





DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**OGGETTO: Legge nazionale 662/96, art.1 comma 34 e 34bis – Approvazione dei progetti della Regione Marche per il perseguimento degli Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2018, individuati nell'Accordo del 1 agosto 2018 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (Rep. Atti n. 150/CSR)**

## LA GIUNTA REGIONALE

**VISTO** il documento istruttorio, riportato in calce alla presente deliberazione, predisposto dalla P.F. "Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza, Ricerca", dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

**VISTO** il parere favorevole, di cui all'articolo 16 bis della legge regionale 15 ottobre 2001 n. 20, sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica, del Dirigente della Posizione di Funzione "Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza, Ricerca" che attesta che dalla deliberazione non deriva, né può derivare, alcun impegno di spesa a carico della Regione;

**VISTA** la proposta del Direttore dell'Agenda Regionale Sanitaria;

**VISTO** l'articolo 28 dello Statuto della Regione Marche;

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

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

## D E L I B E R A

- di approvare i progetti regionali, per il perseguimento degli Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2018, dettagliati nell'Allegato A, parte integrante della presente deliberazione, di cui alle Linee progettuali individuate nell'Accordo del 1 agosto 2018 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (Rep. Atti n. 150/CSR);
- di stabilire che l'Allegato A costituisce direttiva vincolante per gli Enti del SSR.

II SEGRETARIO della GIUNTA

Deborah Giraldi

II PRESIDENTE della GIUNTA

Luca Ceriscioni



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

## DOCUMENTO ISTRUTTORIO

**Normativa di riferimento**

- **Intesa** ai sensi dell'art. 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003 n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016 (Rep. Atti 82/CSR del 10 luglio 2014);
- **DGR n. 540 del 15/07/2015** "Interventi regionali di attuazione del Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018";
- **DGR n. 146 del 20/02/2017** "Definizione degli obiettivi sanitari degli Enti del SSR per l'anno 2017";
- **DGR n. 243 del 20/03/2017** "Art. 3 bis, comma 5 del D. Lgs. 502/92 - Art. 3 comma 2, lett. P) bis L.R. n. 13/2003 - Valutazione dei risultati conseguiti dai Direttori Generali dell'ASUR, dell'A.O.U. Ospedali Riuniti di Ancona, dell'A.O. Ospedali Riuniti Marche Nord di Pesaro, dell'INRCA e dal Direttore del DIRMT rispetto agli obiettivi di budget annuali assegnati dalla Giunta regionale. Approvazione criteri anno 2017";
- **Intesa**, ai sensi dell'art. 1, comma 34-bis, della Legge 23 dicembre 1996 n. 662, sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione CIPE relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2017 (Rep. Atti n. 182/CSR del 26 ottobre 2017);
- **Accordo**, ai sensi dell'art. 1 commi 34 e 34-bis, della Legge 23 dicembre 1996 n. 662, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministero della salute di linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2017 (Rep. Atti n. 181/CSR del 26 ottobre 2017);
- **DGR n. 1423 del 30/11/2017** "Variazione al Bilancio Finanziario Gestionale 2017-2019 a seguito dell'approvazione della proposta di Legge regionale n. 169 del 16 novembre 2017 "Assestamento del bilancio di previsione 2017-2019". Decreto Legislativo 23 giugno 2011, n. 118 - art. 39, comma 10";
- **DGR n. 1498 del 18/12/2017** "Legge nazionale 662/96, art. 1 comma 34 e 34bis - Approvazione dei progetti della Regione Marche per il perseguimento degli Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2017, individuati nell'Accordo del 26 ottobre 2017 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (Rep. Atti n. 181/CSR)";
- **DGR n. 1615 del 28/12/2017** "D.Lgs. 23 giugno 2011, n. 118 - art. 39 comma 10 - Approvazione del Bilancio finanziario gestionale del Bilancio 2018-2020 - ripartizione delle categorie e macroaggregati in capitoli";
- **DGR n. 1616 del 28/12/2017** "L.R. n. 13 del 20/06/2003 e s.m.i. - Assegnazione delle risorse agli Enti del SSR e al DIRMT per l'anno 2017. Disposizioni per la redazione del Bilancio Preventivo Economico 2017 e del Bilancio Pluriennale di Previsione 2017-2019 degli Enti del SSR";
- **DGR n. 1617 del 28/12/2017** "L.R. n. 13 del 20/06/2003 e s.m.i. - Autorizzazione agli Enti del SSR e al DIRMT alla gestione provvisoria dei rispettivi bilanci economici preventivi per l'anno 2018";
- **DGR n. 470 del 16/04/2018** "Definizione degli obiettivi sanitari degli Enti del SSR per l'anno 2018";
- **DGR n. 471 del 16/04/2018** "D. Lgs. 171/2016 e s.m.i. Artt. 2, 6, 9. - Procedura di valutazione dei risultati conseguiti dai Direttori Generali dell'ASUR, dell'A.O.U. Ospedali Riuniti di Ancona, dell'A.O. Ospedali Riuniti Marche Nord di Pesaro, dell'INRCA e dal Direttore del DIRMT rispetto agli obiettivi di budget annuali assegnati dalla Giunta regionale. Approvazione criteri anno 2018";
- **Intesa** ai sensi dell'articolo 1, comma 34 bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, sulla proposta del Ministero della Salute di deliberazione CIPE relativa alla ripartizione alle Regione delle quote vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2018 (**Rep. Atti n. 149/CSR del 1 agosto 2018**);
- **Accordo**, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della Salute di linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2018 (**Rep. Atti n. 150/CSR del 1 agosto 2018**);
- **DGR n. 1184 del 10/9/2018** "Art. 9, L.R. 29 dicembre 2017, n. 40 - Art. 51, D.Lgs. 118/2011 - Variazione compensativa al Bilancio Finanziario Gestionale 2018-2020 e rettifica allegato DGR 1139/2018"



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**Motivazione ed esito**

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

L'Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 (Patto per la salute 2014-2016), confermando la destinazione di 200 milioni di euro annui, oltre alle risorse individuate a valere sulla quota di finanziamento vincolato, per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale, ha stabilito che il 5 per mille della quota vincolata per il Piano Nazionale della Prevenzione venga destinato ad una linea progettuale per lo svolgimento di attività di supporto al Piano Nazionale della Prevenzione da parte dei network regionali dell'Osservatorio Nazionale Screening, *Evidence-based prevention* e Associazione Italiana Registro Tumori (AIRTUM).

Con DGR 540/2015, la Regione ha recepito e dettagliato gli interventi per l'attuazione del Piano di Prevenzione per gli anni 2014-2018 e stabilito che *“la spesa derivante dalla attuazione della presente deliberazione per l'anno 2014 è ricompresa all'interno del budget assegnato dalla Regione Marche alle Aziende del SSR per tale anno e che, anche per gli anni successivi, tale spesa sarà garantita dai budget assegnati”*.

Nella seduta del 26 ottobre 2017, su proposta del Ministero della Salute ed in attuazione dell'articolo 1, commi 34 e 34/bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662, è stato sancito l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano per l'individuazione delle linee progettuali finalizzate all'utilizzo da parte delle Regioni e Province autonome delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2017, individuati coerentemente con quanto stabilito nel PSN 2006-2008 ed in continuità con le linee progettuali già approvate per l'anno 2016. Nel succitato Accordo viene inoltre ribadito che il Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF) provvede ad erogare, a titolo di acconto, il 70% dell'importo complessivo annuo spettante a ciascuna Regione, mentre l'erogazione del restante 30% è subordinata alla presentazione, con Delibera di Giunta regionale o atto equivalente, al Ministero della Salute, entro 60 giorni dalla stipula dell'Accordo, di specifici progetti nell'ambito degli indirizzi individuati in coerenza con l'Accordo stesso, unitamente ad una relazione illustrativa dei risultati raggiunti, per singolo progetto, nell'anno precedente e degli stati di avanzamento per i progetti pluriennali. La mancata presentazione ed approvazione dei progetti comporterà, per la Regione interessata, per l'anno di riferimento, la mancata erogazione della quota residua del 30% ed il recupero anche delle somme spettanti per l'anno successivo (il 70% già anticipato). Nella medesima seduta della Conferenza Stato-Regioni del 26 ottobre 2017, sulla base della proposta del Ministero della Salute ed in attuazione dell'art.1 commi 34 e 34bis della legge 23 dicembre 1996 n.662, è stata sancita l'Intesa che ha individuato le risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale 2016 stabilendo per la Regione Marche un importo pari ad € 35.278.829,00.

Con DGR n. 1498/2017 sono stati approvati, ai sensi della L. 662/96, art. 1 comma 34 e 34bis, i progetti della Regione Marche per il perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2017, individuati nel suddetto Accordo del 26 ottobre 2017, per un importo complessivo pari a € 35.278.829,00. Con Decreto n. 42/RAO del 21/12/2017, tale somma è stata assegnata ed impegnata a favore degli Enti del SSR.

Con DGR n. 146/2017, la Regione ha attribuito gli obiettivi sanitari degli Enti del SSR per l'anno 2017 e con successiva DGR n. 243/2017 ha approvato i criteri, sempre per lo stesso anno, per la valutazione dei risultati conseguiti dai Direttori Generali dell'ASUR, dell'A.O.U. Ospedali Riuniti di Ancona, dell'A.O. Ospedali Riuniti Marche Nord, dell'INRCA e del Direttore del DIRMT, rispetto agli obiettivi di budget annuali assegnati dalla Giunta regionale. Al fine di garantire la piena attuazione degli obiettivi prioritari nazionali, è stata prevista, nelle succitate DGR, da parte dei Direttori Generali degli Enti del SSR, la rendicontazione dei risultati raggiunti per l'anno 2017.

La Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, nella seduta del 1 agosto 2018, ha sancito l'Intesa sulla proposta del Ministero della Salute di deliberazione del CIPE relativa all'assegnazione alle regioni delle quote vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2018 (Rep. Atti n. 149/CSR). La proposta di riparto prevede, per la Regione Marche, una quota complessiva pari a € 31.446.895,00 destinata alla realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, secondo le indicazioni approvate con l'Accordo SR del 1 agosto 2018 (Rep. Atti n. 150/CSR).



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Il succitato Accordo prevede che, per l'anno 2018, siano presentati **un progetto per ogni linea progettuale con risorse vincolate** (LP: Piano Nazionale della Prevenzione e relativi Network; LP: Cure Palliative e terapia del dolore) e **un progetto per ciascuna, o alcune, delle linee progettuali non vincolate** (LP: Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per i pazienti con multicronicità; LP: Promozione dell'equità in ambito sanitario; LP: La tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio); viene inoltre previsto che *“qualora si intenda presentare un progetto che prosegua quanto previsto nell'anno precedente, occorre che siano indicate le azioni e gli obiettivi specifici da conseguire nell'anno di riferimento”*.

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

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

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

Con DGR 1615/2017, la Regione ha previsto, per l'anno 2018, lo stanziamento per la realizzazione degli obiettivi prioritari nazionali. Con Intesa del 1 agosto 2018 (Rep. atti n. 149/CSR), relativa alla proposta di deliberazione CIPE, il Ministero della Salute ha assegnato, alle Regioni e Province Autonome, le quote vincolate agli obiettivi di Piano Sanitario 2018; alla Regione Marche è stata assegnata una quota pari ad € 31.446.895,00.

A seguito della presentazione, entro i 60 giorni dall'approvazione del succitato Accordo, dei progetti della Regione Marche, descritti nell'Allegato alla presente deliberazione, verrà erogato il 70% delle risorse assegnate. Al fine di procedere successivamente all'assegnazione e impegno delle risorse necessarie a favore degli Enti del SSR per la realizzazione degli obiettivi prioritari 2018, con DGR n. 1184/2018, sono state apportate le necessarie variazioni in termini di competenza e di cassa al Bilancio Finanziario gestionale, di cui alla DGR 1615/2017, in coerenza con il programma proposto.

La Regione, nel declinare i progetti per l'anno 2018, riportati nell'Allegato A alla presente deliberazione, riconosce, tra alcune linee di intervento, attività assistenziali già erogate sul proprio territorio regionale, in continuità con gli anni precedenti, come previsto dal succitato Accordo.

Come previsto del succitato Accordo, nell'Allegato A – parte II alla presente deliberazione, che approva i progetti per l'anno 2018, viene inoltre riportata la relazione inerente i risultati dei progetti presentati nell'anno precedente, sulla base delle note inviate dagli Enti del SSR (det. n. 329 ASUR del 18/5/18, nota prot. n. 7391 del 27/08/2018 dell'AOU “Riuniti” Ancona, nota prot. n. 7263 del 17/8/2018 dell'INRCA e nota prot. n. 4102 del 10/5/2018 dell'AO “Marche Nord”).

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

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

Il Responsabile di Procedimento  
Giovanni Lagalla



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**PARERE DEL DIRIGENTE P.F. ASSISTENZA OSPEDALIERA, EMERGENZA URGENZA, RICERCA**

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

Il Dirigente  
Giovanni Legalla

**PROPOSTA DEL DIRETTORE DELL'AGENZIA REGIONALE SANITARIA**

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

Il Direttore  
Rodolfo Pasquini

La presente deliberazione si compone di n° 19 pagine, di cui n° 13 pagine dell'allegato che costituisce parte integrante e sostanziale della stessa.

Il Segretario della Giunta  
Deborah Giraldi



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

*Allegato A*

**Premessa**

L'Accordo tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano del 1 agosto 2018 ha definito gli obiettivi di carattere prioritario per l'anno 2018 e, al punto 4, esplicita che le Regioni "sono tenute a presentare specifici progetti per la realizzazione di alcune o tutte le linee progettuali individuate" e in particolare "presentare un progetto per ciascuna linea progettuale che prevede risorse vincolate...e un progetto per ciascuna delle linee progettuali non vincolate o per alcune di esse che la Regione intende sviluppare".

Nella Parte I, sono declinate le linee progettuali pluriennali per l'utilizzo delle risorse per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2018, come riportato nella tabella di seguito:

<b>Sintesi progetti: Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale anno 2018</b>		<b>Totale</b>
<b>Progetti regionali vincolati</b>		
L.P.	COSTITUZIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE IN AREA PEDIATRICA	€ 2.852.109,00
L.P.	PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE	€ 6.845.061,00*
<b>Progetti regionali non vincolati</b>		
L.P.	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO CONDIVISO E PERSONALIZZATO PER PAZIENTI CON MULTICRONICITA'	€ 21.402.669,00
L.P.	PROMOZIONE DELL'EQUITA' IN AMBITO SANITARIO	€ 227.056,00
L.P.	LA TECNOLOGIA SANITARIA INNOVATIVA COME STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO	€ 120.000,00
<b>Totale risorse</b>		<b>€ 31.446.895,00</b>

- Di cui il 5 per mille pari ad euro 34.225,00 per i progetti di supporto al PNP network

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

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

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

Nella Parte II, ai sensi dell'art. 6 del citato Accordo, viene presentata la relazione illustrativa dei risultati raggiunti per ogni linea progettuale presentata nell'anno 2017 (DGR n. 1498/2017).



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Parte I

*Progetti vincolati*

<b>Linea Progettuale</b>	<b>COSTITUZIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE IN AREA PEDIATRICA</b>
<b>Durata del progetto</b>	<b>Pluriennale -12 mesi</b>
<b>Referente</b>	<b>Agenzia Regionale Sanitaria</b>
<b>Costo complessivo del progetto</b>	<b>€ 2.852.109,00</b>

**CONTESTO**

La Regione Marche da molti anni ha intrapreso azioni mirate allo sviluppo della presa in carico di pazienti con necessità di cure palliative, come previsto dalla Legge 38/2010, dall'Accordo Stato-Regioni n. 239/CSR del 16/12/2010, dall'Intesa Stato-Regioni n. 151/CSR del 25/7/2012 e dall'Accordo Stato-Regioni n. 87/CSR del 10/7/2014.

Il progetto, in continuità con le attività degli anni precedenti, ha come obiettivo principale l'implementazione della rete di terapia del dolore e palliativa, finalizzata al miglioramento della qualità di vita dei malati, non solo oncologici, adulti e pediatrici, che necessitano di assistenza e cure per il controllo dei sintomi fisici e psico-emozionali, per i quali non sono identificabili trattamenti efficaci per la guarigione. A seguito della emanazione della Legge 38/2010, la Regione ha provveduto ad adottare i necessari atti formali per l'istituzione delle reti regionali per la terapia del dolore e per le cure palliative (pediatriche e dell'adulto) ed ha dato l'avvio alle procedure per la raccolta dati, coerentemente con quanto dettato dal livello ministeriale, relativamente all'assistenza negli *Hospice*, mediante un sistema informatizzato "ad hoc" che raccoglie dati anche riguardo alle attività svolte nel *setting* domiciliare.

**DESCRIZIONE**

Il Gruppo di Coordinamento Regionale della Rete di Cure palliative ed il Gruppo di Coordinamento regionale della Rete di Terapia del dolore, al fine di ottemperare alle direttive contenute nella Legge 38/2010 e ai susseguenti documenti applicativi nazionali, in coerenza con le disposizioni della DGR n. 1345/2013 modificata con DGR n. 1219/2014, ha messo in atto specifiche azioni orientate ad incrementare il livello di implementazione del modello organizzativo a rete di cure palliative. La rete regionale si compone di una aggregazione funzionale integrata per l'erogazione, in diversi *setting* assistenziali (*Hospice*, ospedaliero, residenziale e domiciliare), di livelli differenziati di presa in carico che siano appropriati a rispondere ai bisogni sanitari delle persone affette da malattie ad esito infausto in fase avanzata.

Tale modello organizzativo è stato istituzionalizzato a livello regionale mediante:

- DGR n. 846/2014 per quanto riguarda le cure palliative dell'adulto,
- DGR n. 1285/2014, relativamente alla rete pediatrica di cure palliative e terapia del dolore;
- DGR 325/2015, per ciò che attiene la Rete regionale della terapia del dolore.

I nodi locali della rete Cure Palliative, coordinati dall'Unità Cure Palliative – *Hospice* (UCPH), sono aggregazioni funzionali integrate in ambiti territoriali definiti (Aree Vaste) deputate all'erogazione di cure palliative in ospedale, in *Hospice*, in altre strutture residenziali (RSA) e a domicilio, considerato come il *setting* più appropriato delle fasi di fine vita. Nell'UCPH sono presenti figure professionali dedicate, con specifica competenze ed esperienza, ai sensi dell'art 5, comma 2, L. 38/2010. Le funzioni di coordinamento sono quelle previste nell'Accordo Stato Regioni del 16/12/2000. Il modello di rete, in fase avanzata di completa implementazione, stabilisce che l'UCPH si strutturi all'interno dell'*Hospice* e si integri con il personale infermieristico, al fine di garantire l'estensione dell'assistenza nel territorio in logica trans-murale. In coerenza con quanto previsto dalla normativa regionale, sono già stati specificatamente dedicati, in via sperimentale, posti letto all'assistenza palliativa nei pazienti pediatrici presso l'AOU

A



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

	<p>“Ospedali Riuniti” di Ancona.</p> <p>Il modello regionale di rete scelto per la terapia del dolore è, dal punto di vista organizzativo, tipo <i>Hub&amp;Spoke</i> ed è finalizzato, oltre che alla ottimizzazione delle risorse del SSR, ad offrire al malato, ed ai suoi familiari, un percorso di cure omogeneo sul territorio regionale e che garantisca la riduzione dei tempi e degli spostamenti tra i vari <i>setting</i> di erogazione (ospedaliero, territoriale/residenziale, domiciliare), attraverso l’identificazione di specifici percorsi per ogni fase della presa in carico. La continuità assistenziale viene garantita mediante la stesura di un piano assistenziale individuale (PAI) da parte dell’Unità Valutativa Integrata (UVI). Nel progetto attuativo della rete cure palliative e terapia del dolore sono considerate strategiche le attività formative per i professionisti del settore.</p>
<b>OBIETTIVI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ottimizzare il sistema di cure palliative mediante percorsi assistenziali integrati, anche in raccordo con le associazioni di volontariato radicate nel territorio regionale, in coerenza con quanto previsto dagli atti regionali.</li> <li>• Implementare l’attuale sistema di offerta per le cure palliative in tutti i <i>setting</i> di cura (<i>Hospice</i>, ospedale, territorio, domicilio) in coerenza con la riorganizzazione in rete dell’offerta assistenziale regionale complessiva.</li> <li>• Integrare la rete per le cure palliative con la rete della terapia del dolore.</li> <li>• Predisporre programmi formativi “<i>ad hoc</i>”.</li> <li>• Sviluppare un nuovo tracciato del flusso SIAD che includa una sezione dedicata alle cure palliative</li> </ul>
<b>TEMPI ATTUAZIONE</b>	Progetto pluriennale-12 mesi
<b>INDICATORI</b>	<p>Assolvimento debito informativo regionale previsto dal tavolo di monitoraggio LEA</p> <p>N. corsi di formazione per il personale sanitario</p> <p>N. pazienti adulti assistiti nell’ambito della rete in tutti i <i>setting</i> di cura</p> <p>N. di pazienti pediatriche assistite nell’ambito della rete in tutti i <i>setting</i> di cura</p>

<b>Linea Progettuale</b>	<b>PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE</b>
<b>Durata del progetto</b>	<b>Pluriennale -12 mesi</b>
<b>Referente</b>	<b>Agenzia Regionale Sanitaria</b>
<b>Costo complessivo del progetto</b>	<b>€ 6.845.061*</b> <i>*di cui il 5 per mille per i progetti di supporto al PNP network pari a € 34.225</i>
<b>CONTESTO</b>	<p>Il Piano Nazionale della Prevenzione - PNP (Intesa n. 156/CSR del 13.11.2014) è stato approvato con DGR 540 del 15.7.15 e modificato con DGR 202 del 18.3.2016, secondo le indicazioni ministeriali. Con la DGR 887/2018 è stata approvata la rimodulazione 2018 e la pianificazione 2019 a seguito dell’Atto d’Intesa n. 247 del 21.12.2017, che ha esteso al 31 dicembre 2019 la validità del Piano Nazionale della Prevenzione. Negli atti normativi sono specificati i diversi Programmi con le relative Linee progettuali, organizzate al fine di concorrere al raggiungimento degli obiettivi centrali e degli obiettivi specifici regionali che da essi discendono.</p> <p>Nelle DGR 887/2018, come previsto dalle intese nazionali, sono indicati gli obiettivi intermedi da raggiungere per l’anno 2018, valutati mediante indicatori di processo.</p>

Y



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

<b>DESCRIZIONE</b>	<p>Per realizzare le azioni previste nel PRP, sono stati attivati gruppi di lavoro per l'implementazione degli specifici programmi e/o linee di intervento e approvati Protocolli d'Intesa nell'ambito dei programmi di promozione della salute.</p> <p>Relativamente agli Screening, sono state svolte la attività previste dal PRP, con lo scopo di aumentare l'estensione e l'adesione nella popolazione.</p> <p>Per quanto riguarda il Registro Tumori Regionale, sono stati formati Operatori che hanno svolto l'attività di codifica dei casi, anche ricorrendo alla consultazione della documentazione clinica per i casi dubbi.</p> <p>Per quanto riguarda i programmi dedicati alla promozione della salute del PRP, nel 2018, si procederà pertanto alla formalizzazione/aggiornamento di gruppi di lavoro per il coordinamento delle azioni che intervengono in specifici contesti quali il <i>setting</i>-scuola e il <i>setting</i>-luoghi di lavoro, oltre alla ulteriore formalizzazione di almeno un Protocollo d'Intesa, in particolare relativamente alle azioni di promozione dell'attività fisica.</p> <p>Verranno mantenuti ed implementati i collegamenti con ONS attraverso il Gruppo Regionale Screening e si sosterranno le azioni di formazione, comunicazione, verifica della qualità della erogazione del livello aziendale. Nel corso del 2018 verrà implementata la fase di informazione/comunicazione e verrà realizzato un opuscolo informativo multilingue.</p> <p>Per il Registro Tumori, nel 2018, si effettuerà formazione specifica sulle attività di codifica, come indicato dall'AIRTUM, al fine di sostenere la piena funzionalità del Registro Tumori Regionale, istituito con L.R. 6/2012. Si procederà alla codifica dei casi previsti alla consultazione delle cartelle cliniche per tutti i casi ritenuti dubbi e che necessitano di approfondimento (circa 15% dei casi presenti nell'archivio). Verrà inoltre realizzato un report specifico, utilizzando i dati dell'intero triennio 2010-2012, relativo all'area di Falconara marittima, sede di una raffineria, che rappresenta un'area specifica sottoposta a sorveglianza epidemiologica. I dati del registro Tumori verranno confrontati con quelli relativi alla mortalità ed ai Ricoveri Ospedalieri.</p> <p>Verrà adottato un progetto regionale di collaborazione con ONS, NIEBP, AIRTUM con gli obiettivi stabiliti dal Coordinamento Interregionale della Prevenzione.</p>
<b>OBIETTIVI</b>	<p>Per quanto riguarda il PRP, si procederà alla formalizzazione di due ulteriori gruppi di lavoro regionali, che costituiscono la necessaria infrastruttura per il supporto al PRP, e alla formalizzazione di un ulteriore Protocollo d'Intesa.</p> <p>Per quanto riguarda lo screening, ci si pone come obiettivo la progettazione e realizzazione di un opuscolo multilingue.</p> <p>Relativamente al Registro Tumori Regionale, obiettivi di rilievo saranno: il proseguimento delle attività di codifica dei casi per il triennio 2010-2012 secondo cronoprogramma, la formazione specifica per il pool degli operatori del Registro sulle attività di codifica e di controllo della documentazione clinica per i casi da approfondire, la redazione di un report specifico 2010-2012 per l'Area di Falconara Marittima.</p>
<b>TEMPI DI ATTUAZIONE</b>	<p>Il progetto è pluriennale.</p>
<b>INDICATORI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Approvazione di almeno un nuovo Protocollo di intesa con portatori di interesse e/o altre istituzioni, relativi ai programmi di promozione della salute (programmi 1 – 4);</li> <li>• Formalizzazione di almeno due nuovi gruppi di lavoro regionali per l'implementazione di programmi e/o linee di intervento che ne necessitino;</li> <li>• Progettazione e realizzazione di un opuscolo multilingue a sostegno degli screening;</li> <li>• Realizzazione di almeno due incontri formativi di approfondimento su temi specifici per gli operatori del Registro Tumori Regionale già formati;</li> <li>• Completamento della revisione dei casi (codifica e consultazione cartelle cliniche) secondo cronoprogramma e realizzazione di un report relativo all'Area di Falconara Marittima per il triennio 2010-2012.</li> </ul>



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

*Progetti non vincolati*

<b>Linea Progettuale</b>	<b>PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO CONDIVISO E PERSONALIZZATO PER PAZIENTI CON MULTICRONICITA'</b>
<b>Durata del progetto</b>	<b>Pluriennale - 12 mesi</b>
<b>Referente</b>	<b>Agenzia Regionale Sanitaria</b>
<b>Costo complessivo del progetto</b>	<b>€ 21.402.669,00</b>
<b>CONTESTO</b>	<p>Il graduale invecchiamento della popolazione, le conseguenti sfide della cronicità, la medicina personalizzata e la sempre maggiore disponibilità di farmaci innovativi rendono necessario un ripensamento del rapporto tra ospedale, dedicato all'acuzie, e assistenza primaria, prima porta di accesso del cittadino al SSR, come previsto anche dal Patto per la Salute 2014-2016 (Rep. Atti n. 82/CSR del 10 luglio 2014). In tale contesto, diventa necessario sviluppare nuove modalità organizzative, finalizzate a soddisfare le richieste assistenziali emergenti, che prevedano percorsi di integrazione multi-professionali e multi-specialistici. L'organizzazione di specifici Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA) consente di "governare" la rete di professionisti e servizi, mediante la definizione di procedure appropriate per ogni fase della malattia ("Patto di Cura"). L'obiettivo dei prossimi anni è pertanto quello di organizzare il percorso assistenziale per la soddisfazione dei bisogni del singolo paziente, consentendo di erogare prestazioni appropriate, recuperare risorse ed evitare la parcellizzazione degli interventi (medicina personalizzata).</p> <p>Con Accordo Stato Regioni del 15 settembre 2016, è stato approvato il Piano Nazionale Cronicità (PNC) finalizzato alla promozione di percorsi di cura che siano globali e non solo centrati sui bisogni clinici in senso stretto. Le strategie indicate dal PNC, per la gestione delle patologie croniche, si focalizzano sull'erogazione di prestazioni appropriate e sulla predisposizione di PDTA multidisciplinari che abbiano un impatto sulla qualità di vita del paziente, rendendo più accessibili i servizi al cittadino, agendo anche sulla famiglia e sul contesto sociale (<i>empowerment</i> del cittadino).</p> <p>I dati Istat confermano un aumento della prevalenza delle malattie croniche, e quindi della multicronicità, nella popolazione anziana, soprattutto tra le donne. Le risposte che i sistemi sanitari forniscono ai bisogni di tale categoria di pazienti sono spesso frammentarie e incomplete. La diffusione delle patologie croniche genera fragilità nella popolazione anziana, con conseguente riduzione della qualità di vita ed aumento del ricorso ad indagini diagnostiche, visite mediche e politerapie. Tale evoluzione epidemiologica impegna i sistemi sanitari a rivedere l'organizzazione dell'assistenza territoriale e a ridefinire il ruolo dei Medici di assistenza primaria.</p> <p>La Regione Marche, negli ultimi anni, ha intrapreso un percorso di riorganizzazione delle attività assistenziali connesse con l'assistenza primaria, passato attraverso la riconversione dei piccoli presidi ospedalieri in Ospedali di Comunità (DGR 735/2013, DGR 452/2014, DGR 139/2016) e la condivisione di percorsi diagnostico terapeutici condivisi e personalizzati che riportano il paziente al centro del processo di cura.</p>
<b>DESCRIZIONE</b>	<p>Le maggiori criticità per la garanzia della continuità assistenziale dipendono prevalentemente dalla carenza di modalità organizzative e contesti assistenziali, in ambito extra-ospedaliero, non necessariamente residenziale, in cui sia realizzabile la soddisfazione dei bisogni del paziente, in condizioni di particolare fragilità e non. La Regione Marche, a tal fine, ha provveduto ad ampliare l'offerta assistenziale per la soddisfazione dei bisogni del cittadino, attivando posti letto di Cure Intermedie, all'interno degli Ospedali di Comunità, per i pazienti a bassa intensità assistenziale e per brevi periodi, e potenziando tali strutture territoriali per la erogazione, in modalità condivisa</p>



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

e multi-professionale, di prestazioni ambulatoriali multi-specialistiche (medicina generale, assistenza infermieristica, specialistica, etc.) che possano rappresentare una risposta coordinata ed efficace alle richieste dei pazienti con multicronicità, anche al fine di ridurre il ricorso a esami diagnostici inappropriati e/o non pianificati.

L'attivazione e l'implementazione degli Ospedali di Comunità rappresenta l'elemento strategico per la creazione di un *setting* multi-professionale nel quale condividere percorsi flessibili e personalizzati di presa in carico dei pazienti, grazie alla integrazione organizzativa con i medici dell'assistenza primaria e alla messa a disposizione di strumenti di telemedicina che consentono di gestire i processi di cura e interfacciarsi con strumenti elettronici di raccolta della storia medica del paziente (fascicolo sanitario elettronico). L'attivazione di tale processo ha richiesto, pertanto, la ridefinizione del ruolo del Medico di medicina generale, attraverso la condivisione di protocolli diagnostico terapeutici per l'assistenza al paziente cronico. A tal fine, con DGR n. 746/2016, è stato sottoscritto un "Accordo Collettivo nazionale con i Medici di Medicina Generale e Accordo Integrativo Regionale DGR 751/07 - Approvazione "Schema di Protocollo di Intesa regionale con i medici di Medicina generale per appropriata gestione medica territoriale dei posti letto di cure intermedie degli ospedali di comunità - Sistema della Residenzialità ex art. 14 e 15 AIRE DGR 751/2007 - Schema unitario per la sottoscrizione di Accordi Aziendali in Area Vasta per la gestione dei singoli Ospedali di Comunità nel sistema della Residenzialità di cui agli art. 14 e 15 dell'AIR DGR 751/07" finalizzato a garantire l'integrazione delle attività tra la Medicina generale e l'assistenza territoriale.

L'Ospedale di Comunità rappresenta pertanto il nodo della rete territoriale ed un modello erogativo, condiviso ed appropriato, di massima implementazione delle forme associative della Medicina Generale (Medici di medicina generale, Medici della Continuità dell'assistenza e Medici in Formazione) e della Pediatria di Libera Scelta, in integrazione con la Specialistica Ambulatoriale (convenzionata e dipendente), il sistema della domiciliarità (Assistenza Domiciliare Integrata) e la residenzialità. Il modello di integrazione multiprofessionale proposto ha la finalità di favorire una visione globale del paziente che faciliti la pianificazione delle attività di presa in carico attraverso la costruzione di un Piano Assistenziale Individuale (PAI). Il coinvolgimento diretto dei MMG, all'interno degli ospedali di Comunità, ha il significato strategico di attivare i nodi sensibili della rete assistenziale, anche attraverso l'impiego di strumenti condivisi di identificazione e valutazione dei pazienti con bisogni sanitari multipli e/o complessi.

Nell'ambito della presa in carico dei pazienti con multicronicità, al fine di favorire una domiciliarizzazione in condizioni di continuità assistenziale e sicurezza, particolare attenzione deve essere posta alla compresenza di disturbi della deglutizione, comuni a molte patologie croniche, prevalentemente nell'anziano, e causa di complicanze conseguenti alla malnutrizione. Un elemento strategico per favorire la domiciliarizzazione dei pazienti affetti da patologie croniche è legato pertanto alla facilitazione della nutrizione enterale domiciliare (NED) e della nutrizione parenterale domiciliare (NPD). I protocolli di presa in carico, attivati nella regione Marche, consentono di rispondere a bisogni assistenziali complessi direttamente a domicilio o presso le strutture territoriali. Tali protocolli condivisi consentono di organizzare interventi coordinati e multi-professionali, finalizzati all'erogazione di servizi personalizzati, migliorando il decorso clinico e la prognosi di numerose patologie croniche, riducendo significativamente la morbilità e mortalità e l'ospedalizzazione, con ricadute positive in termini di qualità di vita del malato.

Il percorso assistenziale già organizzato negli anni precedenti, prevede per il 2018 una ulteriore fase di implementazione per sviluppare la presa in carico globale e lo sviluppo di protocolli di cura condivisi.

**OBIETTIVI**

- Implementazione di *setting* di ricovero che costituiscano un nodo sensibile della rete dei servizi, ove è possibile gestire percorsi diagnostico terapeutici integrati con la Medicina Generale (Ospedali di Comunità), individuando strumenti per la valutazione dei pazienti



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

	<p>con multimorbilità e realizzazione di piani assistenziali personalizzati, basati su evidenze scientifiche.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Potenziamento delle modalità organizzative integrate all'interno degli Ospedali di Comunità e sviluppo di percorsi diagnostico terapeutici per la presa in carico del paziente con multicronicità.</li> <li>• Ottimizzazione dei percorsi per la garanzia della continuità assistenziale post-dimissione e della sicurezza nella domiciliarizzazione (distribuzione diretta di farmaci a pazienti cronici in politerapia complessa, nutrizione enterale e parenterale domiciliari, etc.)</li> <li>• Miglioramento della presa in carico globale (ospedaliera, territoriale, domiciliare), della continuità assistenziale e dell'accessibilità dei pazienti affetti da patologie croniche e malattia rara (elaborazione e monitoraggio PDTA);</li> <li>• Riduzione della ospedalizzazione del malato mediante miglioramento dell'appropriatezza del <i>setting</i> assistenziale e conseguente efficientamento del sistema delle cure;</li> <li>• Sviluppo di modelli organizzativi nei quali sia privilegiata l'integrazione con le forme associative delle Cure Primarie finalizzati a garantire la soddisfazione dei bisogni del paziente sia nella fase post-dimissione dall'ospedale sia nelle fasi di riacutizzazione clinica, evitando ricoveri impropri, il ricorso a esami diagnostici inappropriati, l'ipermedicalizzazione e un eccessivo carico farmacologico.</li> </ul>
<b>TEMPI DI ATTUAZIONE</b>	Progetto pluriennale: nel corso del 2018 si ritiene di privilegiare le attività relative agli aspetti organizzativi della presa in carico globale finalizzate a ridurre l'inappropriatezza degli interventi sanitari.
<b>INDICATORI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• N. delle reazioni avverse da farmaci</li> <li>• N. re-ricoveri nei reparti di Medicina</li> <li>• N. pz presi in carico dalla rete NED/NPD</li> </ul>

<b>Linea Progettuale</b>	<b>PROMOZIONE DELL'EQUITA' IN AMBITO SANITARIO</b>
<b>Durata del progetto</b>	<b>Pluriennale - 12 mesi</b>
<b>Referente</b>	<b>Agenzia Regionale Sanitaria</b>
<b>Costo complessivo del progetto</b>	<b>€ 227.056,00</b>
<b>CONTESTO</b>	<p>L'Organizzazione Mondiale della Sanità individua la discriminazione in sanità come uno degli elementi che ostacolano il raggiungimento degli obiettivi di sviluppo sostenibile. Vengono pertanto promosse azioni multisettoriali coordinate, finalizzate alla riduzione delle disuguaglianze in ambito sanitario ed a fornire un valore aggiunto in termini di incremento della qualità al processo assistenziale. Il coinvolgimento degli <i>stakeholder</i> nella promozione del benessere della persona (inteso come benessere fisico, psichico e sociale) e nelle attività programmatiche sanitarie consente di generare non solo un processo virtuoso per l'aumento del livello di qualità dei servizi erogati, ma anche del livello di professionalità degli operatori che li erogano. Questa nuova prospettiva, all'interno del processo diagnostico-terapeutico, porta a considerare la persona al centro del processo di cura, come parte attiva a poter esprimere le proprie conoscenze, sentimenti ed aspettative rispetto al proprio stato di salute.</p> <p>Inoltre, le Aziende del SSR hanno già attivato, nell'ambito dei Piani strategici, specifiche progettualità dedicate alla prevenzione, diagnosi e cura ed accompagnamento delle problematiche di discriminazione, in particolare di genere.</p>



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

<b>DESCRIZIONE</b>	<p>Per ridurre le discriminazioni, in ambito sanitario regionale sono progettati specifici interventi, che prevedono azioni mirate a diversi livelli, prevalentemente finalizzati ad agire in termini preventivi sulla sicurezza e salute sul luogo del lavoro, con contrasto alla discriminazione e violenza agli operatori.</p> <p>Sono altresì previste modalità di misurazione ed analisi delle segnalazioni inoltrate dai cittadini, quale riverbero della percepita discriminazione subita rispetto all'auspicata efficienza del sistema sanitario regionale.</p> <p>Infine, la partecipazione dei singoli operatori sanitari alle attività aziendali di gestione del rischio clinico pone i singoli professionisti come parte attiva e partecipativa, anche per lo sviluppo di future politiche sanitarie. Chiaramente il grado di consapevolezza del valore aggiunto, che ciascun operatore può offrire al sistema, può essere raggiunto solo attraverso una qualificata formazione in tema di diritti, ruoli e responsabilità, anche a fronte delle indicazioni contenute nella recente normativa nazionale (L. 24/17) in tema di sicurezza delle cure e responsabilità professionale ed aziendale.</p>
<b>OBIETTIVI</b>	<p>Gli obiettivi del progetto sono orientati a migliorare le condizioni che hanno favorito la mancata promozione dell'equità in ambito sanitario, sia nei riguardi dei pazienti che degli operatori. In particolare, verranno rafforzate azioni di supporto in favore dei pazienti, comprendenti l'analisi delle percezioni che gli stessi hanno vissuto nel momento in cui hanno fatto accesso al SSR (analisi dei dati URP, contenzioso), unitamente alla valutazione, sugli stessi eventi, da parte degli operatori sanitari coinvolti.</p> <p>Altro obiettivo, su cui il Ministero della Salute ha espresso interesse, riguarda la prevenzione di atti di violenza a danno degli operatori sanitari e questo risulta possibile attraverso l'implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 8.</p>
<b>TEMPI DI ATTUAZIONE</b>	Pluriennale-12 mesi
<b>INDICATORI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 8 (Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari);</li> <li>• Misurazione ed analisi dei casi segnalati dal cittadino (contenzioso-URP) quale estrinsecazione di percepita mancata equità del sistema sanitario organizzativo;</li> </ul>

<b>Linea Progettuale</b>	<b>LA TECNOLOGIA SANITARIA INNOVATIVA COME STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO</b>	
<b>Durata del progetto</b>	Pluriennale - 12 mesi	
<b>Referente</b>	Agenzia Regionale Sanitaria	
<b>Costo complessivo del progetto</b>		€ 120.000,00
<b>CONTESTO</b>	<p>Le tecnologie sanitarie sono già ampiamente, anche se non completamente, impiegate in ambito ospedaliero ma meno diffuso è il loro utilizzo in ambito territoriale per la garanzia della continuità delle cure. La diffusione di tali strumenti in setting assistenziali caratterizzati da equipe multiprofessionali (medici, infermieri, amministrativi, etc.), talvolta molto distanti logisticamente tra loro, risulta strategica per rendere più efficiente il sistema sanitario e migliorare la qualità assistenziale attraverso l'ottimizzazione delle procedure inerenti la continuità delle cure.</p> <p>Il nuovo scenario della sanità elettronica e dei bisogni emergenti di sistema pongono nuove sfide per la sanità regionale che devono essere affrontate anche attraverso lo sviluppo di progetti di sistema, articolati e integrati nel contesto sanitario ed informativo regionale.</p>	



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

	<p>Le nuove risorse tecnologiche per l'assistenza sanitaria e sociosanitaria da implementare nel territorio regionale (es. teleconsulto, telesalute, teleassistenza, etc.) sono a supporto della riorganizzazione del sistema, sia nei setting assistenziali territoriali (Ospedali di Comunità, RSA, Residenze Protette, Case di Riposo, Case della Salute, Assistenza Domiciliare, Aggregazioni Funzionali Territoriali di MMG, sistema di emergenza, etc.) sia in altri <i>setting</i> caratterizzati da esigenze di prossimità territoriale come quelli della prevenzione o in quelli più prettamente ospedalieri.</p>
<b>DESCRIZIONE</b>	<p>Preso in carico di pazienti anziani affetti da Scompenso Cardiaco Cronico (SCC) in assistenza specialistica cardiologica remota con supporto telematico (telesalute/telemonitoraggio elettrocardiografico) da parte di centro erogatore specializzato ed un centro Servizi dedicato dotato di call center telefonico attivo h 24.</p> <p>L'attività viene erogata in diversi punti della rete dell'offerta (Strutture residenziali, farmacie, Ambulatori, Medici di Medicina Generale, domicilio del paziente).</p>
<b>OBIETTIVI</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Promuovere la digitalizzazione dei percorsi di presa in carico</li><li>• Favorire l'impiego della telemedicina per la garanzia di una migliore qualità assistenziale attraverso il monitoraggio delle attività svolte e il supporto alle decisioni cliniche</li><li>• Garantire la prossimità dei servizi/equità e l'appropriatezza/stratificazione del rischio</li><li>• Ottimizzare l'integrazione percorsi clinici/interdisciplinarietà per la gestione del paziente anziano fragile</li><li>• Supportare la residenzialità e domiciliarietà</li><li>• Migliorare l'empowerment del paziente e la qualità della vita</li><li>• Monitorare l'appropriatezza prescrittiva e ridurre le liste di attesa</li><li>• Ridurre i costi, per il SSR e per la popolazione, e migliorare le performance del SSR.</li></ul>
<b>TEMPI ATTUAZIONE</b>	Progetto pluriennale - 12 mesi
<b>INDICATORI</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• n. Numero di utenti (pazienti) assistiti con sistema telematico</li></ul>



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

## PARTE II

**RELAZIONE DEI RISULTATI RAGGIUNTI DAI PROGETTI PRESENTATI PER L'ANNO 2017 (DGR 1498/2017)**

Come previsto dall'Accordo Stato Regioni del 1 agosto 2018, si forniscono, di seguito, le relazioni inerenti le attività svolte per la realizzazione delle linee progettuali dell'anno 2017.

**L.P. - CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE. SVILUPPO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE PALLIATIVA SPECIALISTICA**

*Le Cure domiciliari palliative specialistiche sono caratterizzate da una risposta a bisogni di elevata complessità assistenziale. Per i malati terminali è attivo, a livello territoriale, il profilo di presa in carico dei malati terminali. Tale modalità assistenziale è garantita da équipe dedicate di cui fanno parte i MMG. Il programma di interventi viene attuato sui 7gg/settimana e prevede anche la disponibilità medica sulle 24 h, effettuata dall'équipe di cura. La gamma di prestazioni offerte dall'équipe comprende prestazioni mediche, infermieristiche, dietologiche, riabilitative fisioterapiche e logopediche, psicologiche e medico-specialistiche. In Regione, tale modalità assistenziale viene attuata mediante outsourcing dalle organizzazioni no-profit, in possesso di specifiche competenze e forte vocazione sociale (IOM, ANT, Associazione Sostegno malati Oncologici-Viviana Campanelli, etc.). Presupposti alla base della presa in carico sono la valutazione multidimensionale da parte dell'Unità Valutativa Integrata (UVI) e la predisposizione del Piano Assistenziale Individuale (PAI).*

*Nel corso del 2017, così come negli anni precedenti, sono state investite risorse per iniziative di formazione sia sul tema delle cure palliative sia sul controllo e sulla rilevazione del dolore (V° parametro vitale) nelle cartelle cliniche delle UU.OO: ospedaliere, nelle strutture residenziali e presso il domicilio.*

*La corretta rilevazione del dolore, documentata nelle cartelle cliniche, è inserita nei controlli CVPS della documentazione sanitaria, sia nel pubblico che nel privato. Tale impegno ha condotto alla promozione di una cultura diffusa sui vari aspetti di questa tipologia di assistenza, con particolare riferimento alla necessità di integrare competenze e professionalità. Una delle ricadute positive dell'attività formativa effettuata è sicuramente l'aumento dei consumi espressi in DDD dei farmaci oppiacei.*

*Nel corso del 2017 sono proseguite le attività del Gruppo di Coordinamento regionale della Rete di cure palliative e terapia del dolore pediatrica (istituito con Decreto n. 1/RAO/2016), del Gruppo di Coordinamento regionale della Rete di cure palliative e del Gruppo di Coordinamento regionale della Rete di terapia del dolore, istituiti, ai sensi dell'Accordo Stato Regioni del 16 Dicembre 2010, con apposito Decreto della P.F. competente.*

Indicatori:

- Assolvimento debito informativo regionale previsto dal tavolo di monitoraggio LEA:
  - 1) N° di malati deceduti a causa di tumore assistiti dalla rete di cure palliative a domicilio e/o in hospice sul numero di malati deceduti per malattia oncologica = 0,71
  - 2) N° posti letto in hospice = 1,4
  - 3) Percentuale di hospice in possesso dei requisiti di cui al DPCM 20 gennaio 2000 = 100%
  - 4) N° annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati deceduti a causa di tumore = 43,80

*Numero posti letto in hospice su numero deceduti per causa di tumore = 0,02*

*Variatione percentuale rispetto all'anno precedente del rapporto tra il numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati a causa di tumore e il numero dei deceduti per causa di tumore dell'ultimo triennio disponibile (dati ISTAT) = 1,46*

*Numero di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito (dalla Rete cure palliative domiciliari), nei quali il periodo di ricovero è inferiore o uguale a 7 giorni/numero di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica = 311*

- N. Pazienti assistiti nell'ambito della rete:

*totale n. 12.404 di cui n. 11.495 malati presi in carico a domicilio e con assistenza conclusa e n. 909 malati ricoverati in Hospice e con assistenza conclusa.*

*Numero di malati oncologici deceduti in ospedale sul numero di deceduti per malattia oncologica = 913/3301*



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

*Variatione percentuale rispetto all'anno precedente del rapporto tra numero annuo di giornate effettive di assistenza (GeA) del medico palliativista erogate a domicilio ai malati deceduti a domicilio a causa di tumore e il numero dei deceduti per causa di tumore (fonte ISTAT) = 4,22*

*Relativamente allo specifico obiettivo nazionale ECM "Trattamento del dolore acuto e cronico. Palliazione" nell'anno 2017 sono stati accreditati e svolti presso gli Enti del SSR della Regione Marche n. 9 corsi di formazione per un totale di 23 edizioni.*

*Con riferimento a tale linea di azione, la spesa sostenuta nell'anno 2017 risulta superiore a € 2.859.401,00.*

**L.P. - PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE****Attuazione dei programmi regionali per il raggiungimento degli obiettivi del PNP anno 2017**

*Nell'anno 2017 è stata data attuazione alle linee progettuali del PRP Marche 2014 – 2018. La Regione Marche è stata valutata positivamente e certificata per il PRP relativo all'anno 2017.*

*Relativamente alla implementazione del registro tumori, nel corso del 2017, è stata consolidata l'attività con la formazione di un nucleo di operatori che, con specifica formazione, svolgono le attività di codifica e verifica dei casi (con controllo della documentazione clinica, quando necessario). Sono state svolte analisi epidemiologiche specifiche. Sono attive le convenzioni, per la collaborazione alle attività del Registro Tumori, con l'Università degli Studi di Urbino e con l'Università Politecnica delle Marche.*

*Per quanto riguarda l'area degli screening, sono stati approvati i due PDTA previsti (carcinoma mammella e tumore del collo dell'utero).*

Indicatori:

- Approvazione di almeno un nuovo Protocollo di intesa con portatori di interesse e/o altre istituzioni, relativo ai programmi di promozione della salute (programmi 1 – 4): *E' stato approvato il Protocollo d'intesa per la realizzazione della prima Rete di Aziende che promuovono salute (DGR 270/2017) firmato in data 3 luglio da Regione Marche, ARS, ASUR, INAIL, Confindustria, Confartigianato, CNA, CGIL, CISL, UIL. Il Protocollo fa riferimento alla linea progettuale del PRP 3.3 "Lavorare...in stile".*
- Formalizzazione di almeno due nuovi gruppi di lavoro regionali per l'implementazione di programmi e/o linee di intervento che ne necessitano: *Sono stati attivati nel 2017 tre Gruppi tecnici. Attivati e formalizzati: Gruppo di lavoro linea di intervento 3.4 "Gente di cuore" (decreto del dirigente PF Prevenzione 5/SPU del 3/3/2017); Gruppo di lavoro linea di intervento 3.3 "Lavorare...in stile" (decreto del dirigente PF Prevenzione 15/SPU del 4/7/2017); Gruppo di lavoro Programma 2 "Scuola e salute...è tutto un programma" (decreto del dirigente PF Prevenzione 19/SPU del 31/7/2017).*
- Controllo di almeno 5% delle aziende del territorio per tutela della salute nei luoghi di lavoro: *indicatore pari al 5,1%.*
- Formalizzazione del percorso-diagnostico terapeutico assistenziale del carcinoma mammario: *DGR 14/2017*
- Formalizzazione del percorso-diagnostico terapeutico assistenziale del tumore del collo dell'utero: *DGR 1440/2017*
- Realizzazione di almeno due incontri formativi di approfondimento su temi specifici per gli operatori del Registro Tumori Regionale già formati: *Sono stati effettuati 5 incontri formativi specifici (nei giorni 28 marzo, 20 aprile, 14 settembre, 30 ottobre, 14 dicembre), nell'ambito dei quali sono state anche condivise le procedure di codifica dei casi.*
- Completamento della revisione dei casi (codifica e consultazione cartelle cliniche) e realizzazione di un report sull'Area ex AERCA per il triennio 2010/2012: *sono stati codificati i casi, quando necessario revisionati sulla base della consultazione delle cartelle cliniche, come previsto dal cronoprogramma. E' stato realizzato un primo report sull'ex Area AERCA, che comprende nove comuni della provincia di Ancona appartenenti all'area ad elevato rischio di crisi ambientale, come previsto dalla DGR 340/2017 che approva il piano di sorveglianza dell'area.*

*Con riferimento a tale linea di azione, la spesa sostenuta nell'anno 2017 risulta superiore a € 6.862.562,00; tale importo include la quota del 5 per mille (pari a € 34.313,00) destinata allo svolgimento delle attività di supporto al Piano Regionale della Prevenzione da parte dei network regionali dell'Osservatorio nazionale screening, Associazione Italiana registro tumori (AIRTUM).*



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**L.P. – ATTIVITA' DI ASSISTENZA PRIMARIA**

Nel corso del 2017, sono state sviluppate le attività per la garanzia della continuità ospedale-territorio. In particolare, sono stati implementati i setting di ricovero presso le strutture territoriali (Ospedali di Comunità) derivanti dalla riorganizzazione complessiva della rete territoriale, nel rispetto delle linee di indirizzo programmatiche regionali. Sono inoltre proseguite le attività di concertazione con le Direzioni delle Aree vaste ed i Direttori di Distretto per definire le azioni necessarie per l'adeguamento delle Case della Salute esistenti rispetto ai requisiti indicati nel DM 70/2015 per la garanzia di soddisfazione dei bisogni del paziente sia in fase di dimissione dall'ospedale sia nelle fasi di riacutizzazione clinica, al fine di ridurre ricoveri ripetuti o accessi impropri al Pronto Soccorso.

L'offerta territoriale si è inoltre articolata con la completa attivazione dei posti letto di cure intermedie su tutto il territorio regionale, orientata a ridurre la pressione sulle strutture ospedaliere e ridurre ricoveri impropri. In tali setting assistenziali territoriali, maggiormente accessibili ai pazienti e prossimi al domicilio, è possibile garantire l'integrazione multi-professionale e multisettoriale tra l'ambito sanitario e socio-assistenziale. Tale modello organizzativo consente l'aggregazione dei servizi oggi diffusi sul territorio, configurando un assetto che mette in relazione l'assistenza primaria (sottoscritta convenzione con i MMG) con gli altri nodi della rete (assistenza specialistica ospedaliera, salute mentale, sanità pubblica, ecc) con il fine di favorire l'appropriatezza clinica ed organizzativa nell'utilizzo delle risorse. Risulta infatti strategica l'adozione del "Chronic Care Model" per la gestione delle patologie croniche.

Indicatore:

- Potenziamento delle modalità organizzative delle Cure intermedie all'interno degli Ospedali di Comunità: completamento dell'attivazione dei posti letto di Cure Intermedie e predisposizione di protocolli integrati per la presa in carico del paziente cronico.

Con riferimento a tale linea di azione, la spesa sostenuta nel 2017 risulta superiore a € 15.270.083,00.

**L.P. – SVILUPPO DEI PROCESSI DI UMANIZZAZIONE ALL'INTERNO DEI PERCORSI ASSISTENZIALI**

Nel corso del 2017 è stato completato il percorso di riorganizzazione dei Punti Nascita, in applicazione all'Accordo Stato Regioni del 2010 ed è proseguito il lavoro di implementazione del sistema di trasposto assistito materno (STAM) e neonatale d'urgenza (STEN), attraverso attività formative inter-aziendali "ad hoc". Nell'ambito della riorganizzazione per reti cliniche, sono state ulteriormente implementate le azioni rivolte alla promozione delle procedure assistenziali per il controllo del dolore in corso di travaglio-parto e proseguita la formazione. Al fine di favorire l'accessibilità ai servizi e l'umanizzazione del percorso nascita, sono state rafforzate le azioni rivolte a favorire l'integrazione dei servizi tra ospedale e territorio, implementando, a livello dei consultori, la presa in carico delle gravidanze a basso rischio e sviluppando le azioni di promozione a sostegno del parto fisiologico e dell'allattamento al seno. A seguito di un'accresciuta percentuale di accessi ai servizi da parte di pazienti stranieri, è stato necessario potenziare l'informazione mirata inerente la disponibilità e la modalità di accesso ai servizi, mediante specifiche azioni rivolte al potenziamento della rete locale di accoglienza e di integrazione sul territorio. Nel corso del 2017, è stato ulteriormente potenziato il servizio di supporto psicologico e di mediazione linguistica svolta nei confronti di tutti i pazienti e familiari stranieri ricoverati o che si rivolgono ai diversi reparti della struttura ospedaliera, fornito supporto da parte delle associazioni di volontariato con l'accompagnamento dei pazienti e dei familiari nei vari reparti e nelle attività relazionali e logistiche. In particolare, queste associazioni hanno ulteriormente rafforzato il loro sostegno a favore dei pazienti e dei loro familiari attraverso servizio di accompagnamento, supporto in favore dei pazienti, sostegno morale e sociale, compagnia e conforto, attività ricreative e ludiche, supporto nelle cure igieniche elementari etc. Inoltre, sul territorio regionale, sono stati implementati specifici progetti per il miglioramento dell'assistenza e tutela della maternità.

Indicatore:

- Miglioramento dell'assistenza e tutela della maternità – diffusione della parto analgesia: nell'ambito delle attività del Comitato Percorso Nascita regionale sono state svolte attività finalizzate alla verifica dell'implementazione delle "Linee di indirizzo regionali per la gravidanza a basso rischio e la corretta gestione del parto cesareo" (DGR 697/2015) e l'elaborazione di linee guida per la gestione del "dolore del parto". Nel 2017 le sedute di parto indolore sul territorio regionale sono state 856.



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- Numero utenti/famiglie con supporto psicologico: *nel 2017 sono stati effettuati 4658 supporti psicologici a pazienti esterni ricoverati e familiari presso il Dipartimento materno-infantile del P.O. Salesi, a cui si aggiungono altri 418 interventi di psicoterapie breve (individuali e di gruppo), counseling, colloqui psicologici, a bambini e familiari afferenti all'AO Marche Nord.*

*Con riferimento a tale progettualità, la spesa sostenuta nel 2017 risulta superiore a € 1.525.770,00.*

**L.P. – GESTIONE DELLA CRONICITA'**

*Nel corso del 2017, sono state implementate le azioni per la presa in carico del malato affetto da malattia rara mediante l'identificazione di nuove modalità organizzative, finalizzate a soddisfare le richieste assistenziali attraverso un modello di presa in carico integrata multi-professionale e multi-specialistica. La riorganizzazione dell'assistenza territoriale, con l'implementazione di modelli organizzativi assistenziali flessibili, e la realizzazione di specifici protocolli di presa in carico hanno consentito di rendere disponibili servizi sanitari più vicino possibile al luogo di residenza, anche attraverso la realizzazione della continuità assistenziale tra il Centro di Riferimento Regionale, la rete ospedaliera e territoriale. L'ASUR, in coerenza con il Tavolo Regionale MR, ha lavorato all'implementazione di percorsi assistenziali strutturati mirati anche a garantire la dimissione protetta. L'impatto economico sulla spesa sanitaria di questi malati è elevata, sia in relazione ai frequenti ricoveri che all'elevato consumo dei farmaci, alcuni dei quali ad alto costo, come quelli erogati ai soggetti affetti da difetti ereditari della coagulazione del sangue, dai farmaci sostitutivi enzimatici, dai farmaci orfani, nonché per i costi per l'acquisizione dei presidi protesici. Con Determina ASUR DG 726/2017 è stato presentato il "Percorso Ospedale Territorio di presa in carico del malato raro in terapia infusiva con sostituti enzimatici (ERT)" individuando varie possibilità: infusione presso una struttura distrettuale o a domicilio o presso UUOO degli ospedali ASUR, a seconda delle necessità assistenziali della persona. Inoltre, sono stati organizzati progetti formativi "ad hoc" in particolare un evento regionale dedicato alla diffusione e progettazione dei PDTA per le malattie rare.*

*Presso il Centro delle Malattie Rare dell'AOU Ospedali Riuniti di Ancona, sono state messe a regime le metodologie per la diagnosi e follow-up delle malattie lisosomiali. Sono state inoltre sviluppate modalità organizzative per una tempestiva presa in carico dei pazienti pediatrici e adulti affetti da MR attraverso l'ottimizzazione della cura e dell'assistenza. Nell'ambito delle patologie croniche, particolare impulso, sia dal punto di vista organizzativo che economico, è stato fornito per l'implementazione della gestione domiciliare di utenti in nutrizione artificiale enterale domiciliare. A riguardo, il tavolo tecnico multidisciplinare ha elaborato, nel 2017, uno specifico protocollo finalizzato alla presa in carico della nutrizione artificiale e domiciliare. L'adozione del protocollo condiviso consente il miglioramento del decorso clinico e della prognosi di numerose patologie croniche, la riduzione significativa di mortalità e morbilità, riduzione dell'ospedalizzazione e miglioramento della qualità di vita del malato. Le fasi del percorso clinico/organizzativo vengono di seguito schematizzate: accesso del paziente su invio del MMG o altro specialista territoriale, autorizzazione del Direttore del Distretto, valutazione da parte del team nutrizionale delle strutture ospedaliere regionali e/o da parte delle strutture aziendali, formulazione del piano di trattamento, effettuazione del trattamento e definizione del programma di follow-up, dimissione o trasferimento del paziente, monitoraggio complessivo dell'attività (in fase di predisposizione il registro regionale).*

**Indicatori:**

- n. incontri del coordinamento regionale per il consolidamento e l'implementazione delle attività di presa in carico dei pazienti: *nell'anno 2017 si sono svolti n. 6 incontri del coordinamento regionale per il consolidamento e l'implementazione delle attività di presa in carico dei pazienti;*
- n. riconoscimenti effettuati/pratiche evase dal coordinamento: *nel 2017 è stato assolto al 100% dei riconoscimenti effettuati/pratiche evase dal coordinamento sul totale delle richieste pervenute (di cui n. 12 autorizzazioni di piani terapeutici; n. 0 riconoscimenti MR, n. 2 interpellanze). La richiesta di riconoscimento della malattia di Meniere quale MR non è stata approvata dal Coordinamento ma è stata garantita la definizione di un PDTA. La richiesta di riconoscimento di MR della Fibromialgia e della sensibilità chimica multipla non è stata approvata ma con LR n. 38 del 18 dicembre 2017 sono state date disposizioni regionali in favore dei soggetti affetti da fibromialgia e da sensibilità chimica multipla.*
- N. pazienti presi in carico dal servizio di nutrizione enterale e parenterale: 704.

*Con riferimento a tale linea di azione, la spesa 2017 risulta superiore a € 8.761.013,00.*