con SLA in fase avanzata, come da DG 707/17 ASUR Marche; come da A.O.R.M.N. del 04/01/18;*
- *PDTA del paziente affetto da malattia HIV/AIDS, come da A.O.R.M.N. del 22/02/18;*
- *PDTA in ambito riabilitativo, PDTA Pavimento pelvico e Gestione pazienti con Parkinson - Procedura Sistema Qualità 2017, INRCA Ancona*
- *Progetto riabilitativo nella BPCO in fase acuta come da A.O.R.M.N. del 11/04/2019*
- *PDTA Ulcere da Pressione, come da A.O.R.M.N. del 04/01/18; PDTA Ulcere da Pressione, come da ASUR DG 599/17; PDTA Ulcere da Pressione – Lesioni da decubito Prevenzione e trattamento, Procedura Sistema di Qualità 2017, INRCA Ancona; PDTA per la gestione del paziente con ferite difficili, A.O.U.O.R. Ancona come da Determina DG 310 del 11/04/2018.*
- *PDTA Terapia anticoagulante - Procedura Sistema Qualità- Percorso clinico organizzativo per la gestione del follow-up dei NAO 2017, INRCA Ancona;*
- *Percorso Diagnostico Terapeutico - Assistenziale (PDTA) delle Malattie infiammatorie Croniche Intestinali della Regione Marche, DGR 271/2017;*
- *Percorso ospedale territorio di presa in carico del malato raro in terapia infusiva con sostituti enzimatici (ERT), DG 726/17 ASUR Marche;*
- *Presa in carico delle persone portatrici di stomie e garanzia di continuità assistenziale, DG 727/17 ASUR Marche;*
- *PDTA Prescrizione e Somministrazione della terapia farmacologica orale a pazienti disfagici Procedura Sistema Qualità 2017, INRCA Ancona*

Il progetto riconosce come finalità quello di migliorare la presa in carico, la continuità assistenziale e l'accessibilità dei pazienti affetti da patologie croniche, incluse le malattie rare, sviluppando inoltre programmi formativi per il personale sanitario. Nel corso del 2018, sono state sviluppate le attività per la garanzia della continuità ospedale-territorio. In particolare, sono stati implementati strumenti atti a favorire le dimissioni protette, potenziando le sinergie con i servizi territoriali e residenziali, prendendo in carico il paziente, dopo attenta valutazione delle criticità assistenziali, anche per ciò che attiene la prescrizione di presidi, in collaborazione con i servizi sociali e i MMG, il potenziamento della fruibilità della fisioterapia domiciliare, la gestione della nutrizione artificiale, la distribuzione diretta di farmaci a pazienti cronici in politerapia complessa, l'impiego di innesto di PICC per la domiciliarizzazione dei pazienti cronici, l'erogazione di farmaci off label a paz. cronici. Al fine di favorire la continuità assistenziale in setting appropriati, è stata completata l'attivazione dei posti letto di cure intermedie su tutto il territorio regionale. Tali setting assistenziali territoriali sono da preferire perchè maggiormente accessibili ai pazienti e prossimi al domicilio, garantendo l'integrazione multi- professionale e multisettoriale tra l'ambito sanitario e socio-assistenziale. Tale modello organizzativo consente l'aggregazione dei servizi oggi diffusi sul territorio, configurando un assetto che mette in relazione l'assistenza primaria (sottoscritta convenzione con i MMG) con gli altri nodi della rete (assistenza specialistica ospedaliera, salute mentale, sanità pubblica, ecc) con il fine di favorire l'appropriatezza clinica ed organizzativa nell'utilizzo delle risorse. Risulta infatti strategica l'adozione del "Chronic Care Model" per la gestione delle patologie croniche. Nel corso del 2018, sono state ulteriormente sviluppate azioni per la presa in carico del malato affetto da



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

malattia rara, mediante identificazione di nuove modalità organizzative, finalizzate a soddisfare le richieste assistenziali attraverso un modello di presa in carico integrata multi-professionale e multi-specialistica. La riorganizzazione dell'assistenza territoriale, con l'implementazione di modelli organizzativi assistenziali flessibili, e la realizzazione di specifici protocolli di presa in carico hanno consentito di rendere disponibili servizi sanitari più vicino possibile al luogo di residenza, anche attraverso la realizzazione della continuità assistenziale tra il Centro di Riferimento Regionale, la rete ospedaliera e territoriale.

Indicatori:

- N. delle reazioni avverse da farmaci: 619 nel 2018 (Fonte: Rete Nazionale di Farmacovigilanza)
- N. re-ricoveri nei reparti di Medicina: n° 970 (entro 30 gg), n. 1496 (entro 90 gg), n. 1752 (entro 180 gg).
- N. pz presi in carico dalla rete NED/NPD: sono state effettuate n° 76.684 NED e n. 22.375 NPD. Il numero di pz. cronici presi in carico sono stati 5.038

Con riferimento a tale linea di azione, la spesa 2018 risulta superiore a € 21.402.669,00.

L.P. – PROMOZIONE DELL'EQUITA' IN AMBITO SANITARIO

Indicatore: Implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 8 (Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità individua la discriminazione in sanità come uno degli elementi che ostacolano il raggiungimento degli obiettivi di sviluppo sostenibile. Vengono pertanto promosse azioni multisettoriali coordinate, finalizzate alla riduzione delle disuguaglianze in ambito sanitario ed a fornire un valore aggiunto in termini di incremento della qualità al processo assistenziale. Il coinvolgimento degli stakeholder nella promozione del benessere della persona (inteso come benessere fisico, psichico e sociale) e nelle attività programmatiche sanitarie consente di generare non solo un processo virtuoso per l'aumento del livello di qualità dei servizi erogati, ma anche del livello di professionalità degli operatori che li erogano. Questa nuova prospettiva, all'interno del processo diagnostico-terapeutico, porta a considerare la persona al centro del processo di cura, come parte attiva a poter esprimere le proprie conoscenze, sentimenti ed aspettative rispetto al proprio stato di salute.

Negli ultimi 20 anni il numero di migranti forzati nel mondo è raddoppiato passando dai 33,9 milioni del 1997 ai 65,6 milioni del 2016. In gran parte questo aumento si è registrato nell'arco 2012-2015. A produrlo è stato non solo la crisi siriana ma anche gli oltre 40 conflitti armati in atto nel mondo. Questo aumento ha interessato anche l'Italia che, negli ultimi anni, ha visto l'arrivo di un numero sempre crescente di migranti forzati, tra i quali molti richiedenti protezione internazionale, tanto da diventare uno dei Paesi dell'Unione Europea, che conta un elevato numero di richieste di asilo. Il flusso dei richiedenti asilo, rispetto ai dati dei rifugiati, rivela le caratteristiche di quelle che sono le nuove tendenze strettamente connesse alla crisi del Mediterraneo, facendo crescere, in maniera significativa, il numero di domande di asilo presentate presso i governi dei Paesi Europei. Tra i paesi di accoglienza, al primo posto si colloca la Germania (576.346 domande di asilo alla fine del 2016), seguita dagli Stati Uniti, Turchia e Sud-Africa. L'Italia si posiziona nel 2016 al quinto posto nel mondo (II° in Europa) con 122.960 domande ricevute nel 2016. La distribuzione dei migranti sul territorio nazionale ha interessato e continua ad interessare quasi tutte le regioni e anche le Marche. Alla data del 31 marzo 2017 erano accolti nelle Marche 4.482 rifugiati e richiedenti asilo, di cui 3718 ospitati in strutture di accoglienza temporanea e 764 nell'ambito dei progetti SPRAR. Nel contesto descritto diventa fondamentale la precocità della diagnosi e della presa in carico da parte di personale appositamente formato ed in grado di interagire all'interno di reti strutturate di sostegno psico-sociale. A riguardo è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 24 aprile 2017 il decreto del Ministero della Salute "Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale". Le Linee Guida hanno come obiettivo quello di tutelare chi richiede protezione internazionale in condizioni di particolare vulnerabilità, in qualunque fase del suo percorso di riconoscimento della protezione e ovunque sia ospitato, creando le condizioni perché le vittime di eventi traumatici possano effettivamente accedere alle procedure previste dalla normativa e la loro condizione possa essere adeguatamente tutelata. Le linee guida prevedono un approccio multidisciplinare, integrato ed olistico, volto all'individuazione, non sempre facile ed evidente in questo tipo di situazioni, fino alla riabilitazione della vittima. Punti di attenzione sono la certificazione, essenziale nell'iter della richiesta di protezione internazionale, e la



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

mediazione culturale, presidio indispensabile per la costruzione della relazione interculturale. Le linee guida racchiudono inoltre indicazioni generali valide in ogni contesto e circostanza e forniscono indicazioni sugli interventi specifici da applicare in maniera differenziata nei diversi territori in cui la domanda di protezione viene presentata e qualunque sia la condizione giuridica del migrante che la presenta. Altresì invitano i servizi sanitari ad avviare la programmazione di strumenti operativi adeguati ad assistere questa nuova e numerosa utenza multiculturali, eterogenea, segnata in modo consistente dai traumi subiti. Gli effetti della tortura sulla salute psico-fisica presentano caratteristiche sui generis che non rientrano nelle nozioni nosografiche abituali e necessitano di approcci e di trattamenti specifici.

L'ASUR Marche ha attivato, nel territorio di Senigallia (Area Vasta 2), un gruppo di lavoro multidisciplinare, formalizzato con ASUR DG 69/2018 e confermato ASUR DG 200/2019, che sta dando risposte ai bisogni sopraesposti. L'attività effettuata a Senigallia garantisce l'accesso ai servizi sanitari dei migranti forzati attraverso lo sviluppo di una rete multidisciplinare costituita da:

-Psichiatra del Dipartimento di Salute Mentale, la cui azione si struttura attraverso colloqui e/o interviste diversificate con l'obiettivo di stabilire una relazione significativa, capace di fronteggiare la sofferenza emotiva e promuovere la rielaborazione del trauma;

-Medico legale del Distretto: figura professionale in grado di riconoscere e certificare gli indicatori fisici di maltrattamenti e torture. Compito del medico legale è raccogliere tutti gli elementi utili emersi durante il percorso di cura per evidenziare, con diversi livelli di probabilità, la riconducibilità delle lesioni, fisiche e psichiche accertate alle violenze riferite dal richiedente asilo. E' importante che la certificazione non venga considerata come un puro atto burocratico ma come un momento fondamentale del percorso riabilitativo in cui il richiedente rivive la propria storia;

-Specialista in Dermatologia con competenze di vulnologia: figura professionale necessaria per le consulenze di diagnosi differenziale delle lesioni traumatiche.

L'equipe si è avvalsa di ogni altra figura di clinico presente nella struttura ospedaliera e/o territoriale ritenuta necessaria alla definizione di una corretta presa in carico del caso e diagnosi. Compito del medico legale e dello psichiatra è raccogliere tutti gli elementi utili, emersi durante il percorso di cura, per evidenziare, con diversi livelli di probabilità, la riconducibilità delle lesioni, fisiche e psichiche, accertate alle violenze riferite dal richiedente asilo. La certificazione non è un puro atto burocratico, ma un vero e proprio percorso riabilitativo in cui il richiedente rivive la propria storia. La certificazione medico legale e psichiatrica sugli esiti di tortura è di sostegno alla domanda di protezione internazionale e viene redatta come momento di percorso riabilitativo della vittima. La modalità di lavoro dell'equipe multidisciplinare prevede un continuo e frequente confronto tra i professionisti del servizio sanitario e gli operatori dei centri (operatore dell'accoglienza e operatore legale) che accolgono i migranti, così come frequenti sono gli incontri tra i professionisti sanitari (in particolare tra medico legale e psichiatra) per discutere i casi clinici. Ciò avviene al fine di realizzare un confronto attivo tra le diverse figure che lavorano nella presa in carico della medesima persona, con competenze diverse e complementari. La presa in carico e la definizione del percorso avviene attraverso l'individuazione di obiettivi condivisi, secondo le modalità specificate in ASUR DG 69/18. Trattandosi di un fenomeno in continua evoluzione, con importanti ripercussioni dal punto di vista clinico e medico legale, si rende necessario un percorso di crescita e aggiornamento continuo e supervisione degli operatori coinvolti. Nell'anno di sperimentazione (2018) è stata attuata regolare formazione dei componenti dell'equipe. Necessaria anche l'attivazione di un percorso di supervisione. Altro obiettivo, su cui il Ministero della Salute ha espresso interesse, riguarda la prevenzione di atti di violenza a danno degli operatori sanitari e questo risulta possibile attraverso l'implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 8. Sono state presi in carico e risolti 43 casi di violenza su maggiorenni. Presso l'INRCA sono state intraprese specifiche azioni in ambito di prevenzione di episodi di violenza nei confronti del personale sanitario mediante il miglioramento dell'illuminazione dei percorsi esterni e degli strumenti di controllo dell'accesso a locali in cui viene prodotta la cannabis, rafforzamento dell'impianto di videosorveglianza (telecamere in aree più critiche e sostituzione con apparecchi ad alta definizione), automazione cancelli di accesso con videocitofoni e temporizzatori, dotazione (per i medici di guardia ed altri lavoratori in particolari condizioni di rischio) di dispositivi personali di allarme con combinatore telefonico, rafforzamento servizio vigilanza. Presso l'AOU "ospedali Riuniti" di Ancona, attraverso il Comitato Unico di Garanzia (CUG) è stato valorizzato il benessere del lavoratore, garantendo un ambiente improntato al benessere organizzativo, contrastando ogni forma di violenza morale o fisica. Sono stati potenziati gli strumenti per la formazione e lo sviluppo professionale dei dipendenti e garantite le pari opportunità per evitare qualsiasi forma di discriminazione. E' stato reso disponibile il supporto psicologico ai dipendenti che vivono un malessere lavorativo attraverso lo "sportello d'ascolto".



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Indicatore: *misurazione ed analisi dei casi segnalati dal cittadino (contenzioso-URP) quale estrinsecazione di percepita mancata equità del sistema sanitario.*

L'URP sovrintende alla funzione di tutela del cittadino, provvede alla gestione e presa in carico dei reclami e delle segnalazioni, in qualunque forma presentata, conoscendo i bisogni dei cittadini e fornendo una risposta in relazione alla soddisfazione dell'utenza. La quasi totalità delle persone che ha avuto accesso ai Servizio è classificabile come categoria "vulnerabile", cioè persone che hanno subito violenza intenzionale al proprio Paese o nei paesi di transito e che sono stati inviati per riferiti traumi o in ragione di una manifestazione psicopatologica connessa a traumi estremi. Di seguito i dati relativi al periodo 1 gennaio 2018 - 31 dicembre 2018: n° 60 nuovi accessi medicina legale.

Infine, la partecipazione dei singoli operatori sanitari alle attività aziendali di gestione del rischio clinico pone i singoli professionisti come parte attiva e partecipativa, anche per lo sviluppo di future politiche sanitarie. Chiaramente il grado di consapevolezza del valore aggiunto, che ciascun operatore può offrire al sistema, può essere raggiunto solo attraverso una qualificata formazione in tema di diritti, ruoli e responsabilità, anche a fronte delle indicazioni contenute nella recente normativa nazionale (L. 24/17) in tema di sicurezza delle cure e responsabilità professionale ed aziendale. Gli obiettivi del progetto sono orientati a migliorare le condizioni che hanno favorito la mancata promozione dell'equità in ambito sanitario, sia nei riguardi dei pazienti che degli operatori. Specifiche azioni sono state messe in campo presso i servizi "laboratorio analisi" "anatomia patologica" e "centrale sterilizzazione" implementando dispositivi di protezione individuale e collettiva ed strumenti formativi (sicurezza nell'utilizzo delle tecnologie in centrale di sterilizzazione, ruolo dei DPC e dei sistemi di aspirazione localizzata). In particolare, verranno rafforzate azioni di supporto in favore dei pazienti, comprendenti l'analisi delle percezioni che gli stessi hanno vissuto nel momento in cui hanno fatto accesso al SSR (analisi dei dati URP, contenzioso), unitamente alla valutazione, sugli stessi eventi, da parte degli operatori sanitari coinvolti.

Il CUG, nel corso del 2018, si è riunito 6 volte. Lo "Sportello di ascolto" ha fornito supporto psicologico a tutto il personale dell'Azienda ce ne ha fatto richiesta (n. 299 supporti psicologici). Le segnalazioni pervenute all'URP AOU sono state complessivamente 270 e sono state risolte 232 situazioni problematiche individuali.

Nel corso del 2018, è stato ulteriormente potenziato il servizio di supporto psicologico e di mediazione linguistica svolta nei confronti di tutti i pazienti e familiari stranieri ricoverati o che si rivolgono ai diversi reparti della struttura ospedaliera, fornito supporto da parte delle associazioni di volontariato con l'accompagnamento dei pazienti e dei familiari nei vari reparti e nelle attività relazionali e logistiche. In particolare, queste associazioni hanno ulteriormente rafforzato il loro sostegno a favore dei pazienti e dei loro familiari, attraverso servizio di accompagnamento, supporto in favore dei pazienti, sostegno morale e sociale, compagnia e conforto, attività ricreative e ludiche, supporto nelle cure igieniche elementari etc.

Con riferimento a tale progettualità, la spesa sostenuta nel 2018 risulta superiore a € 227.056,00.

L.P. – LA TECNOLOGIA SANITARIA INNOVATIVA COME STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO

Si assiste ad un progressivo sviluppo dell'impiego delle tecnologie sanitarie in ambito territoriale per la garanzia della continuità delle cure. La diffusione e l'implementazione di tali strumenti in setting assistenziali caratterizzati da multi-professionalità (medici, infermieri, amministrativi, etc.), talvolta molto distanti logisticamente tra loro, risulta strategica per rendere più efficiente il sistema sanitario e migliorare la qualità assistenziale attraverso l'ottimizzazione delle procedure inerenti la continuità delle cure. Il nuovo scenario della sanità elettronica e dei bisogni emergenti di sistema pongono nuove sfide per la sanità regionale che devono essere affrontate anche attraverso lo sviluppo di progetti di sistema, articolati e integrati nel contesto sanitario ed informativo regionale. Negli ultimi anni, la Regione Marche ha sviluppato la diffusione di nuove risorse tecnologiche per l'assistenza sanitaria e sociosanitaria sul territorio regionale (es. teleconsulto, telesalute, teleassistenza, etc.), a supporto della riorganizzazione del sistema, soprattutto in setting assistenziali territoriali (Ospedali di Comunità, RSA, Residenze Protette, Case di Riposo, Case della Salute, Assistenza Domiciliare, Aggregazioni Funzionali Territoriali di MMG, sistema di emergenza, prevenzione, etc.), privilegiando la presa in carico di pazienti anziani affetti da Scompenso Cardiaco Cronico (SCC) in assistenza specialistica cardiologica remota con supporto telematico (telesalute/telemonitoraggio elettrocardiografico) da parte di centro erogatore specializzato ed un centro Servizi dedicato dotato di call center telefonico attivo h 24. Al fine di garantire la maggiore capillarità nella accessibilità ai servizi, l'attività è stata erogata in diversi punti della rete dell'offerta (Strutture residenziali,



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

farmacie, Ambulatori, Medici di Medicina Generale, domicilio del paziente). Le finalità del progetto hanno riguardato la promozione della digitalizzazione dei percorsi di presa in carico e l'impiego della telemedicina per la garanzia di una migliore qualità assistenziale attraverso il monitoraggio delle attività svolte e il supporto alle decisioni cliniche, il miglioramento della prossimità dei servizi/equità e l'appropriatezza/stratificazione del rischio, l'integrazione di percorsi clinici/interdisciplinari per la gestione del paziente anziano fragile, il supporto alla residenzialità e domiciliarità, il miglioramento dell'empowerment del paziente e la qualità della vita, dell'appropriatezza prescrittiva e la riduzione delle liste di attesa, in una ottica globale di razionalizzazione delle risorse.

INDICATORE:

N° di utenti (pazienti) assistiti con sistema telematico: nel corso del 2018 sono stati assistiti 560 pazienti.

Con riferimento a tale progettualità, la spesa sostenuta nel 2018 risulta essere pari a € 120.000,00.