

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Oggetto: Piano regionale di assistenza territoriale di cui all'articolo 1 del D.L. 34/2020 convertito dalla Legge 17 luglio 2020, n. 77.

LA GIUNTA REGIONALE

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

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

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 P.F. Territorio e integrazione ospedale territorio;

VISTA l'attestazione della copertura finanziaria, nonché il D.Lgs 118/2011

VISTO l'articolo 28 dello Statuto della Regione;

VISTA la proposta del Dirigente del Servizio Sanità;

Con la votazione, resa in forma palese, riportata nell'allegato "Verbale di seduta".

DELIBERA

1. di approvare il "Piano regionale di assistenza territoriale di cui all'articolo 1 del D.L. 34/2020 convertito dalla Legge 17 luglio 2020, n. 77" secondo quanto indicato nell'Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente atto;
2. di dare mandato all'ASUR di realizzare il piano previsto nel presente atto, declinandolo in ulteriori piani applicativi che si incardinino nelle specificità territoriali e negli assetti organizzativi delle singole Aree Vaste;
3. alle finalità di cui al presente atto si fa fronte con le risorse disponibili sul bilancio regionale 2020/2022, annualità 2020, sui capitoli di spesa e per gli importi come indicati nell'attestazione contabile allegata al presente atto, per complessivi euro 29.527.375,00;



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

4. di dare mandato ai dirigenti delle PF competenti di provvedere agli adempimenti conseguenti all' attuazione di quanto disposto nel presente atto

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
(Deborah Giraldi)

Documento informatico firmato digitalmente

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
(Francesco Acquaroli)

Documento informatico firmato digitalmente



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Normativa di riferimento

- Delibera del Consiglio dei Ministri 31/1/2020 “Dichiarazione dello stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili”;
- Decreto Legge 23/02/2020, n. 6 “Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19”, convertito con modificazioni in Legge 05/03/2020 n. 13;
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 01/03/2020 “Ulteriori disposizioni attuative del D. L. 23/02/2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19”;
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 08/03/2020 “Ulteriori disposizioni attuative del D. L. 23/02/2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19”;
- Decreto Legge 09.03.2020, n. 14 “Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio Sanitario Nazionale in relazione all'emergenza COVID-19”;
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 09.03.2020 “Ulteriori disposizioni attuative del D. L. 23/02/2020, n. 6 recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale”;
- DGR n. 272 del 09/03/2020 “Piano Regionale per la gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19”;
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 11/03/2020 “Ulteriori disposizioni attuative del D. L. 23/02/2020, n. 6 recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale”;
- DGR n. 320 del 12/03/2020. “Aggiornamento del "Piano regionale per la gestione dell'emergenza epidemiologica da covid-19" di cui alla DGR 272 del 09.03.2020”;
- DGR n. 347 del 16.03.2020 “Emergenza COVID-19: Applicazione decreto legge n. 14 del 9/03/2020 - Art. 8 - Unità speciali di continuità assistenziale
- D.L. n. 18 del 17/03/2020 “Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19”;
- DGR n. 360 del 18/03/2020 “DGR 270/2020 - Risorse destinate al finanziamento delle misure straordinarie per far fronte alla situazione di allerta sanitaria determinata dal corona-virus (Covid-19) - Ulteriore assegnazione - Piano pandemico”;



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- D.L. 25/3/2020 “Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da Covid-19”;
- DGR n.384 del 27/03/2020 “Emergenza COVID-19 - Decreto legge n. 14/2020 (Art. 8) e DGR n. 347 del 16/03/2020 - Unità speciali di continuità assistenziale - Linee di indirizzo e di uniforme attuazione;
- D.P.C.M. 26/04/2020 “Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19, applicabili sull'intero territorio nazionale”;
- Decreto del Ministro della Salute 30/04/2020 “Adozione dei criteri relativi alle attività di monitoraggio del rischio sanitario di cui all'allegato 10 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 26 aprile 2020”;
- DGR n. 523 del 05/05/2020 “Epidemia COVID-19: Piano di riorganizzazione delle Attività di Ricovero ed Ambulatoriali presso le Strutture Ospedaliere Pubbliche e Private accreditate del Sistema Sanitario Regionale”;
- DGR n. 600 del 18.5.2020 “Piano territoriale della regione marche per la riapertura graduale dei centri semiresidenziali sanitari e sociosanitari nella fase 2 dell'emergenza Covid-19”;
- DGR n. 685 del 08/06/2020 “Linee di indirizzo regionali per la gestione delle strutture residenziali sanitarie, sociosanitarie e sociali nell'area extra ospedaliera nel graduale superamento dell'emergenza covid-19”;
- DGR n. 627 del 25/5/2020 “Piano operativo Prevenzione e Territorio in risposta alla pandemia da COVID-19 nelle Marche (fase 2)”;
- D.L. n. 34 del 19/5/2020 “Misure Urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19”, coordinato con la legge di conversione 17 luglio 2020 n. 77;
- DGR n. 750 del 15/06/2020 “PDTA pazienti COVID 19 positivi - Organizzazione del percorso di follow-up e di valutazione degli outcomes a medio e lungo termine”
- DGR n. 751 del 16/06/2020 “Linee di indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19 in attuazione del D.L. 19 MAGGIO 2020, N. 34 (Misure Urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19);
- Decreto del direttore generale della direzione generale (prot . n. 13595 del 2/7/2020) della programmazione sanitaria del Ministero della Salute, registrato dalla Corte dei Conti, di approvazione del Piano regionale;
- DGR n. 1257 del 5/08/2020 “Aggiornamento del Piano Pandemico Regionale di cui alla DGR 1371 del 26/11/2007 “Piano pandemico regionale – Linee guida””;
- DGR n. 1266 del 5/08/2020 “COVID-19. D.L. 34/2020 convertito dalla Legge 17 luglio 2020, n. 77. Procedure attuative dell'articolo 1 “Disposizioni urgenti in materia di assistenza territoriale”. Integrazione DGR n. 347 del 16.03.2020 e DGR n.384 del 27/03/2020 concernenti le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA)”;



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- DGR n. 1267 del 05/08/2020 “D.L. 19 maggio 2020, n. 34 coordinato con la legge di conversione 17 luglio 2020 n. 77 (Misure Urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all’economia, nonché di politiche sociali connesse all’emergenza epidemiologica da COVID-19) – Attuazione Piano di Riorganizzazione della Regione Marche (D.G.R. n. 751/2020)”;
- D.L. 7 ottobre 2020, n. 125 “Misure urgenti connesse con la proroga della dichiarazione dello stato di emergenza epidemiologica da COVID-19 e per la continuità operativa del sistema di allerta COVID, nonché per l’attuazione della direttiva (UE) 2020/739 del 3 giugno 2020;
- DPCM 13/10/2020 “Ulteriori disposizioni attuative del decreto legge 25 marzo 2020, n. 19, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 maggio 2020, n. 35, recante «Misure urgenti per fronteggiare l’emergenza epidemiologica da COVID-19», e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 luglio 2020, n. 74, recante «Ulteriori misure urgenti per fronteggiare l’emergenza epidemiologica da COVID-19».
- Documento Ministero della Salute e Istituto Superiore di Sanità “Prevenzione e risposta a COVID-19: evoluzione della strategia e pianificazione nella fase di transizione per il periodo autunno-invernale” – 12 ottobre 2020”;

Motivazione ed esito dell’istruttoria

Per affrontare in una logica di sistema sanitario integrato l’emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-CoV-2, logica che diventa indispensabile nella fase attuale caratterizzata dalla riesplorazione del fenomeno pandemico da Covid 19, è necessario utilizzare appropriatamente tutte e tre le macro-aree di intervento sanitario - prevenzione, territorio, ospedali - in un’ottica di filiera assistenziale integrata e dedicata.

In particolare, in questa fase, va potenziata la leva territoriale in tutte le sue articolazioni, anche applicando i nuovi indirizzi regionali e nazionali, con specifico riferimento al Decreto Legislativo “Rilancio” del 19 maggio 2020, coordinato con la legge di conversione 17 luglio 2020 n. 77, e al suo recepimento regionale di cui alla DGR 1266 del 5 agosto 2020.

Quest’ultimo sposta sul territorio il baricentro della lotta al COVID-19 e prevede che per l’anno 2020 ogni regione si doti di un Piano di potenziamento e di riorganizzazione della rete assistenziale territoriale.

Con le DDGRR 627 e 1257 del 2020, rispettivamente “Piano operativo Prevenzione e Territorio in risposta alla pandemia da COVID-19 nelle Marche (fase 2)” e “Aggiornamento del Piano Pandemico Regionale di cui alla DGR 1371 del 26/11/2007 “Piano pandemico regionale – Linee guida”, sono state dettagliatamente descritte e definite le attività territoriali necessarie a garantire e potenziare il sistema di accertamento diagnostico, di monitoraggio e di sorveglianza della diffusione del COVID-19.

Inoltre, con DGR n. 750 del 15/06/2020 “PDTA pazienti COVID 19 positivi - Organizzazione del percorso di follow-up e di valutazione degli outcomes a medio e lungo termine”, sono state



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delineate le modalità operative che vanno attuate lungo tutta la filiera della assistenza, Territorio-Ospedale-Territorio, al fine di garantire la presa in carico dei pazienti Covid positivi. Tale presa in carico si esplicita nella fase della in post dimissione dall'Ospedale o direttamente gestiti sul territorio dai MMG e PLS, con l'obiettivo di monitorare l'eventuale persistenza o "ripresa" del virus, le eventuali complicanze insorte e l'evoluzione nel tempo. Nella stessa delibera si è stabilito in via straordinaria che gli assistiti residenti nella Regione Marche contagiati da COVID-19, qualora non in possesso di una esenzione generale dalla compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket), possano usufruire dell'esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria per le prestazioni di specialistica ambulatoriale necessarie al monitoraggio del decorso della malattia. L'esenzione ha validità dal 1° febbraio 2020 al 31 dicembre 2020 e lo specifico codice regionale di esenzione è RMCOV2.

Relativamente a quanto attiene all'assistenza territoriale afferente al sistema distrettuale e delle cure primarie, l'articolo 1 "Disposizioni urgenti in materia di assistenza territoriale" del Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito dalla legge di conversione 17 luglio 2020, n. 77, programma il rafforzamento di alcuni servizi territoriali (ADI, USCA) e introduce nuove figure professionali (infermiere di comunità) e nuovi servizi (centrale operativa regionale), come delineato nel documento allegato. Riguardo alle USCA si è rilevato il bisogno di ripianare la carenza di alcuni equipaggi e di aumentarne il numero e, in tal senso, sono state impartite direttive di potenziamento dei servizi.

Al fine di una riorganizzazione efficace dell'assistenza la Regione Marche, con DGR 1266/2020, ha ritenuto indispensabile un coinvolgimento attivo dei professionisti e dei servizi implicati nell'erogazione delle specifiche prestazioni e nella presa in carico del paziente a livello domiciliare e residenziale. Si è resa perciò necessaria la costituzione di un gruppo di lavoro, coordinato dalle PF "Territorio e Integrazione ospedale territorio, PF "Mobilità sanitaria ed area extra-ospedaliera", P.F "Risorse Umane e formazione", che ha visto la partecipazione dei professionisti del SSR indicati dall'ASUR, dalle rappresentanze sindacali di categoria e dai Comitati di Partecipazione. Il lavoro del gruppo è esitato nella elaborazione di un piano di potenziamento e di riorganizzazione della rete assistenziale territoriale della Regione Marche, in attuazione del primo comma dell'articolo 1 del Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito dalla legge di conversione 17 luglio 2020, n. 77, che viene allegato alla presente delibera.

Il piano previsto nel presente atto dovrà essere realizzato dall'ASUR, declinandolo in ulteriori piani applicativi che si incardinino nelle specificità territoriali e negli assetti organizzativi delle singole Aree Vaste.

I commi 10 e 11 del D.L. 34 contengono le disposizioni finanziarie in relazione alle misure previste all'articolo 1 e nelle tabelle di cui agli allegati A e B del medesimo D.L. vengono stabilite le risorse specificamente assegnate. Con successivi decreti delle PF di competenza le risorse indicate nelle tabelle saranno assegnate all'ASUR.

Per le finalità di cui al presente atto, si fa fronte con le risorse disponibili sul bilancio regionale 2020/2022, annualità 2020, per complessivi euro 29.527.375,00 con i capitoli di spesa e per gli importi come di seguito indicati.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

2130110731	<i>D.L. 34/2020 art. 1, c. 4 - spese per personale Assistenza domiciliare integrata (tab B anno 2020) - COV 20 - CNI 2020</i>	9.055.453,00
2130110732	<i>D.L. 34/2020, art. 1, c. 5 - spese per personale per rafforzamento servizi infermieristici _ infermiere di famiglia o di comunità (tab B anno2020) - COV 20</i>	8.526.714,00
2130110733	<i>D.L. 34/2020, art 1, c. 6 - spese per personale per potenziamento USCA (tab B anno 2020) - COV 20</i>	1.563.641,00
2130110734	<i>D.L. 34/2020, art. 1, c. 7 - spese per personale _ Assistenti sociali per USCA - (tab B anno 2020) - COV 20</i>	365.431,00
2130110737	<i>D.L. 34/2020, art. 1 c. 9 - Personale infermieristico Medici di medicina Generale – Incremento fondo per la qualità dell’assistenza anno 2020 (ACN MMG art.46 e art. 59 c.1 lett.b) - COV 20</i>	256.335,00
2130110738	<i>D.L. 34/2020 - art. 1 Spese per attuazione commi 2, 3, 4, 4bis - ANNO 2020 - COV 20</i>	9.759.801,00
	Totale	29.527.375,00

I capitoli di spesa riportati nella tabella sono correlati al capitolo di entrata n. 1201010432 – bilancio 2020/2022, annualità 2020, accertamento n. 3380/2020.

Dette risorse sono state iscritte sul bilancio regionale con DGR 1209/2020.

Tutto ciò premesso si propone l’adozione del presente atto.

Il sottoscritto, in relazione alla presente deliberazione, 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 D.P.R. 62/2013 e della DGR 64/2014

Il responsabile procedimento

Claudio Martini

Documento informatico firmato digitalmente

PARERE DEL DIRIGENTE P.F. Territorio e 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 dichiara, ai sensi dell’art.47 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.6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del DPR 62/2013 e della DGR 64/2014.

Il dirigente

Claudio Martini



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Documento informatico firmato digitalmente

PROPOSTA DEL DIRIGENTE DEL SERVIZIO SANITA'

Il sottoscritto, in relazione alla presente deliberazione, 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 D.P.R. 62/2013 e della DGR 64/2014

Il dirigente

Lucia Di Furia

Documento informatico firmato digitalmente

ALLEGATI

- Attestazione della copertura finanziaria;
- PIANO REGIONALE DI ASSISTENZA TERRITORIALE DI CUI ALL'ARTICOLO 1 DEL D.L. DECRETO-LEGGE "RILANCIO" del 19 maggio 2020, n. 34.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ALLEGATO A

PIANO REGIONALE DI ASSISTENZA TERRITORIALE DI CUI ALL'ARTICOLO 1 DEL D.L. DECRETO-LEGGE "RILANCIO" del 19 maggio 2020, n. 34

Con il presente piano si vanno ad esplicitare i caratteri principali del modello organizzativo che la Regione Marche intende applicare al sistema dell'Assistenza Territoriale, al fine di dare piena attuazione a tutte le azioni declinate nei sovra citati atti normativi nazionali e regionali di riferimento in un'ottica rivista a causa della pandemia da Coronavirus.

Il D.L. n.34 "Rilancio" riafferma l'indispensabilità di una forte integrazione tra i servizi sanitari e socio-sanitari del territorio nella valutazione e nella presa in carico multidimensionale dei bisogni dei pazienti, ribadendo quanto già contenuto nei documenti di programmazione regionale

1 Gli attori del Sistema previsti nel D.L. "Rilancio"

Al fine di una riorganizzazione efficace dell'assistenza territoriale è indispensabile un coinvolgimento attivo dei professionisti e dei servizi implicati nell'erogazione delle specifiche prestazioni e nella presa in carico del paziente a livello domiciliare e residenziale.

Per l'applicazione dell'articolo 1 del D.L. "Rilancio" in base a quanto previsto dalla DGR 1266/2020 si è provveduto alla costituzione di un gruppo di lavoro, coordinato dalle PF "Territorio e Integrazione ospedale territorio, PF "Mobilità sanitaria ed area extra-ospedaliera", P.F "Risorse Umane e formazione", che ha visto la partecipazione dei professionisti del SSR indicati dall'ASUR, dalle rappresentanze sindacali di categoria e dai Comitati di Partecipazione. Il lavoro del gruppo è esitato nella elaborazione del presente piano.

Il Decreto Legge n.34 del 2020 per il rilancio e la riorganizzazione dell'assistenza territoriale focalizza l'attenzione in particolare su alcune figure professionali come di seguito enucleati:

1. il Medico di Medicina Generale e il Pediatra di Libera Scelta;
2. l'Infermiere di Famiglia e di Comunità;
3. lo Psicologo, l'Assistente Sociale;
4. ADI - Assistenza Domiciliare Integrata;
5. le USCA Unità Speciali di Continuità Assistenziale;
6. sviluppo delle Centrali Operative Territoriali 116/117 con compiti di assistenza sanitaria e socio-sanitaria.

Per l'attuazione di quanto previsto nell'articolo 1 del D.L. 34, anche in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente, viene peraltro previsto un significativo incremento di risorse, come dettagliato negli Allegati A e B del Decreto "Rilancio".

Le modalità di coinvolgimento dei singoli attori e delle singole funzioni sono declinate nei paragrafi successivi.

2 Dipartimento di Prevenzione

Il ruolo del DDP è stato trattato nella DGR n. 627 del 25/5/2020 "Piano operativo Prevenzione e Territorio in risposta alla pandemia da COVID-19 nelle Marche", nella DGR n. 1257 del 5/08/2020 "Aggiornamento del Piano Pandemico Regionale di cui alla DGR 1371

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

del 26/11/2007 “Piano pandemico regionale – Linee guida” e nella DGR n. 1364 del 30/10/2020 “Misure strategiche previste dal Piano Pandemico Regionale di cui alla dgr n.1257/2020”)

3 Il Distretto Sanitario

Il ruolo del Distretto sanitario, la cui organizzazione è definita norma statale viene rafforzato sia nel compito di coordinamento delle funzioni territoriali tradizionali, arricchite di servizi e professionalità innovative, sia nell’applicazione delle misure di identificazione e gestione dei contatti e dell’attività di monitoraggio e di sorveglianza attiva della circolazione di SARS-CoV-2, in stretta sinergia con i Dipartimenti di Prevenzione.

4 Professionisti delle Cure Primarie (MMG, PLS e Medici di Continuità Assistenziale)

I medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e i medici della continuità assistenziale rivestono un ruolo centrale nella presa in carico territoriale, domiciliare e residenziale, della prima fase dell’emergenza pandemica, ruolo che diventa ancora più strategico nella fase 2 di ripresa pandemica, con la ripresa della ordinarietà delle attività e con il già consolidato compito di coordinamento delle attività delle USCA come normato nella nostra regione.

Il ruolo centrale delle Cure Primarie nella riorganizzazione del territorio è legato allo sviluppo della Medicina di Iniziativa e deve partecipare alla riqualificazione dell’assistenza sanitaria territoriale riducendo le distanze tra cittadino e luogo di cura, riducendo altresì il ricovero in ambiente ospedaliero che, anche considerata la recente esperienza Covid, deve essere riservato ai momenti di acuzie non gestibili nel territorio e al domicilio del paziente.

Il Decreto “Rilancio” prevede che, per la presa in carico precoce dei pazienti affetti da COVID-19 e per garantire il massimo livello di assistenza ai pazienti fragili, la cui condizione risulta aggravata dall’emergenza in corso, il fondo di cui all’articolo 46 dell’A.C.N. 23 marzo 2005 e successive modificazioni e integrazioni per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale è complessivamente incrementato nell’anno 2020 a livello nazionale dell’importo di 10 milioni di euro per la retribuzione dell’indennità di personale infermieristico di cui all’articolo 59, comma 1, lettera b), del medesimo Accordo collettivo nazionale che, per la Regione Marche, sulla base della ripartizione per quota di accesso, è stimato pari a 256.334,60 euro, anno 2020.

In virtù di tali risorse si implementa, grazie al finanziamento previsto per le figure assistenziali infermieristiche, l’esperienza degli ambulatori di assistenza avanzata di Medicina generale e delle cure primarie, per lo sviluppo dei quali con DGR n. 1456 del 4/12/2017 si sono poste le basi programmatiche, da tradurre in realizzazioni concrete sulla base di accordi locali tra ASUR e MMG. Con i fondi stanziati con il presente atto si dà anche la possibilità di potenziare gli ambulatori di MMG in fase di emergenza tramite il riconoscimento temporaneo di ore aggiuntive di infermieri.

5 USCA

Le equipe USCA attualmente operative nella Regione Marche sono 32, come da tabella ASUR sotto riportata.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

MAPPATURA USCA AL 02/11/2020					
Distretto	Composizione	Popolazione Distretto 01/01/2020	Standard	Attuale	Delta
Pesaro	2 equipe (1 medico +1 infermiere)	139.379	2,8	2,0	-0,8
Urbino	2 equipe (1 medico +1 infermiere)	81.979	1,6	2,0	0,4
FANO	2 equipe (1 medico +1 infermiere)	135.779	2,7	2,0	-0,7
RESIDENZIALITA' (Fano)	1 equipe (2 medici)			1,0	
TOTALE AV1		357.137	7,1	7,0	-0,1
Senigallia	2 equipe (2 medici)	77.773	1,6	2,0	0,4
Jesi	2 equipe (4 medici per turno)	105.866	2,1	2,0	-0,1
Fabriano	1 equipe (2 medici)	45.072	0,9	1,0	0,1
Ancona Nord	2 equipe (2 medici)	253.356	5,1	7,0	1,9
Ancona Centro	2 equipe (2 medici)				
Ancona Sud	2 equipe (2 medici)				
Ancona-Loreto	1 equipe (2 medici)				
TOTALE AV2		482.067	9,6	12,0	2,4
Civitanova	1 equipe (1 medico+1 infermiere)	124.077	2,5	1,0	-1,5
Macerata	3 equipe (2 medici)	130.721	2,6	3,0	0,4
Camerino	1 equipe (1 medico+1 infermiere)	45.031	0,9	1,0	0,1
TOTALE AV3		299.829	6,0	5,0	-1,0
Fermo	2 equipe (1 medico e 1 infermiere ciascuna)	173.004	3,5	2,0	-1,5
TOTALE AV4		173.004	3,5	2,0	-1,5
Ascoli	2 equipe (1 medico e 1 infermiere)	104.481	2,0	2,0	0,0
San Benedetto	2 equipe (1 medico e 1 infermiere)	101.882	2,0	2,0	0,0
AV5 aggiuntiva (residenzialità e domicilio)	2 equipe attivo dal 24/10 (1 medico+1 infermiere)			2,0	
TOTALE AV5		206.363	4,1	6,0	1,9
		1.518.400	30,4	32,0	1,6

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Il numero delle equipe USCA va ulteriormente aumentato in relazione all'evoluzione dell'emergenza pandemica. A tale riguardo è stata inviata, dal dirigente competente sul personale, una nota all'ASUR, Aree Vaste e Distretti con precisa indicazione di potenziare nel minimo tempo tecnico le USCA e di riaprire la possibilità di presentare domanda ai medici per aggiornare l'elenco delle disponibilità.

Il Decreto Legislativo "Rilancio" introduce la possibilità di arricchire la composizione delle USCA con ulteriori professionalità, oltre quelle mediche e infermieristiche già contemplate nei D.L. del mese di marzo, che hanno introdotto la novità delle USCA nell'alveo dei servizi assistenziali distrettuali.

L'obiettivo del legislatore è verosimilmente quello di potenziare e di rendere più completa ed integrata la presa in carico domiciliare e residenziale dei pazienti.

Pertanto il rafforzamento della struttura delle USCA, in sinergia con il previsto consolidamento delle attività dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e con l'introduzione di ulteriori figure professionali innovative quali gli infermieri di comunità, configura un nuovo modello di assistenza territoriale ai pazienti affetti, oltre che da sintomatologia correlata all'infezione da SARS-CoV-2, anche da patologie cronic-degenerative.

Nello specifico l'articolo 1 comma 6 del Decreto Legislativo "Rilancio" prevede che anche i medici specialisti ambulatoriali interni possono entrare a far parte delle USCA, da coinvolgere nell'ambito della presa in carico domiciliare e residenziale di specifiche patologie.

Con il presente atto si dà mandato all'ASUR di rendere disponibili specialisti ambulatoriali nelle USCA.

Il comma 7 del medesimo articolo riporta inoltre la possibilità che, in deroga all'articolo 7 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n.165 e fino al 31 dicembre 2020, si assegnino incarichi di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, a professionisti con il profilo di assistente sociale, regolarmente iscritti all'albo professionale, in numero non superiore ad un assistente sociale ogni due USCA per un massimo di 24 ore settimanali.

L'introduzione delle figure di assistenti sociali nelle USCA è finalizzata alla realizzazione della valutazione multidimensionale dei bisogni del paziente e dell'integrazione con i servizi socio-sanitari e sociali del territorio.

Inoltre il comma 7 bis prevede che, nel rispetto dei limiti della spesa per il personale degli enti del Servizio sanitario nazionale e ai fini di una corretta gestione delle implicazioni psicologiche e dei bisogni delle persone conseguenti alla pandemia di COVID-19, gli enti del Servizio sanitario regionale, a supporto delle unità speciali di continuità assistenziale possono conferire, in deroga all'articolo 7 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, fino al 31 dicembre 2021, incarichi di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, a soggetti appartenenti alla categoria professionale degli psicologi di cui alla legge 18 febbraio 1989, n. 56, regolarmente iscritti al relativo albo professionale, in numero non superiore a uno psicologo per due unità e per un monte ore settimanale massimo di ventiquattro ore.

Pertanto nelle cure primarie, grazie all'esperienza USCA, si implementa la medicina di iniziativa nella logica di micro-equipe assistenziali, formate da professionisti appartenenti a profili diversi ed indispensabili contestualmente.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Per l'attuazione del comma 6 il D.L. "Rilancio", nell'Allegato B, ha stanziato per la Regione Marche € 1.563.641,06 per il 2020. Per l'anno 2021 non sono previste, al momento, ulteriori risorse.

In considerazione del ruolo centrale e strategico attribuito alle USCA nello sviluppo della fase territoriale del contrasto alla pandemia da coronavirus, il Decreto Legislativo "Rilancio" impone alle singole USCA di redigere un'apposita rendicontazione trimestrale dell'attività svolta da inviare all'ASUR che la trasmette successivamente al Servizio Sanità della Regione/PF competente.

Con il presente atto si dà mandato all'ASUR di strutturare una rendicontazione dell'attività delle USCA, trimestrale e giornaliera, e di trasmetterla alla regione.

I Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze potranno richiedere alla Regione le relazioni di rendicontazione dell'attività delle USCA.

6 ADI -Assistenza Domiciliare Integrata

L'assistenza domiciliare è considerata cruciale nella fase 2 di ripartenza, anche per prevenire nuove situazioni di intasamento di ospedali e Pronto soccorso nel caso in cui nuovi ed estesi focolai epidemici dovessero riaccendersi sul territorio.

Ai sensi del comma 3 del Decreto Legislativo "Rilancio" l'ASUR, tramite i distretti, dovrà provvedere ad implementare le attività di assistenza domiciliare integrata o equivalenti, per i pazienti in isolamento anche ospitati presso le strutture alberghiere individuate ai sensi del comma 2 dello stesso Decreto, garantendo adeguato supporto sanitario per il monitoraggio e l'assistenza dei pazienti, nonché il supporto per le attività logistiche di ristorazione e di erogazione dei servizi essenziali.

Come precisato nel comma 4, il potenziamento dell'ADI previsto dal DL è finalizzato, oltre che a garantire il massimo livello di assistenza compatibile con le esigenze di sanità pubblica e di sicurezza delle cure in favore dei soggetti contagiati identificati attraverso le attività di monitoraggio del rischio sanitario, anche a rafforzare i servizi di assistenza domiciliare integrata per i soggetti cronici, disabili, con disturbi mentali, con dipendenze patologiche, non autosufficienti, con bisogni di cure palliative, di terapia del dolore, e in generale per le situazioni di fragilità tutelate ai sensi del Capo IV del D.P.C.M 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502". Al fine di realizzare gli obiettivi di cui ai commi 3 e 4, il comma 4 bis prevede che il Ministero della salute, sulla base di un atto di intesa in sede di Conferenza Stato Regioni, coordina la sperimentazione, per il biennio 2020-2021, di strutture di prossimità per la promozione della salute e per la prevenzione, nonché per la presa in carico e la riabilitazione delle categorie di persone più fragili, ispirate al principio della piena integrazione socio-sanitaria, con il coinvolgimento delle istituzioni presenti nel territorio, del volontariato locale e degli enti del Terzo settore senza scopo di lucro.

Gli obiettivi fondamentali del Decreto "Rilancio" rispetto all'ADI sono due:

- 1) Il primo è quello di aumentare la percentuale degli assistiti presi in carico a livello domiciliare, rispetto alla popolazione di età superiore ai 65 anni, al 6,7%. Attualmente nella Regione Marche, su una popolazione over 65 anni di 37.8321 persone (Dato ISTAT Marche 2019), le persone assistite a livello domiciliare sono 12.566, pari al 3,32%. In

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

base a quanto previsto dal DL “Rilancio” le persone arruolabili in ADI >65 anni dovrebbero essere 25.348, pari appunto al 6,7%.

- 2) Il secondo è quello di portare la percentuale degli assistiti presi in carico a livello domiciliare, rispetto alla popolazione di età inferiore ai 65 anni, allo 0,30%. Attualmente nella Regione Marche, su una popolazione under 65 anni di 1.165.215 (Dato ISTAT Marche 2019), le persone assistite a livello domiciliare sono 1.378, pari allo 0,118%. In base a quanto previsto dal DL “Rilancio” le persone arruolabili in ADI < 65 anni dovrebbero essere 3.495, pari appunto al 0,30%.

Il fabbisogno così calcolato di complessivi 28.843 pazienti arruolabili in ADI risponde all'esigenza di ampliare la presa in carico domiciliare per quei soggetti il cui bisogno fino ad oggi verosimilmente non ha avuto risposta (bisogno inespresso), oltre a prendere in carico anche i pazienti attualmente trattati in strutture semiresidenziali riabilitative e ai pazienti trattati nei Centri Diurni di Salute Mentale e nelle Dipendenze patologiche in quanto bisognevoli di assistenza continuativa erogabile appropriatamente a livello domiciliare.

Per l'attuazione dei commi relativi al potenziamento dell'ADI, come esplicitato nella relazione tecnica del Senato al D.L. 34/2020 convertito dalla Legge 17 luglio 2020, n. 77, a livello nazionale sono state stanziare risorse pari a € 733.969.086,00 di cui 265.028.624 destinate a spese per il personale, prendendo a riferimento il costo medio annuo dell'ADI rilevato negli anni 2017-2018 dal modello di rilevazione dei costi dei LEA. Si è poi suddiviso il suddetto importo per il numero dei pazienti attualmente presi in carico, come risultanti dal Flusso SIAD 2019, e si è così stimato un costo medio per assistito, che include l'onere del personale per l'erogazione dell'assistenza domiciliare in favore dei pazienti presi in carico oltre ai relativi incrementi di costi strumentali (es. incremento parco auto, incremento dispositivi medici ecc...). Tali risorse vengono stimate dalla Regione Marche per il 2020 con una cifra indicativamente pari a € 18.815.254,00.

Nell'ambito di questa cifra per il personale sono previsti, come specificato nell'Allegato B al Decreto, € 9.055.452,80 per il 2020 e la stessa cifra per il 2021, quote che rappresentano il limite di spesa.

L'emergenza ha dimostrato le criticità che possono derivare dalla scarsa interazione e integrazione tra ospedale e medicina del territorio.

È dunque essenziale che, non solo per la gestione acuta dei pazienti COVID, ma anche e soprattutto per la gestione dei pazienti cronici, lo specialista possa interagire tempestivamente con i medici di medicina generale e con i servizi territoriali.

Per i pazienti cronici si ritiene necessario portare avanti almeno tre azioni specifiche:

- 1) realizzare modelli organizzativi per la presa in carico dei malati con l'integrazione tra strutture ospedaliere e territorio, prevedendo il trattamento domiciliare, anche per i pazienti oncologici, in tutte le situazioni cliniche che lo consentono, nonché (oltre alla somministrazione delle terapie) la semplificazione di alcune procedure che al momento richiedono l'accesso in ospedale;
- 2) attivare la figura dell'infermiere di famiglia e di comunità (vedi paragrafo successivo) per collaborare alla gestione delle cronicità, su indicazione e in sinergia con il MMG, anche attraverso l'attivazione di ambulatori dedicati. La figura dell'infermiere di famiglia e di comunità, se attivata prontamente, sarebbe di grande aiuto, soprattutto nella fase 2, nel percorso di presa in carico dei pazienti cronici, soprattutto in termini di sicurezza delle cure e contrasto alle disuguaglianze. L'infermiere di famiglia e di comunità, portando il

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

SSN al domicilio delle persone, anche nelle aree interne del nostro Paese, contribuisce a rafforzare il diritto alla Salute e a salvaguardare i redditi delle famiglie.

3) Monitorare, fino a quando la pandemia non verrà sconfitta, i pazienti cronici gestiti a domicilio per una diagnosi precoce del COVID-19 e per il trattamento conseguente.

Con il presente atto si dà mandato all' ASUR di provvedere al potenziamento dell'ADI secondo le indicazioni sopra riportate.

7 Infermiere di famiglia e di comunità

La figura dell'Infermiere di famiglia e di comunità è una componente innovativa dell'assistenza territoriale. Il Decreto Legislativo "Rilancio" ne prevede, al comma 5 dell'articolo 1, l'immissione strutturata nel sistema di assistenza territoriale per potenziare la presa in carico sul territorio dei soggetti infettati da SARS.CoV-2.

Il loro ruolo si esplica sia supportando le USCA e i servizi offerti dalle cure primarie sia rafforzando i servizi di assistenza domiciliare integrata per i soggetti affetti da patologie croniche, da disabilità, da disturbi mentali, da dipendenze patologiche, e in genere per tutte le situazioni di fragilità tutelate ai sensi del Capo IV del DPCM LEA del 12 gennaio 2017.

L'ASUR può reperire il personale sia attraverso assunzioni a tempo indeterminato e determinato e sia attraverso forme di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, con infermieri che non si trovino in costanza di rapporto di lavoro subordinato con strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private accreditate, in numero non superiore a otto unità infermieristiche ogni 50.000 abitanti.

Per l'assunzione degli infermieri alla Regione Marche sono assegnate, in base all'Allegato B del Decreto, risorse pari a € 8.526.714, 16 per l'anno 2020 e € 12.304.060, 80 per l'anno 2021.

L'ASUR dovrà procedere al reclutamento di infermieri in numero pari a 8 unità ogni 50.000 abitanti, attraverso assunzioni a tempo indeterminato per ognuna delle due annualità. Per quanto riguarda il profilo professionale e i risvolti organizzativi della figura dell'infermiere di famiglia e di comunità si rimanda a quanto contenuto nel documento approvato dalla Conferenza Stato-Regioni recante: "*Linee di indirizzo infermiere di famiglia/comunità ex l. 17 luglio 2020 n. 77*".

Con il presente atto si dà mandato all' ASUR di provvedere all'introduzione degli infermieri di famiglia e di comunità nelle USCA e nelle attività assistenziali del distretto.

8 Assistenti sociali e integrazione socio-sanitaria

Per garantire la valutazione degli aspetti sociali e socio-assistenziali, nella logica di una presa in carico complessiva ed integrata la figura dell'Assistente sociale riveste un ruolo strategico. La vigente normativa affida all'esercente la professione di assistente sociale, iscritto nell'apposito albo professionale, il compito di attivare tutte le risorse disponibili nel territorio e nella comunità per dare risposta ai bisogni che la situazione di fragilità, anche temporanea, produce.

Le USCA devono essere integrate con tale professionista, che garantisce la valutazione della quota sociale e socio-assistenziale del bisogno del paziente e del suo nucleo familiare da integrare con la valutazione sanitaria. Il numero di assistenti sociali da assumere è pari a 1 assistente sociale ogni due USCA per un impegno orario di 24 ore settimanali.

Le USCA attualmente operanti nella Regione Marche sono 32, per cui si possono assumere assistenti sociali con uno stanziamento di fondi previsto nell'Allegato B del

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Decreto “Rilancio” pari a € 365.430,61 per l’anno 2020. Per l’anno 2021 non sono previste, al momento, ulteriori risorse.

9 Telemedicina

La possibilità di erogare servizi di assistenza sanitaria in modalità di telemedicina è stata già prevista dalle Linee di indirizzo nazionali, di cui all’intesa della Conferenza Stato- Regioni del 20 febbraio 2014 (repertorio atti n.16/CSR).

La Regione Marche, con il Decreto del Dirigente del Servizio Sanità n. 43 del 29 novembre 2019 ha, inoltre, recepito e approvato la proposta di standard di servizio, di protocolli di erogazione e di strumenti amministrativi per la rendicontazione delle attività di telemedicina-tecnoassistenza.

L’attuale scenario di emergenza pandemica rende ancora più pressante l’esigenza di prendere in carico i pazienti a domicilio o in strutture residenziali, ovviamente quando possibile, al fine di alleggerire l’ospedale di accessi inappropriati e di valorizzare la vocazione di quest’ultimo per l’assistenza alle condizioni cliniche acute, in emergenza-urgenza e per l’esercizio delle alte specialità.

La telemedicina offre un’ampia gamma di possibili soluzioni digitali per supportare l’assistenza domiciliare, sia in fase di emergenza Covid-19, per il monitoraggio “attivo” del rischio di contagio e per il contrasto alla diffusione dell’infezione, sia successivamente per la teleassistenza in condizioni di normalità, soprattutto per le patologie croniche.

Anche la recente “**Fast Call Telemedicina** e sistemi di monitoraggio per il contrasto” promossa dal Ministro per l’innovazione tecnologica e la digitalizzazione, dal Ministro dello Sviluppo economico, dal Ministro dell’università e della ricerca e dal Ministro della Salute, persegue gli stessi obiettivi.

La DGR 523 del 6 maggio 2020 ha sistematizzato quanto già avviato durante la fase 1 dell’emergenza pandemica, incoraggiando l’erogazione di prestazioni ambulatoriali in regime di “videoconsulenza prevedendo, lo svolgimento dell’attività ambulatoriale in videoconsulenza ed evitando, quindi, di far accedere il paziente all’ambulatorio. Tale modalità di effettuazione ha consentito di garantire alcune specifiche tipologie di prestazioni, tra le quali: consulenze genetiche in stato di gravidanza, colloqui psicologici all’interno di un percorso di presa in carico, colloqui di psicologia penitenziaria, consulenze post prestazione laboratoristica o di diagnostica per immagini, alcune prestazioni di riabilitazione; prestazioni di neuropsicologia infantile, in particolare programmi di potenziamento delle abilità e delle attività di supporto a distanza, mediati dai genitori, ecc.

Nella stessa DGR si è stabilito che la prestazione deve essere effettuata sempre su prescrizione dematerializzata, che automaticamente si aggancia ad una prenotazione su CUP.

Le premesse poste con quanto già avviato nel primo periodo emergenziale consentono di procedere con determinazione verso una implementazione di altri strumenti di telemedicina.

10 Servizi riabilitativi di comunità nella fase 2 della pandemia da COVID 19

In linea con l’obbligo di rispettare criteri prudenziali volti a limitare i rischi di ripresa della diffusione del contagio nella fase 2 della pandemia Covid 19, in ambito riabilitativo si ritiene opportuno privilegiare interventi territoriali effettuati direttamente al domicilio.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

All'interno di tale setting riabilitativo, laddove ritenuto appropriato dallo specialista fisiatra, è da prevedere altresì il ricorso a sistemi di telemedicina/teleriabilitazione, così come rappresentati nella DGR 523 del 5 marzo 2020.

L'innovazione infotelematica rappresenta, dunque, il supporto essenziale per il monitoraggio clinico-funzionale in remoto e l'implementazione efficace di strategie di empowerment del soggetto disabile e del caregiver, creando un supporto elettivo al ruolo proattivo che il citato monitoraggio funzionale realizza nelle patologie croniche. Il ricorso a strumenti di innovazione infotelematica può consentire una presa in carico longitudinale del soggetto fragile con disabilità cronica attraverso il monitoraggio clinico-funzionale da remoto, l'educazione terapeutica, l'addestramento del soggetto disabile e del caregiver sulle attività da svolgere.

Nel contempo consente da un lato il pieno rispetto dei criteri di equità, accessibilità diffusa alle cure e dei vincoli di sostenibilità economica, e dall'altro la sicurezza e la tutela di utenti e personale sanitario nei confronti del rischio infettivo.

Si sottolinea che gli interventi in telemedicina/ teleriabilitazione svolgono eminentemente un ruolo di consulenza/monitoraggio clinico ed esprimono una valenza educativa o di supporto al bisogno di salute, per una risposta ed una presa in carico quanto più rapida possibile. In questa fase sarà possibile l'acquisizione di informazioni cliniche e la valutazione di parametri comportamentali che non richiedano il contatto fisico con il paziente, ma la cui interpretazione presuppone una precedente presa in carico del paziente ed una eventuale conoscenza del suo profilo clinico-funzionale.

A questa fase di consulenza/monitoraggio clinico, si affianca la fase di erogazione dell'intervento riabilitativo in cui vengono esplicitate e poi supervisionate le attività che il paziente è chiamato a svolgere. Attività quest'ultima che presuppone un livello di collaborazione e di competenza fisica adeguati da parte del paziente.

Da sottolineare che gli interventi in telemedicina/teleriabilitazione non possono essere considerati sostitutivi dell'approccio tradizionale erogati in modalità ambulatoriale o domiciliare, in quanto la sola osservazione ecologica delle problematiche, delle ridotte abilità del paziente si deve necessariamente accompagnare ad una conoscenza del profilo clinico-funzionale globale del paziente da acquisire attraverso la valutazione obiettiva diretta.

Essa rappresenta, peraltro, uno strumento di riorganizzazione sanitaria verso il territorio. Le azioni da avviare, da sviluppare con gli specialisti in Medicina Fisica e Riabilitativa sono le seguenti:

- A) definizione di tre livelli di interazione tra professionista sanitario e utente:
1. Teleconsulto/teleriabilitazione: rappresenta l'opzione di scelta per utenti già presi in carico dall'équipe riabilitativa (a seguito di precedente evento acuto o in quanto portatori di disabilità cronica) per i quali si renda necessario un monitoraggio clinico-funzionale e definire l'indicazione ad un intervento riabilitativo; quest'ultimo potrà essere a sua volta erogato in modalità remota laddove gli esercizi da svolgere siano già noti al paziente o facilmente esemplificati a lui o al caregiver (es, consolidamento di strategie di gestione della disabilità, addestramento del caregiver, svolgimento di attività motorie che richiedono unicamente supervisione).
 2. Valutazione ed attivazione di trattamento domiciliare: è l'opzione da privilegiare per evitare al paziente di muoversi dalla propria abitazione, nelle situazioni in cui il teleconsulto/teleriabilitazione non siano percorribili

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

3. Valutazione ed attivazione di trattamento ambulatoriale: rappresenta l'opzione esclusiva per i casi in cui siano richiesti interventi invasivi (es. trattamento della spasticità con infiltrazione di tossina, trattamento delle disfagie funzionali e della presbiodisfagia, etc). E' opzione privilegiata per le valutazioni e presa in carico multidisciplinari e/o interprofessionali di pazienti con disabilità emergente in fase acuta o con disabilità multiple e complesse riconducibili a patologie croniche .

B) elaborazione e sperimentazione di percorsi accreditati di presa in carico riabilitativa con l'individuazione di indicatori (per es. n. utenti seguiti- gradimento –esito) per giungere alla definizione di percorsi "standard" condivisi e ridurre la variabilità dei comportamenti, al fine di valorizzare l'adeguatezza ed equità in maniera tale da rispondere non solo all'emergenza del momento ma all'ordinarietà "del sempre" (per esempio di malattie croniche).

In seguito alla DGR 523/2020 sono state implementate prestazioni di logopedia per i bambini, attraverso una piattaforma specifica, prestazioni di teleriabilitazione da parte della Clinica di Neuroriabilitazione e del privato accreditato. Ampi margini di sviluppo e prossima convocazione di un gruppo di lavoro dei fisiatri.

11 Sistema Informativo Territoriale

Nel corso dell'emergenza Covid-19 sono stati implementate nuove piattaforme per la gestione territoriale del paziente Covid, che costituiscono un patrimonio ed un supporto informatico/informativo fondamentale, con il Sistema Informativo per la Rete del Territorio (SIRTe), al fine di garantire ed uniformare il monitoraggio e l'analisi dell'evoluzione pandemica nel territorio regionale. Come noto il SIRTe è parte integrante del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e cioè dello strumento digitale messo a disposizione da Regione Marche per la raccolta di documenti e dati sanitari e socio-sanitari generati da eventi clinici ed episodi assistenziali avvenuti per ciascun assistito, al fine di documentare la sua storia clinica e di salute.