



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. 231 LEGISLATURA N. IX

DE/ME/ARS 0 NC
 Oggetto: Legge 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 2013, individuati nell'Accordo del 20 febbraio 2014 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano

Prot. Segr. 509

Lunedì 14 aprile 2014, presso l'Università di Camerino, Palazzo Ducale, Sala degli Stemmi, si è riunita la Giunta regionale, regolarmente convocata.

Sono presenti:

- | | |
|----------------------|------------|
| - GIAN MARIO SPACCA | Presidente |
| - PAOLA GIORGI | Assessore |
| - MARCO LUCHETTI | Assessore |
| - MAURA MALASPINA | Assessore |
| - PIETRO MARCOLINI | Assessore |
| - ALMERINO MEZZOLANI | Assessore |
| - LUIGI VIVENTI | Assessore |

Sono assenti:

- | | |
|-------------------|----------------|
| - ANTONIO CANZIAN | Vicepresidente |
| - SARA GIANNINI | Assessore |

Constatato il numero legale per la validità dell'adunanza, assume la Presidenza il Presidente della Giunta regionale, Gian Mario Spacca. Assiste alla seduta il Segretario della Giunta regionale, Elisa Moroni. Riferisce in qualità di relatore l'Assessore Almerino Mezzolani. La deliberazione in oggetto è approvata all'unanimità dei presenti.

NOTE DELLA SEGRETERIA DELLA GIUNTA

Inviata per gli adempimenti di competenza

- alla struttura organizzativa: _____
- alla P.O. di spesa: _____
- al Presidente del Consiglio regionale
- alla redazione del Bollettino ufficiale

Il _____

L'INCARICATO

Proposta o richiesta di parere trasmessa al Presidente del Consiglio regionale il _____
 prot. n. _____

L'INCARICATO



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

OGGETTO: Legge 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 2013, individuati nell'Accordo del 20 febbraio 2014 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano.

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio riportato in calce alla presente deliberazione predisposto dall'Agenzia Regionale Sanitaria dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

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

VISTA la proposta del Direttore dell'Agenzia Regionale Sanitaria che contiene il parere favorevole di cui all'articolo 16, comma 1, lettera d) della legge regionale 15 ottobre 2001, n. 20 sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica nonché l'attestazione che dalla stessa non deriva né può derivare alcun impegno di spesa a carico del bilancio regionale;

VISTO l'articolo 28 dello Statuto della Regione;

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

DELIBERA

1. di approvare i progetti per il perseguimento degli Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2013, come riportati nell'Allegato A che è parte integrante della presente deliberazione, per un importo complessivo pari ad Euro 41.137.560,00;
2. di stabilire che l'Allegato A costituisce per gli Enti del SSR direttiva vincolante.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

(Elisa Moroni)

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA

(Gian Maria Spacca)



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

L'articolo 1, comma 34 della legge 23 dicembre 1996, n.662, prevede l'individuazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, al cui perseguimento sono vincolate apposite risorse ai sensi dell'articolo 1, comma 34 bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662.

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 smi veniva evidenziata 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.

Nella seduta del 20 febbraio 2014, sulla base della 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 (rep.13/CSR) per l'individuazione delle linee guida 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 2013.

Nell'Accordo Governo-Regioni del 20/02/2014, gli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale sono stati individuati coerentemente a quanto stabilito nel PSN 2006-2008 ed in continuità con le linee progettuali già attivate, e nelle more dell'approvazione del nuovo PSN, attraverso una particolare attenzione ai temi che a seguito dei mutamenti intervenuti nella struttura demografica, economica e sociale del Paese, richiedono un riallineamento dei meccanismi organizzativi e gestionali soprattutto su problematiche non più marginali.

Tra queste la fragilità degli anziani e dei malati cronici, la tutela della salute fisica e psicologica delle donne, dei bambini e degli adolescenti. L'Accordo ribadisce inoltre 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 all'approvazione, da parte della Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, su proposta del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, dei progetti presentati dalle Regioni, unitamente ad una relazione illustrativa dei risultati raggiunti nell'anno precedente rispetto a quello a cui i progetti stessi fanno riferimento.

La mancata presentazione ed approvazione dei progetti comporta, nell'anno di riferimento, la mancata erogazione della quota residua del 30% ed il recupero, a valere sulle somme da erogare a qualsiasi titolo nell'anno successivo, da parte del MEF dell'anticipazione del 70 % già erogata.

Con DGR n. 1856 del 23 dicembre 2010 la Regione ha avviato i progetti della prevenzione e a seguito dell'Intesa n. 53/CSR del 7 febbraio 2013 che prorogava il Piano Nazionale della prevenzione 2010-2012 per tutto l'anno 2013, questi sono stati prorogati anche nella nostra regione e ricompresi negli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale con i relativi finanziamenti.

Con DGR n 396 del 1/04/2014 la regione ha recepito l'Intesa (rep.27/CSR) e l'Accordo (rep.13/CSR) del 20 febbraio 2014 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano per un importo complessivo pari ad Euro 41.137.560,00. Con Decreto 28/RAO del 03/04/2014 è stato assegnato, a favore degli Enti del SSR, il finanziamento per lo svolgimento dei progetti con la precisazione che gli impegni, assunti con lo stesso decreto, potessero essere modificati a seguito della definizione delle linee progettuali di cui alla presente deliberazione. La regione nel declinare i progetti riconosce, tra le linee di intervento a risorse vincolate, le attività assistenziali già erogate sul proprio territorio regionale in continuità con le linee progettuali degli anni precedenti e pertanto divenuti una forma assistenziale in via di stabilizzazione. A tali linee progettuali si aggiungono forme di intervento attivate in modo autonomo e che vengono riconosciute e ricomprese finanziariamente tra le linee progettuali con le risorse vincolate.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Le linee progettuali aventi ad oggetto gli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2013 vengono riportate nell'Allegato A che è parte integrante della presente deliberazione. Nel medesimo allegato viene redatta la relazione sui risultati raggiunti e gli indicatori relativi ai progetti per l'anno 2012. Tenuto conto di quanto sopra riportato, si propone alla Giunta regionale l'adozione della presente deliberazione

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
(Lucia Di Furia)

PROPOSTA E PARERE DEL DIRETTORE DELL'ARS

Il sottoscritto, considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica della presente deliberazione e ne propone l'adozione alla Giunta regionale. Si attesta inoltre che dalla presente deliberazione non deriva né può derivare alcun impegno di spesa a carico della regione.

IL DIRETTORE DELL'ARS
(Enrico Bordon)

La presente deliberazione si compone di n. 43 pagine, di cui n. 39 pagine di allegati che formano parte integrante della stessa.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
(Elisa Moroni)

Y

[Handwritten mark]



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Allegato A

Premessa

L'Accordo Governo-Regioni del 20 febbraio 2014 ha stabilito che gli Obiettivi di Piano per l'anno 2013 debbano riguardare le linee progettuali, di cui 20 linee progettuali a risorse vincolate, esplicitate nell'Allegato A Parte I e che vengono di seguito sommariamente riportate, per un importo complessivo pari ad Euro 41.137.560,00.

	<i>Sintesi progetti: Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale anno 2013</i>	Totale
L.P.1	Interventi per il riassetto organizzativo e strutturale della rete dei servizi di assistenza ospedaliera e territoriale – Farmacia dei servizi	€ 7.473.625
L.P.2	Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche	€ 6.097.381
L.P.3	Implementazione del Piano di indirizzo per la riabilitazione di cui all'Accordo Stato-Regioni del 10 febbraio 2011	€ 732.350
L.P.4	Assistenza ai pazienti in condizioni di Stato-vegetativo e Stato di Minima coscienza nella fase degli esiti (di cui all'Accordo Stato-regioni del 5 maggio 2011	€ 1.336.978
L.P.5	Assistenza agli Anziani in condizioni di fragilità e di non autosufficienza	€ 1.408.955
L.P.6	Contrasto delle Disuguaglianze in sanità	€ 1.251.860
L.P.7	Cure palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'Assistenza domiciliare palliativa specialistica	€ 2.781.910
L.P.8	Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali	€ 1.112.764
L.P.9	Interventi per l'implementazione della rete per le malattie rare e per la promozione della rete nazionale dei tumori rari: Prosecuzione ed integrazione delle linee progettuali di cui all'accordo del 22 novembre 2012	€ 1.530.051
L.P.10	Tutela della maternità- percorso nascita- prosecuzione delle linee progettuali già avviate in applicazione degli accordi	€ 869.573
L.P.11	Tutela della fertilità e della funzione ovarica nelle giovani donne affette da neoplasia o malattie croniche degenerative mediante l'istituzione di bio-banche di tessuto ovarico e cellule germinali	€ 1.112.764
L.P.12	Implementazione di percorsi diagnostico-assistenziali e di supporto per migliorare la vita delle donne affette da malattie croniche invalidanti della sfera uro-genitale (endometriosi infiltrante, vulvodinia, cistite interstiziale)	€ 417.287
L.P.13	Implementazione della rete nazionale dei centri territoriali per la prevenzione primaria e la diagnosi precoce delle infezioni da HPV	€ 738.423
L.P.14	Implementazione della rete nazionale dei centri territoriali per la prevenzione primaria e la diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale maschile	€ 417.287
L.P.15	Definizione dei modelli di assistenza ai bambini e adolescenti affetti da patologie croniche, disturbi del comportamento alimentare, dell'apprendimento e del linguaggio, da autismo, da disturbo di deficit di attenzione iperattività (ADHD) e da psicosi affettive e non affettive dell'infanzia e dell'adolescenza mediante l'organizzazione di Centri di riferimento a valenza regionale e/o interregionale e la realizzazione di reti assistenziali.	€ 1.113.147
L.P.16	Sviluppo degli strumenti del governo clinico e della valutazione della qualità e della sicurezza delle prestazioni – Risk management	€ 2.781.910
L.P.17	Implementazione del codice etico nelle Aziende sanitarie	€ 279.116
L.P.18	Piano Nazionale Prevenzione proroga al 31 dicembre 2013	€ 6.676.585
L.P.19	Superamento OPG e salute mentale	€ 2.449.212
L.P.20	Sicurezza nei luoghi di lavoro	€ 556.382
L..P.	Totale	€ 41.137.560



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Ai sensi del citato accordo inoltre ogni progetto contiene:

- li obiettivi qualitativi e quantitativi che si intendono perseguire; g
- tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili; i
- costi connessi, fermo restando che il raggiungimento degli obiettivi non potrà comportare ulteriori oneri connessi all'acquisizione di risorse umane aggiuntive; i
- li indicatori, preferibilmente numerici, che consentono di misurare la validità dell'intervento proposto. g

La regione ha adottato a sua volta i seguenti criteri per la scelta dei progetti:

- la continuità rispetto alle linee progettuali adottate in atti precedenti della Regione ed in particolare con i progetti regionali approvati per l'anno 2012;
- la scelta di implementare percorsi assistenziali già attivi sul territorio regionale;

Infine in coerenza con quanto previsto dall'Accordo viene riportata in allegato A, parte II anche la relazione illustrativa dei risultati raggiunti, per singolo progetto, nell'anno 2012 e gli stati di avanzamento dei progetti pluriennali.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Allegato A

Parte I

SCHEDA n. 1

Linea Progettuale LP1	Interventi per il riassetto organizzativo e strutturale della rete dei servizi di assistenza ospedaliera e territoriale-Farmacie dei servizi
Titolo del progetto	<i>Consolidamento organizzativo delle Case della Salute nelle Aree Vaste dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) Marche.</i>
Durata del progetto	12 mesi
Referente	Agenzia Regionale Sanitaria
COSTO DEL PROGETTO	€ 7.473.625,00
CONTESTO RELAZIONE ILLUSTRATIVA	Al fine di alleggerire gli ospedali da compiti a bassa complessità assistenziale, favorendo altresì la riduzione delle liste di attesa ed il decongestionamento del Pronto Soccorso, diventa indispensabile incrementare la complessità erogativa delle cure primarie. Pertanto la riqualificazione dell'offerta ospedaliera e distrettuale rappresenta l'opportunità per realizzare un modello di sviluppo di pratica professionale ad elevato grado di prossimità, orientata verso la medicina di iniziativa ed al potenziamento di competenze professionali, per declinare una più appropriata e completa presa in carico del Cittadino nella gestione della cronicità e vincere così la sfida della continuità delle cure.
DESCRIZIONE	In quest'ottica la Casa della Salute, quale modello erogativo in ambito territoriale, si pone come risposta a maggior grado di strutturazione, ai fabbisogni di integrazione professionale ed organizzativa. Essa opera secondo un criterio di prossimità delle cure, consentendo di avvicinare l'assistenza sanitaria il più possibile ai luoghi di vita e lavoro in una prospettiva di continuità e di massima accessibilità, per lo sviluppo delle cure primarie, la domiciliarità e residenzialità, attraverso l'azione congiunta dei medici di medicina generale, compresi quelli in formazione, della Continuità Assistenziale che dei PLS e degli specialisti ambulatoriali convenzionati e dipendenti. La Regione Marche ha implementato 14 Case della Salute che rispondono ad un iniziale livello di complessità organizzativa distribuita abbastanza uniformemente sul territorio regionale. Nel 2013 viene perseguito un consolidamento organizzativo implementando punti di continuità assistenziale nel maggior numero possibile di tali strutture. In prospettiva si prevede l'attivazione di ulteriori Case della Salute.
OBIETTIVI	Consolidamento organizzativo delle strutture attive afferenti al modello Case della Salute attraverso l'implementazione dei punti di continuità assistenziale.
TEMPI	12 mesi
INDICATORI	<ul style="list-style-type: none"> • n. punti di continuità assistenziali presenti nelle strutture sul numero di strutture presenti (almeno 60%) • n. medio assistiti da MMG afferenti alle strutture
RISULTATI ATTESI	Dalla considerazione dei suddetti elementi ne discende che i risultati attesi della Casa della Salute, sono: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rafforzamento dell'integrazione dell'assistenza primaria con i servizi specialistici ambulatorio-



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- riali sia territoriali che ospedalieri
- Miglioramento della continuità assistenziale e della prossimità delle cure
- Promozione e valorizzazione della partecipazione dei cittadini ai percorsi assistenziali

SCHEMA n. 2

Linea Progettuale LP2	Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche
Titolo del progetto	<i>Integrazione professionale Ospedale-Territorio per la costruzione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA).</i>
Durata del progetto	12 mesi
Referente	Agenzia Regionale Sanitaria
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 6.097.381,00
CONTESTO	L'integrazione e il coordinamento funzionale delle componenti professionali territoriali (in primo luogo MMG, PLS e Specialisti Ambulatoriali) rappresenta la preconditione irrinunciabile per sviluppare nuove forme assistenziali basate sulla definizione e gestione di percorsi diagnostico terapeutici condivisi. Nella Regione Marche attraverso la creazione delle Equipe Territoriali si è dato avvio a questo percorso di integrazione interprofessionale che sta gradualmente concretizzando l'implementazione di percorsi assistenziali condivisi anche fra servizi ospedalieri e territoriali.
DESCRIZIONE	<p>Le Equipe Territoriali sono coinvolte nella elaborazione e implementazione dei percorsi diagnostico terapeutici relativi alle condizioni cliniche di cronicità ad elevata complessità assistenziale. Fra questi uno dei più impegnativi è quello per la nutrizione enterale domiciliare (NED) che consente di gestire al proprio domicilio pazienti con condizioni cliniche complesse dovute per il 50-60% dei casi dalla natura oncologica del trattamento e per il restante da patologie neurologiche, derivanti da esiti di eventi cerebrovascolari acuti, da traumi cerebrali, oppure da malattie croniche progressive come la demenza senile, la malattia di Parkinson, la sclerosi multipla, la malattia del motoneurone.</p> <p>Questi pazienti non possono alimentarsi a causa di disturbi della deglutizione o di disfagia, e vengono nutriti per via enterale (NED), attraverso sonde o stomie digestive (gastrostomie endoscopiche, radiologiche, chirurgiche, digiunostomie). La prospettiva di durata della NED in questi pazienti è di mesi o anni, ed equivale nella maggior parte dei casi alla prognosi quoad vitam.</p> <p>La presa in carico del paziente affetto da gravi problemi di malnutrizione si articola secondo i seguenti passaggi assistenziali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presa in carico (Il paziente giunge all'osservazione del Centro NED dal proprio domicilio - abitazione, comunità, RSA-, su invio del Medico di Medicina Generale (MMG) o di altro Specialista territoriale, o dai Reparti di degenza dello stesso Ospedale o di altra struttura ospedaliera); - Valutazione da parte del Team Nutrizionale di riferimento territoriale; - Formulazione del piano di trattamento; - Effettuazione del piano di trattamento; - Definizione del programma di monitoraggio; - Redazione cartella clinica. <p>Infine si provvede al monitoraggio da parte delle Equipe Territoriali.</p>



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

OBIETTIVI	<p>Gli obiettivi principali consistono nel miglioramento della qualità di vita attraverso la definizione del decorso clinico e miglioramento della prognosi di numerose patologie.</p> <p>Si prevede una significativa riduzione di morbilità con conseguente miglior qualità di vita per pz oncologici o affetti da patologie neurologiche, da traumi cerebrali, oppure da malattie croniche progressive come la demenza senile, la malattia di Parkinson, la sclerosi multipla e la malattia del motoneurone.</p> <p>Infine, obiettivo del progetto è la sensibile riduzione della ospedalizzazione del malato mediante un miglioramento dell'appropriatezza del setting assistenziale offerto che consentirà anche una riduzione della spesa.</p>
TEMPI	12 mesi
INDICATORI	n. pz presi in carico da parte del Centro NED
RISULTATI ATTESI	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Miglioramento della qualità della vita del paziente assistito a domicilio ▪ Riduzione di accessi inappropriati al Pronto Soccorso ▪ Maggiore integrazione tra i professionisti ospedalieri e quelli territoriali

SCHEDA n. 3

Linea Progettuale LP3	Implementazione del Piano di indirizzo per la riabilitazione di cui all'Accordo Stato-Regioni del 10 febbraio 2011
Titolo del progetto	<i>Riabilitazione intensiva ad alta specializzazione: la rete riabilitativa per le gravi disabilità dell'età evolutiva</i>
Durata del progetto	12 mesi
Referente	Agenzia Regionale Sanitaria
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 732.350,00

CONTESTO RELAZIONE ILLUSTRATIVA	<p>Il Piano di indirizzo per la riabilitazione di cui all'Accordo Stato-Regioni del 10 febbraio 2011 prevede, all'interno delle attività di riabilitazione intensiva ad alta specializzazione, un impegno particolare, relativamente a qualificazione, in mezzi, attrezzature e personale, con prestazioni erogate presso presidi di alta specializzazione, secondo quanto stabilito dal DM 29 gennaio 1992 e dalla successiva integrazione del DM 1998, presso presidi ospedalieri che ricomprendono anche gli IRCCS, i Policlinici Universitari e le strutture private accreditate. Nell'ambito del territorio nazionale deve essere realizzata una rete di servizi che svolgono attività di riabilitazione intensiva ad alta specializzazione, rivolti ad ampi bacini di riferimento in rapporto all'epidemiologia delle tipologie di disabilità al cui trattamento sono destinati, individuati dalla programmazione sanitaria nazionale. Le attività di riabilitazione intensiva ad alta specializzazione dedicate alle persone affette da disabilità gravi in età evolutiva vanno ricondotte ad un'integrazione organizzativa che in ambito regionale e nazionale garantisca percorsi dedicati come reti riabilitative. Il contesto regionale (che copre anche parzialmente bacini di fabbisogno sovraregionale) delle gravi disabilità dell'età evolutiva vede un'area di criticità in uno dei punti nodali. In particolare, se da un lato sono ben presidiati i nodi dell'urgenza e dell'acuzie, grazie all'attività svolta in rete da parte dei reparti di pediatria dei presidi ospedalieri di Area Vasta dell'ASUR, integrati con il Presidio di Alta Specializzazione Salesi dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona, dall'altra risultano ancora non completamente soddi-</p>
--	---



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

	sfacenti i nodi che trattano le fasi della sub acuzie e della post acuzie/riabilitazione. Conseguentemente un discreto numero di pazienti, non dimissibile presso il proprio domicilio, non trova assistenza riabilitativa adeguata presso Centri specializzati del territorio regionale, permanendo spesso in strutture di ricovero per acuti inadeguate ed inappropriate.
DESCRIZIONE	Integrazione dell'offerta della rete delle gravi disabilità dell'età evolutiva, con dotazione di posti letto dedicati alle fasi della post acuzie/riabilitazione presso Centro di riabilitazione specializzato nel trattamento di questa peculiare tipologia di pazienti, all'interno della rete delle gravi disabilità dell'età evolutiva, in stretto raccordo con la Terapia intensiva del Presidio di alta specializzazione Salesi e le pediatrie degli ospedali di Area Vasta ASUR e delle strutture dalla stessa convenzionate del privato accreditato.
OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> • fornire assistenza adeguata a pazienti in età evolutiva in strutture appropriate alle effettive necessità di questa peculiare tipologia di pazienti in stretta relazione tra pediatria, terapia intensiva e reparto di riabilitazione intensiva di alta specialità; • ridurre la durata della degenza presso le UO di terapia intensiva delle strutture ospedaliere per acuti regionali, ed in particolare presso la Terapia Intensiva del Presidio Salesi
TEMPI ATTUAZIONE	12 mesi (Progressiva attivazione di posti letto nel corso del 2013, in base alle risorse messe a disposizione.)
INDICATORI	<ul style="list-style-type: none"> • n. di PL di alta specialità attivati in struttura specializzata per pazienti affetti da grave disabilità dell'età evolutiva / popolazione regionale; • n. di pazienti trasferiti annualmente dalle terapie intensive alla struttura specializzata.
RISULTATI ATTESI	Miglioramento dell'assistenza e aumento dei posti letto dedicati alla cura dei pazienti con gravi disabilità dell'età evolutiva.

SCHEMA n. 4

Linea Progettuale LP4	Assistenza ai pazienti in condizioni di Stato-vegetativo e Stato di Minima coscienza nella fase degli esiti (di cui all'Accordo Stato-regioni del 5 maggio 2011)
Titolo del progetto	<i>Percorso assistenziale per i pazienti in SMC e CV</i>
Durata del progetto	12 mesi
Referente	Agenzia Regionale Sanitaria
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 1.336.978,00



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

CONTESTO RELAZIONE ILLUSTRATIVA	<p>I pazienti con quadri clinici complessi con Gravi Cerebrolesioni Acquisite (GCA) che includono il coma, lo Stato Vegetativo (SV) lo Stato di Minima Coscienza (SMC), presentano una progressiva crescente incidenza. Si tratta di condizioni cliniche con caratteristiche che comportano necessità assistenziali peculiari, un'organizzazione multidisciplinare, strutture dedicate, nuova cultura professionale e, non ultima, la necessità di coinvolgimento e di supporto psicologico dei familiari.</p> <p>La Regione Marche, con il PSR 2012/2014 ha promosso l'attivazione di reti cliniche orientate ad un miglioramento complessivo dell'assistenza ospedaliera e della rete territoriale valorizzando la presa in carico del paziente, la continuità assistenziale e l'integrazione dei profili sociali e sanitari.</p> <p>Con la DGR 1414 del 8/10/12: "recepimento e attuazione da parte della Regione Marche Accordo n. 44/cu del 5 maggio 2011 tra il governo, le regioni e le provincie autonome di Trento e Bolzano "linee di indirizzo per l'assistenza alle persone in stato vegetativo e stato di minima coscienza" – istituzione gruppo tecnico regionale per l'assistenza alle persone in stato vegetativo e stato di minima coscienza" la regione Marche ha recepito le linee di indirizzo ministeriali ed ha istituito un gruppo di lavoro con l'obiettivo di mettere a regime modelli e requisiti organizzativi di presa in carico del paziente in stato vegetativo e dei familiari, dalla fase acuta alla gestione degli esiti, in una logica di reti integrate "coma to community".</p> <p>La regione in continuità con l'anno precedente persegue l'obiettivo di ridurre al minimo la degenza presso reparti di rianimazione ed intensivi, privilegiando la degenza in reparti sub-intensivi dove l'attenzione al suo stato funzionale possa essere affidata a professionisti particolarmente esperti nel settore delle gravi cerebrolesioni acquisite.</p> <p>Lo stesso Accordo prevede che in fase di stabilizzazione delle condizioni cliniche vadano previste soluzioni domiciliari o residenziali in strutture extra-ospedaliere. La scelta tra le due opzioni deve essere fatta tenendo conto delle condizioni generali del paziente e della sua famiglia.</p>				
DESCRIZIONE	<p>Il presente progetto in continuità con quanto avviato nell'anno precedente si prefigge di implementare la fase della post acuzie e riabilitazione dei pazienti affetti da gravi cerebrolesioni acquisite permanenti, in particolare presso le strutture ed i servizi residenziali</p>				
OBIETTIVI	<p>L'obiettivo principale del presente progetto consiste nella realizzazione di percorsi assistenziali specifici per rispondere alle esigenze dei pazienti che presentano quadri clinici complessi con Gravi Cerebrolesioni Acquisite (GCA) che includono il coma, lo Stato Vegetativo (SV) lo Stato di Minima Coscienza (SMC) migliorando l'offerta assistenziale al momento presente nel nostro territorio regionale. Obiettivo specifico del presente progetto consiste nel fornire adeguata assistenza ai pazienti affetti da Gravi cerebrolesioni acquisite, in particolare nelle fasi sub acuta, e post acuta e degli esiti.</p>				
TEMPI ATTUAZIONE	<p>Nel corso di dodici mesi si prevede di fornire adeguata assistenza presso strutture del sistema extra-ospedaliero nelle fasi della post-acuzie e riabilitazione ai pazienti presi in carico.</p> <table border="1" data-bbox="363 1709 1457 1821"> <tr> <td>Avvio programma</td> <td>3 mesi</td> </tr> <tr> <td>Verifica periodica a livello regionale anche in termini economici</td> <td>A 9 e 12 mesi</td> </tr> </table>	Avvio programma	3 mesi	Verifica periodica a livello regionale anche in termini economici	A 9 e 12 mesi
Avvio programma	3 mesi				
Verifica periodica a livello regionale anche in termini economici	A 9 e 12 mesi				
INDICATORI	<ul style="list-style-type: none"> n. pazienti affetti da gravi cerebrolesioni acquisite assistiti presso le strutture del sistema residenziale specializzate e dedicate 				
RISULTATI ATTESI	<p>Aumento dell'offerta assistenziale qualificata in reparti sub-intensivi con riduzione della degenza presso reparti di rianimazione ed intensivi, privilegiando la degenza.</p>				



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

SCHEDA n. 5

Linea Progettuale LP5	Assistenza agli Anziani in condizioni di fragilità e di non autosufficienza
Titolo del progetto	<i>Gestione del fondo per la non autosufficienza per l'assistenza residenziale degli Anziani</i>
Durata del progetto	12 mesi
Referente	Agenzia Regionale Sanitaria
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 1.408.955,00
CONTESTO RELAZIONE ILLUSTRATIVA	<p>Nell'ambito della "Assistenza agli Anziani in condizioni di fragilità e di non autosufficienza" è ricompresa l'adeguamento dell'assistenza presso le strutture residenziali e semiresidenziali extra-ospedaliere, nonché l'incremento dell'offerta di posti letto laddove risulta carente.</p> <p>Per la Linea progettuale "L.P. 2: Non autosufficienza" degli Obiettivi di Piano per l'anno 2012 era stato inserito anche il progetto che dava seguito da un lato alla DGR 1493 del 27 ottobre del 2008 "LR n. 25/2008 "Assestamento del bilancio 2008", articolo n. 37 "Fondo regionale per la non autosufficienza" - Attuazione adempimenti" che, tra l'altro, era finalizzata all'"estensione del livello assistenziale di ulteriori posti letto nelle Residenze protette autorizzate" (770 P.L. aggiuntivi che portavano a 3411 il numero dei P.L. di Residenze Protette Anziani convenzionabili) e, dall'altro, al "Protocollo d'intesa per la difesa del lavoro, la coesione sociale, il sostegno allo sviluppo" firmato il 12/11/2009 tra la Giunta Regionale delle Marche e le Segreterie Regionali CGIL CISL UIL Marche, che prevedeva, nel periodo 2010-2013, un percorso di adeguamento dell'assistenza erogata e delle tariffe nelle Residenze Protette per Anziani alla normativa vigente. In effetti la DGR 1230 del 2 agosto 2010 "Approvazione dello schema di accordo sui percorsi di allineamento delle tariffe delle residenze protette alla normativa vigente. Anni 2010-2013" e la successiva DGR 1729 del 29 novembre 2010 "Approvazione del modello di convenzione tra Azienda sanitaria unica regionale e residenze protette per anziani" hanno definito le modalità di implementazione di questo percorso di adeguamento e allineamento che, iniziato nel 2010, doveva trovare compimento e conclusione nell'anno 2013.</p>
DESCRIZIONE	<p>Il "progetto", in continuità con quanto inserito nella Linea progettuale "L.P. 2: Non autosufficienza" degli Obiettivi di Piano per l'anno 2012, si concretizza, per il 2013, nella conclusione del percorso di adeguamento e allineamento per le Residenze Protette Anziani, iniziato del 2010 e proseguito fino al 2012, come indicato dalle verifiche periodiche a livello regionale e territoriale previste dal cronoprogramma inserito nella DGR 47/13.</p>
OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> • conclusione del percorso di adeguamento e allineamento dell'accoglienza residenziale alla normativa regionale per le residenze Protette Anziani. • verifica del piano complessivo di convenzionamento per il 2013, rispetto a quantità di assistenza erogata pro capite/pro die e a quota di compartecipazione degli ospiti nelle Residenze Protette Anziani oggetto del percorso di adeguamento allineamento. • manutenzione del "Protocollo di intesa" attraverso gli incontri del "Tavolo regionale permanente di monitoraggio" e dei "Tavoli zionali permanenti di monitoraggio".



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

TEMPI ATTUAZIONE	Continuazione e conclusione del percorso di adeguamento allineamento 2010-2013 delle Residenze sanitarie Assistenziali	12 mesi
	Verifica periodica a livello regionale e territoriale della corretta applicazione del "Protocollo di intesa"	Ogni 4 mesi
INDICATORI	○ Numero dei Posti Letto che hanno completato il percorso di adeguamento allineamento previsto, rispetto al totale dei posti Letto interessati dal percorso stesso.	
RISULTATI ATTESI	<ul style="list-style-type: none"> • Miglioramento dei livelli assistenziali con riduzione del contributo economico a carico del cittadino. • Progressiva omogeneizzazione del governo dell'offerta residenziale, nelle Residenze Protette, per gli anziani non autosufficienti. 	

SCHEDA n. 6

Linea Progettuale LP6	Contrasto delle Disuguaglianze in sanità
Titolo del progetto	<i>La riduzione delle Disuguaglianze: informazioni e azione</i>
Durata del progetto	12 mesi
Referente	Agenzia Regionale Sanitaria
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 1.251.860,00
CONTESTO RELAZIONE ILLUSTRATIVA	<p>Il progetto si pone in continuità con gli anni precedenti. Il tema delle disuguaglianze è un elemento di essenziale importanza anche nell'ambito delle politiche sanitarie regionali. Il contrasto ed il contenimento delle disuguaglianze sono tra le priorità di azione sia in ambito sociale che sanitario.</p> <p>Anche il concetto di equità, inteso non come 'uguale distribuzione delle risorse' ma come 'distribuzione delle risorse in contrasto con le disparità socio-territoriali' evidenzia come sia necessario applicare modelli di studio che focalizzino il problema per contrastare le disuguaglianze nella società. Considerato che l'attuale quadro delle disuguaglianze nella salute si inserisce tra le priorità per le politiche di salute, per orientare le scelte dei decisori in termini di programmazione, è necessario avere a disposizione una serie di dati epidemiologici che focalizzino i diversi aspetti di questa tematica.</p> <p>In particolare, gli indicatori di mortalità e di morbosità nella popolazione, gli indicatori socio-economici e quelli geografici misurano importanti variazioni sul gradiente di salute e di accesso all'assistenza. Anche i dati epidemiologici relativi agli stili di vita, in una popolazione regionale che registra una aspettativa di vita tra le più alte d'Italia e quindi un elevato rischio di patologie croniche, assumono grande rilevanza se letti nell'ottica delle disuguaglianze. Il profilo degli stili di vita, predicendo la distribuzione della salute futura, risulta pertanto fondamentale per evidenziare una serie di criticità, riguardanti tutti gli stili di vita più pericolosi per la salute (sovrappeso, obesità, sedentarietà, cattiva alimentazione, dipendenza da alcol e fumo), nell'ottica di intraprendere opportune azioni in ottica preventiva.</p>



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

	<p>La lotta alle disuguaglianze nella regione Marche si è già basata sulla produzione di informazioni specifiche, sulla formulazione di proposte ai decisori, sulla formazione di professionisti, sul coinvolgimento degli utenti finali e delle loro associazioni e su attività di promozione della salute. Il percorso già iniziato, che per il 2013 si intende continuare, si è basato su alcuni temi di rilevanza strategica, a cominciare dalla promozione della "Salute degli immigrati fragili". Anche nelle Marche si è verificato un costante e progressivo incremento della presenza di immigrati. Le criticità rilevate sono notevoli: dalla non conoscenza della lingua alla diversa cultura, dal difficoltoso funzionamento dei servizi di accoglienza alla carenza di competenze "interculturali" dei servizi, dalla insufficiente conoscenza del funzionamento dei servizi da parte degli immigrati alla loro scarsa propensione "culturale" alla prevenzione. Sono quindi state messe in atto strategie specifiche per il superamento di queste criticità. Altro campo d'azione è stato quello della messa in atto di due progetti specifici, "L'Accompagnamento delle fragilità in sanità" e "Coerenza delle fasi dei processi di assistenza alla fragilità" della Direzione generale ASUR, che hanno definito atti di tutela specifica delle persone fragili nel sistema dei servizi.</p>
<p>DESCRIZIONE</p>	<p>Per poter avere informazioni utili ad indirizzare le priorità di intervento è necessario misurare e monitorare le disuguaglianze geografiche e sociali in sanità nell'ambito regionale. In quest'ottica si sviluppa il progetto di area epidemiologica che esplora questo tema per ottenere utili indicazioni per le politiche regionali:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sperimentazione di un modello di sistema di monitoraggio epidemiologico basato sui dati di mortalità e di ospedalizzazione (morbosità) della popolazione regionale. b. Studio su disuguaglianze sociali e salute basato sul sistema di sorveglianza di popolazione PASSI c. Analisi del profilo epidemiologico della popolazione regionale in relazione ad indicatori di distanza dalle strutture ospedaliere <p>Per quanto riguarda le attività già avviate in ambito regionale, considerata la rilevanza strategica ed i risultati già conseguiti, continueranno le attività previste nel progetto "Salute degli immigrati fragili" e nei progetti affidati all'ASUR "L'Accompagnamento delle fragilità in sanità" e "Coerenza delle fasi dei processi di assistenza alla fragilità".</p>
<p>OBIETTIVI</p>	<p>Gli obiettivi che verranno raggiunti sono di tipo conoscitivo sul problema disuguaglianze mediante la sperimentazione di un modello di sistema di monitoraggio epidemiologico basato sui dati di mortalità e di ospedalizzazione (morbosità) della popolazione regionale, lo studio basato sul sistema di sorveglianza di popolazione PASSI e l'analisi del profilo epidemiologico della popolazione regionale in relazione ad indicatori di distanza dalle strutture ospedaliere. Altro obiettivo è migliorare la capacità di intercettare i bisogni delle popolazioni fragili e delle popolazioni immigrate mediante offerta assistenziale pro-attiva.</p> <p>Per quanto riguarda la "Salute degli immigrati fragili" si confermano gli obiettivi di diffusione dei dati e sensibilizzazione degli operatori, di attività per l'acquisizione di competenze interculturali nei servizi, di campagne di promozione della salute in ottica interculturale, di realizzazione di interventi specifici per sottogruppi fragili, di continuare a garantire i livelli essenziali di assistenza e consolidare i servizi a bassa soglia.</p> <p>Riguardo l'"Accompagnamento delle fragilità" verranno realizzati atti specifici: coinvolgimento delle associazioni, semplificazione dei rapporti con il SSR, promozione dell'ospedale permeabile, attraverso lo sviluppo di informazioni e comunicazioni per il miglioramento degli interventi interni al sistema ospedale e tra questo ed altre Aziende o sistemi.</p>
<p>TEMPI ATTUAZIONE</p>	<p>12 mesi</p>



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

INDICATORI	<ul style="list-style-type: none"> • realizzazione del report relativo alla mortalità e morbosità (ospedalizzazione) per ambito comunale, che tenga conto degli indicatori di deprivazione comunali; • realizzazione di report specifico sui dati PASSI del periodo 2009-2012, con analisi dei fattori di rischio, degli stili di vita ed altri parametri, tenendo conto delle caratteristiche socio-economiche della popolazione regionale; • realizzazione di report specifico sul profilo epidemiologico della popolazione regionale in relazione ad indicatori di distanza dalle strutture ospedaliere; • monitoraggio delle azioni sociosanitarie di accompagnamento delle fragilità.
RISULTATI ATTESI	Migliorare le conoscenze sulla tematica per fornire ai policy maker gli strumenti per riorientare le politiche di settore.

SCHEDA n. 7

Linea Progettuale LP7	Cure palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'Assistenza domiciliare palliativa specialistica
Titolo del progetto	<i>Rete delle Cure Palliative e terapia del dolore</i>
Durata del progetto	12 mesi
Referente	Agenzia Regionale Sanitaria
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 2.781.910,00
CONTESTO RELAZIONE ILLUSTRATIVA	<p>La Regione Marche sta predisponendo le necessarie azioni per lo sviluppo assistenziale delle cure palliative come previsto dalla Legge 38 del 15 marzo 2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" e successivi documenti nazionali predisposti per la sua applicazione.</p> <p>Il progetto in continuità con le azioni svolte negli anni passati è volto al miglioramento della qualità di vita dei malati terminali (oncologici e non) che necessitano di assistenza e cure per il controllo dei sintomi fisici e psico-emozionali al fine di perseguire una morte dignitosa nonostante non vi siano più trattamenti efficaci per la guarigione. In coerenza con la Legge 38/2010 la regione sta provvedendo alla realizzazione della rete regionale che potrà integrarsi nella costituenda rete nazionale.</p>
DESCRIZIONE	<p>IL Gruppo di coordinamento sta elaborando le modalità applicative sull'intero territorio regionale dell'Intesa Stato-Regioni del 22 luglio 2012 "Definizione dei requisiti minimi assistenziali e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore", per lo sviluppo delle cure palliative dell'adulto e delle cure palliative pediatriche e l'assistenza domiciliare. Il gruppo di coordinamento ha elaborato il modello organizzativo che prevede una sperimentazione in Area Vasta, attraverso la costituzione di una Unità di Cure Palliative-Hospice (UCPH di Area Vasta di secondo livello) e la scelta di referenti collocati in sede territoriale e l'integrazione con le associazioni di volontariato presenti sul territorio. Il modello prevede che l'Unità di Cure Pal-</p>

11



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

	<p>liative-Hospice (UCPH) si strutturi all'interno dell'Hospice e che si integri con il personale infermieristico per garantire l'estensione dell'assistenza nel territorio in logica trans-murale.</p> <p>Il modello è in fase di sperimentazione su un'Area Vasta, allo scopo di consentire la validazione del modello stesso e in coerenza con le indicazioni dell'Intesa Stato-Regioni del 2012 verrà quindi implementato sull'intero territorio regionale.</p> <p>Centrale nel progetto attuativo delle cure palliative è la promozione di azioni formative per i professionisti nel settore attraverso iniziative formative ECM svolte dai professionisti che partecipano al tavolo di coordinamento regionale. Considerando la tematica di rilievo regionale, nell'ambito della formazione regionale si è elaborato infatti, un piano formativo di settore da attivare nel breve periodo.</p>
OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> • Migliorare il sistema di cure palliative domiciliari già presenti in regione in coerenza con la sperimentazione che garantirà la fattibilità applicativa dei requisiti strutturali ed organizzativi definiti nell'Intesa sul territorio regionale. • Realizzare il sistema di cure per la palliazione domiciliare in coerenza con la riorganizzazione in rete dell'offerta assistenziale regionale e la riduzione della frammentazione ospedaliera e la riconversione dei piccoli ospedali in Casa della Salute. • Implementazione dei percorsi assistenziali integrati rivolti alle cure palliative anche in raccordo con le associazioni di volontariato radicate nel territorio regionale. • Realizzazione di una campagna informativa intesa ad informare i cittadini sulle modalità ed i criteri di accesso alle prestazioni ed ai programmi di assistenza con il coinvolgimento dei MMG, delle farmacie pubbliche e private e delle organizzazioni ONLUS.
TEMPI ATTUAZIONE	12 mesi
INDICATORI	<ul style="list-style-type: none"> • Assolvimento debito informativo regionale previsto dal tavolo di monitoraggio LEA • n. professionisti sanitari formati su cure palliative e terapia del dolore
RISULTATI ATTESI	<ul style="list-style-type: none"> • Miglioramento della presa in carico clinico-assistenziale e della qualità di vita • Validazione del modello organizzativo

SCHEDA n. 8

Progettuale LP8	Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali
Titolo del progetto	<i>Percorso di accoglienza ed accompagnamento del bambino</i>
Durata del progetto	12 mesi
Referente	Agenzia Regionale Sanitaria
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 1.112.764,00
CONTESTO RELAZIONE ILLUSTRATIVA	Il tema dell'umanizzazione delle cure, intesa come attenzione alla persona nella sua totalità, fatta di bisogni organici, psicologici è stato da sempre all'attenzione regione. Le acquisizioni in campo tecnologico e scientifico non possono essere disgiunte nella quotidianità della pratica



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

	<p>clinica dalla consapevolezza dell'importanza degli aspetti relazionali e psicologici dell'assistenza; questo soprattutto in ambiti peculiari, per tipologia di problemi affrontati come ad esempio nelle degenze di pediatria, ostetricia e ginecologia, oncologia ecc. ma anche in settori particolarmente critici come l'accessibilità dell'utente ai servizi sanitari e l'assistenza tutelare durante il ricovero ospedaliero. L'interesse verso una medicina in grado di accompagnare i pazienti e le famiglie lungo il percorso della malattia, umanizzando le cure e sostenendo gli assistiti oltre il routinario approccio al malato e alla sua patologia, è un campo sempre più al centro dei piani strategici delle aziende sanitarie che sul tema hanno redatto specifiche progettualità e relativi investimenti come ad es. i progetti Unicef "Ospedale Amico del Bambino", "Comunità Amica del Bambino" e tutte le progettualità dedicate alla prevenzione, diagnosi e cura ed accompagnamento delle problematiche di genere (bollini rosa).</p>	
DESCRIZIONE	<p>"Supporto psicologico ai pazienti e familiari afferenti al Dipartimento Materno Infantile, in particolare presso le S.O.D. Neuropsichiatria Infantile e Diabetologia Pediatrica Attivazione di mediazione linguistica svolta nei confronti di tutti i pazienti e familiari stranieri ricoverati o che si rivolgono ai diversi reparti della struttura ospedaliera. Supporto delle associazioni di volontariato con l'accompagnamento dei pazienti e dei familiari nei vari reparti e sostegno nelle attività relazionali e logistiche. Inoltre, contribuiscono al miglioramento dell'assistenza alberghiera. Attività di formazione per il personale dirigente e comparto sul tema della promozione e la pratica dell'allattamento al seno in ambito ospedaliero e sul processo assistenziale per la donna in gravidanza e nel puerperio e per il piccolo assistito nel dipartimento Materno - Infantile."</p>	
OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Umanizzazione nei confronti dei familiari ▪ Accoglienza del malato e familiari ▪ Umanizzazione dell'informazione • Umanizzazione dell'assistenza in senso stretto. 	
TEMPI ATTUAZIONE	attivazione percorsi	3 mesi
	condivisione e implementazione percorso	12 mesi
	formazione personale	6 mesi
INDICATORI	<ul style="list-style-type: none"> • n. pazienti trattati con supporto psicologico suddivisi per le strutture del materno infantile neuropsichiatria e diabetologia pediatrica 	
RISULTATI ATTESI	<p>Miglioramento della qualità assistenziale mediante una accoglienza più umana nei confronti dei pazienti e loro familiari.</p>	



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

SCHEDA n. 9

Linea Progettuale	Interventi per l'implementazione della Rete per le Malattie Rare e per la promozione della rete nazionale dei tumori rari.
Titolo del progetto	<i>La rete delle malattie rare: consolidamento, sviluppo, formazione e ricerca.</i>
Durata del progetto	12 mesi
Referente	Agenzia Regionale Sanitaria
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 1.530.051,00
CONTESTO RELAZIONE ILLUSTRATIVA	<p>Nel riordino delle reti cliniche della Regione Marche, la rete delle Malattie Rare (MR) ha una configurazione centralizzata in una Struttura Operativa Semplice (SOS) presso l'AOU Ospedali Riuniti di Ancona, individuata in coerenza con i criteri contenuti nelle raccomandazioni EUCERD: adeguata capacità di gestire i pazienti con MR e fornire consulenze esperte; elevato e documentato livello di competenza e di esperienza; capacità di produrre orientamenti in tema di buone pratiche. In coerenza con tali criteri il presidio ospedaliero dell'AV3 viene identificato quale centro di riferimento per il gruppo di malattie rare RGD020 (di cui all'allegato n.1 al DM 279/2001). Per l'implementazione e il consolidamento della rete si ravvede la possibilità di individuare sedi spoke nelle Pediatrie e nei Servizi Territoriali quali punti di raccordo al presidio della rete regionale per le malattie rare con funzioni stabilite dal DM 279/2001. L'AOU Ospedali Riuniti di Ancona, in quanto presidio della rete regionale per le malattie rare, e il Presidio ospedaliero dell'AV3 per il gruppo di malattie rare RGD020 sono le strutture attualmente in grado di garantire la diagnosi definitiva della specifica malattia rara e di rilasciare la relativa certificazione, unico documento valido ai fini del riconoscimento del diritto all'esenzione alla partecipazione alla spesa sanitaria.</p> <p>I dati riguardanti i pazienti con malattia rara vengono raccolti all'interno di un registro regionale informatizzato collocato presso il data center della Regione Marche e alimentato dal Presidio regionale MR dell'AOU Ospedali Riuniti di Ancona. Le richieste di riconoscimento MR dal territorio sono inviate in cartaceo al Presidio Regionale. Lo screening per la diagnosi di malattie endocrine e metaboliche ereditarie dell'infanzia, è stato avviato e consolidato con Legge regionale n.37 del 1982.</p>
DESCRIZIONE	<p>La linea progettuale Malattie Rare per l'anno 2013 si colloca in continuità con l'attività progettuale degli anni precedenti e con l'obiettivo di aggiornare e consolidare quanto già avviato, implementare la rete, gestire in maniera sistemica ed efficace il tema delle MR anche attraverso specifici progetti. Dal Piano di Formazione Regionale 2012-2014 rivolto al personale del Servizio Sanitario Regionale che raccoglie gli indirizzi strategici regionali in linea con le indicazioni del PSSR 2012-2014, emerge la necessità di aggiornare le conoscenze di medici (MMG, PLS etc.) e infermieri sugli aspetti epidemiologici, diagnostico terapeutici ed assistenziali delle Malattie Rare al fine di incrementare il livello di efficacia della presa in carico.</p> <p>Al fine di addivenire ad un governo consapevole ed efficace delle MR sul territorio regionale si ravvede la necessità di ricostituire il gruppo tecnico, istituito nel 2006, ampliandone le funzioni, attraverso la costituzione di un gruppo di coordinamento regionale per le MR che abbia funzioni di:</p>



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

	<p>- proposta di inserimento di ulteriori patologie nell'elenco delle MR di cui all'allegato 1 del D.M. 279/01;</p> <p>- proposta per l'individuazione delle sedi spoke sul territorio regionale;</p> <p>- revisione del percorso diagnostico terapeutico dei pazienti (malattie e tumori rari);</p> <p>- proposta di adozione di specifici protocolli clinici condivisi;</p> <p>- aggiornamento della documentazione e degli strumenti di lavoro;</p> <p>- gestione del flusso informativo del registro regionale MR;</p> <p>- analisi delle informazioni cliniche e assistenziali contenute nel registro regionale a supporto delle attività di programmazione e monitoraggio regionali;</p> <p>- consulenza e supporto ai pazienti affetti da MR;</p> <p>- promozione dell'informazione al cittadino ed alle associazioni dei malati e dei loro familiari;</p> <p>- promozione della formazione degli operatori coinvolti.</p> <p>Il Gruppo di coordinamento regionale è composto da esperti dei presidi regionali e da un rappresentante regionale delle associazioni dei pazienti. Quest'ultimo contributo, in coerenza con gli indirizzi nazionali, è indispensabile per il lavoro di mediazione tra i servizi pubblici ed i cittadini oltre che per la capacità di far emergere una domanda aderente ai bisogni dei cittadini. Nell'ambito del progetto si intende inoltre mantenere e implementare il registro regionale MR attraverso un flusso informativo ad hoc, che prevede l'informatizzazione dell'intero percorso di diagnosi della malattia e riconoscimento dell'enzimazione. Per i pazienti affetti da malattie lisosomiali è in fase di sperimentazione un apposito percorso per la terapia domiciliare. L'AOU Ospedali Riuniti di Ancona ha il compito di stabilire la terapia più adeguata e le modalità con cui dovrà essere seguito il paziente per i trattamenti a domicilio. Inoltre ha il compito di effettuare il monitoraggio diagnostico e clinico per valutare l'andamento della salute dell'assistito. Il personale ADI presente nel Distretto di competenza degli assistiti dovrà essere opportunamente formato per garantire il proseguo delle attività.</p> <p>Per la promozione di una rete nazionale per i tumori rari la Regione Marche ha partecipato insieme alle altre Regioni alla stesura del documento sulla teleconsulenza e attende le indicazioni operative relative e nell'ambito del coordinamento si prevede lo sviluppo, con appositi referenti regionali, delle azioni necessarie alla presa in carico dei Pz con tumori rari che nella nostra realtà regionale vengono il più delle volte centralizzati presso l'AOU Ospedali Riuniti di Ancona se non inviati presso centri di eccellenza nazionali e/o europei.</p>	
OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> ▪ identificare i Presidi della rete secondo capacità e competenze per le MR nel territorio regionale in coerenza con i criteri contenuti nelle Raccomandazioni EUCERD 24 ottobre 2011. ▪ attivare procedure di coordinamento dei presidi della rete responsabili della segnalazione, diagnosi e cura delle specifiche malattie e procedure per agevolare il collegamento dei presidi con le altre strutture ed i servizi coinvolti nella presa in carico del paziente, per garantire la continuità assistenziale. ▪ sperimentare nuovi strumenti per garantire le prestazioni di consulenza da parte delle strutture esperte ai servizi territoriali che assistono il paziente nel domicilio. ▪ implementare della rete regionale per la cura dei tumori rari. ▪ realizzare attività di formazione specifica rivolte ai professionisti dei servizi territoriali. 	
TEMPI ATTUAZIONE	<ul style="list-style-type: none"> • Incontri propedeutici per il riordino della rete MR e presa in carico dei pazienti 	durata 12 mesi
INDICATORI	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mantenimento flusso informativo informatico del percorso diagnostico terapeutico del paziente con MR ▪ formalizzazione atti ▪ n. incontri regionali per il consolidamento e l'implementazione della rete 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Follow-up e mantenimento del registro regionale 	ogni 6 mesi



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

RISULTATI ATTESI	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Costituzione del Coordinamento Regionale MR e avvio attività. ▪ Avvio della sperimentazione della terapia enzimatica sostitutiva nei confronti dei pazienti marchigiani affetti da malattie lisosomiali presso il loro domicilio. ▪ Maggiore attenzione all'assistenza dei pazienti con tumori rari. ▪ Formazione degli operatori del territorio per l'informatizzazione del percorso di diagnosi, certificazione e cura dei pazienti con MR e tumori rari.
-------------------------	--

SCHEMA n. 10

Linea Progettuale	Tutela della maternità - percorso nascita-parto-analgesia prosecuzione delle linee progettuali già avviate in applicazione degli accordi
Titolo del progetto	<i>Tutela della maternità</i>
Durata del progetto	12 mesi
Referente	Agenzia Regionale Sanitaria
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 869.573,00
CONTESTO RELAZIONE ILLUSTRATIVA	<p>La Regione Marche, con la DGR n.1088 del 25/7/2011“ Recepimento Accordo approvato dalla Conferenza Unificata del 16 dicembre 2010 concernente “Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo” e provvedimenti conseguenti” ha recepito il suddetto Accordo, adottando nel contempo i criteri per la sua attuazione. In considerazione della complessità della problematica la regione mantiene e sviluppa tale progettualità considerandola prioritaria.</p>
DESCRIZIONE	<p>La riforma sanitaria in atto nella regione a seguito della DGR n. 1696/2012 “Linee di indirizzo della “Spending Review” ha portato alla necessità di rivedere nel complesso i punti di erogazione delle cure per acuzie e per pz cronici con l’intento di incrementare le cure primarie e la prevenzione a scapito dell’assistenza ospedaliera. In quest’ottica si inserisce la riorganizzazione del sistema di offerta per la tutela maternità, che coinvolge l’ASUR e le Aziende Ospedaliere e viene ripensata in un’ottica di reti integrate per garantire risposte omogenee su tutto il territorio.</p> <p>Pertanto si è reso necessario rivedere l’infrastruttura organizzativa prima ancora di rivedere i punti di erogazione e ridefinire gli attori delle reti. Inoltre si è ritenuto di dar corso alla riorganizzazione dei presidi ospedalieri mediante la costituzione del Presidio unico di Area Vasta. Nel corso dell’anno si procede con l’individuazione delle UO complesse di Ostetricia e ginecologia esclusivamente nelle strutture ospedaliere sede di punto nascita, dopo la chiusura dei tre punti nascita: Casa di Cura “Villa Igea” di Ancona, Ospedale di Recanati, Casa di cura “Stella Maris” di San Benedetto del Tronto.</p> <p>Le azioni di implementazione del percorso nascita proseguono anche nell’ottica di ridurre il ricorso al parto cesareo e garantire le donne che partoriscono per via naturale mediante la disponibilità di accesso alla parto-analgesia.</p>



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

OBIETTIVI	<p>Obiettivi specifici del progetto sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • avvio del Gruppo di lavoro del Coordinamento dei Direttori degli Enti per la predisposizione della DGR per la revisione dei punti nascita, ostetricie e ginecologia, neonatologia e pediatria nell'ambito della revisione delle reti cliniche; • accorpamento in area chirurgica, ovvero in altri settori organizzati per intensità di cura, dell'attività ginecologica, lasciando l'assistenza medica allo specialista in ostetricia-ginecologia; • predisposizione di linee di indirizzo per l'implementazione della gravidanza fisiologica e riduzione del parto cesareo; • implementazione delle raccomandazioni per la prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e o parto; verifica dei protocolli presenti nelle aziende e monitoraggio delle predette azioni raccomandate. • programmazione delle attività formative di settore
TEMPI ATTUAZIONE	12 mesi
INDICATORI	<ul style="list-style-type: none"> • numero incontri del Gruppo di lavoro del Coordinamento dei Direttori e stesura del documento di revisione dei punti nascita • riduzione del parto cesareo
RISULTATI ATTESI	<ul style="list-style-type: none"> • Miglioramento dell'assistenza e tutela della maternità e incremento della parto-analgesia • Incremento del parto naturale e riduzione del parto cesareo

SCHEDA n. 11

Linea Progettuale LP11	Tutela della fertilità e della funzione ovarica nelle giovani donne affette da neoplasia o malattie croniche degenerative mediante l'istituzione di biobanche di tessuto ovarico e cellule germinali
Titolo del progetto	<i>Tutela della fertilità delle pazienti neoplastiche</i>
Durata del progetto	12 mesi
Referente	Agenzia Regionale Sanitaria
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 1.112.764,00
CONTESTO RELAZIONE ILLUSTRATIVA	<p>Presso il DIRMT la regione marche ha concentrato la maggior parte delle attività relative alla raccolta e conservazione di tessuti, sangue periferico, unità cordonali, liquidi biologici che per i pazienti affetti da malattie croniche degenerative e per i pazienti neoplastici possono garantire risorse in termini di salute fondamentali.</p> <p>Dopo aver stabilizzato una rete di raccolta specifica per le unità cordonali in raccordo con i punti nascita si ritiene di sviluppare in raccordo con le unità di maggior rilievo in ambito nazionale la raccolta del tessuto gonadico e cellule germinali per intraprendere anche presso la regione un servizio che garantisca, alle donne affette da neoplasia, di poter avere a disposi-</p>



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

	zione tessuto e cellule sane da eventualmente utilizzare dopo il percorso radioterapico a una volta stabilizzata la loro situazione di salute.	
DESCRIZIONE	<p>La lunga sopravvivenza delle donne affette da neoplasia e la loro guarigione in molti casi ha determinato un ripensamento della loro dimensione di donne in tema di maternità pertanto la disponibilità di tessuto ovarico e cellule germinali, conservati presso bio-banche, che possano tutelarne la maternità, diviene non più solo una richiesta limitata a donne che esprimono maggiori conoscenze e consapevolezza dei loro diritti a uno strumento che può essere sviluppato ed essere messo a disposizione di molte coppie. La presenza di centri di PMA e la presenza del DIRMT che ha sperimentato e messo a sistema la raccolta e stoccaggio di tessuto cordonale rendono possibile lo sviluppo di un percorso che in sinergia con le oncologie, le ematologie ed altri servizi in continuità con i centri di ginecologia sviluppino un percorso assistenziale adatto a tale scopo. Ad oggi la richiesta seppur limitata di donne che si recano fuori regione indica lo specifico bisogno assistenziale. La possibilità di fare riferimento a personale esperto, anche in materia psicologica, sui diversi aspetti della genitorialità dopo il tumore, può aiutare la persona e la coppia a decidere sul proprio progetto familiare. È importante ricevere informazioni sul modo in cui i diversi trattamenti oncologici possono compromettere la capacità riproduttiva, sulla durata del cambiamento, se sarà permanente o temporaneo, e sui tempi d'insorgenza. La possibilità di ricevere informazioni prima dell'inizio di qualsiasi trattamento è indispensabile per intraprendere percorsi mirati alla salvaguardia della fertilità. Gli operatori di riferimento dedicati a fornire le informazioni per la preservazione della fertilità sono: l'oncologo, il ginecologo e il chirurgo oncologo dedicato.</p>	
OBIETTIVI	<p>Sviluppare un percorso diagnostico terapeutico assistenziale complesso.</p> <p>Garantire almeno un centro multi-professionale presso cui far confluire le donne affette da neoplasie che possano essere prese in carico ed accompagnate sulla strada necessaria a tutelarne la fertilità.</p> <p>Supportare le donne presso centri specifici già esistenti in Italia.</p> <p>Avviare nel medesimo centro un punto di raccolta e definire un punto di stoccaggio.</p>	
TEMPI ATTUAZIONE	<p>Studio di fattibilità</p> <p>Avvio del centro per la presa in carico</p> <p>Inizio raccolta</p>	<p>primi 6 mesi</p> <p>secondi 6 mesi</p> <p>entro 24 mesi</p>
INDICATORI	<ul style="list-style-type: none"> • Relazione su fattibilità del progetto • Definizione degli attori e sede per il centro per la presa in carico 	
RISULTATI ATTESI	<p>Tutela della fertilità delle giovani donne affette da neoplasie solide ed ematologiche e da altre patologie che possano comprometterne temporaneamente la fertilità.</p>	



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

SCHEDA n. 12

Linea Progettuale LP12	Implementazione di percorsi diagnostico-assistenziali e di supporto per migliorare la vita delle donne affette da malattie croniche invalidanti della sfera uro-genitale (endometriosi infiltrante., vulvodinia, cistite interstiziale)
Titolo del progetto	<i>Qualità di vita per le donne affette da endometriosi</i>
Durata del progetto	12 mesi
Referente	Agenzia Regionale Sanitaria
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 417.287,00
CONTESTO RELAZIONE ILLUSTRATIVA	<p>Nella Regione Marche viene data particolare attenzione al mantenimento di un'elevata qualità della vita della donna, alla diagnosi mirata delle patologie ginecologiche e alla personalizzazione della cura, con terapie mediche specifiche e trattamenti chirurgici mini-invasivi. La finalità primaria è quella di preservare, laddove possibile, l'integrità dell'apparato genitale femminile orientando in particolare le attività terapeutiche verso tecniche "conservative".</p> <p>Nell'ambito della riorganizzazione delle reti cliniche si ritiene di individuare un centro di Alta Specializzazione. E' compito del centro definire con i professionisti delle aziende regionali protocolli organizzativi per la gestione delle malattie croniche invalidanti della sfera urogenitale, individuare percorsi finalizzati alla diagnosi precoce ed alla presa in carico sulla base della complessità clinica assistenziale.</p>
DESCRIZIONE	Il Centro di alta specialità centralizza le attività diagnostiche e terapeutiche complesse in un'ottica di rete e di integrazione con i centri presenti nelle restanti sedi ospedaliere del territorio regionale (ASUR), nelle Aziende e nell'INRCA. Il centro, in raccordo con i professionisti della rete, partecipa ai lavori per standardizzare i percorsi assistenziali e definire i protocolli diagnostico-operativi per la gestione del dolore pelvico cronico con la gestione integrata del paziente da parte di equipe multidisciplinari. Inoltre favorisce il massimo dell'integrazione con la rete dei consultori, con i Distretti e con i MMG e sostiene le campagne di comunicazione e informazione alle donne in età fertile. Da ultimo partecipa alla istituzione dei registri di patologia e osservatori a livello regionale.
OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> • diagnosi precoce e presa in carico delle donne con dolore pelvico cronico • favorire lo sviluppo, a livello delle UO delle aziende, delle tecniche mini-invasive con la finalità di preservare l'utero • sostenere le donne affette da dolore pelvico cronico
TEMPI ATTUAZIONE	12 mesi
INDICATORI	n. donne affette da endometriosi seguite presso gli ambulatori/ospedali di riferimento
RISULTATI ATTESI	Migliorare la salute delle donne affette da dolore pelvico cronico e aumentare la loro qualità di vita.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

SCHEMA n. 13

Linea Progettuale	Implementazione della rete nazionale dei centri territoriali per la prevenzione primaria e la diagnosi precoce delle infezioni da HPV	
Titolo del progetto	Analisi dei determinanti di accesso ai servizi vaccinali e sviluppo di strategie di offerta attiva della vaccinazione anti-HPV nelle Marche	
Durata del progetto	12 mesi	
Referente	Agenzia Regionale Sanitaria	
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 738.423,00	
CONTESTO RELAZIONE ILLUSTRATIVA	<p>Il Piano Nazionale di Prevenzione vaccinale 2012-2014 - Intesa Stato-Regioni e PP.AA. n. 54 del 22.02.2012 (Supp. Ordinario n.47 – G.U. n.60 del 12.03.2012) – ha definito gli obiettivi di copertura vaccinali nazionali e con la DGR 480 del 03.04.2013 “Recepimento del Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2012-2014 - Intesa Stato-Regioni 22 febbraio 2012” la Regione Marche ha recepito il PNPV 2012-2014. L’analisi dei livelli di copertura raggiunti nelle Marche evidenzia come i risultati siano, in alcuni casi, al di sotto degli standard previsti dal PNPV 2012-2014 e in particolare per la vaccinazione anti-hpv si registra uno dei maggiori scostamenti tra valore storico e obiettivo nazionale previsto. I dati di copertura vaccinale con tre dosi non superano, nella Regione Marche, il 75% (nella coorte più rispondente alla vaccinazione, quella del 1997 il valore di copertura è del 72,7%) mentre l’obiettivo nazionale è pari al 95%. Inoltre un crescente sentimento di diffidenza e sfiducia nei confronti delle istituzioni sanitarie e l’affermarsi di un fronte anti vaccinale sempre più efficace in termini comunicativi comporta una progressiva e costante riduzione delle copertura vaccinali generali.</p>	
DESCRIZIONE	<p>Con il presente progetto si intende valutare i determinanti alla base della non accettazione dell’offerta attiva e gratuita della vaccinazione antipapilloma virus, attraverso una analisi della letteratura disponibile. Si intende porre in essere azioni di sostegno alla informazione e comunicazione mediante materiale divulgativo diffuso tramite i servizi vaccinali per facilitare la scelta vaccinale, anche considerando le risultanze dell’analisi sui determinanti sopracitata. Nel periodo progettuale sarà studiata la fattibilità di intervenire con un rinforzo alla chiamata attiva attraverso un servizio di call center dedicato.</p>	
OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> • Analisi dei determinanti dell’accesso ai servizi vaccinali e all’adesione alla specifica vaccinazione • sviluppo di forme di informazione/comunicazione adeguate (call center per il rinforzo della chiamata attiva e gratuita; diffusione di materiale informativo) 	
TEMPI ATTUAZIONE	Analisi dei determinanti dell’accesso ai servizi vaccinali e all’adesione alla specifica vaccinazione	6 mesi
	Attivazione percorsi regionali di informazione, promozione della vaccinazione	12 mesi
INDICATORI	<ul style="list-style-type: none"> • report sui determinanti dell’accesso ai servizi vaccinali e all’adesione alla specifica vaccinazione • report studio fattibilità call center • % di servizi vaccinali che hanno diffuso materiale informativo 	
RISULTATI ATTESI	<ul style="list-style-type: none"> • miglior conoscenza dei determinanti che limitano l’adesione alla vaccinazione • aumento della copertura vaccinale specifica 	



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

SCHEDA n. 14

Linea Progettuale LP14	Implementazione della rete nazionale dei centri territoriali per la prevenzione primaria e la diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale maschile
Titolo del progetto	<i>Riorganizzazione in rete dei centri territoriali urologici</i>
Durata del progetto	12 mesi
Referente	Agenzia Regionale Sanitaria
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 417.287,00
CONTESTO RELAZIONE ILLUSTRATIVA	<p>Il Piano Socio Sanitario (PSSR) 2012-2014 ha indirizzato il SSR verso la reingegnerizzazione delle reti ospedaliera, territoriale e socio-sanitaria al fine di garantire la riorganizzazione delle unità operative semplici e complesse nella logica della rete di area vasta geograficamente intesa. Il PSSR ha definito il sistema "a rete" come modello della programmazione regionale in grado di ridurre le inefficienze proponendo lo sviluppo di diverse reti cliniche per consentire di riqualificare l'offerta assistenziale e permettere l'integrazione e la collaborazione tra servizi del territorio producendo sinergie in grado di offrire a cittadini e pazienti servizi di qualità a costi sostenibili.</p> <p>Con DGR n.1537 del 31/10/2012, modificata con DGR 1590/2012, è stata definita la riorganizzazione delle attività cliniche del SSR con una connotazione del sistema assistenziale regionale in reti cliniche con logica "Hub e spoke". In tale atto si è differenziata "l'area dell'alta specialità, concentrata quasi esclusivamente nell'Azienda Ospedaliera di Torrette e per alcune peculiarità, nelle sedi dell'INRCA e di Marche Nord" rispetto "all'area core" dell'attività ospedaliera, caratterizzata dalla media complessità diffusa sul territorio, nei presidi che costituiscono il network ospedaliero di integrazione clinica per le acuzie, integrata a livello locale e regionale". A queste si affianca "l'area della bassa complessità, il network territoriale socio-sanitario per le post-acuzie, sub-acuzie e fragilità, assicurata nelle piccole strutture integrate in una rete che fa capo all'INRCA".</p> <p>E in fase di completamento il ridisegno dell'intera rete assistenziale ospedaliera e dell'emergenza-urgenza realizzando l'architettura infrastrutturale su cui possono essere inserite in maniera appropriata le reti cliniche</p>
DESCRIZIONE	<p>Le reti cliniche vengono delineate seguendo una rigorosa metodologia partendo da standard assistenziali che in termini di numerosità di bacino di utenza stabiliscono l'optimum assistenziale. A tal fine sono stati utilizzati a riferimento gli standard dell'Agenzia Nazionale per i Servizi sanitari Regionali (Age.Na.S.). A questi sono stati affiancati gli standard previsti nel documento ministeriale, ancora da ratificare, del "Regolamento recante: Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, in attuazione dell'art. 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004 n. 301 e dell'art 15 comma 13 lettera c del D.L. 6 luglio 2012, 95 convertito dalla legge 7 agosto 2012 n. 135" che stabiliva gli standard ottimali attraverso la definizione di bacini di utenza a garanzia dell'assistito utilizzando a sua volta, nella fissazione dei parametri, gli standard dettati dalle principali società scientifiche o dall' Age.Na.S. Inoltre è stato utilizzato come ulteriore riferimento il lavoro, recentemente pubblicato (Amato L. et al, " Volumi di attività ed esiti delle cure: prove scientifiche in letteratura ed evidenze empiri-</p>



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

	<p>che in Italia”) che riporta anche l’associazione tra esiti ed i volumi di attività per alcune tipologie di interventi e/o patologie, (PNE 2011 calcolati sui dati SDO). In base all’esito mortalità intraospedaliera o a 30 giorni, per 26 le specifiche aree cliniche esistono prove dell’associazione positiva tra volumi di attività ospedaliera ed esito.</p>
OBIETTIVI	<p>In tale contesto è inserita la rete clinica dell’urologia ed il driver sulle scelte in particolare per la cura del carcinoma della prostata e delle neoplasie urogenitali è determinato dai riferimenti di letteratura e dai documenti AGENAS e dall’analisi dell’associazione tra volume di attività ed esito delle cure nelle strutture ospedaliere italiane per volume di attività. PNE 2011 che stabiliscono che esiste un rapporto positivo tra volume di attività ed outcome.</p> <p>Inoltre la proporzione di riammissioni dopo l’intervento diminuisce decisamente fino a circa 25-50 interventi/anno e continua a diminuire lievemente all’aumentare del volume di attività.</p> <p>Pertanto la scelta è individuare le sedi opportune presso le quali effettuare gli interventi garantendo il rispetto dei volumi minimi.</p>
TEMPI ATTUAZIONE	<p>12 mesi</p>
INDICATORI	<ul style="list-style-type: none">• n. sedi regionali presso cui sono effettuati interventi chirurgici nel rispetto dei volumi minimi sul totale delle sedi.
RISULTATI ATTESI	<p>Avvio della rete di urologia con revisione delle attività all’interno dell’ASUR e in logica di rete integrata a valenza regionale coerentemente con le UO di Urologia delle Altre aziende e dell’INRCA.</p>



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

SCHEMA n. 15

Linea progettuale	Definizione dei modelli di assistenza ai bambini e adolescenti affetti da patologie croniche, disturbi del comportamento alimentare, dell'apprendimento e del linguaggio, da autismo, da disturbo di deficit di attenzione/iperattività (ADHD) e da psicosi affettive e non affettive dell'infanzia e dell'adolescenza mediante l'organizzazione di Centri di riferimento a valenza regionale e/o interregionale e la realizzazione di reti assistenziali
Titolo del progetto	<i>L'Autismo i Disturbi del comportamento alimentare- verso un progetto di vita</i>
Durata del progetto	<i>12 mesi</i>
Referente	ARS
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 1.113.147,00
CONTESTO- RELAZIONE ILLUSTRATIVA	<p>Il Disturbo dello spettro autistico ha ricevuto nell'ultimo decennio grande attenzione in tutto il mondo in ambito medico e di ridefinizione categoriale, dal punto di vista scientifico e di ricerca, riabilitativo, educativo, sociale e, non ultimo, bioetico. La presa in carico e la cura delle persone con autismo richiede comunque una differenziazione di trattamento a seconda della gravità del Disturbo Autistico, della presenza e della gravità eventuale del Ritardo Mentale e/o del Disturbo Linguistico che lo accompagnano nonché della presenza di altre patologie. Un altro elemento di complessità sembra essere rappresentato dallo spazio peculiare in cui si pone il Disturbo, all'intersezione tra la salute mentale e la disabilità, che spesso rende complessa la sua presa in carico nell'età adulta, dove, almeno nel nostro paese, le figure che si occupano di salute mentale e di disabilità non sono coincidenti e dove è poco frequente una continuità di presa in carico tra età evolutiva ed età adulta. La Regione Marche ha attivato, già dal 2002 (DGR n. 1891 del 29.10.2002) un progetto integrato di tipo socio- sanitario, che prevede una serie di servizi a favore della persona con disturbo autistico e della sua famiglia lungo tutto l'arco della vita.</p> <p>Inoltre presso la nostra regione sono attivi da anni punti di assistenza per i pazienti con Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) multidisciplinari e la sfida consiste nel migliorarne l'integrazione con strutture residenziali per garantire un PDTA completo.</p>
DESCRIZIONE PROGETTO	<p>Il progetto Autismo nelle Marche si articola in due fasi: quella dell'"Età evolutiva" che si sostanzia in un servizio regionale con funzioni di diagnosi, presa in carico e ricerca dei disturbi generalizzati dello sviluppo in età evolutiva e quella dell'"Età adolescenziale ed adulta" che si sostanzia nel finanziamento di ore di assistenza sanitaria aggiuntiva in favore di persone con autismo che frequentano i Centri Socio Educativi Riabilitativi diurni - CSER e le Comunità-Socio_educative riabilitative residenziali (Co.S.E.R.)</p> <p>Per quanto riguarda i DCA la regione ha attivato sia la presa in carico presso le strutture ambulatoriali dedicate presenti negli ospedali di rete che la presa in carico mediante un progetto residenziale presso la Casa di cura "Villa Igea" in una logica di continuità assistenziale.</p>
OBIETTIVI	<p>Gli obiettivi del progetto sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • presa in carico delle persone affette da Disturbi dello Spettro Autistico e DCA (presso realtà separate) attraverso interventi diagnostici, terapeutici, educativi, abilitativi e riabilitativi; • sostegno e consulenza alla famiglia durante tutto il complesso percorso diagnostico,



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

	<p>terapeutico e riabilitativo;</p> <ul style="list-style-type: none"> • integrazione sociale, scolastica e lavorativa delle persone affette da Disturbi dello Spettro Autistico e DCA che ne valorizzino le capacità.
TEMPI DI ATTUAZIONE	12 mesi
INDICATORI	<p>riduzione del parto cesareo n. utenti presi in carico presso i centri dedicati</p> <p>n. utenti assistiti nelle strutture residenziali</p>
RISULTATI ATTESI	<p>Adeguata assistenza socio-sanitaria delle persone affette da Disturbi dello Spettro Autistico e delle famiglie.</p> <p>Miglioramento dell'assistenza ai pazienti con disturbi del comportamento alimentare e del sostegno alle famiglie</p>

SCHEDA n. 16

Linea Progettuale LP16	Sviluppo degli strumenti del governo clinico e della valutazione della qualità e della sicurezza delle prestazioni – Risk Management
Titolo del progetto	<i>Gestione del Rischio Clinico regionale</i>
Durata del progetto	12 mesi
Referente	Agenzia Regionale Sanitaria
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 2.781.910,00

CONTESTO RELAZIONE ILLUSTRATIVA	<p>Per rischio clinico si intende la possibilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, cioè subisca un qualsiasi danno o disagio, imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate durante il percorso assistenziale, le cui conseguenze possono essere il prolungamento del periodo di degenza, il peggioramento delle condizioni di salute o la morte del paziente stesso. Pertanto, la gestione del rischio clinico costituisce l'insieme di attività poste in essere al fine di migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza dei pazienti e degli operatori, mediante l'identificazione, la valutazione e l'eliminazione dei fattori di rischio attuali e potenziali all'interno delle strutture sanitarie. La Regione Marche e l'ARS hanno configurato la gestione del rischio clinico come processo sistematico che coinvolge non solo gli Enti del SSR, quali attori istituzionali, ma anche i professionisti ed i rappresentanti dei cittadini, con lo scopo di dare concretezza all'impegno delle istituzioni sanitarie in tema di qualità delle prestazioni e sicurezza delle cure. Con la DGR n. 1513 del 28/9/2009, è stato istituito il "Centro Regionale per la Gestione del Rischio Clinico" (CRRC), quale strumento propulsore di una serie di azioni progettuali per la realizzazione di un sistema di gestione del rischio clinico all'interno di ogni Ente del SSR, allo scopo di garantire il miglioramento complessivo del grado di sicurezza del paziente nelle strutture sanitarie marchigiane. Nel corso del primo periodo di attività (2009/2012) il Programma regionale per la gestione del rischio clinico ha avviato a livello regionale il Sistema Informativo Monitoraggio Errori in Sanità (SIMES) per la segnalazione degli eventi sentinella e per la gestione dei sinistri, con relativa trasmissione al Ministero dei flussi informativi ed elaborazione di report annuali. Inoltre ha elaborato il piano di formazione regionale per la funzione di</p>
--	--



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

	rischio clinico destinato ai Referenti della Funzione Aziendale Gestione del Rischio Clinico ed agli operatori sanitari di ciascuna Ente del SSR.
DESCRIZIONE	<p>Nel corso dell'anno si avvia lo sviluppo di percorsi programmatici volti allo sviluppo di un framework regionale per il miglioramento della qualità e sicurezza in ambito sanitario, al fine di ottimizzare ed omogeneizzare l'analisi delle aree di rischio a più alto impatto e di adottare le conseguenti azioni di miglioramento a livello regionale. Il coordinamento regionale provvede a garantire la mappatura del livello di rischio clinico negli Enti del SSR marchigiano, ad effettuare l'analisi dei dati raccolti, al fine di sviluppare strategie per la riduzione del rischio. Inoltre provvede alla rivalutazione periodica dell'impatto dei cambiamenti nel profilo di rischio delle Aziende Sanitarie e alla raccolta, validazione e diffusione delle "buone pratiche" regionali per la sicurezza dei pazienti.</p> <p>Nella regione inoltre si è ritenuto di sviluppare la risposta alle richieste di risarcimento mediante il sistema dell'"autotutela" attraverso le professionalità specifiche (medico-legali, legali) presenti nelle Aziende in particolare presso l'ASUR.</p>
OBIETTIVI	<p>Gli obiettivi del progetto sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • promuovere la cultura della sicurezza per il paziente e per gli operatori; • introdurre cambiamenti nella pratica clinica; • ridurre il verificarsi degli eventi avversi prevedibili; • contribuire indirettamente ad una diminuzione dei costi. <p>L'assetto strutturale ed organizzativo del Centro Regionale per la Gestione del Rischio Clinico è oggetto di revisione, prevedendone l'articolazione in specifiche strutture.</p>
TEMPI	12 mesi
ATTUAZIONE	
INDICATORI	<p>n. eventi sentinella inviati nel rispetto dei termini previsti</p> <p>n. interventi medico legali per risposte in autotutela</p> <p>n. percorsi formativi (audit clinici sul rischio clinico per almeno una raccomandazione ministeriale)</p>
RISULTATI ATTESI	<p>Garanzia di adesione del livello regionale al Sistema Informativo Monitoraggio Errori in Sanità (SIMES) per la segnalazione degli eventi sentinella e per la gestione dei sinistri, con relativa trasmissione al Ministero dei flussi informativi.</p> <p>Prosecuzione del piano di formazione regionale per la funzione di rischio clinico destinato ai Referenti della Funzione Aziendale Gestione del Rischio Clinico ed agli operatori sanitari di ciascuna Ente del SSR.</p>

R



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

SCHEMA n. 17

Linea Progettuale LP17	Implementazione del "codice etico" nelle Aziende sanitarie
Titolo del progetto	<i>Implementazione codice etico negli Enti del SSR</i>
Durata del progetto	12 mesi
Referente	Agenzia Regionale Sanitaria
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 279.116,00
CONTESTO RELAZIONE ILLUSTRATIVA	Il Codice Etico Aziendale individua i principi generali e le regole comportamentali a cui viene riconosciuto valore etico positivo. Prende spunto da disposizioni generali quali: codici di comportamento dei dipendenti pubblici (D.M. Funzione Pubblica 28/11/2000) D.Lvo n. 145 del 30/05/05 – D.Lvo n. 198 del 11/04/06 "codice delle pari opportunità", ecc. Il Codice Etico Aziendale si richiama ai principi universalistici ed ai valori che caratterizzano il SSN. Il Codice Etico Aziendale si rivolge a tutta la dirigenza ed a tutti i dipendenti aziendali orientando le loro scelte comportamentali.
DESCRIZIONE	Il Codice etico è vincolante, senza alcuna eccezione, per tutto il personale che opera a qualsiasi titolo nelle strutture aziendali o anche al di fuori di esse, purché nello svolgimento dei propri compiti e funzioni professionali. Con il presente progetto si implementano le azioni e si effettuano verifiche sulle attività svolte. Tra i principali obiettivi del Codice etico vi è la tutela del lavoratore in quanto nell'ambito lavorativo tutte le persone hanno diritto a essere trattate con dignità e rispetto. Tutti sono tenuti a contribuire affinché l'organizzazione del lavoro sia fondata e ispirata ai seguenti principi: spirito di servizio; appropriatezza; trasparenza e completezza delle informazioni; rispetto e fiducia; sostenibilità; miglioramento continuo; sviluppo delle capacità; merito; sicurezza negli ambienti di lavoro; pari opportunità e spirito di appartenenza. Gli operatori sono tenuti a costruire un rapporto di fiducia con i cittadini, singoli e associati, contribuendo alla buona reputazione dell'Azienda e del SSN. Gli operatori devono essere attenti ad assicurare solidarietà nei confronti delle persone più vulnerabili e più esposte a rischio di esclusione sociale. Nell'ambito della trasparenza vi è anche il rispetto delle liste di attesa per i pazienti, basate sulla priorità clinica e la tempistica di prenotazione. Eventuali visite e/o esami richiesti fuori lista per motivi di urgenza seguono le procedure previste per le urgenze/emergenze di ogni singolo reparto. I dirigenti e tutti i dipendenti aziendali sono tenuti a favorire, garantire e mantenere l'autonomia gestionale dell'Azienda. Eventuali diversità di opinione sulla gestione aziendale vanno affrontate e risolte nelle sedi istituzionali (Dipartimento, Collegio di Direzione, Consiglio dei sanitari, Organizzazioni Sindacali, Consiglio di Facoltà).
OBIETTIVI	Predisposizione di materiale per attivare il Codice etico e adeguarsi alle norme di trasparenza per gli Enti che non abbiano ancora provveduto. A seguito della sua attivazione per la sua implementazione è indispensabile: <ul style="list-style-type: none"> • ricevere ed analizzare le segnalazioni di violazione; • interloquire con le parti in causa nelle segnalazioni, garantendo la riservatezza sia per i segnalatori che per i segnalati.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

TEMPI	12 mesi
ATTUAZIONE	
INDICATORI	<ul style="list-style-type: none"> • n. incontri intra-aziendali sul tema del codice etico aziendale
RISULTATI ATTESI	<ul style="list-style-type: none"> • Miglioramento del clima aziendale, maggior rispetto dei cittadini e miglior capacità di comunicazione con gli stessi

SCHEDA n. 18

Linea Progettuale	PIANO NAZIONALE PREVENZIONE
Titolo del progetto	<i>Proroga per l'anno 2013 del Piano Regionale della Prevenzione 10/12</i>
Durata del progetto	12 mesi
Referente	Agenzia Regionale Sanitaria
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 6.676.585,00

CONTESTO	<p>Con Atto di Intesa n. 53/CSR del 7 febbraio 2013 è stata approvata la proroga del Piano Nazionale della prevenzione 2010-2012. Tale atto di intesa prevede di procedere alla riprogrammazione dei propri Piani regionali di Prevenzione per l'anno 2013 secondo le seguenti indicazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • aggiornamento del quadro strategico in relazione a nuove proposte progettuali; • inclusione di nuovi progetti redatti secondo l'Intesa Stato -Regioni del 10 febbraio 2011; • eventuale eliminazione di uno o più progetti; • mantenimento tal quale dei progetti del PRP 2010-2012, ma con indicazione del valore atteso degli obiettivi al 31 dicembre 2013; • rimodulazione della struttura dei progetti del PRP 2010-2012; • esplicitazione degli indicatori di output o di processo coerenti con l'obiettivo che si intende raggiungere; • estensione (in termini di ambito territoriale e target coinvolto) dei progetti "pilota" o di quelli che prevedono una copertura non rappresentativa della Regione; • Orientamento, in maniera più incisiva, nei confronti delle tematiche dell'equità e delle disuguaglianze. <p>Sulla base di quanto previsto dall'Accordo sopra citato, nel corso dell'anno 2013, si procederà alla revisione delle trenta linee progettuali attivate con il Piano della Prevenzione 2010-2012.</p>
DESCRIZIONE	<p>Le trenta linee progettuali del 2010-2012 PRP delle Marche coprono le quattro macro-aree in cui è suddiviso il piano nazionale: medicina predittiva (2 linee), prevenzione universale (19 linee), prevenzione delle popolazioni a rischio (6 linee); prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia (3 linee). Le linee progettuali sono state scelte in base a quattro variabili maggiori: rilevanza epidemiologica, continuità con il precedente PRP, norme regionali e programmazione regionale in essere, sorveglianza epidemiologica. Per i dettagli si rimanda alla DGR 1856/10.</p> <p>Dall'analisi dei risultati ottenuti, al fine dell'approvazione della Proroga del Piano Regionale della Prevenzione per l'anno 2013 si procede come segue:</p>



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

	Si prevede di inserire una nuova linea progettuale dedicata a dare continuità e rafforzare l'alleanza con l'Istituzione Scolastica, già formalizzata con il Protocollo d'Intesa tra Regione Marche e Ufficio Scolastico Regionale per "Educazione alla salute e promozione di stili di vita sani in ambito scolastico" approvato con DGR 1483/10.
OBIETTIVI TEMPI ATTUAZIONE	L'anno 2013, terzo anno di attività nel territorio, è dedicato alla revisione ed approvazione del piano attraverso la verifica, per ciascuna linea progettuale, degli obiettivi e relativi indicatori al fine di valutarne la chiusura, la rimodulazione o prosecuzione. Relativamente all'inserimento della nuova linea progettuale da concordare con l'Ufficio Scolastico Regionale, si darà preliminarmente seguito al rinnovo del citato protocollo d'Intesa per gli anni scolastici 2013/2014 e 2014-2015.
RISULTATI ATTESI	Attuazione delle 4 macro: <ul style="list-style-type: none"> o macroarea 1 – medicina predittiva o macroarea 2 – prevenzione universale o macroarea 3 – prevenzione nella popolazione a rischio o macroarea 4 – prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia

SCHEMA n. 19

Linea Progettuale LP 19	Superamento OPG e salute mentale
Titolo del progetto	<i>La presa in carico delle patologie complesse attraverso percorsi di cura/ strutture di ricovero o residenziali innovativi</i>
Durata del progetto	12 mesi
Referente	Agenzia Regionale Sanitaria
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 2.449.212,00
CONTESTO: RELAZIONE ILLUSTRATIVA	Sia il Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale che l'accordo Stato Regioni sulla residenzialità psichiatrica prevedono per i "Disturbi Gravi persistenti e complessi" la definizione di strumenti differenziati, individualizzati anche attraverso la sperimentazione di strutture innovative
DESCRIZIONE	La presa in carico presuppone una assistenza globale che risponde alle domande di cura dei singoli utenti, tenendo conto dei bisogni a diverso livello. E' necessario pertanto promuovere all'interno dei DSM percorsi, anche innovativi, differenziati e basati sulla valutazione dei bisogni delle persone. Oltre ad una presenza stabile e continua sul territorio occorre pensare a strutture alternative o da affiancare al SPDC e strutture riabilitative ed assistenziali differenziate e caratterizzate per le attività svolte, oltre ad essere collocate in territori diversi della Regione. Nella nostra regione è presente la SRT, sita in Fabriano, che rappresenta una struttura sperimentale dove si effettua parte del programma terapeutico-riabilitativo, con particolare riferimento alla terapia cognitiva, secondo le metodiche validate a livello internazionale, e counselling per utenti di esclusiva pertinenza psichiatrica in fase sub acuta di malattia. Tale struttura garantisce trattamenti alternativi all'SPDC.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

	Inoltre sono presenti 5 strutture residenziali riabilitative dove è possibile svolgere, oltre al piano terapeutico riabilitativo individualizzato, diverse tipologie di attività occupazionali.
OBIETTIVI	<p>Ridurre i ricoveri in SPDC e svolgere diverse tipologie di attività occupazionali (da attività prettamente artigianali come produzione di carta fatta a mano ad attività varie di tipo agricolo e/o di allevamento, o alla gestione di un ristorante e/o di un Hotel). Questa tipologia di attività occupazionale è la più indicata per la maggior parte di utenti con patologia grave e persistente.</p> <p>Orientare parte delle strutture socio-riabilitative verso forme di intervento riconosciute come avanzate e che possono dare agli utenti più problematici delle prospettive di maggiore integrazione sociale.</p>
TEMPI ATTUAZIONE	12 mesi
INDICATORI	<ul style="list-style-type: none"> • giornate di degenza in SRT: > 1500 (inclusa la mobilità attiva) • riduzione tasso di ospedalizzazione DRG specifico • n° di utenti effettivamente occupati nelle varie attività proposte (> del 60%) giornate di degenza in SRT (inclusa la mobilità attiva)
RISULTATI ATTESI	Miglioramento della presa in carico dei pazienti con Disturbi Gravi persistenti e complessi e riduzione del ricorso a ricoveri in strutture per acuzie.

SCHEMA n. 20

Linea Progettuale LP20	Sicurezza nei luoghi di lavoro
Titolo del progetto	<i>Rafforzamento del sistema istituzionale e del partenariato sociale per la prevenzione nei luoghi di lavoro</i>
Durata del progetto	12 mesi
Referente	Agenzia Regionale Sanitaria
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 556.382,00
CONTESTO RELAZIONE ILLUSTRATIVA	<p>La programmazione regionale adottata dopo l'entrata in vigore del D.Lgs 81/08 e s.m.i., risulta del tutto in linea con le strategie e gli obiettivi individuati nell'accordo 13/CSR del 20.2.2014, derivati dalla programmazione nazionale che ha la sua origine nel "patto per la salute nei luoghi di lavoro" (DPCM 17 dicembre 2007) e nei successivi accordi di Conferenza per l'approvazione del piano di prevenzione nel comparto delle costruzioni e nel comparto agricolo forestale, così come negli atti di indirizzo per gli anni 2011, 2012 e 2013 predisposti dal Comitato di indirizzo ex art. 5 del D.Lgs 81/08.</p> <p>Nella Regione Marche è completamente operativa la filiera istituzionale rappresentata dal Co-</p>



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

	<p>mitato Regionale di Coordinamento (CRC) ex art. 7 del D. Lgs 81/08 (DGR 875/2008), dall'Ufficio Operativo e dagli Organismi Provinciali, strutturazione prevista dal DPCM 21.12.2007 (D.D. 41 SAP del 12/10/2010). Tale organismo nella prima seduta dell'anno solare approva il programma di lavoro.</p> <p>Il supporto alla realizzazione dei programmi condivisi nell'ambito del CRC è rappresentato in particolare dal vigente IV protocollo triennale di intesa Regione Marche – Direzione Regionale INAIL che funge da asse portante per lo sviluppo di tutte le iniziative strategiche (DGR 814 del 6/6/2011)</p> <p>Per l'anno di riferimento quindi il presente progetto ha il compito di sostenere le azioni di pertinenza dei Servizi di Prevenzione e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro dei Dipartimenti di Prevenzione dell'ASUR, nell'ambito delle sinergie già operanti attraverso i meccanismi sopra brevemente riassunti.</p>
<p>DESCRIZIONE</p>	<p>Per l'anno di riferimento in coerenza con il lavoro programmato negli anni precedenti, si prevede di sviluppare alcune delle Aree di intervento indicate come prioritarie. In particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • migliorare ed estendere l'utilizzo dei <u>sistemi di sorveglianza</u> specifici ai fini di rendere più efficace la programmazione degli interventi, partendo dalla esistenza di un consolidato gruppo di lavoro formalizzato (D.D. n.2 /SAP del 13/02/2008); • adeguare la prima <u>organizzazione degli Organismi Provinciali</u> a seguito della riorganizzazione del SSR in aree vaste e delle prime esperienze operative, fornendo indirizzi operativi concordati tra le istituzioni nell'Ufficio Operativo; • riorganizzare il supporto centrale per la programmazione nel campo della prevenzione nel comparto delle costruzioni in particolare per la sicurezza durante la costruzione delle grandi opere infrastrutturali in corso da alcuni anni nel territorio regionale, in modo complementare a quanto previsto nel PRP; • rafforzare l'azione di sostegno alla crescita della cultura della sicurezza degli RLS ed RLST, mediante azioni informative di sistema promosse dal CRC • redigere ed avviare il piano di prevenzione regionale del <u>rischio cancerogeno</u> nei luoghi di lavoro, tema affrontato singolarmente nelle singole aree del territorio, ma mai interpretato come programma strategico unitario; • avviare la campagna di informazione e formazione sui <u>rischi psicosociali</u>.
<p>OBIETTIVI</p>	<ul style="list-style-type: none"> • formazione ed aggiornamento degli operatori coinvolti nella implementazione del progetto Mal. Prof. redazione di report integrato Regione – INAIL relativo a tutti gli anni di archivio disponibili e presentazione del medesimo in una seduta pubblica promossa dal CRC; • miglioramento della efficacia dell'azione programmatoria degli Organismi Provinciali; • studio, condivisione e formalizzazione di linee guida tecniche collegate ad aspetti della sicurezza durante le grandi opere infrastrutturali; • proseguimento dell'azione di prevenzione nel comparto agricolo forestale finalizzata in particolare alla riduzione degli infortuni; • studio, condivisione e formalizzazione di un piano di azione regionale per la prevenzione del rischio cancerogeno; • adeguamento degli operatori dei SPSAL della necessari conoscenza per poter informare correttamente i soggetti della prevenzione aziendale sulla metodologia di valutazione del rischio

[Handwritten signature]



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

	psicosociale.	
TEMPI ATTUAZIONE	• formalizzazione riorganizzazione Organismi Provinciali e per sostegno al funzionamento	8 mesi
	• ristrutturazione supporto centrale alla programmazione in edilizia	6 mesi
	• approvazione piano regionale di prevenzione rischio cancerogeno	6 mesi
	• emanazione delle linee guida G.O.	9 mesi
	• presentazione report integrato	12 mesi
	• attuazione programmazione annuale piano agricoltura	12 mesi
	• formazione operatori PSAL e informazione alle parti sociali relative ai rischi psicosociali	12 mesi
INDICATORI	• realizzazione di almeno 2 corsi di formazione operatori PSAL sull'utilizzo di Mal Prof almeno 1 corso di formazione regionale per operatori PSAL e almeno 1 incontro informativi regionali per parti sociali emanazione Decreti Dirigenziali per riorganizzazione Organismi Provinciali • emanazione Decreti Dirigenziali per formalizzazione di almeno 4 linee guida sicurezza edilizia, con riferimento alle G.O. • emanazione DGR piano di prevenzione del rischio cancerogeno	
RISULTATI ATTESI	Riduzione delle frequenze infortunistiche ed emersione delle patologie lavoro correlate evidenziate da un incremento delle denunce di sospetta Malattia Professionale.	



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Parte II

L'Accordo Governo-Regioni del 22/11/2012 stabiliva gli Obiettivi di Piano per l'anno 2012 e le relative linee progettuali, per un importo complessivo pari ad Euro 41.500.043,00. Di seguito si riporta la relazione illustrativa dei risultati raggiunti, per singolo progetto, nell'anno 2012 e gli stati di avanzamento dei progetti pluriennali.

PARTE I-Progetti in continuità con gli anni precedenti

Relativamente alle attività svolte negli anni precedenti si conferma la continuità del progetto in essere che viene sviluppato sulla base delle indicazioni di legge e degli accordi Stato-regioni ed Intesa Stato-regioni che si sono susseguiti e si stanno susseguendo negli anni.

LP1 Attività di assistenza primaria

1 - Miglioramento dell'appropriatezza nelle cure primarie

Risultati: Il progetto è in continuità con gli anni precedenti e la regione sta portando avanti il piano di implementazione delle strutture dedicate all'erogazione delle cure primarie e residenziali con il compito di rispondere ai bisogni assistenziali del territorio nelle forme delle case della salute. Grazie alla DGR 47/2013 che contiene tale progettualità si è giunti alla definizione della DGR 735/2013, che dà l'avvio ad una completa riorganizzazione dell'offerta territoriale partendo dalla riconversione degli ospedali minori. Il progetto ha consentito di qualificare e diffondere il modello Casa della Salute per l'erogazione delle cure primarie. Inoltre ha consentito di migliorare le funzioni di front-office e back-office dei percorsi assistenziali sulla base dell'implementazione del modello di "governo della domanda" (PUA-UVI-PAI).

Indicatori: sono state predisposte le linee guida regionali del modello organizzativo della Casa della Salute che si sviluppa su tre livelli; tale documento è in fase di recepimento formale mediante una delibera regionale.

Il numero medio di assistiti dai MMG è di circa 1100 assistiti/mmg.

E' stata progettata la modalità organizzativa di una Casa della Salute per Area Vasta di differente complessità.

E stata predisposta la ricognizione sui livelli di integrazione dei percorsi di "governo della domanda" tra Distretti Sanitari e Ambiti Territoriali Sociali: i Punti Unici di Accesso alla rete dei servizi sociali e socio-sanitari rappresentano il luogo di sintesi tra i punti sociali di accesso posti in essere dai Comuni e dagli ATS (UPS) e i punti socio-sanitari di accesso posti in essere dall'ASUR (URP e sportello della salute) così da agevolare e semplificare l'informazione e l'accesso ai servizi. Tali sperimentazioni risultano soddisfacenti, seppure difficili da tenere attive anche a causa dei cambiamenti legislativi regionali che hanno modificato le strutture di offerta sanitaria distrettuali che non sono più sovrapponibili a quelle di ambito sociale.

Sono presenti 23 uffici di promozione sociale integrati con i Distretti per la gestione degli assegni di cura che hanno consolidato nel 2012 l'integrazione come punto unico di accesso e gestione dei bisogni.

E' stato sottoscritto il "patto per l'assistenza" nel quale vengono individuati i percorsi assistenziali a carico della famiglia, gli impegni a carico dei servizi, la qualità di vita da garantire;

2 - Sperimentazione di ambulatori di CA per l'urgenza di bassa complessità

Risultati: la regione Marche conferma la continuità del progetto in essere e presso l'Area Vasta 4 di Fermo dove è stata attivata la sperimentazione relativa allo sviluppo di un percorso di continuità assistenziale sono state svolte molte attività che hanno consentito di accettare oltre 30.000 cittadini che hanno trovato risposta ai loro bisogni evitando di recarsi presso i locali PS. Dei pazienti pervenuti presso la struttura, circa 1600 sono stati inviati al PS, quota significativa ma molto limitata rispetto ad un avvio complessivo di tutti i pazienti, raggiungendo l'obiettivo dell'incremento dell'appropriatezza degli accessi in Pronto Soccorso e contestualmente l'incremento dell'efficacia organizzativa del sistema delle cure primarie.

Indicatori: sono stati valutati i pazienti che, interessati dalla sperimentazione della CA nel territorio dell'Area Vasta 4, hanno avuto una risposta diretta e quindi non si sono recati presso i PS degli ospedali di riferimento limitrofi, dove avrebbero certamente rappresentato codici bianchi e verdi.

Nell'anno 2012, il numero di accessi presso gli Ambulatori di Continuità Assistenziale nell'Area Vasta di Fermo sono stati, 30727; di questi 1641 sono stati inviati al Pronto Soccorso. Si evidenzia un incremento delle prestazioni di Conti-



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

nuità Assistenziale rispetto al 2011 ed una riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso (28958 accessi di cui 1577 inviati al PS) pertanto i risultati attesi sono coerenti con gli obbiettivi del progetto.

LP2 Non autosufficienza.

1 - Percorso diagnostico terapeutico per il malato di SLA

Risultati: il progetto è stato implementato e si sono raggiunti i risultati di miglioramento della qualità assistenziale del paziente SLA anche grazie ad un inquadramento diagnostico più omogeneo ed il rafforzamento della presa in carico globale.

Indicatori: l'adozione di una specifica DGR n. 1218 del 01/8/12 ha consentito il miglioramento delle attività del centro di riferimento regionale, struttura organizzativa semplice della Clinica Neurologica del Dipartimento di Scienze Neurologiche presso l'Azienda ospedaliera universitaria Ospedali Riuniti di Ancona individuato, in applicazione e secondo le indicazioni dell'Art. 3 dell'Accordo Stato-Regioni del 25/05/2011. E' migliorata la presa in carico globale del paziente affetto da malattie neuromuscolari o malattie analoghe da un punto di vista assistenziale, da parte del centro di riferimento regionale che lavora in integrazione con le strutture territoriali. Il centro lavora per garantire la messa in campo delle competenze multidisciplinari, diagnostiche, terapeutiche ed assistenziali, finalizzate al mantenimento delle funzioni e dell'autonomia, qualità di vita, dignità della persona, inserimento nei diversi contesti familiari e sociali e lo sviluppo del collegamento con le reti regionali della riabilitazione, con la rete delle cure palliative, con le reti di supporto e con l'assistenza domiciliare.

Il centro promuove la comunicazione ai cittadini e costituisce riferimento nell'ambito della formazione di professionisti delle cure primarie e dei familiari impegnati nell'assistenza.

Nella citata DGR sono contenute le basi per l'aggiornamento delle linee guida regionali.

2 - Rete di assistenza al paziente anziano con demenza -Alzheimer

Risultati: la rete di assistenza per la Demenza-Alzheimer, sviluppata anche a seguito della DGR 47/2013 in continuità con le azioni intraprese nel 2011 con la DGR 1512/2011, ha consentito anche grazie al coordinamento regionale in cui partecipano molti dei professionisti del settore di migliorare le capacità assistenziali degli operatori delle UVA e dei centri prescrittori presenti nel territorio regionale, realizzando un miglioramento ed omogeneizzazione delle procedure diagnostico - assistenziali.

Indicatori: sono state condivise le linee guida sulla demenza e sono state condivise le raccomandazioni che sono in fase di recepimento mediante apposito atto regionale. Attualmente si sta rielaborando la rete sulla base di quanto predisposto con DGR 1345/2013.

Nel corso del 2012 sono stati attivati almeno 2 percorsi formativi.

Rilevazione delle attività hanno condotto alla conclusione che nel territorio regionale oltre i 13 UVA sono presenti due centri prescrittori presso le Aziende ospedaliere AOU Riuniti di Ancona e AO Marche Nord che si interfacciano con le UVA presenti nel loro distretto e infine una UVA all'interno dell'INRCA sede di Ancona. In tutti i centri UVA data la complessità dell'assistenza viene garantita la stesura dei piani terapeutici dei pazienti e almeno in occasione della prima visita la distribuzione diretta dei farmaci.

3 - Percorso assistenziale per pazienti in SMC e CV

Risultati: si è lavorato per il miglioramento della qualità assistenziale del paziente in SV attraverso una maggiore omogeneità dell'inquadramento diagnostico, il miglioramento dell'appropriatezza dei setting assistenziali il rafforzamento della presa in carico globale e il coinvolgimento delle famiglie

Con la DGR 1414 dell'8/10/12: "Recepimento e attuazione da parte della Regione Marche Accordo n. 44/cu del 5 maggio 2011 tra il governo, le regioni e le provincie autonome di Trento e Bolzano "linee di indirizzo per l'assistenza alle persone in stato vegetativo e stato di minima coscienza" – istituzione gruppo tecnico regionale per l'assistenza alle persone in stato vegetativo e stato di minima coscienza" la regione Marche ha recepito le linee di indirizzo ministeriali ed ha istituito un gruppo di lavoro con l'obiettivo di mettere a regime modelli e requisiti organizzativi di presa in carico del paziente in stato vegetativo e dei familiari, dalla fase acuta alla gestione degli esiti, in una logica di reti integrate "coma to community".

Indicatori: sono state attivate almeno 2 iniziative di divulgazione e di formazione delle linee guida nazionali e formalizzazione dei percorsi. Sono stati formalizzati gli standard in coerenza con l'Accordo stato regioni e il piano delle verifi-



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

che

4 - Gestione del fondo per la non autosufficienza

Risultati: anche nel corso del 2012 la progettualità ha raggiunto l'obiettivo prefissato e cioè il miglioramento dei livelli assistenziali, con riduzione del contributo economico a carico del cittadino e la progressiva omogeneizzazione del governo dell'offerta residenziale, nelle Residenze Protette, per gli anziani non autosufficienti. Di fatto è stato garantito l'assegno di cura per le famiglie che svolgono funzioni assistenziali senza aiuti esterni o con assistente domiciliare privato in possesso di regolare contratto di lavoro, ad anziani non autosufficienti affiancato dal potenziamento del servizio di assistenza domiciliare (SAD) gestito dai comuni o dagli ATS rivolto unicamente ad anziani non autosufficienti.

L'attuazione è stata demandata, mediante trasferimenti annuali, agli ATS che hanno garantita la gestione tramite pubblicazione di bando per accedere all'assegno di cura e di fondi trasferiti ai comuni per il potenziamento del SAD unicamente per anziani o per l'avvio dello stesso in casi di assenza.

La Regione ha così garantito la prosecuzione dell'intervento, senza lasciare spazi vuoti, nel rispetto della tempistica di avvio e di termine prevista dai vari ATS sulla base di proprie modalità organizzative. Ogni annualità di riferimento ha prodotto risultati relativi al numero di assegni di cura di pari importo nel corso degli anni, concessi agli anziani in rapporto alle domande pervenute, garantendo in tal modo la prosecuzione senza soluzione di continuità del servizio.

Il progetto ha consentito, contestualmente al sussidio al reddito, di favorire lo sviluppo di un sistema integrato socio-sanitario migliorando l'assistenza mediante l'incremento del minutaggio assistenziale in ogni struttura convenzionata in base alla convenzione firmata.

Indicatori: Progressiva riduzione della compartecipazione dei cittadini per effetto del riallineamento previsto da ogni specifica convenzione con 1915 assegni di cura nell'anno 2012 nei 23 ATS.

LP3 Cure Palliative

Risultati: anche in questo caso i progetti A) Rete delle cure palliative per adulti e bambini e B) Sviluppo per l'assistenza per la terapia del dolore sono stati attivati a seguito della legge 38/2010 e in continuità con gli anni precedenti. Gli stessi vengono sviluppati sulla base delle indicazioni di legge e degli Accordi Stato-regioni ed Intesa Stato-regioni che si sono susseguiti e si stanno susseguendo negli anni. In particolare l'Intesa Stato-regioni del 22 luglio 2012 "Definizione dei requisiti minimi assistenziali e delle modalità organizzative necessarie per l'accreditamento delle strutture ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e terapia del dolore" ha comportato la necessità di un ampio confronto tra i professionisti per comprendere come i servizi già presenti nel territorio dovessero essere ripensati per adeguarli alle nuove regole e ai nuovi standard.

I risultati sono stati raggiunti.

A) Rete delle cure palliative per adulti e bambini: grazie alle attività del Coordinamento cui partecipano i direttori sanitari delle aziende e i rappresentanti delle Aree Vaste e dei MMG, PLS, psicologi ed infermieri e mediante un apposito gruppo di lavoro per le cure palliative pediatriche sono state intraprese le azioni per la condivisione di metodologie per omogeneizzare ed uniformare i comportamenti assistenziali sul territorio regionale. L'Intesa Stato-regioni del 22 luglio 2012 "Definizione dei requisiti minimi assistenziali e delle modalità organizzative necessarie per l'accreditamento delle strutture ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e terapia del dolore" ha fatto da driver e i nuovi documenti sono in fase di realizzazione.

Indicatori:

- Numero aziende che hanno costituito il coordinamento previsto dalla legge 38/2010. Il gruppo di coordinamento regionale prevede la presenza del referente di ciascuna delle aziende, INRCA e ASUR/ Aree vaste che a sua volta esercita azioni di coordinamento all'interno della sua realtà operativa.
- Assolvimento debito informativo regionale secondo quanto richiesto dal tavolo LEA. Tale compito è stato svolto e la Regione è stata giudicata adempiente sul punto dal Tavolo LEA.
- N. e % pazienti con modalità di dimissione secondo le linee di indirizzo regionali (domicilio, trasferimento in ospedale, trasferimento in hospice, dimissione volontaria, trasferimento in altra struttura socio-sanitaria, altro). Tale indicatore non è stato possibile applicarlo poiché le nuove linee di indirizzo non sono state adottate in via definitiva nel nostro sistema sanitario regionale.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

• *Numero Pediatri di libera scelta coinvolti in programmi di formazione sulla gestione del dolore (questo indicatore è stato censito insieme con quello della formazione per la terapia del dolore esplicitata di seguito).*

B) Sviluppo per l'assistenza per la terapia del dolore, grazie alla condivisione da parte del Coordinamento regionale di un documento che ha validato le logiche del nuovo modello organizzativo regionale. Anche in questo settore ovviamente l'Intesa Stato-regioni del luglio 2012 ha dettato le regole che hanno costretto il sistema regionale a ripensarsi per verificare come dar corso alla loro applicazione. Il coordinamento regionale cui partecipano i direttori sanitari delle aziende e i rappresentanti delle Aree Vaste e dei MMG, PLS, psicologi ed infermieri hanno condiviso metodologie per omogeneizzare ed uniformare i comportamenti allo scopo di migliorarli.

Di fatto sono stati inseriti nel CVPS il controllo a campione dell'adozione delle schede per la rilevazione del dolore e la loro compilazione.

Indicatori:

Formalizzazione del documento regionale per uniformare i comportamenti.

L'indicatore è stato raggiunto grazie alla condivisione di un documento elaborato dal coordinamento regionale che è attualmente in fase di adozione formale. Il documento ha recepito le indicazioni dell'intesa.

Attivazione di programmi di gestione procedurale del dolore dell'adulto in ambito ospedaliero.

L'obiettivo di tale indicatore è consentire di verificare lo stato di avanzamento di tale modalità di gestione del dolore.

La gestione procedurale del dolore stabilita nell'ambito della DGR n. 892 del 20 giugno 2011 è stata attivata in ASUR Area Vasta 3 dove si è raggiunto l'obiettivo di standardizzare le procedure. La sperimentazione è ancora in corso.

Implementazione ove già avviata, della rilevazione del dolore nei pazienti neoplastici e chirurgici.

La regione ha dato disposizioni affinché tutte le strutture ospedaliere si attivassero per inserire nella cartella clinica la rilevazione del dolore. Nel corso del 2012 si sono attivate molte strutture ospedaliere all'interno delle quali nelle diverse unità operative il grado di copertura è difforme, ma più elevato rispetto all'anno precedente.

N° MMG e PLS coinvolti in programmi di formazione sulla gestione del dolore.

Complessivamente sono stati coinvolti in programmi di formazione su cure palliative dell'adulto, del bambino e del dolore, n. 646 professionisti sanitari, tra i quali il MMG, PLS, medico chirurgo, l'infermiere, l'infermiere pediatrico, il fisioterapista, lo psicologo, l'ostetrica/o, il tecnico sanitario di laboratorio biomedico, il tecnico di neuro fisiopatologia, il tecnico sanitario di radiologia medica, il tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare, il logopedista, il tecnico ortopedico, il terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva e il terapeuta occupazionale.

N° di programmi di formazione attivati

Nell'anno 2012, gli Enti del Sistema Sanitario Regionale hanno realizzato n.17 attività formative relativamente alla tematica del Dolore e cure palliative. Tra gli Enti sanitari erogatori delle attività formative sul dolore figurano l'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti di Ancona di Ancona, l'ASUR-Area Vasta n.5 Sede di San Benedetto del Tronto, l'ASUR-Area Vasta n.2 Sede di Fabriano, l'INRCA, l'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord, l'ASUR-Area Vasta n.2 Sede di Senigallia e di Jesi, l'ASUR-Area Vasta n.3 Sede di Civitanova Marche.

Incremento del consumo di farmaci oppiacei per la gestione del dolore nella regione Marche.

L'indicatore relativo al consumo di farmaci oppiacei viene utilizzato in tutti i paesi europei poiché per il controllo del dolore, in particolare neoplastico, nell'ambito delle cure palliative risulta ottimale la terapia con oppiacei che devono essere prescritti al posto di altri farmaci; di seguito l'indicatore:

DescATC3	2011	2012
N02A - OPPIOIDI	3.565.662,32	4.128.443,08
N02A - OPPIOIDI	47.762,39	42.510,73
N02A - OPPIOIDI	137.924,59	128.221,44
N02A - OPPIOIDI	3.751.349,30	4.299.175,25

Riduzione del consumo di FANS



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

L'indicatore relativo al consumo di farmaci FANS viene utilizzato per valutare, in via indiretta, la riduzione del consumo di farmaci non adeguati per il trattamento del dolore. Di seguito si rappresenta l'indicatore per gli anni 2011 e 2012:

DescATC3	2011	2012
M01A - FARMACI ANTIINFIAMMATORI ED ANTIREUMATICI NON STEROIDEI	5.168.923,86	4.926.465,27
M01A - FARMACI ANTIINFIAMMATORI ED ANTIREUMATICI NON STEROIDEI	5.329,98	5.076,93
M01A - FARMACI ANTIINFIAMMATORI ED ANTIREUMATICI NON STEROIDEI	112.704,23	109.850,38
M01A - FARMACI ANTIINFIAMMATORI ED ANTIREUMATICI NON STEROIDEI	5.286.958,07	5.041.392,58

Anche in questo caso il progetto nato a seguito della legge 38/2010 è un progetto in continuità, per cui anno dopo anno si valuta lo stato di adeguamento. Pertanto, relativamente alle attività svolte negli anni precedenti, si conferma la continuità del progetto in essere che viene sviluppato sulla base delle indicazioni di legge e degli accordi Stato-regioni ed Intesa Stato-regioni che si sono susseguiti e si stanno susseguendo negli anni.

LP4 Interventi per le biobanche di materiale umano

Risultati: dal 2012, con tutti i punti nascita attivati – esclusi tre punti nascita chiusi al termine del 2011 – è stata rivista l'organizzazione in termini di semplificazione delle procedure di arruolamento, introducendo il "protocollo breve", che prevede la possibilità di arruolamento direttamente in ostetricia per le donatrici che non hanno fatto il percorso standard. Inoltre nel progetto 2012 si è provveduto ad implementare ed ottimizzare la modalità di trasporto con controllo della catena del freddo (contenitori termici con tracciatori elettronici di temperatura per il trasporto delle unità donate e dei materiali relativi).

Indicatori: dall'1.1.12 al fine di rispettare l'accreditamento FACT (foundation for accreditation of cellular therapy) i materiali per la raccolta sono stati forniti dalla Banca di riferimento di Pescara nel formato di kit individuali chiusi.

Con tutti i punti nascita attivati è stata rivista l'organizzazione in termini di semplificazione delle procedure di arruolamento; segnatamente è stato introdotto il cosiddetto "Protocollo breve", che prevede la possibilità di arruolamento direttamente in ostetricia per le donatrici che non hanno fatto il percorso standard. L'attuazione del protocollo breve ha permesso un primo incremento delle donazioni nell'ordine del 6%. Tenuto conto che lo stesso è stato compiutamente attivato nel secondo semestre 2012, si ha una aspettativa di miglioramento per l'anno 2013.

Numero cordoni raccolti: 538; numero cordoni bancati: 50, in flessione lieve rispetto al 2011.

LP5: Tutela della maternità

Risultati: Nel corso del 2012 le attività previste dal progetto hanno subito una battuta di arresto a causa dell'esigenza di apportare una revisione complessiva al sistema di cure della Regione Marche. La scelta di dar corso ad una vera e propria riforma del sistema sanitario regionale ha condotto alla necessità di mettere in atto nuovi processi a partire dalla ridefinizione dell'infrastruttura del sistema. A tale situazione si è aggiunta la ridefinizione del nuovo assetto organizzativo. La legge regionale n. 45/2012 ha modificato l'art. 3 bis della legge regionale n. 13/2003 costituendo, nell'ambito delle strutture organizzative della Giunta regionale il Coordinamento degli Enti del SSR. Con DGR n. 1823/2012 è stato individuato il Coordinamento degli Enti e con DGR n. 42/2013 sono stati definiti i suoi processi funzionali per dar corso alla riorganizzazione del Sistema Sanitario Regionale ed è stato individuato a seguire un nuovo referente regionale. Nel corso del 2012 si è proceduto alla chiusura di ben tre punti nascita, di cui due privati ed uno pubblico, in base alla valutazione della opportunità ed in coerenza con le indicazioni dell'Accordo Stato-Regioni e delle DGR regionali per cui i punti nascita con parti < a 500 sono stati definitivamente chiusi.

Indicatori: sono stati attivati incontri mensili con i professionisti del settore; sono stati attivati confronti con le direzioni aziendali per la verifica dei protocolli presenti nelle aziende.

E' stata attivata una specifica survey sullo stato di sicurezza del percorso nascita.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

LP6 Malattie Rare

Consolidamento della rete regionale per le malattie rare

Risultati: il progetto è in continuità con gli anni precedenti, la Regione Marche è stata tra le prime regioni a recepire il DM 279/2001, dedicando una grande attenzione alle MR e mettendo in atto una serie di azioni volte alla definizione e al consolidamento di un sistema per la diagnosi e l'assistenza ai pazienti con MR. Nel corso del 2012 sono stati realizzati una serie di incontri tra professionisti per il consolidamento della rete esistente, stabilendo tra le priorità la necessità di revisionare la delibera regionale sulle malattie rare n.1031/06 e costituendo un coordinamento regionale tecnico per addivenire ad un governo più efficace delle MR a livello regionale, con il coinvolgimento anche delle associazioni di pazienti. Inoltre si è valutata l'opportunità di avviare lo "Screening neonatale allargato per malattie metaboliche nella Regione Marche" presso l'AO Ospedali Riuniti Marche Nord in virtù della maturata esperienza. A questo si è unita la proposta di avviare una sperimentazione per la somministrazione della terapia enzimatica sostitutiva in regime di assistenza domiciliare e contestualmente si è mantenuta attiva la partecipazione al registro regionale attraverso l'informatizzazione del percorso di diagnosi del paziente con MR.

Indicatori: sono stati predisposti incontri trimestrali con i professionisti del presidio regionale, si è provveduto all'inserimento dei dati relativi ai pazienti con MR nel registro regionale e alla trasmissione degli stessi all'ISS.

Per quanto attiene l'indicatore "somministrazione dei farmaci orfani" la regione con finanziamenti ad hoc extra LEA ha cercato di garantire nei confronti dei cittadini affetti da MR la distribuzione di farmaci di fascia C. Si è quindi istituito un capitolo di spesa extra-fondo sanitario e si è ravveduta la necessità di monitorare quanto non ricompreso nei farmaci di fascia C (integratori, presidi etc.) attraverso un percorso specifico.

PARTE II Linee progettuali attivate Anno 2012

LP 7 Piano Nazionale di Prevenzione

Il piano di prevenzione regionale è stato valutato positivamente dal CCM e conseguentemente nell'ambito del tavolo di monitoraggio LEA.

LP8 Misure dirette al contrasto delle disuguaglianze in sanità.

La riduzione delle disuguaglianze

Risultati: il risultato che si è perseguito è stato quello di migliorare l'attenzione degli operatori sanitari e sociali sui bisogni di intervento specifico sui pazienti fragili.

Indicatori: L'indicatore ha consentito di conoscere le iniziative di settore mettendo a nudo la necessità di riorientare le scelte in funzione di un'analisi più approfondita del settore, per portare a conoscenza del sistema regionale la situazione delle azioni di accompagnamento alla fragilità presenti nel territorio regionale, allo scopo di monitorarne l'andamento nel tempo e condividere le best practice, valorizzando queste ultime sull'intero territorio regionale.

LP9 Misure dirette alla promozione dell'approccio di genere in sanità

1 - Contrasto alla violenza alle donne e miglioramento approccio di genere

Risultati: la Regione valorizza la differenza di genere in ogni campo ed attività, operando al fine di garantire condizioni di effettiva parità a donne e a uomini. Le leggi regionali dettano norme idonee a garantire la parità di accesso, tra donne e uomini, alle cariche elettive e negli enti, negli organi e in tutti gli incarichi di nomina dell'Assemblea e della Giunta". (Art. 3 comma 2 del Nuovo Statuto Regionale);

Regione Marche - Pari opportunità: <http://www.pariopportunita.regione.marche.it>; **Commissione per le pari opportunità:** <http://www.pariopportunita.marche.it>

Indicatori: sono aumentate le attività di ascolto/presa in carico dei Centri Anti Violenza provinciali; i luoghi di ascolto sono aumentati e si sono consolidati. Oggi ci sono 8 centri di ascolto come di seguito specificato:

CAV - Centri Anti Violenza

PROVINCIA DI ANCONA

- Ancona - Via Cialdini 24/A - Ass.ne Donne e Giustizia

Numero verde 800032810

Tel. 071 205376



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

E-mail: donne.giustizia@libero.it

PROVINCIA DI FERMO

- Porto Sant'Elpidio - c/o Punto Accoglienza Territoriale di Villa Murri
- Sant'Elpidio a Mare - c/o PAT, Piazzale Marconi n.14
- Fermo - c/o ATS XIX, Piazzale Azzolino n.18

Numero verde 800215809

E-mail: percorsidonna@ontheroadonlus.it

PROVINCIA DI ASCOLI PICENO

- Ascoli Piceno - Consultorio Familiare (stanza 2) - Via Marcello Federici
- S. Benedetto del Tronto - Consultorio Familiare - V.le dello Sport, 14

Numero verde 800021314

Tel. 0736 358915

E-mail: centroantiviolenza.ap@alice.it

PROVINCIA DI MACERATA

- Macerata - Piazza V. Veneto 14 (San Giovanni)

Tel. 0733 1990133

Centro S.O.S. donna

E-mail: sosdonna@provincia.mc.it

Profilo Facebook Centro antiviolenza Macerata

PROVINCIA DI PESARO URBINO

Pesaro - Via Diaz, 10

Parla con noi

Tel. 0721 639014

E-mail: parlaconnoi@provincia.ps.it

www.eurogiovani.provincia.pu.it

www.laprovinciadelledonne.it

I dati di attività del 2012 sono desumibili dal report pubblicato nel sito <http://orps.regione.marche.it>

2 - Osteoporosi

Risultati: Il progetto di prevenzione dell'osteoporosi si è sviluppato attraverso azioni di comunicazione e informazione, realizzando una campagna comunicativa dal titolo *Ossi Duri si diventa*. Il tavolo di lavoro è stato aggiornato affinché risultasse rappresentativo delle diverse professionalità interessate dalla problematica dell'osteoporosi, avendo cura di garantire la presenza delle necessarie figure epidemiologiche.

Considerata la forte valenza sociale dell'iniziativa sono stati coinvolti a pieno titolo, quali componenti dello stesso tavolo di lavoro, i referenti delle sigle sindacali dei pensionati anche con funzione di moltiplicatori dell'azione preventiva. Gli interventi realizzati sono stati finalizzati a migliorare l'informazione/formazione delle categorie a rischio e dei «care-giver» (es. familiari, operatori delle case di riposo) rispetto alla prevenzione delle fratture di femore identificate come il danno più invalidante causato dall'osteoporosi.

Sono stati elaborati i contenuti della campagna comunicativa e realizzati incontri informativi, a cura di personale del SSR, in collaborazione con le organizzazioni sindacali.

Indicatori:

incremento delle attività di comunicazione informazione alle cittadine:

- 1 incontro regionale
- incontri provinciali
- 12 incontri locali
- n. tot. popolazione raggiunta circa 600 donne
- predisposto opuscolo informativo (10.000 copie) per la distribuzione negli incontri informativi e presso le sedi sindacali.

n. attività formative svolte agli operatori

- elaborato documento tecnico per il piano formativo degli operatori del SSR e MMG.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

LP 10 Diagnosi di infezione da HIV

Diagnosi e percorso assistenziale dei pazienti affetti da HIV.

Risultati: con il progetto si è potenziato il sistema di sorveglianza per i pazienti affetti da HIV e si sono omogeneizzate, per rendere più equo l'accesso alle cure sull'intero territorio regionale, le attività di prevenzione svolte nei Distretti e nei servizi per le tossicodipendenze e contestualmente si è incrementata ed estesa la fruibilità dei servizi diagnostico terapeutici. Nella regione è presente uno specifico centro situato presso l'AOU Ospedali Riuniti Torrette di Ancona, che ha il compito di prendere in carico i pazienti diagnosticati affetti da HIV e particolarmente critici mediante una specifica équipe multidisciplinare composta da immunologo, internista, infettivologo, con ambulatori dedicati e distribuzione diretta dei farmaci. L'obiettivo è di incrementare gli accessi dei pazienti sottoposti a test, garantendo interventi precoci che riducono la diffusione del contagio e migliorano l'efficacia terapeutica.

Indicatori: per valutare il miglioramento della capacità di intercettare i pazienti affetti da HIV si è considerato che l'aumento dei test poteva verificare la bontà delle azioni poste in essere in particolare dalle strutture deputate ad intercettare i pazienti che possono avere avuto contatti con il virus HIV (strutture per le dipendenze patologiche). Tuttavia nel corso del 2012, nonostante le numerose azioni poste in campo, il numero dei pazienti sottoposti a test si è ridotto.

LP11 Promozione di una rete nazionale per i tumori rari

Rete regionale tumori rari

Risultati: nel corso del 2012 la rete ha lavorato in maniera informale ed i pazienti sono stati centralizzati nell'ambito delle reti assistenziali regionali mediante l'invio di tali pazienti presso il centro Hub regionale, Ospedale di alta complessità di Torrette e presso l'Azienda Marche Nord di Pesaro, dove sono presenti i due centri regionali con annessi posti letto oncologici.

Indicatori: si riferiscono allo sviluppo di una metodologia di lavoro condivisa tra i professionisti che lavorano sul campo nella nostra regione, consentendo agli stessi di rapportarsi alla rete nazionale dei tumori rari e garantendo l'uniformità di approccio al problema sanitario. Lo sviluppo della rete regionale per i tumori rari, che si interfaccia con la rete nazionale, consente di portare direttamente i pazienti presso i centri di elevata specializzazione. Il teleconsulto è stato attivato nelle realtà regionali, tuttavia l'attivazione è avvenuta in modo non proceduralizzato.

LP 12 Sorveglianza epidemiologica e presa in carico delle patologie asbesto correlate

Programma integrato per il miglioramento della gestione del rischio amianto e della sorveglianza sanitaria.

Risultati: nel corso del 2012 è stato avviato il progetto che ha determinato l'emanazione di una specifica nota di indirizzo alla Direzione Generale dell'ASUR con specifico riferimento alle linee di indirizzo dell'Accordo Stato-Regione del 22/11/12; linea 12 "sorveglianza Amianto" con particolare riferimento alla sorveglianza sanitaria verso ex esposti da parte del servizio e alle attività di igiene industriale. Inoltre è stato identificato il centro regionale per la diagnosi ed il trattamento delle patologie asbesto correlate, situato presso l'AOU Ospedali Riuniti di Ancona, che ha portato al miglioramento della qualità e dell'estensione dell'offerta di assistenza per i pazienti affetti da tumori asbesto correlati, concentrandone il trattamento, mentre non si è ancora addivenuti all'unificazione delle procedure che consentiranno la diminuzione dei casi di mesotelioma "non coincidenti" tra banche dati presenti attualmente.

Indicatori: sono di seguito riportati gli specifici indicatori del progetto.

- Si è costituito il gruppo di lavoro ASUR – INAIL – COR finalizzato all'analisi ed adeguamento delle procedure generanti i flussi informativi COR.
- La prima nota inerente le attività di il programma di igiene industriale per il controllo del rischio amianto specifico è stato predisposto e formalizzato nel corso del 2013
- Avvio percorso per formalizzazione procedura unificata per sorveglianza ex esposti mediante linea di indirizzo all'ASUR
- È stato predisposto il documento per l'istituzione del centro di riferimento regionale per la diagnosi/trattamento delle patologie asbesto correlate ancora in fase di formalizzazione (DGR).