REGIONE MARCHE
Giunta regionale

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

n. 1239 del 18 ottobre 2021

Oggetto: Legge n. 662/96, art.1 comma 34 e 34bis — Approvazione dei progetti regionali per il perseguimento degli Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2021, individuati nelI'Accordo del 4 agosto 2021 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. Territorio ed Integrazione ospedale territorio dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

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

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

VISTA la proposta del Direttore delI' Agenzia Regionale Sanitaria;

VISTO l'articolo 28 dello Statuto della Regione;

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

DELIBERA

1. di approvare i progetti regionali, per il perseguimento degli Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2021, dettagliati nell'Allegato A (unitamente alla relazione illustrativa dei risultati raggiunti nell'anno 2020), parte integrante della presente deliberazione, di cui alle Linee progettuali indicate nell'Accordo del 4 agosto 2021 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (Rep. Atti n. 150/CSR);

2. di stabilire che il presente atto costituisce direttiva vincolante per gli Enti del SSR.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
(Francesco Maria Nocelli)

Documento informatico firmato digitalmente

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
(Francesco Acquaroli)

Documento informatico firmato digitalmente

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Normativa di riferimento

- Legge n. 662 del 23 dicembre 1996 “Misure di razionalizzazione della finanza pubblica”;
- 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);
- 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 alla realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario Nazionale per l'anno 2020 (Rep. Atti n. 54/CSR del 31 marzo 2020);
- 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 2020 Atto Rep. n. 56/CSR del 31 marzo 2020 - (Rep. Atti n. 56/CSR del 31 marzo 2020);
- DGR n. 990 del 27/07/2020 “Legge n. 662/96, art.1 comma 34 e 34bis - Approvazione dei progetti regionali per il perseguimento degli Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2020, individuati nell'Accordo del 31 marzo 2020 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (Rep. Atti n. 54/CSR)”;
- Accordo, ai sensi dell’articolo 1, commi 34 e 34bis, 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 2021 (Rep. Atti n. 150/CSR del 4 agosto 2021);
- Intesa, ai sensi dell’articolo 1, comma 34-bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione del CIPESS relativa alla ripartizione alle Regioni delle quote vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l’anno 2021 (Rep. Atti n. 153/CSR del 4 agosto 2021).

Motivazione ed esito

Con Legge n. 662 del 23 dicembre 1996 è previsto che il Comitato interministeriale per la programmazione economica, su proposta del Ministro della salute e d’intesa con la Conferenza Stato-Regioni e Province autonome, possa vincolare quote del Fondo Sanitario Nazionale (FSN) per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati dal Piano Sanitario Nazionale da assegnare alle Regioni per la predisposizione di specifici progetti. Questi ultimi devono essere predisposti sulla scorta di linee guida proposte

dal Ministro della salute ed approvate con Accordo in sede di Conferenza Stato – Regioni.

Pertanto, la Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, annualmente, indica le linee progettuali per l'utilizzo, da parte delle Regioni, delle risorse vincolate ai sensi dell'Art. 1, comma 34 e 34bis della Legge 23 dicembre 1996 n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale ed ai relativi vincoli economici. Le tematiche relative alle linee progettuali sono solitamente trasversali a più ambiti di assistenza che risultano prioritari per la sanità del Paese e conformi ai programmi ed indirizzi condivisi con l'Unione Europea e con i principali organismi di sanità internazionale.

Le Regioni, con specifica delibera di giunta, recepiscono le già menzionate linee progettuali per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale ed i relativi vincoli economici (linee progettuali con risorse vincolate e non vincolate); contestualmente, nella stessa delibera di giunta, devono essere illustrati i risultati raggiunti per ogni progetto presentato l'anno precedente.

La ripartizione della quota del FSN per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale che il Ministero dell'Economia e Finanze si impegna annualmente ad erogare è approvata con Intesa in sede di Conferenza Stato – Regioni. Al fine di agevolare le Regioni nell'attuazione dei progetti di cui al predetto comma 34, il 70% delle risorse complessive assegnate viene erogato a titolo di acconto, mentre il restante 30% è subordinato *"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 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.

Nella seduta del 31 marzo 2020, la Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, 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 ha sancito accordo sulla proposta del Ministro della Salute di linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario Nazionale per l'anno 2020 (Rep. Atti n. 54/CSR del 31 marzo 2020).Nella medesima seduta ha, inoltre, sancito 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 2020 (Rep. Atti n. 56/CSR). La proposta di riparto ha previsto, per la Regione Marche, una quota complessiva pari a € 28.984.880,00, destinata alla realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, secondo le indicazioni approvate con l'Accordo Stato-Regioni del 31 marzo 2020 (Rep. Atti n. 54/CSR).

Con DGR n. 990/2020, la Giunta regionale ha approvato i progetti della Regione Marche per il perseguimento degli Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2020, individuati dal già menzionato Accordo del 31 marzo 2020 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (Rep. Atti n. 54/CSR).

Al fine di garantire la piena attuazione degli obiettivi prioritari nazionali, è stata prevista da parte dei Direttori Generali degli Enti del SSR, la rendicontazione dei risultati raggiunti per l'anno 2020.

Relativamente alla quota del FSN 2021 destinata alla realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, la Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'art. 1, commi 34 e 34 bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, nella seduta del 4 agosto 2021, ha sancito Accordo 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 2021 (Rep. Atti 150/CSR).

Il succitato accordo prevede che siano presentati un progetto per ogni linea progettuale con risorse vincolate (LP: Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano nazionale Prevenzione; LP: Costituzione ed implementazione della rete della terapia del dolore e sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica) e un progetto per ciascuna, o alcune di esse, delle linee progettuali non vincolate (LP: Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per i pazienti con multicronicità - anche in relazione all'emergenza Covid 19; LP: Promozione dell'equità in ambito sanitario; LP: La tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio - anche in relazione all'emergenza Covid 19); 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". La Regione, nel declinare i progetti per l'anno 2021, riportati nell'Allegato A (parte I), che costituisce parte integrante 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.

Il progetto della Linea progettuale "Piano Nazionale della Prevenzione e relativi Network (NIEBP, AIRTUM, ONS)" dovrà essere articolato in due sezioni relative, rispettivamente, all'obiettivo prioritario PNP e all'obiettivo prioritario Supporto al PNP a cui, sulla base dell'Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 (Patto per la salute 2014-2016), viene destinato il 5 per mille della quota vincolata per il Piano Nazionale della Prevenzione. I restanti progetti devono, invece, essere elaborati seguendo la scheda riportata nell'Allegato C al suddetto Accordo.

Nella seduta del 4 agosto 2021, la Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, ha sancito 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 2021 (Rep. Atti n. 153/CSR). La proposta di riparto ha previsto, per la Regione Marche, una quota complessiva pari a € 21.312.149,00, destinata alla realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, secondo le indicazioni approvate con l'Accordo Stato-Regioni del 4 agosto 2021 (Rep. Atti n. 150/CSR). Le risorse assegnate alla Regione Marche saranno erogate successivamente alla presentazione della deliberazione di Giunta regionale di approvazione delle progettualità per l'anno 2021.

Pertanto, con il presente atto si procede ad approvare i progetti regionali, per il perseguimento

degli Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2021, dettagliati nell'Allegato A parte integrante della presente deliberazione, di cui alle Linee progettuali indicate nell'Accordo del 4 agosto 2021 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (Rep. Atti n. 150/CSR).

Inoltre, nell'Allegato A (parte II) alla presente deliberazione viene riportata la relazione inerente ai risultati dei progetti presentati nell'anno precedente, sulla base delle note inviate dagli Enti del SSR come di seguito riportate: Nota ASUR acquisita al protocollo dell'Agenzia Regionale Sanitaria (ARS) n. 0010710 del 28/09/2021, nota dell'AOU "Riuniti" Ancona acquisita al protocollo dell'ARS prot. n. 0010228 del 15/09/2021, nota dell'INRCA acquisita al protocollo dell'ARS prot. n. 0010494 del 22/09/2021 e nota dell'AO "Marche Nord" acquisita al protocollo dell'ARS prot. n. 0010226 del 15/09/2021.

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

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

Il responsabile del procedimento
(Claudio Martini)

Documento informatico firmato digitalmente

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

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

Il dirigente
(Claudio Martini)

Documento informatico firmato digitalmente

PROPOSTA DEL DIRETTORE DELL'AGENZIA REGIONALE SANITARIA

Il sottoscritto propone alla Giunta regionale l'adozione della presente deliberazione.
Il sottoscritto, in relazione alla presente deliberazione, dichiara, ai sensi dell'art. 47 D.P.R.

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

Per il Direttore
(*Paolo Aletti*)
Documento informatico firmato digitalmente

ALLEGATI

Allegato A dgr obiettivi prioritari 2021 definitivo.pdf - 557548C30FCCE3FB01A6763F178CD365A80673833CBBF0839453AA17105226D7
1239.pdf - 3E2F37FEF69D50971DE968ADA7C121969BB8F4279645EA5780235A1E6A1B475B

Allegato A

Premessa

L'Accordo tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano del 4 agosto 2021 (Rep. Atti n. 150/CSR) ha definito gli obiettivi di carattere prioritario per l'anno 2021 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 2021, come riportato nella tabella di seguito:

Sintesi progetti: Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale anno 2021		**Totale**	
Progetti regionali vincolati			
L.P.	COSTITUZIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE IN AREA PEDIATRICA	**€**	**2.847.945,00**
L.P.	PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE	**€**	**6.835.068,00***
Progetti regionali non vincolati			
L.P.	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO CONDIVISO E PERSONALIZZATO PER PAZIENTI CON MULTICRONICITA'- ANCHE IN RELAZIONE ALL'EMERGENZA COVID 19	**€**	**5.814.568,00**
L.P.	PROMOZIONE DELL'EQUITA' IN AMBITO SANITARIO	**€**	**203.509,88**
L.P.	LA TECNOLOGIA SANITARIA INNOVATIVA COME STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO - ANCHE IN RELAZIONE ALL'EMERGENZA COVID 19	**€**	**5.611.058,12**
Totale risorse		**€**	**21.312.149,00**

- *Di cui il 5‰ pari ad euro 34.175,00 per i progetti di supporto al PNP network*

Ai sensi dell'Art. 6 del citato Accordo, ogni progetto è corredato da un prospetto che evidenzia:
- gli obiettivi qualitativi e quantitativi che si intendono conseguire;
- i tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili e i costi connessi;
- gli indicatori di valutazione quali-quantitativa degli interventi proposti.

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

Nella Parte II, ai sensi dell'art. 7 del citato Accordo, viene presentata la relazione illustrativa dei risultati raggiunti per ogni linea progettuale presentata nell'anno 2020 (DGR n. 990/2020).

Parte I

Progetti vincolati

1	LINEA PROGETTUALE	**COSTITUZIONE ED IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE PALLATIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE IN AREA PEDIATRICA**
	TITOLO DEL PROGETTO	**IMPLEMENTAZIONE, SECONDO I REQUISITI DI ACCREDITAMENTO, DELLA RETE DI TERAPIA DEL DOLORE E DELLA RETE DI TERAPIA DEL DOLORE E CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE AI SENSI DEGLI ACCORDI STATO REGIONI E PROVINCE AUTONOME DEL 27 LUGLIO 2020 E DEL 25 MARZO 2021**
	AREA DI INTERVENTO	**COSTITUZIONE ED IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE PALLATIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE IN AREA PEDIATRICA**

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

3	RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO MODALITA' DI REPERIMENTO DELLE RISORSE		
	Finanziamento	Riferimento	Importo
	Risorse vincolate degli obiettividel PSN	Accordo Conferenza Stato Regioni del 4 agosto 2021 (Rep. Atti n. 150/CSR)	**2.847.945,00 €**
	Eventuali risorse regionali	-	-

4	ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	Tipologia di costi	Importo in euro	note
	Costi per la formazione	5%	
	Costi personale	40%	
	Costi beni e servizi	55%	

5	RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DELPROGETTO		
	RISORSE NECESSARIE	N. RISORSE	NOTE
	Disponibili	Personale dipendente	-
	Da acquisire	Beni sanitari e non sanitari, prestazioni e servizi, manutenzioni e riparazioni, ammortamenti, ulteriore personale	

6	ANALISI DEL CONTESTO SCENARIO DIRIFERIMENTO	La Regione Marche da molti anni ha intrapreso azioni mirate allo sviluppo della presa in carico di pazienti con necessità di cure palliative, in linea con la normativa vigente (Legge 38/2010, Accordo Stato-Regioni n. 239/CSR del 16/12/2010, Intesa Stato-Regioni n. 151/CSR del 25/7/2012, Accordo Stato-Regioni n. 87/CSR del 10/7/2014, DM 70/15, DPCM 12/1/17), nell'ambito di una governance integrata di sistema a livello nazionale. In ottemperanza alla Legge 38/2010, ma anche al DPCM del 12 gennaio 2017, la Regione ha provveduto all'istituzione delle reti regionali per la terapia del dolore e per le cure palliative (pediatriche e dell'adulto) predisponendo uno specifico modello organizzativo della rete, con identificazione di centri Hub e Spoke e formalizzandone le peculiarità 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 di terapia del dolore. È stato dato, inoltre, 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. Inoltre, al fine di garantire un buon livello di qualità di vita nella fase terminale, gestendo adeguatamente il paziente nei setting assistenziali più appropriati per la propria condizione, con DGR 1622/18 e con decreto 128 del 29 aprile 2019 è stata avviata l'implementazione di nuovi posti letto di hospice. Inoltre, con DGR n. 257 del 11.3.2019 sono stati formalizzati i requisiti necessari alla realizzazione di strutture sanitarie extra-ospedaliere intensive ed estensive, strutture sociosanitarie di lungo-assistenza o mantenimento e protezione che erogano prestazioni in regime residenziale e semiresidenziale con particolare riferimento ai requisiti per gli hospice. Dal 2019 si è, inoltre, cercato di migliorare la tempestività e la completezza della compilazione dei flussi relativi alle cure palliative all'interno del SIAD. Il recente periodo di pandemia da Covid-19, che ha anche impattato sulla gestione dei reparti delle cure palliative, sugli hospice e sulle cure domiciliari, ha dimostrato il valore aggiunto che la rete delle cure palliative, a distanza di dieci anni dall'emanazione della Legge 38/10, ha di fatto svolto, garantendo comunque, anche in questa grave circostanza, l'accompagnamento dei malati in questi stati gravosi ed improvvisi di sofferenza. I recenti Accordi Stato-Regioni (Rep. Atti n. 118/CSR e n. 119/CSR del 27 luglio 2020 e Rep. Atti n. 30/CSR del 25 marzo 2021) hanno portato all'approvazione di tre documenti sull'accreditamento delle reti di cure palliative e terapia del dolore sia per gli adulti sia per i pazienti pediatrici. L'accreditamento delle reti è finalizzato a standardizzare i percorsi di cura e di assistenza per le cronicità complesse e avanzate, così da superare la frammentazione delle risposte e gestire la multidimensionalità e unitarietà dei bisogni. Pertanto, la Regione Marche, ha recentemente posto le basi per l'adeguamento della Rete Regionale di Terapia del dolore e di Cure Palliative Pediatriche (TD e CPP) ai sensi dell'Accordo del 25 marzo 2021, con l'aggiornamento dei componenti del Gruppo di coordinamento regionale della rete di cure palliative e terapia del dolore pediatrica (Decreto della PF Territorio e Integrazione Ospedale Territorio n. 11 del 05/07/2021) che ha il compito di coordinare la rete clinica regionale in conformità all'Accordo. Nello stesso è prevista la presenza, quale elemento essenziale della Rete, del Centro di Riferimento Regionale (CRR) di TD e CPP, individuato presso il Presidio Ospedaliero "Salesi" dell'Azienda Ospedaliero Universitaria "Ospedali Riuniti" di Ancona. Il Centro, secondo il nuovo Accordo Stato-Regioni ha il compito di rispondere, con l'ausilio di un'équipe multispecialistica dedicata, in maniera continuativa e competente a tutti i bisogni di salute di minori che necessitano di terapia del dolore specialistica e di cure palliative pediatriche, di organizzare risposte ad alta complessità e specializzazione da erogare il più vicino possibile al luogo di vita del bambino e della sua famiglia (idealmente al suo domicilio) e di modulare in maniera congiunta e in unicità di riferimento, risposte residenziali, ospedaliere

		e domiciliari, in grado di integrarsi nei diversi momenti della malattia a seconda delle necessità. Ulteriore elemento essenziale della rete è l'hospice pediatrico, che opera in stretta continuità con le strutture specialistiche di riferimento a livello regionale, con possibilità di prevedere una valenza interregionale in ragione ai bacini di utenza serviti. Nonostante quest'ultimo non sia ancora stato istituito sul territorio regionale, sono già stati specificatamente dedicati, in coerenza con quanto previsto dalla normativa regionale e in via sperimentale, posti letto all'assistenza palliativa dei pazienti pediatrici presso l'AOU "Ospedali Riuniti" di Ancona.

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
		2021	2022	possibile

8	OBIETTIVO GENERALE	La mission della Rete TD e CPP è quella di garantire la miglior qualità di vita al bambino con malattia irreversibile ed ai suoi familiari, fornendo un'assistenza globale (medica, infermieristica, psicologica, spirituale) in grado di consentire l'espressione di tutto il potenziale residuo di salute, garantendo a tutti i minori, senza alcuna distinzione, un accesso equo e precoce alla TD e CPP, centrando le risposte sui bisogni del paziente e dei suoi familiari in un approccio patient-centred. Ulteriore scopo, inoltre, è quello di integrare i servizi ospedalieri, hospice e territoriali della Rete, sotto il coordinamento del CRR, per assicurare la presa in carico e la continuità delle cure e, non meno importante, la condivisione delle migliori esperienze, nell'ottica di un miglioramento continuo dei processi assistenziali. In linea ed in continuità con le attività svolte negli anni precedenti, il progetto si pone l'obiettivo di implementare le Reti di terapia del dolore e palliativa, pediatrica e adulta, sulla base dei nuovi requisiti di accreditamento delle Reti.

9	OBIETTIVI SPECIFICI	• Ridefinire l'assetto della Rete di TD e CPP in relazione all'Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2021. • Aumentare la copertura del fabbisogno di cure palliative pediatriche, garantendo al contempo l'appropriatezza delle cure nel setting assistenziale più adeguato, in un'ottica di presa in carico integrata; • Adeguamento del sistema di offerta per le cure palliative in tutti i setting di cura (hospice, ospedale, territorio, domicilio) in coerenza con la riorganizzazione della Rete dell'offerta assistenziale regionale complessiva, anche dopo gli effetti della pandemia da Covid-19. • Predisporre programmi formativi "ad hoc" anche a distanza alla luce della pandemia da Covid-19. • Implementare il già avviato flusso SIAD che include una sezione dedicata alle cure palliative.

10	RISULTATI ATTESI	
	A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto	• Recepimento, con apposito Atto Regionale, dei requisiti di accreditamento delle Reti di terapia del dolore dell'adulto e di TD e CPP • Istituzione di un'Unità Operativa Semplice Dipartimentale (UOSD) che coincida con il Centro di Riferimento Regionale di TD e CPP con autonomia organizzativa, gestionale e di risorse e posti letto dedicati. • Istituzione di un hospice pediatrico sul territorio regionale (anche a valenza interregionale). • Aumento del numero di pazienti adulti e pediatrici assistiti in carico alla rete della terapia del dolore in tutti i *setting* di cura • Introduzione dei codici branca specifici per la terapia del Dolore e per le Cure Palliative e conseguente aggiornamento del nomenclatore delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, per dare piena attuazione al DPCM del 12 gennaio 2017. • Organizzazione di corsi di formazione per il personale sanitario

	A lungo periodo a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	• Consolidamento della Rete di TD e CPP • Implementazione del modello di presa in carico che metta al centro i bisogni del paziente (*patient-centred*) e della famiglia, non focalizzandosi solo sulla gestione della malattia, ma prendendo in considerazione anche gli aspetti sociali, etici e spirituali, attraverso l'utilizzo di un PAI che sia multidisciplinare, globale, integrato e partecipato.

11	PUNTI DI FORZA	
	Indicare i punti di forza	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione
	Coinvolgimento dell'intero sistema sanitario regionale ospedaliero residenziale - domiciliare nell'assistenza al paziente pediatrico con bisogno di cure palliative e terapia del dolore	Rafforzamento del ruolo di coordinamento clinico-assistenziale del Centro di Riferimento Regionale (CRR) di TD e CPP, dato il ruolo centrale che riveste nella definizione dei percorsi di cura e delle relazioni tra i nodi della Rete durante tutta la storia di malattia del minore; Formazione dei professionisti che operano nei diversi nodi della Rete da parte del CRR, che rappresenta il garante della qualità assistenziale anche per il costante aggiornamento fornito a tutti gli attori coinvolti nella Rete;
	Condivisione multiprofessionale nella definizione della Rete di TD e CPP	Coinvolgimento di numerosi e diversi professionisti sanitari nel Gruppo di Coordinamento regionale della rete di Cure palliative e Terapia del dolore Pediatrica, che ha il compito di coordinare e promuovere il processo di sviluppo della rete nei diversi setting assistenziali, al fine di garantire approcci omogenei e l'equità del sistema;
	Condivisione del PAI da parte di un'equipe multidisciplinare per garantire una presa in carico del paziente integrata tra i vari nodi della Rete	Coinvolgimento, nella stesura del PAI, non solo di professionisti sanitari del Territorio (es. PLS, personale del Distretto, psicologo, ecc.), ma anche del CRR, così che la valutazione multidimensionale del caso da parte dell'UVI consenta una vera presa in carico integrata, uniforme e globale del paziente all'interno dei vari nodi della Rete.

12	PUNTI DI DEBOLEZZA	
	Indicare i punti di debolezza	Indicare le strategie/azioni per la riduzione
	Carenza di strutture residenzialidedicate al paziente pediatrico	Incrementare strutture residenziali dedicate al paziente pediatrico
	Scarsa diffusione della cultura di presa in carico *patient-centred* per i bambini che necessitano di TD e CPP da parte di tutti i professionisti che operano nel SSR	Valorizzare il ruolo del CRR quale promotore della diffusione di informazioni inerenti alle attività, l'organizzazione, le modalità di accesso ed i servizi offerti della Rete anche ai professionisti meno tradizionalmente coinvolti, anche con il supporto delle associazioni di tutela e di volontariato rappresentative della collettività e dell'utenza;

DIAGRAMMA DI GANT												
Descrizione delle azioni relative ad ogni fase	Mesi anno 2021											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Implementazione dei corsi di formazione per il personale sanitario anche con modalità da remoto (webinar)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Recepimento, con apposito Atto Regionale, dei requisiti di accreditamento delle Reti di terapia del dolore dell'adulto e di TD e CPP										x		
Aggiornamento e adeguamento del nomenclatore delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale										x		
Istituzione di un hospice pediatrico sul territorio regionale (anche a valenza interregionale) entro il primo semestre del 2022											x	x

13	DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO			
	Fase	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
	Formazione degli operatori	Implementazione dei corsi di formazione per il personale sanitario anche con modalità da remoto (webinar)	Un passo indispensabile per migliorare la qualità assistenziale è rappresentato dalla formazione e aggiornamento degli operatori che operano nella Rete, mostrando l'importanza di ottimizzare il sistema di cure palliative e terapia del dolore mediante la definizione di percorsi di cura integrati. Dopo la pandemia COVID 19 e le misure di sicurezza adottate per garantire il distanziamento sociale è possibile scegliere modalità da remoto (webinar)	Numero eventi formativi organizzati dal Centro di Riferimento Regionale di TD e CPP sull'argomento
	Adeguare il Sistema di offerta per le cure palliative e terapia del dolore alla luce dei nuovi criteri di accreditamento	Recepimento, con apposito Atto Regionale, dei requisiti di accreditamento delle Reti di terapia del dolore dell'adulto e di TD e CPP	L'accreditamento delle reti è finalizzato a standardizzare i percorsi di cura e di assistenza per le cronicità complesse e avanzate, così da superare la frammentazione delle risposte e gestire la multidimensionalità e unitarietà dei bisogni.	Istituzione di un'Unità Operativa Semplice Dipartimentale (UOSD) che coincida con il Centro di Riferimento Regionale di TD e CPP con autonomia organizzativa, gestionale e di risorse e posti letto dedicati. Incremento dei pazienti pediatrici assistiti in carico alla Rete di TD e CPP in tutti i setting di cura Incremento dei pazienti adulti assistiti in carico alla rete di TD in tutti i setting di cura
	Adeguare il Sistema di offerta per le cure palliative e terapia del dolore alla luce del DPCM del 12 gennaio 2017	Aggiornamento e adeguamento del nomenclatore delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale	Il DPCM del 12 gennaio 2017 prevede nel nomenclatore, per la prima volta, le visite multidisciplinari per le cure palliative e per la terapia del dolore, inclusa la stesura del Piano di assistenza individuale (PAI) e le visite di controllo per la rivalutazione del PAI.	Introduzione dei codici branca specifici per la terapia del Dolore e per le Cure Palliative e conseguente aggiornamento del nomenclatore delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale
	Implementare il Sistema di offerta per TD e CPP in tutti i setting di cura (hospice, ospedale, territorio, domicilio)	Istituzione di un hospice pediatrico sul territorio regionale (anche a valenza interregionale) entro il primo semestre 2022	L'Hospice pediatrico, definito, nell'Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2021, quale elemento essenziale della Rete, risponde a tutti i bisogni del bambino e della famiglia, operando in stretta continuità ed integrazione di obiettivi, strategie di cura e scelte con le strutture specialistiche di riferimento. Vi accedono, con i loro familiari, minori di tutte le età e tutte le patologie che necessitano di CP specialistiche e che, per motivi clinici, sociali, organizzativi, non possono essere gestiti in altri setting (domicilio, ospedale, altra struttura).	Istituzione di un hospice pediatrico sul territorio regionale (anche a valenza interregionale).

14	TRASFERIBILITÀ Indicare a quale altra realtà il progetto o parte di esso può essere trasferito	
	Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Progetto o parte del progetto che può essere trasferita

	Azienda Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere, IRCCS, ed altri enti pubblici e privati	Il progetto, con opportune contestualizzazioni, può essere trasferito in ognuna delle istituzioni indicate.

LINEA PROGETTUALE	PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE

PRP MARCHE 2020-2025
Si riporta di seguito la parte relativa alle "Informazioni generali" dei Programmi del PRP 2020-2025 immessi nella piattaforma ministeriale (10 Programmi predefiniti e 4 Programmi Liberi)

REGIONE RESPONSABILE DEL PROGETTO	Cognome e nome responsabile	Fabio Filippetti
	Ruolo e qualifica	Dirigente PF Prevenzione – Agenzia Regionale Sanitaria
	Recapiti telefonici	071/8067922
	e-mail	fabio.filippetti@regione.marche.it

PP01 Scuole che promuovono Salute

Con il PP01 si intende dare ulteriore impulso alla collaborazione tra sistema scolastico, sistema sanitario, ambito sociale ed altri stakeholders significativi nei diversi territori, proponendo un percorso di promozione della salute per l'intero ciclo di istruzione in coerenza con gli "Indirizzi di policy integrata per la Scuola che Promuove salute" e con l'Approccio Globale della Salute dell'OMS. La sinergia tra scuola, sanità e comunità si realizza principalmente attraverso:

- accordi intersettoriali a supporto delle azioni di promozione della salute nel settore scolastico,
- attività di formazione congiunta
- condivisione di programmi life skills oriented.

Breve descrizione del Modello SPS a cui il PP01 tende.
Il Modello SPS prevede che le Scuole si impegnino a gestire fattivamente la propria specifica titolarità nel governo dei determinanti di salute riconducibili all'ambiente formativo, all'ambiente sociale, all'ambiente fisico ed organizzativo, promuovendo nella loro programmazione ordinaria iniziative finalizzate alla promozione della salute di tutti i soggetti in campo (studenti, docenti, personale non docente, dirigenza, famiglie, fornitori ecc.). In questo senso sono promosse in quanto strategiche le alleanze con i diversi attori della comunità locale (Comuni, associazionismo, volontariato e altro), così che benessere e salute diventino reale esperienza nella vita delle comunità scolastiche e che da queste possibilmente si diffondano alle altre componenti sociali, in particolare alle famiglie.
A questo scopo si avvia, con il supporto tecnico scientifico delle AAVV, un processo che, a partire da una analisi di contesto, definisce piani di miglioramento che agiscono contestualmente su:

1) lo sviluppo di competenze individuali (life skills)
2) la qualificazione dell'ambiente sociale
3) il miglioramento dell'ambiente strutturale e organizzativo (mense scolastiche, distributori automatici, palestre, cortili, pedibus, ecc.)
4) il rafforzamento della collaborazione con la comunità locale (Enti Locali, Associazioni, ecc.).

Ne discende l'avvio ed il radicamento di azioni sostenibili e fondate su criteri Evidence Based o raccomandate (definite Buone Pratiche) per la promozione di stili di vita favorevoli alla salute coerenti al setting.
Il processo di diffusione e sviluppo del programma viene sostenuto dalla attività di orientamento metodologico e organizzativo da parte degli operatori di A.V., che si concretizza in:

- supporto alle Scuole nella analisi di contesto/profilo di salute interno e nella valutazione delle priorità in relazione alle Pratiche Raccomandate dal Programma
- promozione e partecipazione ai processi di comunicazione e di rete per diffondere e dare sostenibilità alle pratiche.

A partire da quanto già descritto nell'Analisi di contesto e da quanto evidenziato nel Profilo di Salute il PP01 prevede:

- L'Istituzione del Coordinamento Regionale per le SPS rappresentativo dei riferimenti istituzionali coinvolti quali USR Marche, ARS, ASUR, Servizi regionali interessati – Politiche Sociali e Sport, Istruzione e altre componenti con il compito di indirizzare e ratificare quanto previsto dal Programma;
- L'istituzione di un Gruppo Tecnico Scientifico regionale composto da referenti sanitari e non con la funzione di diffondere e sostenere il Modello SPS. Tale gruppo, rappresentativo delle 5 AAVV ASUR, sarà coinvolto nella successiva programmazione di diffusione delle azioni e/o interventi che potranno condurre alla formalizzazione della Rete delle SPS;
- Gruppi di Coordinamento Provinciale con funzioni di attuazione operativa composti da referenti sanitari, scolastici e sociali;
- La revisione e nuova formulazione del Protocollo d'Intesa con l'USR, in adesione al documento di Policy congiunta Intesa SR, che contiene gli impegni che, nel rispetto delle competenze, ciascuna parte potrà sostenere nello sviluppo del PP;
- La stesura del Documento regionale per le buone pratiche a scuola a partire dalle esperienze consolidate e coerente con il Modello delle Scuole che Promuovono Salute;
- L'organizzazione di percorsi formativi destinati agli operatori sanitari con l'obiettivo di approfondire la conoscenza del Modello SPS;
- La gestione di percorsi formativi congiunti tra realtà scolastica e sanitaria (laboratori) sull'Approccio Globale alla Salute e al modello SPS;

- Organizzazione di percorsi formativi rivolti a docenti, studenti e genitori negli Istituti Scolastici di tutte le AA. VV. secondo quanto previsto dal Documento Regionale per le buone pratiche a scuola;
- Una nuova progettazione della Piattaforma web sia a fini comunicativi che di monitoraggio;
- Iniziative comunicative che realizzino la restituzione dello stato dell'arte regionale sia delle SPS che delle attività poste in essere presso tutte le scuole regionali e favoriscano in maniera diffusa la conoscenza del Programma e dei suoi obiettivi;
- La produzione di materiali comunicativi rivolti anche alle famiglie e alla comunità;
- La realizzazione di azioni di sistema orientate all'equità a partire dalla costituzione del Coordinamento regionale per le SPS e del Gruppo Tecnico scientifico sopra indicati con i quali condividere e monitorare i successivi step previsti dal ciclo HEA;
- Un'azione equity oriented indirizzata alle scuole del territorio che risultano meno raggiunte dalle buone pratiche, attraverso azioni di advocacy per la diffusione dell'approccio globale alla salute.

Nel Programma Scuole che Promuovono Salute, in continuità con le azioni svolte dai Servizi Igiene degli Alimenti e della Nutrizione nel precedente Piano Regionale della Prevenzione 2014-19, sono perseguiti i seguenti Obiettivi Strategici non coperti da altri PP o PL:
MO1OS11 Migliorare l'attività di controllo sulla presenza di sale iodato presso punti vendita e ristorazione collettiva;
Azione: Poco Sale ma Iodato
MO1OS13 Favorire la formazione/informazione degli operatori del settore alimentare che integri riferimenti all'uso del sale iodato, alle intolleranze alimentari, agli allergeni, alla gestione dei pericoli negli alimenti e alle indicazioni nutrizionali e sulla salute;
Azione: Intolleranze Alimentari e Allergie? No grazie
MO1OS12 Promuovere sani stili di vita e la riduzione dello spreco e dell'impatto ambientale attraverso la Ristorazione collettiva (scolastica, aziendale, ospedaliera e socio/assistenziale).
Azione: La Giusta Alimentazione? La Trovi a Scuola: Sinergie Nutrizionali, Ambientali e non solo…
In merito all'Obiettivo Strategico MO1-09, "Promuovere la salute orale attraverso il contrasto ai fattori di rischio comuni alle MCNT, si prevede aggiornare i contenuti dei Manuali regionali sulle Life Skills sul tema igiene orale coinvolgendo nella produzione dei contenuti un gruppo di docenti degli Istituti Scolastici Comprensivi.

PP02 Comunità attive

La finalità principale del presente programma è promuovere uno stile di vita attivo, declinato nei suoi vari significati, offrendo stimoli e accompagnando la popolazione marchigiana di tutte le fasce di età, comprese le persone in condizioni disagiate, verso la riduzione della sedentarietà, l'aumento del proprio livello di Health Literacy, un sano stile di vita, la maggiore comprensione della salute intesa come One Health, la maggiore consapevolezza e tutela dell'ambiente regionale.
Il Programma, infatti, nelle sue Azioni intende sviluppare varie collaborazioni, valorizzando la presenza in regione anche di:

- società scientifiche, per collaborazioni e arricchimento culturale
- bellezze paesaggistiche e artistiche, quali collettori di interesse da parte di molti
- associazioni culturali e ambientaliste per la riscoperta di luoghi dimenticati
- associazioni specifiche sulla dieta mediterranea per una migliore conoscenza di questo stile di vita
- associazioni di promozione sportiva per la diffusione dei messaggi di salute
- attività di ristorazione per sviluppare l'offerta di menu sani ed equilibrati
- appassionati e studiosi di storia, arte e tradizioni locali per una migliore integrazione tra cultura e territorio
- altre eccellenze e particolarità regionali che possano costituire utili contesti anche mediante i Social.

GRUPPO TECNICO-SCIENTIFICO REGIONALE DI SUPPORTO, COORDINAMENTO E MONITORAGGIO DEL PP02
Il programma PP02 è coordinato dal gruppo tecnico-scientifico regionale interdisciplinare ed intersettoriale dedicato, formalizzato a livello regionale, a cui afferiscono tavoli di lavoro specifici che supportano le singole Azioni anche a livello locale (vedi Azione specifica)

Di seguito sono riportate sinteticamente le azioni previste dal Programma per il periodo di vigenza del Piano Regionale della Prevenzione 2020-25.

SINTESI DELLE AZIONI

1) LOCALIZZIAMO LA SALUTE: La conoscenza è alla base delle scelte. Le persone sono più propense ad effettuare scelte dopo che conoscono l'offerta in merito, pertanto, secondo i principi del marketing sociale, entro il 2023 sarà effettuata una ricognizione ed una mappatura delle risorse esistenti inerenti all'attività motoria integrando le iniziative del mondo sanitario con quelle del terzo settore e sociale, secondo i criteri scelti dal tavolo regionale specifico per l'azione . Tale mappatura permetterà di fare emergere le possibili integrazioni ed alleanze a vari livelli che favoriscono una diffusione delle azioni previste dal Programma

in modo il più possibile omogeneo nella Regione Marche. La mappatura sarà implementata on line e sarà messa a disposizione della cittadinanza per la conoscenza delle opportunità fornite (es. Gruppi di cammino, ecc). Sarà inoltre di particolare praticità di utilizzo per gli operatori del settore sanitario che potranno individuare per l'utente/paziente l'attività più' corrispondente alle sue esigenze e maggiormente a lei/lui prossima.

2) FACCIAMOCI DEL BENE: dalle sorveglianze epidemiologiche marchigiane emerge un dato importante anche ai fini dell'equità nella fascia di età adulta (18-64 anni), ovvero, che uno stile di vita sedentario viene dichiarato soprattutto da donne di età superiore a 50 anni, con un basso livello di istruzione e molte difficoltà economiche. Questo specifico target verrà tenuto in particolare considerazione da questa azione, viste anche le precedenti esperienze di collaborazione con gli Enti Locali (per es 'Fano cammina', nato su input anche dei servizi Sociali e delle Pari opportunità del Comune di Fano - PU-). Questa azione è composta da un pacchetto di salute orientato all'equità comprendente l'attività motoria, in particolare gruppi di cammino, e azioni di comunicazione, realizzato in modalità intersettoriale da svolgere nei singoli comuni. Questa azione è strettamente correlata all'azione "CITTA' INSIEME"e "NONNI, NIPOTI E COMUNITA' PER LA SALUTE"

3) ATTIVITA' FISICA ADATTATA/ESERCIZIO FISICO STRUTTURATO: IMPLEMENTAZIONE RETE TERRITORIALE MARCHE: l'attività motoria è fonte di salute e benessere per tutti e diventa fondamentale al fine di contenere e controllare gli esiti complessi di una patologia, per chi soffre della maggioranza delle MCNT. La Regione Marche propone un'attività fisica adattata per persone affette da patologie croniche non trasmissibili, in condizioni fisiche clinicamente stabili, o con riduzione delle capacità funzionali da condizioni cliniche pregresse con esiti funzionali stabilizzati.A tale scopo verranno predisposte delle linee guida regionali da parte di un tavolo tecnico e la conseguente attuazione iniziando dalla formazione degli operatori che faranno poi parte di una rete territoriale organizzata a livello capillare. Potranno far parte della rete territoriale anche le strutture pubbliche e private (Enti locali, Scuole, Associazioni, Enti di promozione sportiva, Federazioni sportive e Palestre private etc) che abbiano i requisiti richiesti dalle linee guida, e di cui operatori avranno effettuato un apposito corso di formazione.

4) ISTITUZIONE GRUPPO TECNICO-SCIENTIFICO REGIONALE DI SUPPORTO, COORDINAMENTO E MONITORAGGIO DEL PP02:Viste le importanti caratteristiche di intersettorialità del PP02 , nonchè della complessità delle Azioni che spesso si intersecano tra loro ma anche con altri Programmi del PRP, è necessario istituire con atto formale un gruppo tecnico scientifico regionale che supporti, coordini e monitori le varie Azioni. Tali Azioni saranno a loro volta supportate, anche a livello locale, da gruppi di lavoro specifici per Azione, afferenti al Gruppo di cui sopra, formati da dei rappresentanti di questo ed eventualmente da altri stakeholder nell'ambito dell'Azione specifica.

5) INTERVENTO MOTIVAZIONALE BREVE DI I LIVELLO: RETE DI OPERATORI PER UN SOSTEGNO AL CAMBIAMENTO: il perseguimento di uno stile di vita sano e, nello specifico quello riguardante l'attività motoria da parte del singolo cittadino, sia per un'azione preventiva primaria che terziaria, è dipendente soprattutto dal livello di motivazione della persona. Questa va stimolata con tecniche riconosciute scientificamente come l'approccio dell'Intervento motivazionale breve - Minimal Advice. Risulta perciò fondamentale formare gli operatori dei contesti opportunistici (MMG, PL, ostetriche, assistenti sanitarie, ecc.) per offrire alla popolazione marchigiana, in ottemperanza agli obiettivi del PRP 2020-25 PP02_OT04, l'occasione di cambiare i propri comportamenti e stili di vita correlati ai quattro fattori di rischio principali per MCNT (sedentarietà, scorretta alimentazione, fumo, alcol). Gli operatori formati al primo livello di counselling motivazionale breve potranno poi inviare i pazienti che dimostrano di essere ad uno stadio motivazionale specifico, ad un secondo livello, affinché siano seguiti nel percorso di cambiamento dello stile di vita a rischio. A tal fine la presente azione si collega al PL 13 'Prevenire e prendersi cura: il PPDTA dell'Osteoporosi e delle fratture da fragilità quale Modello partecipativo regionale per il management delle patologie croniche' in cui è prevista un'azione (Counselling motivazionale breve II livello) sull'identificazione di un modello organizzativo sperimentale di secondo livello di intervento motivazionale breve.

6) CITTA' INSIEME: in questa epoca si sta sempre più affermando il concetto che la salute per tutti non può raggiungersi se non si vive in un ambiente salubre e sano. Il programma Comunità attive quindi, avendo il fulcro nella Comunità, per perseguire gli obiettivi di salute deve necessariamente interfacciarsi con gli obiettivi ambientali. I Piani del verde urbano e Piani Urbani della Mobilità sostenibile - PUMS- sono alcuni strumenti che permettono di creare un ponte tra la salute pubblica e la gestione del territorio locale. L'azione prevede due livelli di applicazione:

Primo livello, regionale, di tipo formativo/comunicativo (anche con produzione di materiali) con e per i rappresentanti degli Enti Locali affinché implementino nel proprio territorio i PUMS, i Piani del Verde Urbano e l'orientamento strategico Urban Health come guida nella pianificazione urbanistica.

Il secondo livello prevede la creazione di una rete coordinata di comuni che promuovono salute per ogni territorio siglata attraverso protocolli condivisi tra Enti Locali e Aree Vaste, coordinata, per quanto riguarda il settore sanitario dai servizi Ambiente e Promozione della salute ASUR. Tale rete promuove l'approccio Urban Health, l'attuazione dei PUMS, i piani del verde Urbano e i progetti, realizzati sulla base di un'interlocuzione con sistema sanitario, enti locali e mondo scolastico, volti a sensibilizzare ed educare anche le nuove generazioni ad un sano ed attivo stile di vita rendendo ad es. più facile il percorso casa-scuola con modalità attiva. Questi progetti includono la possibilità di modifica della viabilità urbana, e/o l'attivazione di linee pedibus/bicibus in cui la sicurezza del percorso è garantita dagli accompagnatori. Tale azione è strettamente correlata alle azioni del presente Programma "FACCIAMOCI DEL BENE" e "NONNI, NIPOTI E COMUNITA' PER LA SALUTE" e si interseca trasversalmente con i Programmi PP01 "Scuole che Promuovono Salute" e PP09 "Ambiente, Clima e salute".

7) NONNI, NIPOTI E COMUNITA' PER LA SALUTE. La salute, come già definito dalla Carta di Ottawa (1986) non può' essere prerogativa solo del settore Sanitario, ma deve essere una mission condivisa da più settori. Questa azione consolida una collaborazione già in essere da vari anni nella regione Marche (rinforzatasi ancora di più' durante il lockdown dovuto alla pandemia da Covid-19), con i sindacati dei pensionati Spi CGIL-Fnp CISL-UILP UIL, con l'obiettivo di creare una rete di alleanze nei territori.

Si prevede di sviluppare tale rete anche con altri organismi per organizzare eventi/attività/ corsi di promozione della salute con il focus sulla promozione dell'attività fisica e la valorizzazione di contesti urbani favorevoli alla promozione di uno stile di vita attivo. La specificità è la valorizzazione degli ultra sessantacinquenni che saranno protagonisti, anche come educatori tra pari, sia come promotori di salute che fruitori delle attività. È prevista inoltre la collaborazione con gli studenti delle scuole aderenti all'azione di ogni ordine e grado ed i comuni che promuovono salute come da azioni "CITTÀ" INSIEME" e "FACCIAMOCI DEL BENE". Le attività e le iniziative verteranno sui temi dei sani stili di vita, ambiente, invecchiamento attivo e reciprocità transgenerazionale anche verso le categorie più' fragili. Tale azione è in collegamento soprattutto con PP01" Scuole che promuovono salute", PP05 "Sicurezza negli ambienti di vita" e PP09 "Ambiente , clima e salute"

8) AZIONI EQUITY ORIENTED: ATTIVIAMO LA SALUTE PER TUTTI: La letteratura sottolinea i benefici dell'esercizio fisico per tutti, in particolare anche per i pazienti psichiatrici o con demenza. Molti pazienti però non svolgono attività fisica anche se non vi sono preclusioni alla loro partecipazione (ad eccezione di quella di non soffrire di patologie specifiche) e quindi vanno incontro ad un alto rischio di MCNT associate a stili di vita non salutari. Risulta perciò importante offrire ai pazienti affetti da disturbi psichiatrici o con demenza un'attenzione e degli stimoli in merito agli stili di vita ed un sostegno al cambiamento commisurato alla propria patologia, all'interno di un percorso di integrazione e di conoscenza del proprio territorio anche in collaborazione con gli Enti Locali e le associazioni al fine di una maggiore autonomia di vita là dove le condizioni individuali e generali lo consentano. L'esperienza del proprio territorio può essere utile anche al paziente affetto da demenza per conservare maggiormente il rapporto con il proprio ambiente di riferimento ed essere stimolato nelle sue residue capacità cognitive. All'interno di tale azione, che poi è quella propriamente orientata all'equità del presente programma, è prevista la formazione per operatori di centri diurni e/o residenziali per pazienti affetti da disturbi psichici e per persone affette da demenza sulla promozione della salute e sani stili di vita e implementazione di iniziative di attività motoria.

PP03 Luoghi di lavoro che promuovono salute

Il programma predefinito PP3 Luoghi di lavoro che promuovono salute, si interfaccia gli altri PP che individuano il setting ambiente di lavoro ed esattamente con il PP6 Piano mirato di prevenzione, PP7 Prevenzione in edilizia ed agricoltura, PP8 Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro. Di seguito i 5 M.O. di interesse per il PP3:

- MO1 Malattie croniche non trasmissibili: l'approccio metodologico è multidisciplinare in quanto strettamente collegato sia alle strategie di comunità che quelle basate sull'individuo. In particolare prevede diversi obiettivi specifici per promuovere l'adozione di stili di vita sani nei lavoratori, integrando cambiamento individuale e modifica socio/ambientale;
- MO2 - Dipendenze e problemi correlati: obiettivi strategico comune è l'aumento della percezione del rischio e l'empowerment degli individui, l'aumento/miglioramento delle competenze degli operatori e degli attori coinvolti e l'identificazione precoce e presa in carico dei soggetti in condizioni di rischio aumentato;
- MO3 - Incidenti domestici e stradali: punta a ridurre l'impatto del fenomeno infortunistico, non solo a livello sanitario, ma anche per i risvolti economici che ne conseguono
- MO4 - Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali: i cambiamenti del mondo lavorativo impongono una modifica dell'approccio culturale delle politiche di prevenzione e di tutela della salute;
- MO5 - Ambiente, clima e salute: obiettivo strategico di tale MO sintetizza quelli del PP3: "Implementare il modello della 'Salute in tutte le politiche' secondo gli obiettivi integrati dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile e promuovere l'applicazione di un approccio One Health per garantire l'attuazione di programmi sostenibili di protezione ambientale e di promozione della salute".

Il presente Programma intende dare continuità a quanto già realizzato con la linea d'intervento Lavorare in Stile del precedente PRP 14-19 (v. Analisi di contesto) avvalendosi della metodologia sperimentata, ampliando le azioni ai luoghi di lavoro sanitari così come previsto dall'attuale PNP.

Quanto già sperimentato, finalizzato al sostegno dei corretti stili di vita per il contrasto alle patologie croniche non trasmissibili all'interno delle Aziende private/amministrazioni pubbliche/Aziende Sanitarie e Ospedaliere del territorio regionale, evidenzia l'opportunità di azioni maggiormente coordinate e del miglioramento, per quanto possibile stante la criticità dell'emergenza COVID, del processo di intersettorialità/multidisciplinarietà che il Programma richiede.

Al fine del raggiungimento degli obiettivi del Programma fondamentali risultano perciò le interazioni tra ASUR e ARS ed i principali portatori d'interesse così come fondamentale il coinvolgimento di altri stakholders, tra i quali quelli maggiormente rappresentativi delle microimprese, come firmatari degli accordi intersettoriali finalizzati a diffusione/sviluppo e sostenibilità del programma che si prevede di attuare.

Altrettanto indispensabili le interazioni e le sinergie con operatori non solo dei Dipartimenti di Prevenzione ma anche delle Direzioni Sanitarie nonché dei Servizi di Prevenzione e protezione delle aziende sanitarie e degli ospedali chiamati, come luoghi di lavoro che producono salute, ad essere presenti nella rete regionale delle aziende che promuovono salute.

A livello istituzionale si provvederà ad aggiornare ed ampliare il Gruppo Tecnico regionale ASUR-ARS, anche in previsione del coinvolgimento delle aziende sanitarie, precedentemente formalizzato, costituito da professionisti, con diversi ruoli e funzioni, del SSR, e al fine di continuare a supportare il referente aziendale nei compiti di coinvolgimento dei lavoratori e pianificazione delle azioni di promozione della salute identificate a livello della singola realtà lavorativa.

Contestualmente all'aggiornamento del Gruppo tecnico regionale, sarà nuovamente adottato un protocollo d'Intesa con le

componenti già presenti ampliando alla componente sanitaria. Gli accordi a garanzia della intersettorialità e finalizzati alla diffusione/sviluppo e sostenibilità del programma saranno preceduti da un seminario informativo regionale sul programma predefinito specifico, curato dal CRC ex art. 7 D.Lgs 81/08, rivolto in particolare ai Rappresentanti legali delle Aziende del territorio, comprese quelle sanitarie, agli RLS, RSPP, rappresentanti dei professionisti sanitari e medici e quelli dei consulenti aziendali ed organismi paritetici.
Il Manuale WHP Marche verrà aggiornato alla luce delle nuove indicazioni ministeriali, di quanto prodotto nell'ambito del CCM Progetto CCM 2018 – AC "Supporto all'implementazione in realtà regionali italiane della Rete di Promozione della Salute sui Luoghi di Lavoro (Rete WHP – Workplace Health Promotion)"e dei feedback dei stakeholders ricevuti anche nel corso della precedente esperienza sul campo, proponendolo come "Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili" sia in forma cartacea che on line sul sito della Azienda Sanitara Unica Regionale https://www.asur.marche.it.
Si provvederà a rendere disponibile all'interno del suddetto sito un sistema di adesione al programma e di rilevazione della realizzazione degli interventi di promozione della salute attuate.
Verrà data altresì continuità alla formazione relativa all' approccio motivazionale breve: la formazione dei professionisti sanitari e medici per il sostegno alla realizzazione di interventi di promozione della salute finalizzati al contrasto delle patologie croniche non trasmissibili negli ambienti di lavoro mediante "intervento motivazionale breve" finalizzato ad indurre e mantenere il cambiamento degli stili di vita, viene effettuata in presenza, se possibile, e/o FAD, applicando sul territorio regionale i moduli formativi già utilizzati nel precedente quinquennio aggiornati alla luce di eventuali indicazioni e dei feedback ricevuti direttamente dagli operatori già formati, attraverso i questionari di gradimento, nel corso della precedente esperienza sul campo. Anche nel coinvolgimento deIle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere, luoghi strategici di progettazione e realizzazione di azioni individualizzate di prevenzione e promozione della salute, la modalità di intervento che accomuna i diversi servizi sanitari, trasversale a tutti i temi di salute, sarà quello motivazionale breve che la letteratura dimostra efficace non solo al rispetto all'adozione di corretti stili di vita e al rinforzo motivazionale e supporto emotivo degli utenti ma anche dei loro familiari.
La comunicazione, curata in collaborazione ed in accordo con lo specifico ufficio ASUR, si avvarrà della distribuzione di materiale informativo prodotto anche a supporto di tutte le linee di intervento del programma "mi prendo cura di me" del precedente PRP, dagli operatori dei servizi di prevenzione del SSR e/o raccolto, previa formale richiesta, dai siti web del Ministero della Salute, ISS ed altre istituzioni.
Interventi collettivi di diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezze ai datori di lavoro, loro consulenti, RLS e lavoratori sulle tematiche fumo di sigaretta, consumo di alcol, sedentarietà e sovrappeso-obesità, in continuità con quanto già realizzato nello scorso quinquienno, potranno essere offerti durante incontri in azienda condotti da Operatori sanitari del SSR e/o MC e coinvolgendo gli organismi costituiti a iniziativa di una o più associazioni dei datori di lavoro e dei prestatori di lavoro comparativamente più rappresentative sul piano nazionale" operativi sul territorio.
Come iniziativa di marketing sociale si intende proseguire nella realizzazione di una cerimonia annuale di riconoscimento delle aziende che, aderenti al programma, dimostrano l'applicazione delle pratiche individuate ad inizio anno e contribuiscono alla socializzazione dei risultati ottenuti.
Un impegno specifico si prevede per il coinvolgimento delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere in quanto luoghi strategici di progettazione e realizzazione di azioni individualizzate di prevenzione e promozione della salute sui comportamenti a rischio e protettivi, in coerenza con quanto pianificato all'interno di altri PP, per:

- le persone che si rivolgono ai loro servizi (donne in gravidanza, neomamme, caregivers di persone fragili, ecc…) per le quali gli operatori sanitari, opportunamente formati, possono incidere notevolmente sullo stile di vita;
- le persone con MCNT, per le quali, a parte il trattamento terapeutico o in associazione ad esso, il cambiamento degli stili di vita gioca un ruolo fondamentale di prevenzione della patologia o delle sue complicanze;
- il personale che con azioni formative specifiche possono migliorare il proprio stile di vita.

Considerando infine che dal profilo di salute emerge che il tessuto produttivo marchigiano è costituito per l'89 % da microimprese e più specificamente dalla sintesi del profilo del presente PP emerge che la prima rete di aziende aderenti al programma WHP regionale, ha visto l'adesione di una sola impresa composta da meno di 10 addetti, l'azione equity oriented è indirizzata a sensibilizzare le microimprese Marchigiane ai corretti stili di vita dei lavoratori.

PP04 Dipendenze

La presente pianificazione rappresenta una anticipazione di attività per la cui concreta implementazione è necessario, per le ragioni illustrate nell'Analisi di Contesto, realizzare un percorso di condivisione fra i cinque Dipartimenti delle Dipendenze Patologiche attivi nella Regione Marche; percorso che, per sua natura, potrebbe portare anche a modifiche parziali delle attività qui pianificate.
In continuità con quanto avviato nel PNP 2014-2019 che ha visto coinvolti i Dipartimenti per le Dipendenze Patologiche nell'attuazione di linee di azioni pertinenti ai propri ambiti di competenza e conoscenza, il presente programma ha la finalità di definire, orientare ed uniformare a livello regionale gli interventi di prevenzione universale, selettiva ed indicata nei limiti del quadro normativo vigente. Nel 2004 infatti, la Giunta Regionale (DGR 747/04) ha approvato l'"Atto di riordino del sistema dei Servizi per le Dipendenze Patologiche" che ha realizzato un nuovo assetto organizzativo, istituendo i Dipartimenti per le Dipendenze a cui hanno afferito, secondo meccanismi di rappresentanza definiti dalla Regione e nel rispetto delle specifiche attribuzioni, le organizzazioni accreditate, pubbliche e private, coinvolte nell'area della tossicodipendenza e gli Ambiti Sociali Territoriali (ATS)

che da anni svolgono azioni sinergiche con i servizi sanitari proprio nel campo della prevenzione. I cinque Dipartimenti per le Dipendenze, attualmente presenti sul territorio regionale, sono dotati di una forte autonomia in termini organizzativi, di budget e contrattuali.
L'attuale assetto dipartimentale, se da una parte ha favorito nell'ambito della prevenzione e della riduzione del danno, l'attivazione locale (e non uniforme a livello regionale) di prassi anche efficaci e a carattere innovativo, dall'altra ha ostacolato lo sviluppo di un pensiero condiviso e di una cultura della prevenzione. Per potenziare l'efficacia delle azioni preventive, uniformandole per quanto possibile nel rispetto della peculiarità delle singole realtà, si rende necessario, attraverso momenti di formazione e progettazione partecipata che coinvolgano in primis gli operatori sanitari e poi le varie agenzie istituzionali presenti sul territorio regionale e locale, che a vario titolo si occupano di prevenzione, ricondurre in una cornice teorica scientificamente fondata e condivisa, i programmi di prevenzione. Il PNP 2020-2025 infatti, basa l'azione quanto più possibile su prove di efficacia e sulla misura dei risultati (valutazione di processo e di esito), avvalendosi dell'Evidence-Based-Prevention (EBP).
Nelle progettualità passate, si è ritenuto fondamentale partire dall'analisi sistemica dei bisogni per poi attuare interventi preventivi utilizzando strategie diversificate a seconda dei target di riferimento e dei setting, secondo una lettura eziopatogenetica della dipendenza patologica che colloca all'origine della patologia in questione la complessa interazione tra fattori individuali, sociali ed ambientali. È proprio per l'interazione di tutti questi fattori che si ritiene imprescindibile, secondo le logiche della prevenzione universale ed ambientale, in continuità con quanto realizzato in passato, continuare a sostenere le istituzioni verso l'adozione di politiche di potenziamento dei fattori di protezione della salute e di promozione di sani stili di vita, programmando interventi multidisciplinari ed intersettoriali volti a modificare l'ambiente e il contesto di vita delle comunità locali.
Di prioritaria importanza tra gli interventi di prevenzione universale, oltre a quelli realizzati in ambito territoriale, è quanto progettato nel contesto scolastico finalizzato al potenziamento di prassi consolidate nel tempo anche all'interno dei Centri Informazione e Consulenza (CIC). Nelle scuole secondarie di secondo grado la Regione Marche, infatti, vanta dall'inizio degli anni '90 la presenza capillare di Centri Informazione e Consulenza (CIC), un servizio istituito con il DPR 309/1990, confermato con la DGRM 747/04 e potenziato con la DGRM 1659/2019 che ha previsto, tra le altre cose, la stipula di un protocollo d'intesa firmato tra i Servizi per le Dipendenze Patologiche (STDP) e gli Istituti secondari di secondo grado delle Marche. Come per le altre azioni di prevenzione, il presente piano rappresenta l'occasione per ripartire dalle logiche che hanno ispirato la DPR 309/1990 ed elaborare un modello condiviso d'intervento di quanti operano nei CIC. Tale modello può essere elaborato tenendo presente l'approccio globale alla salute a scuola secondo il modello delle "Scuole che promuovono salute". Relativamente alla scuola, oltre a prevedere momenti di confronto con altri Servizi Sanitari che si occupano di promozione della salute e prevenzione, si prevede di:

- Collocare le azioni di prevenzione in tema di dipendenze patologiche all'interno di un piano strutturato e sistemico, concertato con la scuola e con altri attori che a vario titolo operano a scuola, che risulti funzionale alla promozione della salute degli alunni e del personale docente e non docente degli istituti scolastici di ogni ordine e grado presenti sul territorio regionale.
- Implementare e consolidare programmi standardizzati di prevenzione e di buone pratiche tra cui Unplugged
- Realizzare percorsi formativi destinati al personale docente, basati su metodologie evidence based quali life skills education e peer education
- Formare personale docente e non docente sui temi di pertinenza del programma predefinito in questione ma che nello stesso tempo rappresentano obiettivi condivisi con il PP1 "Scuole che promuovono salute". Si rende, quindi, indispensabile, programmare e progettare in modo integrato e in termini di rete coordinata e integrata secondo un approccio multidisciplinare e intersettoriale.

La scuola, di ogni ordine e grado, considerata il setting privilegiato di interventi di prevenzione universale poiché in grado di aumentare i fattori protettivi e diminuire quelli di rischio attraverso lo sviluppo di percorsi, l'utilizzo di strumenti didattici e l'implementazione di stili educativi e relazionali, non è il contesto elettivo verso cui orientare interventi di prevenzione selettiva ed indicata. Negli ultimi anni, infatti, si è assistito, oltre all'abbassamento dell'età di primo utilizzo di sostanze legali ed illegali, ad un aumento dell'uso di alcool associato ad altre droghe in relazione ai rituali del divertimento e della socializzazione in contesti di vita extra-scolastici, ad una minore percezione del rischio e ad una maggiore tolleranza sociale rispetto al consumo/abuso occasionale ed episodico di sostanze. La percezione dei rischi e dei danni derivanti dall'uso precoce di sostanze, sia da parte dei giovanissimi, sia da parte, talvolta, dei genitori, è troppo spesso molto bassa portando a sottovalutare l'effettivo problema, ritardando la cessazione dell'uso, perpetrando l'esposizione alle droghe per vari anni. A tal riguardo i Dipartimenti per le Dipendenze della Regione Marche hanno sviluppato negli ultimi anni, percorsi di early detection che agevolano il contatto precoce dei ragazzi che utilizzano sostanze stupefacenti e li inseriscono in percorsi di trattamento adeguati (early detection). Come esposto nel profilo di salute e di equità e preso atto della rilevanza del fenomeno dell'uso/abuso precoce nei minori-adolescenti, nonchè del loro maggior rischio di utilizzo di sostanze stuopefacenti, legali e/o illegali, favorite da contesti familiari disfunzionali, si intende una azione di contrasto alla disparità di accesso ai Servizi per il target minori-adolescenti utilizzatori ed abusatori di sostanze (in particolare sostanze legali e cannabis), provenienti da famiglie nelle quali uno o entrambi i genitori presentano problemi di natura Psichiatrica e/o di Dipendenza. L'aggancio dei giovani utilizzatori avviene anche all'interno di azioni di prevenzione selettiva ed indicata rivolte a gruppi vulnerabili di giovani svolte in setting non strutturati (luoghi di aggregazione e di socializzazione "contaminati" dall'uso di sostanze). L'intervento "educativo" anche questo presente a livello regionale con strutturazioni ed organizzazioni disomogenee, è progettato per evitare la stabilizzazione o l'aumento del numero degli abusatori precoci di sostanze e per rafforzare i fattori protettivi sia individuali che sociali.
Il tempo di latenza, cioè il tempo trascorso tra l'inizio dell'uso di sostanze e il primo contatto con i servizi di diagnosi e cura, è

notoriamente ampio soprattutto per quelle persone con una dipendenza in atto da anni, il cui profilo è caratterizzato da una bassa motivazione al cambiamento e da una forte compromissione delle condizioni di vita sociali e sanitarie. Queste persone non accedendo spontaneamente ai servizi di cura per un trattamento ambulatoriale, possono essere intercettate ed agganciate solo nei luoghi di spaccio e consumo. Nella Regione Marche in due delle cinque Aree Vaste si è consolidata negli anni la presenza di Unità Mobili che realizzano interventi a bassa soglia integrate nelle politiche locali; una geografia diseguale, non tanto per ragioni scientifiche ed epidemiologiche, quanto per scelte politiche di settore che espongono i territori e i consumatori ad un accesso anch'esso diseguale a servizi e risorse.Si ritiene, quindi, fondamentale potenziare nei Dipartimenti per le Dipendenze Patologiche, interventi a bassa soglia rivolti a persone, sia in carico ai servizi che non, che presentano una compromissione sia della qualità di vita che dello stato di salute (in particolare agli IDU - consumatori di sostanze stupefacenti per via iniettiva). Tale azione potrebbe essere avviata dalla condivisione delle procedure presenti a livello regionale che negli anni si sono strutturate e stabilizzate, uscendo dalle logiche del progetto.
Le azioni di prevenzione, infatti, sono sempre state influenzate dalla logica del "progetto" (contemplata tra l'altro dalla DGR 747 come modalità operativa del Dipartimento Dipendenze Patologiche), finanziate prevalentemente tramite il fondo sanitario indistinto (in assenza di un badget e di personale stabilmente dedicato), progettate in attuazione di programmazioni biennali regionali e quindi, caratterizzate da discontinuità temporale. Solo i Dipartimenti che hanno istituzionalizzato le azioni di prevenzione, dedicando quota parte del personale e qualche risorsa economica, hanno potuto garantire, proporzionalmente alle risorse disponibili, una continuità dell'azione preventiva a livello territoriale e una crescita in competenze e conoscenze in merito al tema in questione.
Il programma PP04 è coordinato dal gruppo tecnico-scientifico regionale costituito da rappresentanti dei 5 dipartimenti delle dipendenze patologiche, formalizzato a livello regionale, che supervisiona e supporta la implementazione delle azioni a livello locale
Per concludere, si fa presente che all'interno del Programma Dipendenze, in continuità con quanto realizzato nei precedenti PRP, sono state inserite azioni di formazione e co-progettazione a supporto della realizzazione di obiettivi strategici comuni con altri Programmi Predefiniti tra i quali oltre al già citato PP1 - Scuole che promuovono salute -, il Programma Libero - Primi 1000 giorni di vita - il PP2 - Comunità attive - e il PP3 - Luoghi di lavoro che promuovono salute.

PP05 Sicurezza negli ambienti di vita

Il termine "ambiente di vita" viene utilizzato per identificare tutti i luoghi, aperti e confinati, in cui le attività di vita e di lavoro sono svolte.
Nei Paesi industrializzati, gli incidenti (stradali, domestici e del tempo libero) rappresentano un problema di Sanità Pubblica di grande rilevanza, in termini di vite umane perse e per gli elevati costi sanitari e socioeconomici.

Il Programma Predefinito (PP) 5 "Sicurezza negli ambienti di vita" del PNP 2020-2025 è incentrato sulla promozione della sicurezza domestica e stradale e la prevenzione dell'incidentalità, con lo scopo di ridurre l'impatto sociosanitario del fenomeno.

Il programma si concentra sulla promozione all'interno delle comunità di azioni di contrasto agli infortuni, sottolineando la necessità di una strategia multilivello che coinvolga tutti i servizi sanitari di interesse e tutte le realtà territoriali attive (Enti locali, istituzioni, associazioni di categoria, privato sociale, ecc.).

A livello istituzionale risulta necessario definire il Gruppo Tecnico regionale ASUR-ARS, possibilmente costituito da professionisti del SSR, con diversi ruoli e funzioni, in grado di provvedere alla pianificazione delle azioni di promozione della salute realizzabili sia a livello centrale che locale e verificare la fattibilità di un Osservatorio Regionale degli Incidenti.

Il Gruppo Tecnico Regionale provvederà alla revisione sistematica della letteratura, al fine di redigere una sezione relativa alla incidentalità nella stesura del "Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili", come previsto dal corrente PRP ed in coerenza con le azioni previste dal PP01 "Scuole che Promuovono Salute".
Le linee di attività di Protezione, Prevenzione e Promozione degli incidenti per essere realizzate richiedono un riconoscimento all'interno del Dipartimento di Prevenzione. Si ritiene, pertanto, utile l'identificazione di un referente locale di Area Vasta che supervisioni e monitori ed in collaboraborazione con altre figure territoriali organizzino e programmino le attività sul territorio volte alla riduzione degli incidenti, basati sulle migliori evidenze scientifiche, tra cui le indicazioni contenute nel "Manuale tecnico per gli operatori della prevenzione - Infortuni nelle abitazioni.
In coerenza con quanto pianificato all'interno degli altri PP, per il raggiungimento degli obiettivi di programma, si ritengono indispensabili le interazioni tra operatori del Dipartimento di Prevenzione e quelli delle Direzioni Sanitarie, dei Dipartimenti delle Dipendenze, delle Cure Tutelari e della Salute Mentale e dei Distretti Sanitari, con particolare attenzione ai Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta, al fine di creare una rete regionale territoriale, in grado di raggiungere il cittadino in modo capillare, ogni volta che questo viene preso in carico dal SSR.
Risulta fondamentale investire sulla formazione di operatori sanitari, inserendo all'interno del piano di formazione regionale degli operatori sanitari, sezioni dedicate alla promozione della sicurezza negli ambienti di vita e stradale.
Si ritiene opportuno che tali programmi siano anche specificatamente rivolti ai Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta, in virtù della capillarità sul territorio e della conoscenza dei loro assistiti.

Per il raggiungimento degli obiettivi del PP, si prevede di realizzare un piano di comunicazione, in collaborazione con lo specifico Ufficio ASUR, al fine di diffondere messaggi volti alla prevenzione dell'incidentalità, in modo coordinato e coerente. Per la realizzazione del piano è prevista la revisione delle strategie già attuate nelle linee di intervento del precedente PRP e presenti nei siti web istituzionali e l'identificazione tra queste di quelle applicabili efficacemente a livello locale.

Si prevede di realizzare specifiche iniziative di marketing sociale organizzando almeno un evento sull'incidentalità a livello regionale, proseguendo le attività attuate durante la "Giornata mondiale delle vittime della strada", la "Giornata contro la violenza sulle donne", ampliando, se possibile, l'argomento alla violenza di genere ed inserendo un focus specifico sulla violenza domestica e verificando la fattibilità di un incontro distinto riguardo la prevenzione dell'incidentalità in ambito domestico.

Si ritiene di rilevanza strategica continuare le attività di informazione già implementate nel precedente Piano ed in particolare le azioni rivolte alla popolazione, anche nell'ottica di prevenzione delle cadute e realizzate nell'ambito del progetto "Ossi duri si diventa" sull'osteoporosi e realizzare azioni di promozione della sicurezza negli ambienti di vita e stradale negli over 65, anche in collaborazione con le associazioni sindacali, e in coerenza con le linee di intervento indicate nel PP 02 "Comunità attive".

Il DPCM 12 gennaio 2017, al punto B.6 dell'Allegato 1, inserisce la promozione della sicurezza stradale nei Livelli Essenziali di Assistenza. Pertanto, tali interventi sono prestazioni sanitarie da garantire alla collettività.
Per ridurre il fenomeno dell'incidentalità stradale occorre intervenire mediante un approccio multilivello.
Il presente Programma prevede la realizzazione di azioni congiunte con i Dipartimenti delle Dipendenze e della Salute Mentale, in coerenza con gli obiettivi previsti dal PP04 "Dipendenze". In accordo con gli obiettivi del programma PP04 "Dipendenze", si prevede la realizzazione di materiali informativi e formativi, rivolta anche agli operatori sanitari, che promuovano la assunzione di comportamenti leciti, evitando l'uso di sostanze di abuso e alcool, in particolare alla guida, rivolti ai cittadini.
La diffusione della cultura della sicurezza dovrebbe proseguire in ogni ambito della vita del bambino fino all'età adulta.
In coerenza con le attività previste dal Programma Libero "Primi mille giorni di vita" risulta strategico prevedere all'interno di iniziative a sostegno delle capacità di cura e responsabilità dei genitori, la presenza di focus sull'incidentalità, come ad esempio l'inserimento all'interno di corsi preparto, organizzati nei Consultori locali.
In linea con gli obiettivi del PP01 "Scuole che promuovono salute" è fondamentale garantire la diffusione della cultura della sicurezza negli Istituti Scolastici, mediante i programmi per l'Educazione alla salute e la promozione di stili di vita sani in ambito scolastico (DGRM 1483/10 e DGRM 1696/13).
Nell'ambito della prevenzione degli incidenti domestici e stradali si ritiene essenziale proseguire con le attività del PP02 "Comunità attive", si prefiggono di diffondere una cultura della sicurezza con particolare attenzione alle fasce vulnerabili.
La diffusione della cultura della sicurezza è prevista anche all'interno degli ambienti di lavoro, in coerenza con le azioni previste dal PP03 "Luoghi di lavoro che promuovono salute" e realizzabile all'intero delle attività della Rete WHP Workplace Health Promotion, consentendo attraverso un processo partecipativo e in un'ottica di responsabilità sociale, un contesto che favorisce l'adozione di comportamenti e scelte positive per la salute.
Vista la particolare situazione di emergenza sanitaria dovuta alla pandemia da Covid-19 negli anni 2020 e 2021 e all'applicazione di misure anti-contagio negli ambienti di vita e di lavoro si ritiene di poter programmare le attività delle linee di azione che afferivano al programma, anche con l'implementazione di programmi di formazione a distanza e della condivisione di materiale informativo cartaceo, come "Guadagnare salute... con mamma e papà" e "Guadagnare Salute... con le Life skills".
Nell'ambito della prevenzione degli incidenti stradali si ritiene essenziale proseguire con le attività della "Rete regionale delle città sostenibili e amiche dei bambini e degli adolescenti", che seguendo le indicazioni presenti nella L.R. 14/2017, si prefiggono di diffondere una cultura di pianificazione della città, sensibile all'infanzia e alla adolescenza.

PP06 Piano mirato di prevenzione
Nel territorio della Regione Marche, la prevenzione dei rischi occupazionali da agenti biologici (anche in dipendenza della pandemia da COVID-19 in corso), dei rischi occupazionali da esposizione a polveri (in particolare amianto, silice libera cristallina, legno, cuoio etc...) e dei rischi trasversalmente legati ai lavori con cosiddetti "contratti atipici", tiene conto:

- della larga prevalenza di piccole e microimprese;
- dei molteplici impatti della pandemia COVID-19 in corso;
- della presenza di comparti diffusi ma di particolare rilevanza, anche contingente (quali l'edilizia per la ricostruzione post-sisma, l'agricoltura in una Regione con vocazione alla produzione viti-vinicola, olearia e ortofrutticola, la pesca, la metalmeccanica in genere, la logistica e i trasporti);
- della progressiva diffusione di contratti di lavoro cosiddetti "atipici" in una molteplicità di scenari (in buona parte nel terziario - servizi sanitari, care giving, commercio, logistica e trasporti, alberghi e ristoranti - ma anche nelle produzioni agricole e industriali), accomunati da caratteri di precarietà, potenziali carenze di tutele in materia di sicurezza e salute, difficoltà a comprendere la rete organizzativa e relazionale.

Le sopraindicate specificità inducono all'elaborazione di piani mirati di prevenzione dei rischi professionali declinati come segue:
PIANO MIRATO DI PREVENZIONE PER L'ESPOSIZIONE PROFESSIONALE AD AGENTI BIOLOGICI (con particolare riguardo a SarsCoV2, bacillo tubercare, mix di microrganismi nel settore rifiuti e reflui);

PIANO MIRATO DI PREVENZIONE PER L'ESPOSIZIONE PROFESSIONALE AD AGENTI CHIMICI E FISICI CON EFFETTI A LUNGO TERMINE (con particolare riguardo a valutazione dei rischi anche da esposizioni combinate e sinergiche, misure di prevenzione e protezione, formazione, informazione e addestramento, sorveglianza sanitaria efficace anche per gli effetti a lungo termine successivi alla cessazione dell'esposizione);
PIANO MIRATO DI PREVENZIONE PER LAVORATORI PRECARI E/O CON CONTRATTI COSIDDETTI ATIPICI (con particolare riguardo al fronteggiamento delle barriere linguistiche, degli handicap fisici e psichici, della marginalità sociale e occupazionale, delle criticità legate alla maternità e alla cura dei figli)

PP07 Prevenzione in edilizia e agricoltura

Le specificità della Regione Marche richiedono azioni mirate alla prevenzione nei settori edilizia ed agricoltura, sulla base della seguente lista di aree di priorità, attualizzata al 2021, e da implementare sulla base di ulteriori esigenze sopravvenienti nel tempo.

EDILIZIA

- Ricostruzione post-sisma 2016-17 in tutti i territori regionali coinvolti ed in particolare nelle aree interne delle province di Macerata, Fermo e Ascoli Piceno;
- Interventi di ristrutturazione e ricostruzione edilizia (110%) quantomeno fino al 2023;
- Lavori di manutenzione/rimozione di materiali contenenti amianto che espongono anche a particolari rischi per la sicurezza (es. cadute dall'alto);
- Attività di edilizia stradale relativa in particolare a:
    - manutenzione della SS687 ("Pedemontana delle Marche") nella provincia di Pesaro Urbino;
    - collegamento area portuale di Ancona-sistema autostradale;
    - adeguamento A14 nei tratti a due corsie delle province di Fermo e Ascoli Piceno ed ulteriori lavori di messa in sicurezza (gallerie e viadotti);
    - realizzazione del "IV lato del quadrilatero" Fabriano-Camerino;
    - manutenzione e potenziamento della SS4 "via SALARIA" nella provincia di Ascoli Piceno;
- Promozione della qualità della sorveglianza sanitaria effettuata dai medici competenti per esposizione a sostanze pericolose (polveri, fibre, fumi etc...) in aziende operanti nel territorio marchigiano.

AGRICOLTURA

- Sicurezza di macchine e attrezzature agricole, con focus sulle trattrici (es. per rischio ribaltamento)
- Promozione della sicurezza e della salute dei lavoratori nell'utilizzo di sostanze pericolose (pesticidi, farmaci e disinfettanti per uso veterinario etc…)
- Promozione della qualità della sorveglianza sanitaria effettuata dai medici competenti per esposizione a sostanze pericolose (pesticidi, farmaci e disinfettanti per uso veterinario etc…) in aziende operanti nel territorio marchigiano.

AMBITI COMUNI CON ALTRI PROGRAMMI PREDEFINITI

- HEA a tutela dei lavori stagionali e precari, compresa la promozione della qualità abitativa dei lavoratori fuori sede (PP6)
- Prevenzione delle patologie da esposizione ad agenti biologici (PP6)
- Prevenzione delle malattie muscoloscheletriche da sovraccarico biomeccanico (PP8)
- Prevenzione delle patologie tumorali da esposizione a radiazione solare (PP8)
- Prevenzione delle patologie tumorali da esposizione ad agenti chimici (PP8-PP9)

PP08 Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro

Nel territorio della Regione Marche, la prevenzione dell'esposizione ad agenti cancerogeni occupazionali, anche in applicazione delle recenti modifiche della normativa comunitaria e nazionale, sovraccarico biomeccanico e stress lavoro-correlato, tiene conto:

- della larga prevalenza di piccole e microimprese;
- delle peculiarità di specifici distretti industriali/artigianali (quali ad esempio quelli calzaturiero, mobiliero, navalmeccanico e petrolchimico);
- della presenza di comparti diffusi ma di particolare rilevanza, anche contingente (quali l'edilizia per la ricostruzione post-sisma, l'agricoltura in una Regione con vocazione alla produzione viti-vinicola, olearia e ortofrutticola, la pesca, la metalmeccanica in genere, logistica-trasporti.

Le sopraindicate specificità richiedono azioni mirate alla prevenzione dei rischi sulla base della seguente lista di aree di priorità, attualizzata al 2021, e da implementare sulla base di ulteriori esigenze sopravvenienti nel tempo.

CANCEROGENI PROFESSIONALI

Allo stato delle conoscenze attuali, gli agenti cancerogeni che appaiono prioritari sono:

- amianto
- silice libera cristallina
- polveri di cuoio
- polveri di legno
- formaldeide
- idrocarburi policiclici aromatici
- radiazione solare

PATOLOGIE PROFESSIONALI DELL'APPARATO MUSCOLO-SCHELETRICO

Nel presente Programma i principali obiettivi, in continuità con il precedente piano, saranno:

- favorire la emersione delle patologie professionali muscolo-scheletriche;
- implementare le capacità del sistema pubblico e privato di valutare e gestire le diffuse condizioni di sovraccarico biomeccanico lavorativo per una adeguata prevenzione delle patologie professionali MSK e dei relativi esiti;
- implementare i flussi Ospedale-ASL per alcune patologie MSK (Ernia discale lombare e Sindrome del tunnel carpale) passibili di ricovero (ordinario o Day Hospital) con l'obiettivo di sviluppare iniziative di ricerca attiva delle malattie professionali MSK.

  In particolare, sarà consolidata una "nuova" modalità proattiva di intervento, tipica del piano mirato di prevenzione che, pur coerente con i disposti normativi vigenti, rappresenta un'evoluzione del "controllo" nelle imprese, sicuramente a vantaggio di efficienza della Pubblica Amministrazione e potenzialmente più efficace essendo in grado di coniugare l'assistenza con la vigilanza. Essa rappresenta uno strumento innovativo di controllo, fondato sulla conduzione di processi di prevenzione volti al miglioramento delle misure generali di tutela e non alla sola verifica dell'applicazione della norma. In essa, l'azione dei Servizi specifici delle ASL si orienta verso il supporto/assistenza al mondo del lavoro, facilitando l'accesso delle imprese alla conoscenza, ovvero valutazione e corretta gestione dei rischi: in questo quadro è di fondamentale importanza sostenere i datori di lavoro nel percorso di autovalutazione del livello di sicurezza nella gestione dei rischi e nell'organizzazione della sicurezza aziendale.

Allo stato delle conoscenze attuali, gli scenari espositivi che appaiono prioritari sono:

- agricoltura
- pesca
- edilizia
- fabbricazione di calzature
- fabbricazione di mobili in legno
- navalmeccanica e metalmeccanica in genere
- logistica e trasporti
- attività alberghiere e di ristorazione

STRESS LAVORO CORRELATO

Si tratta di un problema di salute dovuto al lavoro che è andato negli anni accentuandosi, in ragione dei notevoli cambianti dell'organizzazione del lavoro e dell'andamento del mercato del lavoro, con evidenti ripercussioni anche al livello di produttività delle aziende e al livello economico. Collegato a questo tema è sempre più necessario inquadrare nell'ambito delle attività di prevenzione dei rischi psicosociali le molestie, violenze, aggressioni nei luoghi di lavoro, con particolare riferimento alla sanità.

La presente linea di intervento inserita nell'ambito del PP8, si propone l'obiettivo di continuare nella realizzazione degli interventi proattivi rivolti alle aziende e alle figure aziendali preposte alla sicurezza, sulla prevenzione delle patologie correlate allo stress e rivolte al benessere organizzativo.

Il Programma intende contribuire all'accrescimento ed al miglioramento complessivo del sistema di gestione dei cosiddetti rischi psicosociali, attraverso un piano di monitoraggio sullo stato di attuazione delle indicazioni normative e tecniche, definizione di standard per gli interventi formativi e la realizzazione di azioni mirate di prevenzione. Lo sviluppo del programma prevede la realizzazione dello specifico piano mirato. Allo stato delle conoscenze attuali, gli scenari espositivi che appaiono prioritari, anche alla luce della pandemia COVID-19 ancora in corso, sono

- scuola

- pubblica amministrazione
- sanità pubblica e privata
- logistica e trasporti
- attività alberghiere e di ristorazione

Il programma, nelle sue tre sottocategorie, in linea con principi e obiettivi del PNP, adotterà le lenti dell'equità secondo il modello operativo proposto dal PNP (HEA), prevedendo le seguenti fasi: elaborazione del profilo di salute ed equità, identificazione di aree/gruppi a più alto rischio di esposizione o di vulnerabilità ai fattori di rischio, conseguente adeguamento/orientamento dell'intervento in termini di disegno e allocazione, valutazione di impatto.

PP09 Ambiente, clima e salute

La Regione Marche, con la DGR 1500/2009 prevede l'istituzione e organizzazione dell'Osservatorio Epidemiologico Ambientale (OEA) all'interno dell'Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale delle Marche (ARPAM), dove il Servizio di Epidemiologia Ambientale (SEA) dell'ARPAM mette a disposizione il proprio personale fornendo competenze in campo epidemiologico, tossicologico, statistico e di comunicazione del rischio. Per gli effetti della stessa DGR 1500/2009, all'Osservatorio Epidemiologico Ambientale (OEA), inoltre, afferiscono funzionalmente anche l'ARS Marche, che fornisce l'accesso alle informazioni sanitarie per la sorveglianza sanitaria delle popolazioni e il supporto informatico ed epidemiologico di competenza, e l'ASUR Marche, con professionalità epidemiologiche e di supporto sanitario, tecnico ed amministrativo per collaborare all'espletamento di indagini, valutazioni e consulenze in materia di epidemiologia e tossicologia ambientale. Il consolidamento e la formalizzazione della rete ambiente-salute potranno avvenire attraverso la completa realizzazione di quanto già previsto dalla citata DGRM n. 1500/2009 con una sua integrale conferma o una sua eventuale revisione, anche alla luce dei mutati scenari organizzativi e funzionali intervenuti negli ultimi anni nelle organizzazioni regionali dell'agenzia ambientale (ARPAM) e dell'azienda sanitaria (ASUR).
Per promuovere la governance a livello regionale, per la promozione della salute, la prevenzione, la valutazione e gestione dei rischi derivanti da fattori ambientali, seguendo l'approccio One health, si istituisce un Tavolo Tecnico Interistituzionale regionale per lo sviluppo di percorsi integrati con l'obiettivo di rafforzare la sinergia tra i Servizi regionali (Sanità, Ambiente, Sociale), i Servizi sanitari territoriali (ASUR), l'ARPAM.
Il Tavolo condivide le strategie di intervento per la sorveglianza della popolazione, la prevenzione e riduzione delle esposizioni ambientali (indoor e outdoor) e per la comunicazione alla popolazione.
Per quanto riguarda Hurban Health. l'obiettivo è quello di partecipare ad almeno un tavolo tecnico interistituzionale secondo la programmazione delle politiche regionali di sviluppo applicando le Linee Guida emanate dalla Regione Marche in parti.
Vari interventi sono previsti nell'ambito delle Malattie Trasemsse da Alimenti: un percorso formativo specifico pwr operatori sanitari, operatori addetti controllo ufficiale, addetti al settore alimentare. È inoltre prevista l'individuazione di un laboratorio di riferimento.
Interventi informativi verranno effettuati nei confronti della popolazione su temi ambientali ed ondate ci calore, clima e rischi di varia natura.
Verrà rafforzata la Rete Ambiente e Salute.
Azioni da mettere in atto:

- individuazione delle risorse da dedicare alla rete sia da parte delle U.O. Ambiente e Salute in ASUR che da parte di ARPAM,
- istituire un tavolo di lavoro per definire e condividere i percorsi e le procedure integrate relativamente a valutazione dei rischi, comunicazione del rischio ecc,
- formalizzare la rete ambiente e salute attraverso la revisione della DGR 1500/2019 che è stata totalmente disattesa in questi anni istituendo un nuovo osservatorio epidemiologico ambientale che sia funzionale e pronto a rispondere alle tante problematiche ambientali emergenti stabilendo dei protocolli,
- realizzare un percorso di formazione degli operatori coinvolti.

Ulteriori azioni trasversali riguardano gli Accordi interistituzionali per la sorveglianza epidemilogica di popolazioni residenti in aree interessate da elevata criticità ambientale.
Verranno anche forniti indirizzi e criteri regionali per l'applicazione della VIS in procedimenti ambientali e i Piani e programmi regionali.
La procedura di VIS è una valutazione complessa che deve avere la capacità di mettere a sistema e integrare i diversi approcci, qualitativi e quantitativi, tramite i quali è possibile effettuare previsione d'impatto sulla salute. Questo comporta un approccio multidisciplinare e integrato con l'intervento di esperti nei diversi settori di competenza in grado di dialogare tra loro e utili alla valutazione d'impatto.
Un argomento particolare, orientato all'equità, sarà il Programma di Tutela degli Anziani nei confronti delle ondate di calore
Le azioni per quanto riguarda la tematica Amianto riguardano principalmente due aspetti: gli interventi formativi e la realizzazione del Piano Amianto. Per quanto riguarda la formazione verranno introdotti temi specifici nell'ambito del programma di interventi di formazione previsti nell'ambito del PPO9 per Operatori. I contenuti verranno predisposti dal Gruppo Tecnico Regionale Amianto.
Per la realizzazione del Piano Regionale Amianto, secondo le indicazioni che saranno fornite dal livello centrale, verrà costituito entro l'anno 2022 il Tavolo di Coordinamento tecnico, con Gruppi di Lavoro tematici che ne permettano la realizzazione e lo

sviluppo nel tempo.
Entro il 2022, in accordo con il Ministero della Transizione Ecologica, verranno definite e sviluppate le modalità e degli strumenti automatici di popolamento ed aggiornamento dati della piattaforma "info amianto PA" per gli adempimenti previsti dal D.M. 101/2003.
Il programma REACH intende dare continuità a quanto già realizzato con la linea di intervento specifica del precedente PRP (anni 2014-2019) avvalendosi della metodologia sperimentata, ampliando le azioni e le conoscenze in relazione all'evoluzione continua della normativa e delle competenze.
L'obiettivo prioritario è aumentare le conoscenze dei Regolamenti REACH e CLP (normativa di prodotto orizzontale) nell'ambito delle normative sociali quali ad es. il D.Lgs.81/08 (salute e sicurezza nei luoghi di lavoro), il D.Lgs.152/2006 (tutela dell'ambiente esterno), D.Lgs.334/99 (prevenzione dei pericoli e degli incidenti rilevanti), D.Lgs.150/2012 (uso sostenibile dei prodotti fitosanitari) e di prodotto verticali, quali i Regolamenti (CE) N.1107/2009 (fitosanitari), N.528/2012 (biocidi), N.1223/2009 (cosmetici), N.648/2004 (detergenti).
A tal fine, sarà elaborato un programma regionale di attività di formazione e comunicazione in rapporto agli ambiti della prevenzione coinvolti, orientato ad aumentare le conoscenze nell'applicazione dei Regolamenti REACH e CLP nell'ambito delle normative sociali, per garantire una adeguata informazione alla popolazione, ai consumatori, alle imprese tramite i responsabili (RSPP, ASPP) e i consulenti (salute, sicurezza e ambiente) e i medici competenti.
Saranno realizzati eventi formativi rivolti agli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione dell'ASUR (SPSAL, SISP, SIAN) e dei Servizi competenti in materia di tutela ambientale dell'ARPA, individuati ad espletare attività di prevenzione, di tutela della salute e della sicurezza chimica del consumatore e del lavoratore nei luoghi di vita e di lavoro e di tutela dell'ambiente. L'intersettorialità, con il coinvolgimento dei diversi settori della Prevenzione, rappresenta un elemento di rilievo.
Inoltre saranno realizzati eventi di informazione/aggiornamento, quali corsi, seminari, convegni, ecc... finalizzati ad informare la popolazione (ad es. attraverso i medici di base, ecc…) e le imprese tramite i responsabili (RSPP, ASPP) e i consulenti (salute, sicurezza e ambiente) e i medici competenti nominati dai datori di lavoro.
Parallelamente, il Gruppo Tecnico regionale e la Rete di Vigilanza REACH garantiranno almeno il livello dell'attività di vigilanza e controllo realizzato nel territorio regionale negli ultimi anni e richiesto dai Piani Nazionali per il controllo del REACH e del CLP tramite la programmazione dell'Autorità competente per i controlli REACH e CLP.

PP10 Misure per il contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza

Il problema della resistenza agli antibiotici e dell'appropriatezza prescrittiva è strettamente legato al rischio infettivo. E' fin troppo ovvio osservare che in assenza di rischio infettivo non vi è utilizzo di antibiotici. Tra i diversi rischi associati all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria quello infettivo, occupa un posto particolare a causa delle dimensioni del rischio, della complessità dei determinanti e del trend epidemiologico in aumento.
Per contenere il rischio infettivo è necessario in primis che vengano adottate le pratiche assistenziali dimostrate efficaci a ridurre il rischio di trasmissione di microrganismi durante l'assistenza e che vengano abbandonate le pratiche dimostrate insicure.
La prevenzione e la riduzione del rischio d'insorgenza e di trasmissione delle infezioni collegate all'assistenza è possibile con l'attivazione di politiche adeguate e con il concorso di tutti gli operatori sanitari, a molteplici livelli, seppure con diversi ruoli e responsabilità. La prevenzione delle ICA deve essere considerato un obiettivo ed una responsabilità specifica di ciascun operatore della sanità, da chi ha responsabilità di gestione dell'azienda a chi opera nei servizi ed è coinvolto direttamente nell'assistenza.
Non tutte le ICA sono prevenibili anche se alcuni studi hanno dimostrato come la quota prevenibile sia molto ampia ed alcuni autori hanno ipotizzato la cosiddetta "zero tolerance": la necessità di considerare ogni singola infezione come un evento avverso non più tollerabile e di mettere in atto misure per la prevenzione delle infezioni.
Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) sono frequenti, sia in pazienti assistiti in ospedale, che in strutture residenziali territoriali e/o in assistenza domiciliare.
L'attuazione di programmi di gestione del rischio infettivo è favorita dall'esistenza di una normativa specifica italiana ed europea.
Tuttavia, sono individuabili fattori che ostacolano l'effettiva capacità dei servizi sanitari di controllare il rischio infettivo, tra questi:

- la scarsa percezione della rilevanza del problema da parte di dirigenti e operatori,
- la carenza nelle risorse dedicate al controllo delle infezioni,
- la scarsa integrazione tra i programmi di gestione del rischio infettivo e quelli di gestione del rischio clinico in generale,
- la scarsa diffusione di indicatori per monitorare l'efficacia dei programmi,
- l'insufficiente presa in carico del problema del rischio infettivo nelle strutture territoriali e nell'assistenza domiciliare.

Azione necessaria e propedeutica al contenimento delle ICA e di conseguenza al buon uso degli antibiotici è:

- la sorveglianza, intesa come processo sistematico di raccolta, analisi ed interpretazione di dati, essenziale per pianificare, valutare le pratiche sanitarie e mirare gli interventi correttivi.
  Elementi caratterizzanti di questo programma di controllo del rischio infettivo e buon uso degli antibiotici sono:
- attribuzione ai Direttori di obiettivi legati al controllo delle ICA ed al consumo di antibiotici, correlati al controllo del Rischio biologico e del Rischio clinico;

- attuazione, a livello aziendale, di un sistema di controllo delle ICA che preveda l'individuazione di figure sanitarie, mediche ed infermieristiche, addette;
- integrazione del sistema di controllo delle ICA con la funzione di gestione del Rischio clinico e del Rischio biologico;
- rivalutazione periodica delle attività aziendali;
- rispetto dei programmi di segnalazione rapida di epidemie ed eventi sentinella;
- attuazione di programmi di sorveglianza dell'antibioticoresistenza sulla base dei dati di laboratorio e dell'uso degli antibiotici;
- controllo dell'appropriatezza della terapia antibiotica;
- sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico e delle infezioni in terapia intensiva;
- implementazione di reti di professionisti per condividere azioni di miglioramento, diffusione ed implementazione di linee guida, protocolli e buone pratiche (es: antibiotico profilassi peri operatoria, igiene delle mani, procedure di disinfezione e sterilizzazione, ….);
- attività di prevenzione e controllo pianificata dai CICA;
- programmi di audit mirati alle aree maggiormente a rischio (chirurgia, terapia intensiva, endoscopia, strutture residenziali per anziani, allevamenti di animali);
- formazione specifica rivolta ai prescrittori di antibiotici: medici e veterinari;
- formazione specifica rivolta al personale di assistenza, mirata alla prevenzione della trasmissione delle ICA;
- informazione alla popolazione per migliorare la consapevolezza del modo corretto di utilizzare gli antibiotici tra i cittadini e le persone che lavorano nel settore agricolo.

  Usare bene gli antibiotici è una responsabilità di tutti gli operatori sanitari, che possono contribuire a fronteggiare le resistenze antibiotiche nei seguenti modi:
- Intensificando la prevenzione ed il controllo delle infezioni;
- Prescrivendo e somministrando antibiotici quando sono realmente necessari.

  Molteplici strategie possono migliorare le pratiche di prescrizione e contribuire a ridurre la resistenza agli antibiotici. Programmi specifici di gestione responsabile della terapia antibiotica possono contribuire a sensibilizzare i clinici ad un giudizioso uso di antibiotici, infatti è accertato che:
- Tempi corretti e durata ottimale della profilassi antibiotica prima di un intervento chirurgico sono associati ad un minor rischio di infezioni del sito chirurgico e di comparsa di batteri antibiotico-resistenti;
- Tempi corretti e durata ottimale della terapia antibiotica garantiscono risultati ottimali ai pazienti e sono associati ad un minor rischio di antibiotico-resistenza;
- Prelevare campioni microbiologici prima di avviare una terapia antibiotica empirica, monitorare i risultati delle colture e di altri test e ottimizzare la terapia antibiotica sulla scorta di questi ultimi è un mezzo per ridurre l'uso non necessario di antibiotici.

Sebbene la maggior parte degli operatori sanitari siano consapevoli del problema delle resistenze agli antibiotici molti ne sottostimano l'entità, per questo è importante il programma di formazione capillare rivolto a tutti gli operatori sanitari.
I dati dell'andamento di consumo degli antibiotici nelle Marche sono in diminuzione negli ultimi anni (vedi tabelle in allegato all'azione 5. Sorveglianza e monitoraggio (A) (PP10_OS01_IS01)) a dimostrare il lavoro iniziato da tutte e quattro le aziende sanitarie in questo settore.
Da una prima analisi non si rileva il rischio di situazioni che possano determinare disuguaglianze per qualche particolare condizione di vulnerabilità sanitaria o sociale, relativamente al consumo di antibiotici. Tuttavia, si provvederà ad effettuare una sorveglianza attraverso lo strumento dell'Health Equity Audit (HEA) monitorando eventuali situazioni di criticità che si dovessero riscontrare.
La formazione capillare di tutti gli operatori sanitari coinvolti nel processo assistenziale sia in ambito umano che veterinario in tema di corretta prescrizione antibiotica garantirà la massima equità nelle cure diffusa su tutto il territorio, così come in tema di trasmissione delle ICA e di buone pratiche assistenziali.

PL11 screening oncologici

Il PNP 2020-2025, partendo dalla esperienza drammatica determinata dalla pandemia da SARS- COV2, recependo l'approvazione dell'Agenda 2030 e la strategia nazionale per lo sviluppo sostenibile approvata dal CIPE nel 2017, ha "rafforzato una visione che considera la salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente che, riconoscendo le interconnessioni tra salute delle persone, degli animali e dell'ambiente, promuove un approccio multidisciplinare, intersettoriale e coordinato per affrontare i rischi potenziali o gia` esistenti che hanno origine dall'interfaccia tra ambiente-animali-ecosistemi". A partire da questa premessa il PNP 2020-2025 sostiene un approccio di promozione della salute rendendo trasversale a tutti i Macro Obiettivi lo sviluppo di strategie di empowerment e capacity building raccomandate dalla letteratura scientifica e dall'OMS. L'esperienza pandemica che stiamo tuttora vivendo spinge a porsi nuovi obiettivi organizzativi, ad una maggiore flessibilita` di risposta, ad una sempre maggiore attenzione ai determinanti sociali e ambientali e a sinergie intersettoriali strutturate. In sintesi, l'espe- rienza pandemica induce a ripensare le modalita` di offerta di programmi di screening gia` attivi.

Gli screening oncologici organizzati

Come per la maggior parte delle attivita` sanitarie, l'emergenza COVID 19 ha determinato nel 2020 un importante rallentamento delle attivita` di screening, con una riduzione consistente degli inviti (circa 4 milioni in meno) e dei test erogati (circa 2,5 milioni in meno) rispetto al 2019. Si e` potuto verificare che il minor numero di test erogati non e` dipeso solo da difficolta` organizzative, ma anche da una minor propensione della popolazione a partecipare all'offerta probabilmente per timore del contagio. Si stima che questo ritardo possa aver determinato una perdita diagnostica pari a circa 3.300 carcinomi mammari, 2.700 lesioni CIN2+ della cervice uterina, 1.300 carcinomi e 7.400 adenomi avanzati del coloretto

È evidente quindi che quanto fissato nella Linea Strategica n.10 ovvero il "Perseguimento dell'equita` nella offerta e nella erogazione dei programmi di screening oncologico organizzato su tutto il territorio nazionale e la valutazione di modelli tecnico-organizzativi anche in nuovi ambiti di patologia" appare quanto mai rilevante.

Nell'ambito del Macro obiettivo 1, tre sono gli obiettivi strategici per gli screening oncologici (1.20, 1.21, 1.22) e quattro le linee strategiche di intervento.
Considerata la situazione di contesto, caratterizzata da persistenti difficolta` nel garantire non solo il recupero del ritardo accumulato, ma anche livelli di attivita` sufficienti ad assicurare l'esigibilita` del LEA, sulla scorta di quanto raccomandato dall'Osservatorio Nazionale Screening è stato predisposto un Programma Libero sugli Screenign Oncologici nella Regione Marche atto a garantire, anche nell'ottica della riduzione delle diseguaglianze, l'offerta per gli screening oncologici per il tumore della mammella, per quello della cervice uterina (compresa l'implementazione dell'HPV primario) e per quello del colon-retto cosi` come a promuovere la partecipazione.

Le azioni prioritarie da sviluppare nell'ambito del piano sono:

- il potenziamento/consolidamento (o l'istituzione, ove non gia` presenti) dei coordinamenti multidisciplinari regionali di screening i cui obiettivi sono il monitoraggio, la garanzia di miglioramento continuo della qualita`, la formazione specifica dei programmi di screening presenti sul territorio di competenza e l'adeguato conferimento dei dati per i debiti informativi nazionali (NSG, Adempimenti e Programmi Liberi del PNP);
- la messa a punto di modelli organizzativi efficienti e di qualita` che si avvalgano di soluzioni tecnologiche atte a snellire i processi da un lato e a raggiungere capillarmente tutti i cittadini dall'altro;
- l'adozione di modalita` informative e comunicative efficaci orientate all'empowerment del cittadino ed alla scelta informata e consapevole. E` di fondamentale importanza specie in questo ambito potenziare la sinergia con le Associazioni dei cittadini e dei pazienti al fine di cogliere tempestivamente i fabbisogni;
- reindirizzare l'attivita` di screening spontaneo nel percorso dei programmi organizzati, per migliorare l'appropriatezza prescrittiva, la qualita` e l'equita` dei servizi offerti, attraverso disposizioni normative e una reingegnerizzazione delle modalita` organizzative e/o l'adozione di protocolli specifici per regolare la riconversione delle richieste spontanee;
- estendere lo screening oncologico per il tumore della mammella dai 45 ai 74 anni di eta` e quello colorettale fino ai 74 anni di eta` definendo i fabbisogni di risorse e le modalita` di implementazione;
- implementare percorsi diagnostico-terapeutici integrati con i programmi di screening in essere per le donne ad alto rischio di cancro alla mammella per mutazioni genetiche BRCA1 e BRCA2;
- adottare protocolli di screening cervicale differenziati per le donne vaccinate contro l'HPV entro i 15 anni di eta` avvalendosi delle indicazioni contenute nella nota ONS del 26 aprile 2021.

PL12 Malattie Infettive e Vaccinazioni

Il PL12 Malattie infettive e vaccinazioni del PRP della regione Marche si prepone il raggiungimento di obiettivi finalizzati alla tutela della salute pubblica.
Tra le principali macroaree di intervento si inserisce il Piano Nazionale Eliminazione Morbilo e Rosolia congenita (PNEMoRc), il quale necessita della costituzione di un Gruppo Tecnico Regionale incaricato di monitorare l'attuazione del PNEMoRc, l'andamento epidemiologico e di copertura vaccinale di Morbillo e Rosolia, la revisione delle procedure di invio dei campioni per la diagnostica delle patologie sopracitate, nonchè tramite attuazione di site visit territoriali in modo da rilevare eventuali criticità locali così da poter applicare opportuni miglioramenti.

Di fondamentale importanze è, inoltre, il miglioramento del sistema di sorveglianza, notifica, validazione e diagnostica di malattie infettive mediante la riorganizzazione della funzione "gestione e controllo delle malattie infettive" per le Marche, con la finalità di dare piena attuazione regionale agli standard nazionali di validazione delle malattie infettive sottoposte a notifica obbligatoria e rispondere ai debiti informativi nazionali anche in relazione alle sorveglianze speciali attive in Italia.
Il programma mira a ridefinire, con la collaborazione dei centri regionali di riferimento (DGR 515/2014 e 1502/2017) le procedure per l'invio di campioni e le relative priorità d'intervento.
Particolare attenzione è stata posta sul rafforzamento della sorveglianza a carico delle MIB e della TB, anche mediante

l'informatizzazione del flusso dei dati di sorveglianza.
Nel corso del periodo di vigenza del PRP sarà completata l'informatizzazione dell'anagrafe vaccinale regionale attraverso la messa in opera di un nuovo software gestionale.

Un ruolo di grande rilievo viene dato alla definizione di strategie comunicative finalizzate al miglioramento dell'adesione vaccinale consapevole che verranno implementate nel corso di periodo di vigenza del presente piano. La comunicazione dovrà inoltre essere parta della formazione degli operatori sanitari, in maniera tale da costruire e mantenere la fiducia della popolazione e nelle istituzioni sanitarie attraverso strategie di comunicazione adeguate.

La formazione può e deve essere lo strumento per il rafforzamento della preparedness, in particolare nel settore della prevenzione e controllo delle emergenze di natura infettiva. Nel periodo di vigenza del PRP sarà formalizzato il recepimento regionale del "PanFlu" (Piano nazionale di Preparazione e Risposta ad una Pandemia Influenzale) che sarà il viatico verso un percorso più complesso e completo di pianificazione al fine di poter elaborare e disporre nel più breve tempo possibile di un piano pandemico regionale che comprenda tutte le patologie respiratorie ad alta trasmissibilità e patogenicità (non solo l'influenza).

L'altro ambito di formazione si focalizza sul recepimento del Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale al fine di promuovere l'interesse individuale e collettivo delle vaccinazioni, instaurando relazioni attente alle esigenze e preoccupazioni dei singoli, basate sul dialogo "chiaro" e "comprensibile", necessario anche per affrontare il complesso fenomeno dell'esitazione vaccinale. La restante preparazione si dovrebbe focalizzare sulla parte tecnica e scientifica delle vaccinazioni.

In ultima istanza il programma si concentra sulla comunicazione alla popolazione generale e a popolazioni specifiche rispetto al tema HIV/AIDS così come riportato all'interno dello PNAIDS, mediante strategie comunicative multisetting da parte della Commissione Tecnica Regionale HIV/AIDS.

PL13 Prevenire e prendersi cura: il PPDTA dell'Osteoporosi e delle fratture da fragilità quale Modello partecipativo regionale per il management delle patologie croniche

Il Programma si articola mediante le seguenti azioni:
INTERSETTORIALITA'
Per poter procedere verso la realizzazione di questo Programma articolato e complesso è necessaria la formalizzazione di un Gruppo regionale intersettoriale e multidisciplinare a partenza dal precedente Gruppo "OSSI DURI... SI DIVENTA. Prevenzione dell'osteoporosi del rischio di frattura correlato" ampliato ad altri stakeholder, comprese le associazioni di pazienti, i Servizi sociali ed altri portatori di interesse. Le diverse azioni del Programma poi saranno approfondite e coordinate da specifici Gruppi Azione, derivati da questo e con eventuali altre integrazioni.
FORMAZIONE PER L'AZIONE
Ideazione e realizzazione di corsi di formazione su stili di vita e sui nuovi modelli organizzativi in ogni Provincia:
1. formazione dei MMG e altri operatori sanitari degli Enti del SSR sulla gestione delle azioni di prevenzione delle MCNT, promozione della salute con particolare riferimento all'osteoporosi e al rischio di frattura correlato e/o al rischio di rifrattura, conoscenza di questo nuovo PPDTA sperimentale
2. formazione degli operatori socio-sanitari e dei caregiver familiari e/o professionali (comprese RSA e altre Residenze) sulla prevenzione delle MCNT e promozione della salute con particolare riferimento all'osteoporosi e al rischio di frattura correlato e/o al rischio di rifrattura, conoscenza di questo nuovo PPDTA sperimentale.
COMUNICARE È SALUTARE
In continuità e aggiornamento delle precedenti iniziative comunicative sviluppate dal Gruppo "OSSI DURI... SI DIVENTA", ideazione e realizzazione di interventi comunicativi, anche legati a eventi periodici internazionali, nazionali e locali, su osteoporosi e fratture da fragilità che comprendano gli aspetti di prevenzione e dei servizi dedicati e sui 4 principali fattori di rischio per MCNT.
MOTIVARE E INTERCETTARE: L'ANELLO DI CONGIUNZIONE TRA PREVENZIONE E CLINICA
Ricognizione dei centri/servizi che si occupano in regione di interventi motivazionali di secondo livello, loro messa in collegamento con la rete dell'intervento motivazionale breve (azione presente in PP02-PP03-PP04-PL14), che funge da catalizzatore preliminare. Nei centri ove si sviluppa l'intervento motivazionale breve offerta e utilizzo anche di uno strumento di intercettazione soggetti a rischio di frattura da fragilità precedentemente identificato (per es. algoritmo DeFRA) e, a seconda dell'esito, aggancio con la parte clinica del PPDTA mediante invii dedicati nei diversi contesti di diagnosi dei soggetti "intercettati" precocemente.

DAL PDTA AL PPDTA: UN'AZIONE SPERIMENTALE PER OSTEOPOROSI E FRATTURE DA FRAGILITA'
Studio, stesura e approvazione del PPDTA model e successivamente dei PPDTA operational su Osteoporosi e fratture da fragilità riproducibili, con i dovuti adattamenti, in altri PPDTA. Questa azione è collegata con tutte le altre costituendone praticamente la sintesi formalizzata. Particolare collegamento è presente con l'azione equity oriented che mira a raggiungere in modo uniforme in regione i soggetti a rischio di frattura da fragilità e anche i già fratturati per evitare la temibile, ancorchè probabile, seconda frattura.

OSTEOPOROSI E FRATTURA DA FRAGILITA': EVITIAMO LE DISUGUAGLIANZE (AZIONE EQUITY-ORIENTED)
Si tratta di un'azione ancora in divenire e da sviluppare in progress stante la necessità di operare una preliminare ricognizione delle difficoltà di accesso particolari ai servizi di prevenzione, diagnosi, cura ed assistenza di osteoporosi e fratture da fragilità in ambito marchigiano. Sarà particolarmente sviluppata dal Gruppo Azione dedicato, che comprenderà anche rappresentati dei Servizi sociali.

PL14 I primi 1000 giorni di vita

Il presente Programma intende riprendere e dare nuovo impulso a quanto avviato nel precedente PRP 2014 – 2019 ponendo particolare attenzione al coinvolgimento operativo con i portatori d'interesse, sanitari e non, al fine di una efficace condivisione degli obiettivi stessi del programma.

Considerato che il sopraggiungere della pandemia Covid 19 ha impedito di procedere preliminarmente ad un effettivo coinvolgimento dei professionisti interessati si può prevedere che le azioni al momento pianificate potranno essere meglio concordate e condivise entro dicembre 2021.

La formalizzazione del tavolo regionale intersettoriale per i primi 1000 giorni di vita prende avvio a partire dalla condivisione di cui sopra; la visione dell'orientamento all'equità del presente PL viene concordata a questo livello per garantire che le azioni nel loro complesso mirino ad evitare il generarsi di diseguaglianze.

Il suddetto Tavolo avrà il compito di perseguire e supervisionare le azioni previste, individuando al suo interno le componenti tecniche a cui affidarne lo sviluppo ed attuazione; tra gli altri sono componenti del Tavolo i referenti regionali per la Sorveglianza 0-2.

Al fine di dare nuovi input, relativamente alla formazione su Allattamento al seno e su Promozione Protezione AS, si predispone il percorso formativo di formazione dei formatori, previo coinvolgimento dei professionisti già certificati come formatori UNICEF. Tale azione vedrà necessariamente una fase di condivisione con le Direzioni ASUR, Aziende Ospedaliere, del Comitato Percorso Nascita regionale e aziendale ASUR.

Le azioni comunicative e informative prevedono la revisione dei materiali già presenti compresi i Manuali Guadagnare Salute con Mamma e Papà n. 1 e 2 e si avvalgono dei contributi del PP4 e PP5.

Sono quindi presenti sinergia tra i medesimi PP 4 e 5 e il PL per quanto riguarda le azioni formative sui fattori di rischio alcol e fumo e incidenti domestici e stradali.

Allo scopo di condividere una visione ed un linguaggio comune sull'importanza dello sviluppo nei primi anni di vita si realizza il percorso formativo intersettoriale sull' Early Childhood Development che vede i Pediatri di Libera scelta quali attori principali già nella fase di costruzione del programma formativo stesso.

La formazione sull'Intervento Motivazionale Breve viene diffusa con le medesime modalità previste nei PP2, PP3, PP4, allo scopo di sviluppare nei professionisti sanitari tali competenze in maniera ampia nei diversi setting professionali.

Per quanto riguarda l'azione orientata all'equità si realizza un'azione di ricerca partecipata di livello locale che favorisca la complessa integrazione tra servizi e professionisti, quale esperienza pilota i cui risultati sono comunicati (report) per la diffusione in altre realtà territoriali. A tale scopo il gruppo tecnico locale verrà costituito integrando tutte le necessarie componenti, sanitarie e non, attivando anche le risorse presenti del volontariato e del terzo settore. Tale azione verrà condivisa all'interno del Tavolo Regionale Intersettoriale sui Primi 1000 gg di vita quale focus specifico di orientamento all'equità.

Si segnala che la Regione Marche partecipa in qualità di partner al CCM 2019 *Rilevazione dei percorsi preventivi e assistenziali offerti alla donna, alla coppia e ai genitori per promuovere i primi 1.000 giorni di vita, anche al fine di individuare le buone pratiche, i modelli organizzativi e gli interventi adeguati,* Ente capofila Istituto Superiore di Sanità. Il progetto CCM è attualmente in fase di riavvio a seguito della sospensione per l'emergenza COVID.

La Regione Marche, tramite l'unità operativa individuata - AV 3 - collabora al Progetto CCM per l'area della promozione di stili di vita salutari rivolta alle donne e alle coppie e delle competenze genitoriali.

OBIETTIVO PRIORITARIO SUPPORTO AL PRP anno 2020-2025
Accordo di collaborazione network Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM)

REFERENTI del PROGETTO

Registro Tumori Marche	
Cognome e Nome	Marco Pompili
Ruolo e qualifica	Responsabile Registro Tumori Agenzia Regionale Sanitaria
Recapiti telefonici ed e-mail	3280706514 marco.pompili@regione.marche.it
AIRTUM	
Cognome e Nome	Stracci Fabrizio
Ruolo e qualifica	Presidente AIRTUM
Recapiti telefonici ed e-mail	

RISORSE FINANZIARIE		
Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto, etc.)	Importo
risorse vincolate degli obiettivi del PSN	Accordo Stato-Regioni 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 2021 (Rep. Atti n.150/CSR del 4 agosto 2021)	11.391 € (2021)
Eventuali risorse regionali	-	-

OBIETTIVO PRIORITARIO: Supporto al PRP per la disponibilità di dati relativi alle patologie oncologiche (e valutazione programmi screening) tramite la formazione dei tecnici di registrazione oncologica (Registrars) finalizzata alla costituzione di network interregionale

ANALISI del CONTESTO di RIFERIMENTO
Il Registro Tumori delle Marche risulta essere composto da n.5 codificatori esperti e un coordinamento centrale presso l'osservatorio epidemiologico regionale (OER). Il corso di formazione al fine di alimentare il flusso dati del RTN con informazioni standardizzate, è indispensabile al fine di implementare la fase di registrazione dei dati di ciascuna delle fonti informative (regionali) al massimo livello di omogeneità (consultazione fonti, validazioni informazioni, modalità di registrazione, osservanza normative privacy). La formazione del personale addetto alla registrazione oncologica (i.e. *Registrars)* è variabile per provenienza professionale e per formazione "sul campo". È già stata realizzata formazione con AIRTUM e con componenti interne al sistema; sarebbe comunque utile una formazione "di base" omogenea e certificata. Infatti, la omogeneità formativa dei" Registrars" è una priorità imprescindibile al fine di assicurare una omogenea qualità della registrazione. Il progetto formativo deve avere dimensione di rete nazionale, condizione imprescindibile per assicurare la omogeneità territoriale delle procedure.

DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Intero periodo di vigenza del PRP (2020-2025)

OGGETTO E RAZIONALE DELL'ACCORDO	**formazione dei tecnici di registrazione oncologica (Registrars) finalizzata alla costituzione di network interregionale**

OBIETTIVI SPECIFICI	Istituire un Corso avanzato di formazione "specialistica" per personale già addetto (o addestrabile) alla registrazione epidemiologica della patologia neoplastica. Il progetto formativo deve: i) individuare gli obiettivi della formazione (di concerto con società nazionale interessata alla registrazione della patologia neoplastica AIRTUM; ii) prevedere le modalità di formazione; iii) erogare la formazione secondo le procedure precedentemente individuate; iv) accertare le conoscenze/competenze acquisite; iv) rilasciare certificazione di dette competenze/conoscenze. La iniziativa formativa deve prevedere la individuazione di esperti/docenti e di una struttura didattica con la duplice funzione di funzione di formazione e monitoraggio della formazione professionale dei *Registrars.*

AZIONI	Individuare le conoscenze e competenze attese per il profilo professionale dei Registrars
	Strutturare il piano formativo fondato sullo spettro di competenze individuate al punto 1. Nel contesto del piano formativo distinguere le attività didattiche in relazione alle modalità di erogazione: i) lezioni frontali, ii) formazione a distanza (FAD); iii) tirocinio pratico; iv) studio individuale
	Strutturare la cronologia della formazione ed effettuazione dell'intervento formativo (inclusa la fase

	conclusiva dell'accertamento delle conoscenze/competenze acquisite)

INDICATORI ANNUALI DI MONITORAGGIO	Almeno 1 corso/anno di Formazione certificata per il personale addetto alla registrazione della patologia oncologica (Registrars) del RT regionale
	Supervisione dei criteri e delle procedure di registrazione della patologia oncologica, per verificare l'adesione agli standard, l'omogeneità dei dati dei vari Registri operanti nel territorio nazionale per il miglioramento qualitativo dei dati registrati.

OBIETTIVO PRIORITARIO SUPPORTO AL PRP 2020-2025
Accordo di collaborazione network NIEBP

REFERENTI del PROGETTO	
Regione Marche	
Cognome e Nome	Filippetti Fabio
Ruolo e qualifica	Dirigente PF Prevenzione ARS Marche
Recapiti telefonici ed e-mail	071/8067922
NIEBP	
Cognome e Nome	Voeller Fabio
Ruolo e qualifica	Voller: Coordinatore Osservatorio Epidemiologico Agenzia Regionale Sanità Toscana
Recapiti telefonici ed e-mail	Fabio.voller@ars.toscana.it

RISORSE FINANZIARIE		
Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto, etc.)	Importo
Risorse vincolate degli obiettivi del PSN	Accordo Stato-Regioni 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 2021 (Rep. Atti n.150/CSR del 4 agosto 2021)	**11.391 euro (2021)**
Eventuali risorse regionali	-	-

OBIETTIVO PRIORITARIO: SUPPORTO AL PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE

ANALISI del CONTESTO di RIFERIMENTO

Il Network Italiano di Evidence-based Prevention nasce a partire dalla esigenza già espressa nel PNP 2014-2019 di fondare le azioni del Piano Nazionale di Prevenzione su evidenze scientifiche, cioè su prove rigorose di efficacia. Il NIEBP è formato nel 2021 da centri di ricerca e documentazione impegnati nella ricerca e nella implementazione di interventi efficaci (Università del Piemonte Orientale, DORS, CPO Piemonte) ed è coordinato dall'Agenzia Regionale Toscana (ARS). È supportato da un comitato di cui fa parte rete di "Antenne" regionali. Entro il termine della vigenza dell'accordo saranno individuati altri enti che saranno inseriti nel network.

Il PNP richiama la necessità di rafforzare la base di evidenze dei programmi dei PRP, sia entro le azioni dei Programmi Predefiniti che nei Programmi Liberi e assegna al Niebp il ruolo di supporto di questo processo.

Il Niebp persegue il compito assegnato dal PNP attraverso tre azioni principali:

- La selezione di interventi dotati di prove di efficacia a partire dalla letteratura scientifica e la disseminazione degli stessi sotto forma di schede che ne riassumono le caratteristiche, la loro efficacia e, per un sottogruppo di questi, l'analisi del rapporto costo efficacia.
- Il supporto alla valutazione di interventi elaborati dalle regioni e che, per le loro caratteristiche di qualità, sono considerati promettenti. Questa azione mira ad aumentare la disponibilità di interventi efficaci elaborati e valutati in Italia, e quindi più facili da proporre. Nell'ambito di questa azione potranno anche essere inseriti progetti di trasferimento di interventi elaborati in altri paesi e risultati particolarmente efficaci. Il trasferimento di tali programmi potrebbe essere limitato alla traduzione e adattamento dei materiali oppure includere anche una valutazione di trasferibilità e efficacia condotta in Italia.
- La messa a disposizione di strumenti utili alla programmazione della prevenzione, fra i quali il Simulatore elaborato nell'ambito del Laboratorio di Prevenzione, che, sulla base di dati relativi alla distribuzione dei fattori di rischio, alla efficacia e ai costi dei programmi di prevenzione specifici, costruisce simulazioni basate su modelli predittivi, che permettono di stimare l'impatto dell'implementazione di tali programmi, il costo e il costo efficacia.

Su questa base, questo allegato definisce il contributo che il Niebp metterà a disposizione delle regioni.

DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Intero periodo di vigenza del PRP (2020-2025)

OGGETTO E RAZIONALE DELL'ACCORDO	Supporto al Piano Regionale di Prevenzione (PRP), per la selezione, implementazione e valutazione di interventi e programmi efficaci, sostenibili e trasferibili, sui fattori di rischio identificati dal PNP. Sarà posta particolare attenzione all'individuazione di strumenti, metodi, buone prassi utili per ri-orientare le azioni al contesto mutato a causa della pandemia.

OBIETTIVI SPECIFICI	A febbraio 2020 attraverso un questionario promosso in collaborazione con il CIP interregionale, 16 su 21 regioni hanno identificato le attività per le quali necessitano dal NIEBP un supporto esperto e specifico nella elaborazione dei propri PRP. Alla luce delle esigenze segnalate dalle regioni, il NIEBP ha identificato la seguente lista di obiettivi per il periodo di vigenza del PNP 2020-2025: 1. aggiornamento del sito *https://niebp.com*, in tutte le sue componenti, le sintesi delle evidenze, il repertorio degli interventi efficaci, il simulatore del Laboratorio di Prevenzione e disseminazione dei contenuti tramite la Newsletter, come strumento di supporto alla costruzione e alla valutazione delle azioni contenute all'interno Piano Nazionale di Prevenzione 2020-2025; 2. definizione di una rete di "Antenne" regionali, che parteciperanno al comitato delle regioni. Le Antenne saranno l'interfaccia fra le regioni e il NIEBP, e il comitato sarà lo strumento per orientare i piani di lavoro verso le esigenze delle regioni; 3. attività di formazione specifica sull'utilizzo delle evidenze contenute all'interno del sito, la costruzione di indicatori di monitoraggio e impatto e la valutazione di trasferibilità ed efficacia di progetti; 4. supporto alla identificazione e valutazione di interventi di prevenzione promettenti. L'identificazione degli interventi promettenti avverrà su segnalazione delle regioni e previa condivisione con il Comitato delle regioni. Per gli interventi identificati dal Comitato verrà sviluppato un piano di valutazione coerente con le più rigorose indicazioni della comunità scientifica internazionale, in accordo con la regione proponente. La conduzione della ricerca sarà invece a carico della regione proponente, mentre il Niebp potrà avere un ruolo di supervisione metodologica; viceversa, se coerente con gli obiettivi del PNP e in accordo con il Comitato delle Regioni, potrà anche essere condotta dal Niebp. 5. risposta a quesiti relativi alla efficacia di interventi e strategie preventive attraverso l'elaborazione di revisioni rapide di letteratura (quick review);

Indicatori annuali di monitoraggio

Obiettivo 1: aggiornamento del sito www.niebp.com. per la consultazione della matrice delle evidenze aggiornate ed orientate a rispondere alla costruzione e alla valutazione delle azioni contenute all'interno Piano Nazionale di Prevenzione 2020-2025					
Indicatore: popolamento delle sezioni tematiche presenti per il sito nell'anno					
Numeratore: Numero di sezioni tematiche aggiornate al 31 dicembre di ogni anno					
Denominatore: Numero totale di sezioni tematiche					
Formula di calcolo: numero di sezioni tematiche aggiornate al 31.12 di ogni anno/numero totale di sezioni tematiche					
Fonte: sito ars Niebp					
Valori attesi:	**2021**	**2022**	**2023**	**2024**	**2025**
		Popolamento di tutte le sezioni	20% sezioni aggiornate	20% sezioni aggiornate	20% sezioni aggiornate
Note:					

Obiettivo 2: Definizione di una rete di "Antenne" regionali, che parteciperanno al comitato delle regioni
Indicatore: Referente delle Regioni che partecipano alla rete formati
Numeratore: Numero di referenti formati

Denominatore:					
Formula di calcolo:					
Fonte:					
Valori attesi:	**2021**	**2022**	**2023**	**2024**	**2025**
		Almeno 1 operatore formato per ogni regione partecipante	Almeno 1 operatore formato per ogni regione partecipante	Almeno 1 operatore formato per ogni regione partecipante	Almeno 1 operatore formato per ogni regione partecipante
Note:					

Obiettivo 3: Attività di formazione specifica sull'utilizzo delle evidenze contenute all'interno del sito, la costruzione di indicatori di monitoraggio e impatto e la valutazione di trasferibilità ed efficacia di progetti					
Indicatore: Almeno 1 corso di formazione annuale					
Numeratore: 1 corso di formazione per anno					
Denominatore:					
Formula di calcolo: 1 corso					
Fonte:					
Valori attesi:	**2021**	**2022**	**2023**	**2024**	**2025**
		1	1	1	1
Note:					

Obiettivo 4: supporto alla identificazione e valutazione di interventi di prevenzione promettenti					
Indicatore: 1) Presa in carico delle proposte di valutazione 2) numero di piani di valutazione sviluppati					
Numeratore: 1) Numero di proposte di valutazione a cui è stata data una risposta circostanziata, entro 2 mesi se negativa, entro 6 mesi se approvata; 2) numero piani di valutazione per regione					
Denominatore: 1) Numero di proposte di valutazione pervenute					
Formula di calcolo: 1) Presa in carico delle proposte di valutazione prese in carico/ totale proposte pervenute - Media di settimane in cui è stata prodotta la risposta					
Fonte:					
Valori attesi:	**2021**	**2022**	**2023**	**2024**	**2025**
		1 (90%) 2 (Massimo 1)	1 (90%) 2 (Massimo 1)	1 (90%) 2 (Massimo 1)	1 (90%) 2 (Massimo 1)
Note:					

Obiettivo 5: Risposta a quesiti relativi alla efficacia di interventi e strategie preventive attraverso l'elaborazione di revisioni rapide di letteratura (quick review);					
Indicatore: Presa in carico dei quesiti pervenuti entro 15 giorni e risposta entro un periodo massimo di due mesi					
Numeratore: numero di quesiti presi in carico					
Denominatore: numero totale di quesiti					
Formula di calcolo: 1) numero di quesiti presi in carico/ totale di quesiti - media giorni risposta quesiti 2) Media dei giorni in cui è stata prodotta la documentazione richiesta					
Fonte:					
Valori attesi:	**2021**	**2022**	**2023**	**2024**	**2025**
		1 (100%) 2 (<60 gg)	1 (100%) 2 (<60 gg)	1 (100%) 2 (<60 gg)	1(100%) 2 (<60 gg)

Note:					

Cronoprogramma annuale
obiettivo 1: aggiornamento del sito wwww.evidencebasedprevention.com. per la consultazione delle evidenze aggiornate ed orientate a rispondere alla costruzione e alla valutazione delle azioni contenute all'interno Piano Nazionale di Prevenzione 2020-2025

AZIONI	**2022**	**2023**	**2024**	**2025**
Redazione sintesi evidenze	X	X	X	
Redazione repertorio Interventi	X	X	X	
Pubblicazione sul sito delle sintesi e del repertorio	X	X	x	x

obiettivo 2: Definizione di una rete di "Antenne" regionali, che parteciperanno al comitato delle regioni

AZIONI	**2021**	**2022**	**2023**	**2024**	**2025**
Identificazione antenne	X	X			
Formazione rete		X			
Svolgimento attività a supporto al piano		X	X	X	X

Obiettivo 3: Attività di formazione specifica sull'utilizzo delle evidenze contenute all'interno del sito, la costruzione di indicatori di monitoraggio e impatto e la valutazione di trasferibilità ed efficacia di progetti

AZIONI	2021	2022	2023	2024	2025
Identificazione referenti regionali ed aziendali	X	X	X	X	X
Redazione materiali corso di formazione		X	X	X	X
Svolgimento corso di formazione		X	X	X	X

obiettivo 4: Supporto alla identificazione e valutazione di interventi di prevenzione promettenti

AZIONI	2021	2022	2023	2024	2025
Identificazione degli interventi	X	X	X	X	X
Ricerca bibliografica		X	X	X	X
Valutazione degli interventi		X	X	X	X

obiettivo: 5 affiancamento alla regione per risposta a quesiti relativi alla valutazione delle azioni e degli interventi programmati attraverso l'utilizzo della quick review

AZIONI	2021	2022	2023	2024	2025
Raccolta dei quesiti da sottoporre a quick review	X	X	X	X	X
Consultazione letteratura scientifica		X	X	X	X
Redazione rapporto Quick Review		X	X	X	X

Ogni anno successivo sarà approvato il crono programma e il piano finanziario

OBIETTIVO PRIORITARIO SUPPORTO AL PRP 2020-2025
Accordo di collaborazione network Osservatorio Nazionale Screening (ONS)

REFERENTI del PROGETTO	
REGIONE MARCHE	
Cognome e Nome	Giuseppe Feliciangeli
Ruolo e qualifica	Referente Screening oncologici Regione Marche
Recapiti telefonici e e-mail	071/8064122 giuseppe.feliciangeli@regione.marche.it
ONS	
Cognome e Nome	
Ruolo e qualifica	
Recapiti telefonici e e-mail	

RISORSE FINANZIARIE		
Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto, etc.)	Importo
Risorse vincolate degli obiettivi del PSN	Accordo Stato-Regioni 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 2021 (Rep. Atti n.150/CSR del 4 agosto 2021)	11.391 euro (2021)
Eventuali risorse regionali	-	-

OBIETTIVO PRIORITARIO: SUPPORTO AL PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE PROGRAMMA LIBERO 11

ANALISI del CONTESTO di RIFERIMENTO
L'Osservatorio Nazionale Screening (ONS) è attivo da quasi 20 anni come network dei centri regionali di eccellenza nel campo degli screening oncologici. Il coordinamento del network ha sede presso l'Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica (ISPRO) di Firenze. Già il decreto del Ministro della Salute del 25 novembre 2004 (articolo 2 bis della legge 138 del 2004) individuava l'ONS come strumento tecnico a supporto sia delle Regioni, per l'attuazione dei programmi di screening, sia del Ministero della Salute, per la definizione delle modalità operative, il monitoraggio e la valutazione dei programmi. Recentemente l'ONS ha definito un suo regolamento che ha posto all'attenzione del Ministero e del CIP per una definitiva approvazione. Lo scopo di tale regolamento è quello di migliorare il coinvolgimento di tutte le Regioni nelle attività di miglioramento dei programmi di screening. La Regione Marche sostiene gli screening con un grande investimento economico e organizzativo. L'attività risulta consolidata e a supporto degli screening il Servizio Sanità ha elaborato Protocolli Diagnostico-Terapeutici-Assistenziali (PDTA) per ogni percorso screening. Questi PDTA rappresentano la road-map della gestione multidisciplinare del paziente, quindi un valore aggiunto che la partecipazione ai percorsi di screening oncologici garantisce al paziente. Infatti, ogni atto sanitario necessario per quel paziente specifico è codificato e garantito affinchè quel paziente riceva il trattamento migliore che nella maggior parte dei casi è anche il trattamento più conveniente.

DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Intero periodo di vigenza del PRP (2020-2025)

OGGETTO E RAZIONALE DELL'ACCORDO	Supporto al Programma Libero 11 del Piano Regionale della Prevenzione. Per la durata di vigenza del Piano necessita il monitoraggio della attività svolte, la formazione specifica del personale e la diffusione di materiale informativo di supporto alle campagne di screening

OBIETTIVI SPECIFICI	Realizzare le progettualità di supporto al Piano Regionale per la Prevenzione attraverso le seguenti attività: A. Realizzazione della survey nazionale annuale (con i dati regionali) delle attività dei programmi di screening per il tumore della mammella, della cervice e del colon-retto; produzione di indicatori per il monitoraggio delle attività svolte dalle Regioni; calcolo degli indicatori per la valutazione dell'adempimento dei LEA per il Ministero della Salute B. Formazione a livello regionale C. Produzione e aggiornamento dei materiali e strumenti informativi per una comunicazione efficace orientata all'empowerment del cittadino e alla adozione di scelte informate e consapevoli

AZIONI	A. Realizzazione della survey nazionale annuale delle attività dei programmi di screening per il tumore della mammella, della cervice e del colon-retto; produzione di indicatori per il monitoraggio delle attività svolte dalle Regioni; calcolo degli indicatori per la valutazione dell'adempimento dei LEA per il Ministero della Salute • Survey programmi di screening mammografico • Survey programmi di screening colo-rettale • Survey programmi di screening cervicale B. Formazione a livello regionale e nazionale • Corsi teorico-pratici per la qualità tecnica in mammografia

	• Corsi di formazione per l'elaborazione ed il monitoraggio dei PDTA delle patologie oncologiche oggetto dei programmi di screening C. Produzione e aggiornamento di materiali e strumenti informativi per una comunicazione efficace orientata all'empowerment del cittadino e a scelte informate e consapevoli • Iniziative del gruppo interscreening di comunicazione per materiali appropriati per comunicare le scelte dello screening nell'emergenza COVID 19; • Adozione e gestione dello strumento di Decision Aid recentemente elaborato nell'ambito di un trial pragmatico coordinato dall'Istituto Mario Negri • Adozione e gestione della APP sui corretti stili di vita elaborata all'intento del Progetto Smart nell'ambito di un finanziamento del CCM • Rendicontazione Sociale Valutazioni delle attività esistenti e produzione di materiali per il miglioramento della rendicontazione sociale da parte dei programmi di screening • Produzione insieme ad AIRTUM di una piattaforma per l'interrogazione da parte dell'utenza della banca dati dei programmi di screening

INDICATORI ANNUALI DI MONITORAGGIO	A: Produzione della survey annuale, con pubblicazione sul sito ONS, Produzione di report annuale degli indicatori e delle valutazioni LEA
	B: organizzazione di almeno un corso annuale
	C: Produzione di documenti per informare la popolazione, adozione delle APP, organizzazione di almeno una manifestazione annuale rivolta alla popolazione

Progetti non vincolati

1	LINEA PROGETTUALE	**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO CONDIVISO E PERSONALIZZATO PER PAZIENTI CON MULTICRONICITÀ - ANCHE IN RELAZIONE ALL'EMERGENZA COVID 19**
	TITOLO DEL PROGETTO	**ELABORAZIONE ED IMPLEMENTAZIONE DEL PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) SULLO SCOMPENSO CARDIACO**
	AREA DI INTERVENTO	**PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CON PATOLOGIE CRONICHE**

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

3	RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO MODALITA' DI REPERIMENTO RISORSE		
	Finanziamento	Riferimento	Importo
	Risorse vincolate degli obiettivi del PSN	Accordo Conferenza Stato Regioni del 4 agosto 2021 (Rep. Atti n. 150/CSR)	**5.814.568,00 €**
	Eventuali risorse regionali	-	-

4	ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	Tipologia di costi	Importo in euro	note
	Costi per formazione	5%	
	Costi beni e servizi sanitari e non sanitari	45%	
	Costi per risorse umane	50%	

5	RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	RISORSE NECESSARIE	N. RISORSE	NOTE
	Disponibili	Personale dipendente	-
	Da acquisire	Beni e servizi	-

6	ANALISI DEL CONTESTO/SCENARIO DI RIFERIMENTO	A fronte del graduale invecchiamento della popolazione e dell'incremento non solo delle patologie croniche, ma in generale della multicronicità, così come documentato dai dati ISTAT del 2020, si rende necessaria un'azione di coinvolgimento delle singole componenti del "macrosistema salute" a partire dal paziente cronico, dai servizi, dagli attori sociali ed istituzionali inseriti nella gestione della salute del singolo individuo e comunità, in linea con quanto osservato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e da quanto previsto dall'Accordo Stato Regioni del 15 settembre 2016 e dal Quaderno del Ministero della Salute 2013 "Criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell'assistenza del paziente complesso". In tale contesto, diventa necessario sviluppare nuove modalità organizzative, finalizzate a soddisfare le richieste assistenziali emergenti, che prevedano percorsi di integrazione multiprofessionali e multispecialistici al fine di favorire l'efficienza e l'accessibilità delle cure attraverso la realizzazione di piani di assistenza individualizzati basati sull'evidenza scientifica delle singole patologie croniche. Le sfide determinate dalla costante crescita delle patologie croniche sono principalmente rappresentate dalla necessità di garantire la continuità assistenziale per periodi di lunga durata e garantire al tempo stesso una forte integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali. Con ogni evidenza i servizi sanitari sono indirizzati a ridurre il carico del trattamento (polifarmacia ed appuntamenti multipli), le cure non pianificate, gli accessi impropri al PS e a migliorare la qualità della vita del paziente promuovendo delle decisioni condivise basate sull'assistenza personalizzata mediante l'identificazione di ciò che è importante per la singola persona in termini di trattamenti, priorità di salute, stili di vita ed obiettivi. Con l'organizzazione di specifici Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA) nell'ambito delle reti cliniche è possibile "governare" la rete di professionisti. Inoltre, le strategie indicate dal Piano Nazionale della Cronicità, per la gestione delle patologie croniche, focalizzandosi sull'erogazione di prestazioni appropriate e sulla predisposizione di PDTA multidisciplinari, rendono più accessibili i servizi al cittadino, agendo anche sulla famiglia e sul contesto sociale (empowerment del cittadino). Inoltre, poiché la diffusione delle patologie croniche genera fragilità nella popolazione anziana, con conseguente riduzione della qualità di vita ed aumento del ricorso ad indagini diagnostiche, visite mediche e politerapie, i sistemi sanitari devono essere impegnati a rivedere l'organizzazione dell'assistenza territoriale. A tal proposito, la prossima applicazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (missione 6 - Salute) determinerà un profondo cambiamento dell'assistenza territoriale. La pandemia di COVID-19 ha visto i malati cronici più a rischio di subire le conseguenze più gravi e letali della malattia e, più in generale, ha reso ancora più evidenti alcuni aspetti critici di natura strutturale, che in prospettiva potrebbero essere aggravati dall'accresciuta domanda di cure derivante dalle tendenze demografiche, epidemiologiche e sociali in atto. Stante quanto premesso, la Regione Marche, nel corso degli ultimi anni, ha intrapreso un percorso di riorganizzazione delle attività assistenziali connesse con l'assistenza primaria con la definizione di percorsi diagnostico terapeutici condivisi e personalizzati che riportano il paziente al centro del processo di cura. Proprio per la rilevanza del tema della multicronicità la Regione Marche nel 2019 ha approvato due distinte DGR (DGR n. 1512 del 2.12.19 e DGR 1544 del 9.12.19) con cui sono stati recepiti due distinti PDTA, in tema di gestione del paziente adulto affetto da BPCO e Malattia di Parkinson la cui adozione ha consentito sempre più la standardizzazione delle cure già in essere presso il territorio regionale. Nel 2013 nasce, nella Regione Marche, la scuola di Health Technology Assessment Operativo (HTA OPERATIVO). L'HTA è un processo che consente di allocare in

		maniera ottimale le risorse disponibili in modo da massimizzare efficienza e produttività delle organizzazioni sanitarie, nonché efficacia e appropriatezza delle cure. Quella della Regione Marche, quindi, è una iniziativa di formazione scientifica "sul campo" che mira a colmare una lacuna culturale ancora evidente nelle istituzioni sanitarie pubbliche. Nell'anno 2020 è partito un ulteriore e innovativo percorso formativo di HTA Operativo che fornisse gli strumenti per la definizione di un modello di PDTA per i pazienti con scompenso cardiaco della Regione Marche. La Policy Question proposta con il nuovo percorso è stata quella di "come offrire servizi appropriati e di qualità ai pazienti con Scompenso Cardiaco nella Regione Marche: diagnosi, terapia, riabilitazione, presa in carico e continuità assistenziale della cronicità sul territorio". Si è trattato, quindi, di un percorso di HTA Operativo centrato su una «tecnologia» complessa, quale quella di un percorso assistenziale fatto di un insieme di tecnologie, propedeutico all'elaborazione di un model PDTA regionale sullo scompenso cardiaco, una delle più rilevanti patologie croniche attualmente presenti nel nostro Paese e nel mondo sviluppato. Con l'approvazione del PDTA sullo scompenso cardiaco, la Regione Marche intende proseguire il percorso di gestione della multicronicità trattando una patologia dal grande peso epidemiologico e sempre più diffusa di cui era cogente standardizzare il percorso assistenziale.

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
		01/01/2021	2022	probabile

8	OBIETTIVO GENERALE	Per la gestione territoriale del paziente con scompenso cardiaco la realizzazione di un PDTA ha l'obiettivo di: • adottare interventi finalizzati alla diagnosi precoce del paziente a rischio di scompenso cardiaco; • formulare ed effettuare interventi di educazione del paziente per migliorare la consapevolezza della patologia (empowerment del paziente) al fine di ridurre i comportamenti a rischio ed aumentare l'aderenza alla terapia; • favorire il trattamento del paziente affetto da scompenso cardiaco in modo conforme allo stadio di gravità; • utilizzare in modo razionale i farmaci nella fase cronica e nelle riacutizzazioni; • ridurre il numero e la gravità delle riacutizzazioni; • creare un'adeguata assistenza sanitaria e sociosanitaria che tenga conto delle comorbidità, della cronicità ad alta complessità, della non autosufficienza e delle condizioni di fragilità e/o disagio o esclusione sociale. L'obiettivo del PDTA è quello di definire ruoli, competenze, attività e risultati attesi di tutti gli attori coinvolti e permettere il realizzarsi di una continuità assistenziale stabilendo un'adeguata integrazione tra i livelli differenti (ospedale-territorio). Al fine di migliorare l'appropriatezza e la qualità assistenziale è indispensabile che il clinico sia capace di contestualizzare i bisogni specifici del paziente nel miglior percorso clinico assistenziale possibile, partendo dalle linee definite dal PDTA *model*, contestualizzate dal PDTA "aziendale" *operational* e, quindi, tradotte dal professionista stesso nel PDTA cosiddetto *assigned*. Nell'ambito dei percorsi assistenziali, si definisce "Assigned pathway" un PDTA specifico e personalizzato che è, in parte, ancora un PDTA

		ideale in quanto di guida prospettica al percorso reale del paziente che deve essere ancora effettuato. È quindi importante che il PDTA oggetto del presente progetto si riferisca a un paziente che è solitamente anziano, spesso affetto da più patologie croniche incidenti contemporaneamente (comorbidità o multimorbidità), le cui esigenze assistenziali sono determinate non solo da fattori legati alle condizioni cliniche, ma anche da altri determinanti (status socio-familiare, ambientale, accessibilità alle cure ecc.).

9	OBIETTIVI SPECIFICI	Mappatura del processo clinico-assistenziale del paziente affetto da scompenso cardiaco e definizione dei setting appropriati di erogazione dell'assistenza, basata sulla ricognizione dei servizi presenti sul territorio regionale, che costituiscano i nodi della rete di gestione del paziente. Elaborazione e monitoraggio del PDTA sullo scompenso cardiaco. Nonostante, per definizione, patologia-specifico, il PDTA deve includere riferimenti alle principali comorbidità, siano esse fattori scatenanti o aggravanti della patologia, in modo da garantire una gestione globale e integrata del paziente e non della singola patologia. Riduzione della ospedalizzazione del malato mediante miglioramento dell'appropriatezza del *setting* assistenziale e conseguente efficientamento del sistema delle cure.

10	RISULTATI ATTESI	
	A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto	Adeguatezza all'aderenza del piano terapeutico dei pazienti con scompenso cardiaco secondo il PDTA di riferimento Adeguatezza degli accertamenti diagnostici effettuati secondo il PDTA di riferimento
	A lungo periodo a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	Massimizzare l'aderenza dei percorsi dei pazienti con scompenso cardiaco a quello delineato nel PDTA. Garantire un'adeguata assistenza sanitaria e sociosanitaria ai soggetti fragili affetti da multicronicità

11	PUNTI DI FORZA	
	Indicare i punti di forza	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione
	Definizione del PDTA secondo i metodi dell'HTA	Valutazione sistematica, multidisciplinare e basata su evidenze scientifiche delle conseguenze assistenziali, sociali, economiche ed etiche correlate all'uso di una tecnologia sanitaria quale è il PDTA.
	Multidisciplinarietà e multiprofessionalità	Coinvolgimento di un panel di esperi rappresentativo delle diverse figure professionali, specialità mediche, realtà aziendali e aree geografiche della regione

12	PUNTI DI DEBOLEZZA	
	Indicare i punti di debolezza	Indicare le strategie/azioni per la riduzione
	Disomogenità organizzativa dei servizi territoriali	Strutturazione di un PDTA che renda omogenea la risposta organizzativa dei servizi territoriali alla gestione dei pazienti con scompenso cardiaco

DIAGRAMMA DI GANT												
Descrizione delle azioni relative ad ogni fase	Mesi anno 2021											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Costituzione gruppo di lavoro PDTA	x											

Stesura del PDTA		x	x	x	x	x	x	x	x			
Recepimento del PDTA da parte degli enti del SSR										x	x	x
Monitoraggio dell'applicazione del PDTA												x

13	DESCRIZIONE ANALITICA PROGETTO			
	Fase	azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
	Propedeutica	Costituzione gruppo di lavoro PDTA	Il percorso di HTA Operativo sullo scompenso cardiaco si è rivelato fortemente propedeutico all'elaborazione di uno specifico PDTA sulla medesima patologia da parte dell'istituzione sanitaria regionale. È per questo che i professionisti che hanno partecipato all'HTA Operativo, indicati dagli Enti del SSR, sono invitati anche a prendere parte al gruppo di lavoro multidisciplinare e multiprofessionale che collabora alla stesura del PDTA.	Costituzione gruppo di lavoro PDTA multidisciplinare, multiprofessionale e rappresentativo di tutte le realtà regionali
	Propedeutica	Stesura del PDTA	Questa fase comprende la selezione delle migliori evidenze scientifiche, la descrizione del percorso con flowchart o altre metodologie e l'identificazione indicatori di monitoraggio	Delibera di giunta regionale relativa al PDTA
	Propedeutica	Recepimento del PDTA da parte degli enti del SSR	Produzione di un PDTA operational aziendale sullo Scompenso cardiaco sulla base del PDTA regionale	Approvazione dei PDTA Operational degli Enti del SSR entro il 2022
	Avvio e regime	Monitoraggio dell'applicazione del PDTA	Data la necessità di produrre dei PDTA operational, si prevede che l'attività di monitoraggio dell'applicazione del PDTA tramite indicatori sia effettuata a partire dal 2022	Adeguatezza dell'aderenza al trattamento farmacologico con ACE-inibitori o sartani: (Casi prevalenti con una prescrizione di ACE-inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi 12 mesi maggiore o uguale a 75%) / (casi prevalenti con una prescrizione di ACE-inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice) *100 Adeguatezza dell'aderenza al trattamento farmacologico con beta-bloccanti: (casi prevalenti con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una proporzione di giorni coperti dal farmaco nei successivi

				12 mesi maggiore o uguale a 75%) / casi prevalenti con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice) *100 Adeguatezza del numero di ecocardiogrammi: (casi prevalenti con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice maggiore o uguale a 1) / (casi prevalenti)

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

1	LINEA PROGETTUALE	**PROMOZIONE DELL'EQUITA IN AMBITO SANITARIO**
	TITOLO DEL PROGETTO	**LA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE IN GRAVIDANZA: PROSECUZIONE DI UN PROGETTO PER LA PRESA IN CARICO DELLA DEPRESSIONE PERI PARTUM**
	AREA DI INTERVENTO	**MIGLIORARE LE CONDIZIONI SANITARIE NEI GRUPPI VULNERABILI (PERSONE CHE VIVONO IN ZONE DEGRADATE O IN RISTRETTEZZE ECONOMICHE, I DISOCCUPATI O LE PERSONE IN SITUAZIONI DI LAVORO NERO, LE PERSONE SENZA FISSA DIMORA, I DISABILI, LE PERSONE CON MALATTIE CRONICHE O MENTALI, GLI ANZIANI CON PENSIONI BASSE E LE FAMIGLIE MONOPARENTALI)**

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

3	RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO MODALITÀ DI REPERIMENTO RISORSE		
	Finanziamento	Riferimento	Importo
	Risorse vincolate degli obiettivi del PSN	Accordo Conferenza Stato Regioni del 4 agosto 2021 (Rep. Atti n. 150/CSR)	**203.509,88 €**
	Eventuali risorse regionali	-	-

4	ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTELA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	Tipologia di costi	Importo in euro	note
	Costi per formazione	5%	
	Costi per risorse umane	15%	
	Costi per gestione progetto	80%	

5	RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	RISORSE NECESSARIE	N. RISORSE	NOTE
	Disponibili	Personale dipendente	-
	Da acquisire	Beni e servizi	-

6	ANALISI DEL CONTESTO/SCENARIO DI RIFERIMENTO	Promuovere l'equità in sanità significa consentire ad ogni cittadino di raggiungere il massimo livello possibile di salute, intesa come benessere fisico, psichico e mentale e, pertanto, ricevere un'assistenza sociosanitaria appropriata. Le diseguaglianze di salute hanno ripercussioni negative non solo sul singolo, ma anche sulla società, in quanto determinano maggiori spese a carico del servizio sanitario e del welfare. Pertanto, essendo ingiuste, evitabili ed inefficienti, ridurle deve rappresentare una priorità per i servizi sanitari. Come rilevato dal Piano d'Azione Europeo per la Salute Mentale, i problemi di salute mentale hanno una prevalenza di gran lunga maggiore tra i soggetti più svantaggiati. Inoltre, una larga fetta di questa popolazione è vittima del cosiddetto "gap di trattamento", ossia non riceve alcun trattamento a causa di difficoltà di accesso ai servizi oppure lo riceve con molto ritardo. Al fine di favorire l'equità in ambito sanitario, le Regioni sono invitate a mettere in atto azioni che possano migliorare le condizioni sanitarie nei gruppi vulnerabili, tra cui vengono annoverate, appunto, le persone con disturbi mentali. Purtroppo, i disturbi mentali sono molto frequenti anche nelle donne in gravidanza e in seguito al parto: i disturbi d'ansia e quelli depressivi colpiscono rispettivamente circa il 13% e il 12% delle donne durante la gravidanza, con frequenza e decorso analoghi a quelli riscontrati in altri momenti della vita della donna. Inoltre, il primo rapporto del progetto ISS sulla sorveglianza delle cause di mortalità durante la gravidanza o nel post partum, a cui la Regione Marche partecipa con la DGR n. 154/2019, ha rilevato che il suicidio rappresenta non solo un'importante causa di mortalità materna precoce (entro i 42 giorni dal parto), ma anche di mortalità tardiva (tra i 43 e i 365 giorni). Le indagini condotte dalla sorveglianza nel Regno Unito hanno evidenziato che i suicidi in questa fase riguardano prevalentemente donne che non hanno avuto accesso a adeguati e tempestivi trattamenti psichiatrici in gravidanza e dopo il parto, nonostante una storia pregressa di disturbi mentali. Per la rilevanza della problematica e delle drammatiche ripercussioni che ha non solo sulla donna, ma su tutta la sua rete di supporto, la Regione Marche ha partecipato, con la DGR n. 1087/2018, ad un progetto ministeriale sul tema della depressione nel peripartum. La finalità è di individuare precocemente la popolazione femminile a rischio di disagio psichico e psicosociale perinatale attraverso la somministrazione di strumenti di screening standardizzati e di implementare i fattori protettivi del benessere psichico mediante azioni di sostegno e trattamento delle donne a rischio al fine di ridurre l'incidenza e la gravità della depressione in epoca perinatale. Il progetto prevedeva tre fasi principali. In una prima fase di screening, all'interno dei Punti Nascita, dei Consultori, degli ambulatori dei Medici di Medicina Generale (MMG) e ai Pediatri di Libera Scelta (PLS), dei Centri di Salute Mentale (CSM), della Clinica Ginecologica e della Clinica Psichiatrica dell'AOU, OORR. Ospedali Riuniti di Ancona, sono stati somministrati alle donne in peripartum strumenti validati di screening. Le donne positive allo screening sono state quindi indirizzate ai CSM dei Dipartimenti di Salute Mentale della Regione Marche, in base al territorio di appartenenza. Nella seconda fase della presa in carico, i referenti del progetto dei CSM hanno provveduto ad un'ulteriore valutazione clinica mirata all'eventuale diagnosi di disturbo psichiatrico, attraverso la somministrazione di ulteriori strumenti di valutazione. In relazione alle caratteristiche individuali del quadro clinico è stato quindi proposto alle donne un programma terapeutico specialistico basato su terapia psicofarmacologica, intervista motivazionale e di orientamento, psicoterapia/colloqui psicologici di counselling, psicoeducazione di coppia/familiare. Infine, nella terza fase di follow-up della durata complessiva di 24 mesi, viene verificata l'efficacia degli interventi proposti e l'eventuale necessità di implementazione attraverso il monitoraggio dei CSM con la supervisione del centro cordinatore. A causa della pandemia da Covid-19, quest'ultima fase di follow-up non è stata finalizzata e resta pertanto ancora da implementare.

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
		2021	2022	possibile

8	OBIETTIVO GENERALE	L'obiettivo generale del presente progetto è quello di implementare, consolidare e monitorare le misure e gli interventi attuati ad assicurare la diagnosi precoce, la presa in carico globale, la cura e l'assistenza alle donne affette da malessere psichico durante il peripartum già avviati dal progetto approvato con Delibera di Giunta Regionale n. 1087/2018. Gli interventi di sostegno alle donne a rischio di disagio psichico peri natale devono prevedere un approccio multidisciplinare e multiprofessionale, in una ottica di integrazione e continuità assistenziale, nell'ambito dei Servizi del Sistema Sanitario Regionale.

9	OBIETTIVI SPECIFICI	• Sottoporre il progetto già avviato al monitoraggio per la verifica dell'efficacia degli interventi proposti e della eventuale necessità di implementazione. • Garantire alle donne prese in carico l'assistenza in conformità ai protocolli sviluppati e adottati nelle prime fasi del progetto.

10	RISULTATI ATTESI	
	A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto	Attraverso la valutazione di efficacia dell'attività svolta e una discussione delle eventuali criticità emerse, migliorare il percorso assistenziale delle pazienti nell'ottica del miglioramento continuo della qualità
	A lungo periodo a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	Ridurre le conseguenze più gravi e tardive della depressione peripartum nella Regione Marche

11	PUNTI DI FORZA	
	Indicare i punti di forza	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione
	Presenza di un progetto solido già avviato e valutato favorevolmente dal Ministero della Salute	Avviare la fase di implementazione e monitoraggio del progetto dando piena applicazione ai protocolli sviluppati nelle fasi precedenti.

12	PUNTI DI DEBOLEZZA	
	Indicare i punti di debolezza	Indicare le strategie/azioni per la riduzione
	Ripresa a pieno regime delle attività dopo il rallentamento dettato dalla pandemia	Favorire un accesso in sicurezza ai CSM

DIAGRAMMA DI GANT												
Descrizione delle azioni relative ad ogni fase	Mesi											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Misurazione della diffusione del progetto	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Audit										x	x	x

13	DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO			
	Fase	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
	Monitoraggio	Misurazione della diffusione del progetto	Misurare le statistiche di accesso al progetto	• quantità di materiale informativo distribuito • numero di donne sottoposte a screening • numero di donne positive

				allo screening • numero di donne positive allo screening prese in carico e seguite in follow-up • numero e la completezza dei questionari raccolti nel corso del follow-up • numero degli interventi psicoeducativi di coppia/familiari effettuati
	Monitoraggio	Audit	Gli audit verranno svolti in ogni singolo CSM coinvolto con visite on-site quadrimestrali da parte del centro coordinatore. Oltre a discutere le statistiche di accesso al progetto, verranno discusse criticità /difficoltà eventualmente incontrate dagli operatori nel corso del progetto e valutate le possibili strategie per superarle. Nei successivi audit verranno valutate, infine, l'efficacia tutte le azioni di miglioramento proposte nei precedenti incontri, le eventuali criticità emergenti, erogate sessioni di supervisione per gli interventi di psicoeducazione familiare/di coppia e l'aggiornamento dei database locali.	Numero di audit eseguiti per quadrimestre

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

1	LINEA PROGETTUALE	**LA TECNOLOGIA SANITARIA INNOVATIVA COME STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO - ANCHE IN RELAZIONE ALL'EMERGENZA COVID 19**
	TITOLO DELPROGETTO	**LA TELEMEDICINA A GARANZIA DELLA CONTINUITÀ DELLE CURE: L'ASSISTENZA AI PAZIENTI CARDIOLOGICI E, IN PARTICOLARE, CON SCOMPENSO CARDIACO**
	AREA DI INTERVENTO	**FAVORIRE L'UTILIZZO DELLA TELEMEDICINA PER GARANTIRE LA CONTINUITÀ DELLE CURE DALL'OSPEDALE AL TERRITORIO E TRA GLI STESSI AMBITI TERRITORIALI PER IMPLEMENTARE LA MEDICINA DI PRECISIONE, PER SUPPORTARE I PROCESSI CLINICI DECISIONALI, PER MONITORARE LE ATTIVITÀ SVOLTE, PER CENSIRE E UTILIZZARE IN MANIERA CORRETTA LE RISORSE DISPONIBILI, PER MONITORARE L'APPROPRIATEZZA DESCRITTIVA E PER MIGLIORARE LE PERFORMANCE DELLE STRUTTURE SANITARIE**

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

3	RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO MODALITA' DI REPERIMENTO RISORSE		
	Finanziamento	Riferimento	Importo
	Risorse vincolate degli obiettivi del PSN	Accordo Conferenza Stato Regioni del 4 agosto 2021 (Rep. Atti n. 150/CSR)	**5.611.058,12 €**
	Eventuali risorse regionali	-	-

4	ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	Tipologia di costi	Importo in euro	note
	Costi per la formazione	5%	
	Costi per il personale	45%	
	Costi beni e servizi	50%	

5	RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	RISORSE NECESSARIE	N. RISORSE	NOTE
	Disponibili	Personale dipendente	
	Da acquisire	Beni e servizi, ulteriore personale	

6	ANALISI DEL CONTESTO SCENARIO DI RIFERIMENTO	La possibilità di erogare servizi di assistenza sanitaria in modalità di telemedicina è stata già prevista dalle Linee di indirizzo nazionali, di cui all'intesa della Conferenza Stato-Regioni del 20 febbraio 2014 (Rep. atti n.16/CSR). Il Piano Socio-Sanitario 2019-2021 della Regione Marche afferma che "…i servizi di telemedicina possono rappresentare una parte integrante del ridisegno strutturale ed organizzativo della rete assistenziale sanitaria e sociosanitaria del territorio regionale…" (cfr. PSSR 2019-2021, pag. 135). La Regione Marche, con il Decreto del Dirigente del Servizio Sanità n. 43 del 29 novembre 2019 ha, inoltre, recepito e approvato la proposta di standard di servizio, di protocolli di erogazione e di strumenti amministrativi per la rendicontazione delle attività di telemedicina-tecnoassistenza. L'emergenza pandemica ha dato ancora più slancio all'implementazione della telemedicina nella pratica clinica nonostante la sua efficacia sia già stata dimostrata da numerosi studi. È per questo che anche nella Regione Marche sono state sviluppate da tempo esperienze di telemedicina dagli Enti del Sistema Sanitario Regionale. La telemedicina risponde alla sempre più pressante esigenza di prendere in carico i pazienti a domicilio o in strutture residenziali, ovviamente quando possibile, al fine di alleggerire l'ospedale di accessi inappropriati e di valorizzare la vocazione di quest'ultimo per l'assistenza alle condizioni cliniche acute, in emergenza-urgenza, e per l'esercizio delle alte specialità. Per questa finalità, offre un'ampia gamma di possibili soluzioni digitali per supportare l'assistenza domiciliare, non solo dei pazienti affetti da Covid-19, ma anche per il monitoraggio "attivo" delle patologie croniche, realizzando appieno il concetto di prossimità delle cure. La DGR 523 del 5 maggio 2020 ha ratificato quanto già avviato durante la fase 1 dell'emergenza pandemica, incoraggiando l'erogazione di prestazioni ambulatoriali in regime di "videoconsulenza", una particolare tipologia di telemedicina, che comprende quelle prestazioni che si esplicano esclusivamente nell'atto del colloquio e/o con la visione e la valutazione di referti. La medesima DGR rafforza, inoltre, l'importanza di proseguire la positiva e consolidata esperienza di erogazione di specifiche tipologie di prestazioni in modalità di telemonitoraggio, teleconsulto e teleassistenza a favore di pazienti affetti da tutte le forme di diabete mellito, sia in età infantile sia in età adulta. Il rinnovato interesse per il tema ha portato la Conferenza Stato-Regioni ad approvare il documento "Indicazioni Nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina" (Rep. Atti n.215/CSR del 17 dicembre 2020) che ha l'obiettivo di uniformare l'erogazione delle prestazioni a distanza con particolare riguardo alle attività specialistiche, estendendo la pratica medica e assistenziale oltre gli spazi fisici in cui usualmente si svolge secondo le tradizionali procedure. Tra le finalità attribuite ai servizi di telemedicina, il documento annovera: il controllo delle patologie di particolare rilievo per la governance del SSN, tra cui le patologie cardiovascolari; l'accessibilità ai servizi diagnostici e la continuità assistenziale; controllo e monitoraggio a distanza. In particolare, per quest'ultima finalità il documento specifica che un tipico settore di applicazione è la cardiologia, in particolare, riguardo ad alcune aritmie e alle situazioni di scompenso cardiaco cronico. Su questa linea, con DGR n. 1121 del 20 settembre 2021 è stato approvato il PDTA dello Scompenso Cardiaco nella Regione Marche

		in cui è specificata la possibilità di avvalersi della telemedicina in tutte le sue diverse declinazioni per garantire una ottimale gestione del paziente durante il suo percorso di cura.

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
		01.01.2021	31.12.2021	12 mesi

8	OBIETTIVO GENERALE	L'obiettivo generale è garantire ai pazienti cardiologici, in particolare a quelli affetti da Scompenso Cardiaco, assistenza specialistica cardiologica a distanza attraverso il supporto della telemedicina riducendo, quando possibile, gli accessi fisici alle strutture ambulatoriali per migliorare la qualità assistenziale e supportare le decisioni cliniche attraverso il monitoraggio di parametri fisiologici. Attraverso la telemedicina, quindi, è possibile garantire la prossimità dei servizi e l'equità, favorendo l'empowerment e migliorando la qualità di vita del paziente, supportare la residenzialità e la domiciliarietà, ottimizzando l'integrazione dei percorsi clinici, evitando ospedalizzazioni inappropriate. Infine, in un contesto in cui il bisogno di salute aumenta a causa dell'invecchiamento demografico e le risorse disponibili diminuiscono, la telemedicina offre l'opportunità di ridurre i costi, per il SSR e per la popolazione e migliorare le performance del SSR

9	OBIETTIVI SPECIFICI	• Riduzione delle ospedalizzazioni inappropriate • Ottimizzazione della terapia domiciliare e aumento dell'aderenza • Gestione tempestiva e appropriata delle riacutizzazioni • Abbattimento dei costi legati alle suddette ospedalizzazioni • Ampliare i setting di erogazione delle prestazioni in telemedicina coinvolgendo la rete dei servizi (strutture residenziali, farmacie, Ambulatori, Medici di Medicina Generale, domicilio del paziente)

10	RISULTATI ATTESI	
	A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto	• Incremento del numero di pazienti cardiologici, in particolare quelli con scompenso cardiaco, che beneficiano di servizi di telemedicina
	A lungo periodo a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	• Riduzione dei ricoveri per riacutizzazione in pazienti cardiologici, in particolare con scompenso cardiaco • Riduzione della spesa derivante dalle ospedalizzazioni dei pazienti cardiologici, in particolare con scompenso cardiaco

11	PUNTI DI FORZA	
	Indicare i punti di forza	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione
	Presenza di un PDTA model regionale sullo scompenso cardiaco comprendente un capitolo specifico sulla telemedicina.	Applicare la telemedicina nelle modalità previste dal PDTA

	Presenza sul territorio regionale di realtà con esperienza consolidata e pluriennale di telemedicina applicata alla cardiologia.	Consolidamento del ricorso alla telecardiologia nelle realtà che già la prevedono nella pratica clinica e condivisione delle esperienze e delle buone pratiche con gli altri professionisti in ottica di continuità delle cure nei diversi setting anche interaziendali.

12	PUNTI DI DEBOLEZZA	
	Indicare i punti di debolezza	Indicare le strategie/azioni per la riduzione
	Prevalente utilizzo attuale della telemedicina limitatamente al monitoraggio dei pazienti dimessi per la prevenzione delle riospedalizzazione e non per la presa in carico dei pazienti con nuova diagnosi.	Incentivare l'utilizzo della telemedicina fin dal momento della diagnosi, prevedendo la possibilità per lo specialista di effettuare prestazioni di telemedicina indipendentemente dalla presenza di un ricovero pregresso.

DIAGRAMMA DI GANT												
Descrizione delle azioni relative ad ogni fase	mesi											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Analisi del fabbisogno	x	x										
Definizione del PDTA sullo Scompenso Cardiaco con riferimento alla telemedicina	x	x	x	x	x	x	x	x				
Recepimento del PDTA da parte degli enti del SSR									x	x	x	x
Erogazione di prestazioni di telemedicina ai pazienti eleggibili									x	x	x	x
Valutazione dei risultati												x

13	DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO			
	Fase	azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
	Propedeutica	Analisi del fabbisogno	Analisi epidemiologica della patologia scompenso cardiaco e stratificazione per età, sesso e residenza.	Report
	Propedeutica	Definizione del PDTA sullo Scompenso Cardiaco con riferimento alla telemedicina	Ricerca delle più recenti evidenze scientifiche e ricognizione delle realtà esistenti nel campo della telemedicina ai fini della stesura del relativo capitolo del PDTA	Delibera regionale riguardo il PDTA contenente capitolo relativo a telemedicina
	Propedeutica	Recepimento del PDTA da parte degli enti del SSR	Produzione di un PDTA operational aziendale sullo Scompenso cardiaco sulla base del PDTA regionale con opportuni riferimenti alla telemedicina	Approvazione dei PDTA Operational degli Enti del SSR
	Avvio e regime	Erogazione di prestazioni di telemedicina ai pazienti eleggibili	Opportunità di prevedere l'erogazione delle attività assistenziali in telemedicina, quando ritenuto possibile per le condizioni cliniche del paziente. Le prestazioni possono essere di due tipologie: telecontrollo medico (quali televisita e teleconsulto) e telemonitoraggio, da impiegare, ad esempio, a pazienti portatori di Pacemaker e ICD (Defibrillatori impiantabili). Le attività di telemedicina comprendono il monitoraggio periodico dei tracciati elettrocardiografico (telerefertazione)	Numero delle prestazioni in televisita effettuate (flusso ex art. 50) Numero di ECG effettuati con metodiche di telemedicina Numero di pazienti presi in carico dagli Enti con il telemonitoraggio
	Conclusione	Valutazione dei risultati	Rendicontazione delle attività svolte in rapporto agli obiettivi prefissati	Report

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

PARTE II

RELAZIONE DEI RISULTATI RAGGIUNTI DAI PROGETTI PRESENTATI PER L'ANNO 2020 (DGR 990/20)

Come previsto dall'Accordo Stato Regioni del 4 agosto 2021, si forniscono, di seguito, le relazioni inerenti le attività svolte per la realizzazione delle linee progettuali dell'anno 2020.

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

Le Cure Palliative sono l'insieme di interventi terapeutici, diagnostici ed assistenziali rivolti alla persona malata e al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura globale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da una evoluzione inarrestabile da una prognosi infausta, non risponde più a specifici trattamenti. Lo scopo delle cure palliative è quello di sostenere la famiglia del malato e di migliorare il più possibile la qualità di vita della persona inguaribile.
La Legge 38 del 2010 tutela all'Art. 1 "Il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative ed alla terapia del dolore" ed individua come necessaria per la sua applicazione, le tre reti di assistenza dedicate alle cure palliative, alla terapia del dolore ed al paziente pediatrico.
La DGR 846 del 12 luglio 2014 ha definito le linee di indirizzo per la rete regionale delle cure palliative, comprendendo nel modello il livello domiciliare, quello residenziale/ricovero e quello ambulatoriale. La Rete locale di Cure Palliative è una aggregazione funzionale ed integrata per Area Vasta delle attività di cure palliative erogate in ciascun setting assistenziale, considerando il domicilio come l'ambito privilegiato per l'erogazione delle cure.
La funzione di coordinamento della rete locale viene affidata all'Unità di Cure Palliative-hospice (UCPH) che, attraverso le Unità di Cure palliative Domiciliari (UCPD), opera nei diversi nodi della Rete (Ambulatori, Cure domiciliari, Ospedali, hospice o altra struttura residenziale). Secondo quanto definito dalla DGR 111/2015, la "porta d'accesso" alle cure territoriali e alle prestazioni sociali è rappresentata dal Punto Unico di Accesso (PUA) che, attraverso la presa in carico dei bisogni semplici e complessi dei pazienti che vi si rivolgono, rappresenta l'unitarietà dell'accoglienza e accettazione del bisogno espresso in termini di interventi sanitari, sociali e di integrazione sociosanitaria. Il PUA è un'articolazione della Unità Operativa Sociale e Sanitaria (UOSeS), istituita con DGR 110/2015, non gestisce servizi ma svolge una funzione di "triage sociosanitario", fornendo soluzioni per i bisogni semplici e attivando l'Unità di Valutazione Integrata (UVI) per i bisogni complessi. Per tale motivo, anche la presa in carico dei pazienti che necessitano di Cure Palliative non può prescindere dall'attivazione mediante segnalazione al PUA, che svolge un ruolo fondamentale nel percorso in un'ottica multidimensionale e multiprofessionale.
Il gruppo di lavoro pluridisciplinare ha avuto come obiettivo quello di organizzare, uniformare il percorso ed implementare la Rete Cure Palliative sul territorio regionale. Il percorso redatto dal gruppo di lavoro è stato condiviso in UCAD dai Direttori di Distretto ed è stato formalizzato ASUR DG 471/18. Il Gruppo di lavoro ha iniziato ad analizzare l'assetto attuale dell'erogazione delle cure palliative nelle diverse Aree Vaste.

Relativamente all'attività della rete della Medicina del dolore gli Enti del SSR hanno svolto le seguenti attività:

***Azienda Ospedaliera Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona**: nel corso del 2020 sono state effettuate, presso la UO di Medicina del Dolore, n. 161 cicli di Day Hospital con 326 accessi complessivi; sono state, inoltre, nella stessa UO, effettuate n. 2994 prestazioni a pazienti esterni e n. 1143 prestazioni a pazienti ricoverati presso le strutture dell'azienda.*
Nella struttura semplice dipartimentale di onco-ematologia pediatrica nel corso del 2020 sono stati presi incarico n. 23 pazienti che hanno avuto necessità di cure palliative e terapia del dolore.
Nel corso del 2020 sono state erogate n. 3431 prestazioni di supporto psicologico a pazienti esterni ed interni attraverso un colloquio psicologico clinico.

***ASUR:** per i malati terminali, è attivo, nel territorio, il profilo assistenziale di presa in carico dei malati terminali, tale modalità assistenziale è garantita da equipe dedicate di cui fanno parte i MMG. Il programma di interventi viene attuato sui 7 giorni settimanali e prevede anche la pronta disponibilità medica sulle 24h, effettuata dall'equipe di cura. La gamma di prestazioni offerte dall'equipe comprende prestazioni mediche, infermieristiche, dietologiche, riabilitative/fisioterapiche*

e logopediche, psicologiche e medico-specialistiche.

Nel corso del 2020 sono proseguite le attività del Gruppo di Coordinamento regionale della Rete di cure palliative e terapia del dolore pediatrica, 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 riferimento a tale linea di azione, la spesa sostenuta nell'anno 2020 è risultata superiore ai € 2.838.498,00 dedicati al progetto.

L.P. - PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE
Attuazione dei programmi regionali per il raggiungimento degli obiettivi del PNP anno 2020

Nelle more dell'adozione del nuovo PNP (2020-2025), in coerenza con il Patto per la Salute 2019-2021 ed in continuità con il PRP 2014-2018, prorogato al 31/12/2019, per l'anno 2020 le azioni di Prevenzione e di Promozione della Salute sono state incentrate sull'emergenza Covid-19 e si sono sviluppate in un Progetto che comprendeva le seguenti aree:

A. Promozione della Salute;
B. Prevenzione e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro;
C. Vaccinazioni;
D. Screening oncologici e neonatali.

Di seguito si riporta una sintesi dei risultati raggiunti, per Area di intervento.

***A) Area Promozione della Salute** (Azioni trasversali di Promozione della Salute rivolte alla popolazione generale nel periodo di emergenza Covid-19)*

Le azioni sono state realizzate in continuità con le proposte operative approvate con DGR 385 del 27/3/20 e con Decreto n. 6 del 8/5/2020 come segue:

Pilastro Distanziamento Sociale

Sono proseguite anche nel 2020 le azioni informative e comunicative rivolte alla popolazione generale su temi di corretta alimentazione e promozione dell'attività fisica.

Pilastro Scuola

Sono proseguite anche nel 2020 le azioni di promozione di stili di vita salutari adattando le iniziative alle fasi di distanziamento, supportando le realtà scolastiche nella riorganizzazione delle attività compresa la DAD.

Pilastro Luoghi di Lavoro

Sono proseguite le azioni informative e comunicative a supporto dei lavoratori, in primis della Rete delle Aziende che Promuovono Salute delle Marche.

Pilastro Anziani

Sono proseguite le azioni informative e comunicative rivolte alla popolazione over 65, in collaborazione con le Organizzazioni Sindacali dei Pensionati e INRCA.

Nello specifico: Aggiornamento dei materiali già realizzati per la gestione dell'emergenza COVID 19 sulla base dell'evoluzione dell'epidemia; Produzione dei materiali in formati - video, audio, pdf – idonei alla loro divulgazione tramite siti istituzionali, canali televisivi, chat, incontri su piattaforme on line.

INDICATORI:

Pilastro Distanziamento Sociale

n. 14 video pillole realizzate su contenuti alimentazione, attività fisica, osteoporosi (Indicatore: almeno 2 video per ciascun fattore di rischio e/o tematica, 10 videopillole)

Pilastro Scuola

n. 14 video conferenze realizzate – (Indicatore: almeno 5 video conferenze totali)
% ISC e IIS raggiunti 40% – (Indicatore: almeno il 20% del totale delle scuole)

Pilastro Luoghi di Lavoro

% Aziende raggiunte dalle iniziative: 100% – (Indicatore: 100% delle Aziende che Promuovono Salute)

Pilastro Anziani
n. 5 chat territoriali attivate – (Indicatore: almeno 3 chat)
n. 5 edizioni televisive realizzate – (Indicatore: almeno 3 edizioni)

B) Area Prevenzione e Sicurezza Luoghi di Lavoro
Nei primi mesi del 2020, l'attività dei Servizi PSAL, Epidemiologia occupazionale ed Igiene industriale dell'ASUR Marche è stata prontamente orientata al contrasto della pandemia COVID-19 attraverso: assistenza agli utenti in particolare datori di lavoro, addetti del Servizio di Prevenzione e Protezione aziendali, medici competenti, lavoratori e loro rappresentanti; diffusione di corrette informazioni e di normative aggiornate relative all'emergenza e produzione di materiali informativi e formativi consultabili/scaricabili nei siti web istituzionali; supporto alle Prefetture nella verifica/controllo delle misure di sicurezza anti-contagio adottate nelle realtà produttive al fine di contrastare la diffusione del virus SARS-COV-2 nei luoghi di lavoro.
Con la ripresa delle attività produttive, si è reso necessario il ritorno agli standards di copertura, garantendo sia le urgenze che i controlli nei casi rilevanti di rischio, sia le attività ordinarie dei Servizi. Tuttavia, tenendo conto dei compiti istituzionali e degli obiettivi LEA, vista l'evoluzione della pandemia e gli aggiornamenti della normativa sulle misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, per il 2020 si è ritenuto necessario continuare, all'interno degli obiettivi del PRP e LEA, sia l'attività di assistenza alle aziende e alle figure della prevenzione sia l'attività di supporto alle Prefetture nella verifica sulla adozione dei protocolli di sicurezza anti-contagio nelle aziende/cantieri.
Le azioni messe in atto hanno riguardato:
- l'implementazione dell'attività di informazione ed assistenza attraverso il potenziamento degli sportelli informativi telematici (siti web istituzionali) e altre iniziative (incontri o seminari di approfondimento in modalità VDC) con particolare riferimento alla prevenzione della diffusione del virus SARS-CoV-2 nei luoghi di lavoro;
- il miglioramento dei percorsi di condivisione degli interventi da parte dei Servizi, in modo da fornire ai soggetti interessati, indicazioni omogenee sulle attività di prevenzione nei luoghi di lavoro e sull'adozione delle misure di sicurezza anti-contagio;
- l'adeguamento del sistema informativo aziendale alle esigenze di gestione delle attività correlate all'emergenza COVID-19;
- la predisposizione e adozione di strumenti comuni per lo svolgimento dell'attività di controllo in tema di misure di sicurezza anti-contagio.

INDICATORI
- produzione di materiali informativi e formativi per comparti e loro aggiornamento sulla base dell'evoluzione dell'epidemia, degli aggiornamenti normativi e delle esigenze/richieste degli stakeholder. Materiale specifico è stato pubblicato nei siti istituzionali ASUR-ARS (Indicatore: Pubblicazione siti istituzionali di sezioni specifiche dedicate);
- pubblicazione nella sezione FAQ del sito aziendale. Tutte le risposte sono state inserite (Indicatore: Pubblicazione del 100% delle risposte a questi pervenuti ai Servizi;
- adeguamento del sistema informativo aziendale per la registrazione delle attività di assistenza e controllo correlate all'emergenza COVID-19 – È stata predisposta modifica (Indicatore: Modifica del sistema informativo ad hoc;)
- predisposizione di check-list a compilazione telematica per autovalutazione delle imprese (suddivise per settori) e per supporto alle attività di controllo sulle misure di sicurezza anti-contagio per gli operatori dei Servizi - È stata predisposta e diffusa check-list (Indicatore: Disponibilità di check-list compilabili telematicamente.

C) Area Vaccinazioni
Nell'ambito dell'emergenza Covid-19, si raccomandava il proseguo delle attività vaccinali ordinarie in relazione alle vaccinazioni dei bambini 0-2 anni e dei soggetti a rischio per patologia o condizione. Con la stessa nota, al contempo, si indicavano misure di differimento delle restanti attività vaccinali. Visto il progressivo mutamento della situazione epidemiologica nazionale e regionale si sono rese necessarie la ripresa graduale delle attività vaccinali e la pianificazione delle attività di recupero, anche attraverso campagne straordinarie di vaccinazione, al fine di garantire l'erogazione dei LEA e ripristinare livelli di coperture vaccinali utili alla tutela della salute dei singoli e della collettività. Per perseguire questi obiettivi sono state organizzate attività di recupero vaccinale per le vaccinazioni differite nel periodo emergenziale.

INDICATORE
Effettuazione di campagne di vaccinazioni straordinarie. Campagne di vaccinazione straordinarie sono sate effettuate in tutte 5 le Aree Vaste ASUR (Indicatore: Effettuazione di campagne straordinarie in tutte le Aree Vaste ASUR)

D)Attività screening oncologici e neonatali
L'insorgenza della pandemia da COVID-19 ha richiesto la temporanea sospensione del programma regionale di screening oncologici (mammella, colon-retto, cervice uterina), ad eccezione degli esami di secondo livello già programmati. Facendo seguito alla situazione dei contagi sul territorio regionale ed alla ripresa delle attività assistenziali in fase 2, si è reso necessario il riavvio gradualmente dei tre percorsi screening, nel rispetto delle indicazioni regionali in merito alle norme igienico-sanitarie per il contenimento della diffusione virale nelle strutture sanitarie (DGR 523/2020).
Si è assicurata prioritariamente l'effettuazione di eventuali esami di primo livello per i quali gli inviti erano già stati spediti prima della sospensione delle attività.
Per quanto riguarda gli screening neonatali, uditivo e visivo, che risultano consolidati negli anni precedenti, nel 2020 è stata mantenuta l'attività.

INDICATORI
Sono state rispettate le scadenze previste:
-Screening tumore colon-retto: esami di primo livello (FOBT) da giugno 2020;
-Screening tumore mammella: esami di I livello (mammografia bilaterale) da luglio 2020;
-Screening tumore cervice uterina: esami di primo livello (pap-test) da luglio 2020.

Per quanto riguarda gli Screening neonatali e uditivo, sono stati effettuati nel 98% dei nati vivi (Indicatore: su almeno 90% dei nuovi nati).

Con riferimento a tale linea di azione, la spesa sostenuta nell'anno 2020 risulta superiore ai € 6.812.396,00 dedicati al progetto; tale importo include la quota del 5‰ (pari a € 34.140,00) destinata allo svolgimento delle attività di supporto al Piano Regionale della Prevenzione.

L.P. – PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO CONDIVISO E PERSONALIZZATO PER PAZIENTI CON MULTICRONICITA'
La costante crescita delle patologie croniche rende necessaria l'attuazione di nuove sfide rappresentate, in particolare, dalla necessità di garantire la continuità assistenziale per periodi di lunga durata, garantendo una forte integrazione dei servizi sanitari e sociali. Gli obiettivi di cura nei pazienti con cronicità debbono, chiaramente, essere finalizzati al miglioramento del quadro clinico e dello stato funzionale, alla minimizzazione della sintomatologia, alla prevenzione della disabilità ed al miglioramento della qualità di vita, non potendo per ovvie ragioni intrinseche alla cronicità, essere rivolti alla guarigione. Spesso poi, il paziente oggetto/soggetto della presa in carico è una persona sola, anziana, con comorbilità, "fragile", le cui esigenze assistenziali sono determinate da fattori legati alle condizioni cliniche, ma anche da determinanti quali lo status socio-familiare, l'ambiente e l'accessibilità alle cure. La visione strategica è rivolta a consolidare un sistema organizzativo improntato sull'adeguatezza, sulla continuità e qualità dei servizi offerti al cittadino, rispetto ai loro bisogni ed attese. Tale sistema è rivolto alla ricerca della soddisfazione dei cittadini e degli operatori, in un contesto di efficiente gestione delle risorse disponibili su soluzioni condivise dei problemi, di miglioramento continuo della qualità dei servizi offerti e di valorizzazione delle risorse professionali, utilizzando, tra gli altri, lo strumento delle reti cliniche. L'operatività delle reti cliniche dipende, soprattutto in ambito di patologie croniche, dalla realizzazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA). I PDTA sono definiti come interventi complessi finalizzati alla condivisione dei processi decisionali e dell'organizzazione dell'assistenza per un gruppo specifico di pazienti, attraverso un continuumdi cure, e finalizzati a migliorare l'outcome, promuovere la sicurezza, aumentare la soddisfazione dell'utente e ottimizzare l'utilizzo delle risorse. Nel corso degli ultimi anni sono stati realizzati molteplici PDTA all'interno degli Enti del SSR che hanno affrontato diverse patologie.
Nel 2019 la Regione Marche ha approvato con due distinte DGR (DGR n. 1512 del 2.12.19 e DGR 1544 del 9.12.19) due PDTA, rispettivamente in tema di gestione del paziente adulto affetto da BPCO e Malattia di Parkinson finalizzate ad una sempre maggiore standardizzazione delle cure con particolare attenzione all'adeguatezza dell'aderenza al piano

terapeutico al fine di creare un'appropriata assistenza sanitaria e sociosanitaria ai soggetti fragili affetti da multicronicità.
Fra le attività realizzate vi è certamente una sempre maggiore omogenità dell'inquadramento diagnostico ed un consolidamento della presa in carico globale; inoltre sono stati eseguiti ricoveri ordinari e diurni sia per la BPCO che per il Parkinson.
***Azienda Ospedaliera Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona**: nell'anno 2020 presso la SOD di Pneumologia sono stati effettuati n. 145 ricoveri di pazienti con BPCO di cui 91 in degenza ordinaria e 54 in DayHospital. Per la diagnosied assistenza dei pazienti affetti da Parkinson nel corso del 2020 sono stati realizzati 144 ricoveri di cui 102 in degenza ordinaria e 42 in DayHospital principalmente presso le SSOODD Clinica Neurologica, Dietetica e nutrizione clinica, Clinica di neurochirurgia oncologica e d'Urgenza e Ortopedia e Traumatologia.*
***Azienda ospedaliera Marche Nord**:Per il Parkinson è presente un ambulatorio specialistico, afferente alla UOC di Neurologia, per la presa in carico dei pazienti affetti da morbo di Parkinson, garantendo la riabilitazione e le attività in regime di ricovero per il trattamento delle complicanze. Per la BPCO è attivo un PDTA per il paziente dimesso dalle UUOO con diagnosi di riacutizzazione di BPCO per garantire una corretta gestione integrata della patologia, in collaborazione con i medici di medicina generale, al fine di evitare la riospedalizzazione a breve termine. Tuttavia, occorre rilevare che l'emergenza pandemica ha profondamente modificato la gestione aziendale, impattando in modo sostanziale sull'attività espletata. Nell'anno 2020 il numero di pazienti ospedalizzati per BPCO è stato n. 352 e il numero di pazienti presi in carico presso la UOC di Pneumologia è stato pari a n. 410. I ricoverati per Parkinson e Parkinsonismi, invece, sono stati pari a 96, mentre il numero di pazienti presi in carico presso la UOC di Neurologia è stato di 297.*
***ASUR**: La visione strategica dell'ASUR è rivolta a consolidare un sistema organizzativo improntato sull'adeguatezza, sulla continuità e qualità dei servizi offerti ai cittadini rispetto ai loro bisogni ed attese. Tale sistema è rivolto alla ricerca della soddisfazione dei cittadini e degli operatori in un contesto di efficiente gestione delle risorse disponibili su soluzione condivisa dei problemi, di miglioramento continuo della qualità dei servizi offerti e di valorizzazione delle risorse professionali, utilizzando, tra gli altri, lo strumento delle reti cliniche. Strumenti ideali per rendere operative le reti cliniche, in particolare se applicati a patologie croniche presenti in grandi numeri di cittadini, sono i PDTA multidisciplinare che rendono più accessibili i servizi al cittadino, agendo anche sulla famiglia e sul contesto sociale.*
***INRCA**: dall'anno 2019 è presente un ambulatorio specialistico afferente alla UOC di Neurologia per la presa in carico dei pazienti affetti da morbo di Parkinson; è inoltre garantita la presa in carico riabilitativa e le attività in regime di ricovero per il trattamento delle complicanze. Per la BPCO è attivo un percorso diagnostico terapeutico per il paziente con diagnosi di riacutizzazione di BPCO al fine di fornire un percorso ben definito dopo l'ospedalizzazione, garantire una corretta gestione della BPCO severa avendo come riferimenti specialisti in collaborazione con MMG ed evitare la riospedalizzazione a breve termine. Nel 2020 il numero di pazienti ospedalizzati con BPCO è stato n. 360 (di cui 23 con diagnosi principale di BPCO e 337 con diagnosi secondaria) e n. 77 con Parkinson (di cui 15 con diagnosi principale di Parkinson e 62 con diagnosi secondaria).*

Con riferimento a tale linea di azione, la spesa 2020 risulta superiore ai € 19.022.142,00 dedicati al progetto.

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

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 diseguaglianze in ambito sanitario ed a fornire un valore aggiunto in termini di incremento della qualità al processo assistenziale. Il coinvolgimento degli stakeholder nella promozione del benessere della persona (inteso come benessere fisico, psichico e sociale) e nelle attività programmatorie 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.
Per ridurre le discriminazioni in ambito sanitario regionale sono stati 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.

Fra le azioni che le Regioni mettono in atto vi è certamente la riduzione delle barriere per gli operatori sanitari garantendo il rispetto dei diritti per il lavoro in particolare per la salute e sicurezza sul luogo di lavoro ma anche il contrasto alla violenza ed alla discriminazione ed alla promozione dei diritti umani.
Fra queste azioni vi è certamente il potenziamento dei meccanismi di segnalazione, monitoraggio e valutazione della discriminazione in ambito sanitario il tutto contestualizzato in un'ottica proattiva di gestione del rischio sanitario e sicurezza del paziente come previsto dalla L. 24/17.
Il Ministero della salute con l'emanazione della Raccomandazione n. 8 dimostra l'interesse riguardo alla prevenzione di atti di violenza a danno degli operatori sanitari: la Regione Marche ha favorito l' implementazione alla adozione della predetta raccomandazione da parte di tutti gli Enti del SSR questo anche perché la partecipazione dei singoli operatori sanitari alle attività di gestione di 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 professionale ed aziendale.
Inoltre, si è certato di tutelare il cittadino anche attraverso l'implementazione dell'attività dell'URP. L'URP, infatti, sovraintende a funzione di tutela del cittadino, provvede alla gestione e presa in carico dei reclami e delle segnalazioni, in qualunque forma presentata, conoscendo i bisogni dei cittadini e fornendo una risposta in relazione alla soddisfazione dell'utenza. Sono, altresì, previste modalità di misurazione ed analisi delle segnalazioni inoltrate dai cittadini quale riverbero della percepita discriminazione subita rispetto all'auspicata efficienza del SSR. Fra i risultati attesi sono state indicati rispettivamente: l'implementazione della Raccomandazione n. 8 e la Misurazione ed analisi dei casi segnalati dal cittadino all'URP quale estrinsecazione di percepita mancata equità del sistema sanitario organizzativo.
***Azienda Ospedaliera Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona**: implementazione e monitoraggio dell'Adesione alle indicazioni Ministeriali di cui alla Raccomandazione n. 8 in tutte le UUOO sanitarie. Numero segnalazioni all'URP: 98 di cui 73 criticità e 25 encomi e ringraziamenti. Attraverso il Comitato Unico di Garanzia (CUG) è stato valorizzato il benessere del lavoratore, garantendo un ambiente improntato al benessere organizzativo, contrastando ogni forma di violenza morale o fisica. Sono stati potenziati gli strumenti per la formazione e lo sviluppo professionale dei dipendenti e garantite le pari opportunità per evitare qualsiasi forma di discriminazione. È stato reso disponibile il supporto psicologico ai dipendenti che vivono un malessere lavorativo attraverso lo "sportello d'ascolto". Per l'anno 2020, lo "Sportello Ascolto" ha realizzato tutti i supporti psicologici richiesti dal personale dell'Azienda.*
***ASUR**: L'ASUR Marcheha attivato, nel territorio di Senigallia (Area Vasta 2), un gruppo di lavoro multidisciplinare, formalizzato con ASUR DG 69/2018, che sta dando risposte ai bisogni sopraesposti. Il progetto è stato rinnovato con Determina ASUR 200/2019 L'attività effettuata a Senigallia garantisce l'accesso ai servizi sanitari dei migranti forzati attraverso lo sviluppo di una rete multidisciplinare costituita da:*

- *Psichiatra del Dipartimento di Salute Mentale, la cui azione si struttura attraverso colloqui e/o interviste diversificatecon l'obiettivo di stabilire una relazione significativa, capace di fronteggiare la sofferenza emotiva e promuovere la rielaborazione del trauma;*
- *Medico legale del Distretto: figura professionale in grado di riconoscere e certificare gli indicatori fisici di maltrattamenti e torture. Compito del medico legale è raccogliere tutti gli elementi utili emersi durante il percorso di cura per evidenziare, con diversi livelli di probabilità, la riconducibilità delle lesioni, fisiche e psichiche accertate alleviolenze riferite dal richiedente asilo. È importante che la certificazione non venga considerata come un puro atto burocratico ma come un momento fondamentale del percorso riabilitativo in cui il richiedente rivive la propria storia;*
- *Specialista in Dermatologia con competenze di vulnologia: figura professionale necessaria per le consulenze di diagnosi differenziale delle lesioni traumatiche. L'equipe si è avvale di ogni altra figura di clinico presente nella struttura ospedaliera e/o territoriale ritenuta necessaria alla definizione di una corretta presa in carico del caso e diagnosi. Compito del medico legale e dello psichiatra è raccogliere tutti gli elementi utili, emersi durante il percorso di cura, per evidenziare, con diversi livelli di probabilità, la riconducibilità delle lesioni, fisiche e psichiche, accertate alle violenze riferite dal richiedente asilo. La certificazione non è un puro atto burocratico, ma un vero e proprio percorso riabilitativo in cui il richiedente rivive la propria storia. La certificazione medico legale e psichiatrica sugli esiti di tortura è di sostegno alla domanda di protezione internazionale e viene redatta come momento di percorso riabilitativo della vittima. La modalità di lavoro dell'equipe multidisciplinare prevede un continuo e frequente confronto tra i professionisti del servizio sanitario e gli operatori dei centri (operatore dell'accoglienza e operatore legale) che accolgono i migranti, così come frequenti sono gli incontri tra i*

professionisti sanitari (in particolare tra medico legalee psichiatra) per discutere i casi clinici. Ciò avviene al fine di realizzare un confronto attivo tra le diverse figure che lavorano nella presa in carico della medesima persona, con competenze diverse e complementari. La presa in carico e la definizione del percorso avviene attraverso l'individuazione di obiettivi condivisi, secondo le modalità specificate in ASUR DG 69/18. Trattandosi di un fenomeno in continua evoluzione, con importanti ripercussioni dal punto di vista clinico e medico legale, si rende necessario un percorso di crescita e aggiornamento continuo e supervisione degli operatori coinvolti.

Con riferimento a tale progettualità, la spesa sostenuta nel 2020 risulta superiore ai € 204.019 destinati al progetto.

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

L'impiego delle tecnologie sanitarie in ambito territoriale per la garanzia della continuità delle cure negli ultimi anni ha seguito un progressivo incremento. La diffusione e l'implementazione di tali strumenti in setting assistenziali caratterizzati da multiprofessionalità (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 alla continuità delle cure. Il nuovo scenario della sanità elettronica e dei bisogni emergenti di sistema pongono nuove sfide per la sanità regionale che devono essere affrontate anche attraverso lo sviluppo di progetti di sistema, articolati e integrati nel contesto sanitario ed informativo regionale. Negli ultimi anni, la Regione Marche ha sviluppato la diffusione di nuove risorse tecnologiche per l'assistenza sanitaria e sociosanitaria sul territorio regionale (es. teleconsulto, telesalute, teleassistenza, etc.), a supporto della riorganizzazione del sistema, soprattutto in setting assistenziali territoriali (Ospedali di Comunità, RSA, Residenze Protette, Case di Riposo, Case della Salute, Assistenza Domiciliare, Aggregazioni Funzionali Territoriali di MMG, sistema di emergenza, prevenzione, etc.), privilegiando la presa in carico di pazienti anziani affetti da Scompenso Cardiaco Cronico (SCC) in assistenza specialistica cardiologica remota con supporto telematico (telesalute/telemonitoraggio elettrocardiografico) da parte di un centro erogatore specializzato ed un centro Servizi dedicato dotato di call center telefonico attivo h 24. Al fine di garantire la maggiore capillarità nella accessibilità ai servizi, l'attività è stata erogata in diversi punti della rete dell'offerta (Strutture residenziali, farmacie, Ambulatori, Medici di Medicina Generale, domicilio del paziente). Le finalità del progetto hanno riguardato la promozione della digitalizzazione dei percorsi di presa in carico e l'impiego della telemedicina per la garanzia di una migliore qualità assistenziale attraverso il monitoraggio delle attività svolte e il supporto alle decisioni cliniche, il miglioramento della prossimità dei servizi/equità e l'appropriatezza/stratificazione del rischio, l'integrazione di percorsi clinici/interdisciplinari per la gestione del paziente anziano fragile, il supporto alla residenzialità e domiciliarità, il miglioramento dell'empowerment del paziente e la qualità della vita, dell'appropriatezza prescrittiva e la riduzione delle liste di attesa, in una ottica globale di razionalizzazione delle risorse.
Con ogni evidenza tra i risultati raggiunti vi è la migliore integrazione ospedale-territorio, la maggiore prossimità dei servizi/equità, maggior integrazione percorsi clinici/interdisciplinarità, miglior presa in carico del paziente, migliore gestione del paziente anziano fragile, maggior supporto alla residenzialità/domiciliarità, miglior empowerment/qualità della vita.

N° di utenti (pazienti) assistiti con sistema telematico: nel corso del 2020 sono stati N. 2361 ECG garantiti con sistema telematico.

Con riferimento a tale progettualità, la spesa sostenuta nel 2020 risulta essere superiore ai € 107.825,00 dedicati al progetto.