



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. 158 LEGISLATURA N. IX

delibera  
47

DE/VP/ARS Oggetto: Legge 662/96, art. 1 comma 34 e 34bis. Approvazione  
O NC dei progetti della Regione Marche per il perseguimento  
Prot. Segr. degli Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo  
61 nazionale per l'anno 2012, individuati nell'Accordo  
del 22 novembre 2012 tra il Governo, le Regioni e le  
Province autonome di Trento e di Bolzano

Lunedì 21 gennaio 2013, presso la Sala della Concordia - Palazzo del  
Municipio, a Fano, si è riunita la Giunta regionale, regolarmente  
convocata.

Sono presenti:

- GIAN MARIO SPACCA Presidente
- ANTONIO CANZIAN Assessore
- SANDRO DONATI Assessore
- PAOLO EUSEBI Assessore
- MARCO LUCETTI Assessore
- PIETRO MARCOLINI Assessore
- LUCA MARCONI Assessore
- LUIGI VIVENTI Assessore

Sono assenti:

- ALMERINO MEZZOLANI Vicepresidente
- SARA GIANNINI Assessore

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

NOTE DELLA SEGRETERIA DELLA GIUNTA

Inviata per gli adempimenti di competenza

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

Il \_\_\_\_\_

L'INCARICATO

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

L'INCARICATO



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**OGGETTO:** Legge 662/96, art. 1 comma 34 e 34bis. Approvazione dei progetti della Regione Marche per il perseguimento degli Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2012, individuati nell'Accordo del 22 novembre 2012 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano.

**LA GIUNTA REGIONALE**

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

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

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

VISTO l'articolo 28 dello Statuto della Regione;

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

**D E L I B E R A**

1. di approvare i progetti per il perseguimento degli Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2012, così come riportati nell'Allegato A che è parte integrante della presente deliberazione, per un importo complessivo pari ad Euro 41,5 mln;
2. di stabilire che l'Allegato A costituisce per gli Enti del SSR direttiva vincolante;
3. di demandare al Dirigente della PF Ricerca sanitaria e Biomedica Innovazione e Formazione tutti gli adempimenti necessari all'attuazione della presente deliberazione.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

(Elisa Moroni)

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA

(Gian Mario Spacca)



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**DOCUMENTO ISTRUTTORIO**

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

L'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, attribuisce alla Conferenza Stato Regioni la facoltà di sancire accordi tra Governo, Regioni e Province autonome, in attuazione del principio di leale collaborazione, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune.

Nella seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 giugno 2002, nell'ambito dell'approvazione del Piano Sanitario 2003-2005 in attuazione dell'articolo 1, comma 4 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e smi veniva evidenziata la necessità, sulla base delle modifiche del Titolo V della Costituzione, di dare attuazione agli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale con uno o più accordi Stato-Regioni.

Nella seduta del 22 novembre 2012, sulla base della proposta del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali ed in attuazione dell'articolo 1, commi 34 e 34/bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662 è stato sancito l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano per l'individuazione delle linee guida finalizzate all'utilizzo da parte delle Regioni e Province autonome delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2012.

Nell'Accordo Governo-Regioni del 22/11/2012, inoltre, gli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale sono stati individuati coerentemente a quanto stabilito nel PSN 2006-2008 ed in continuità con le linee progettuali già attivate, fermo restando la necessità da parte delle Regioni di individuare gli specifici progetti, sulla base delle linee prioritarie individuate nell'Accordo medesimo.

Con DGR n. 1856 del 23 dicembre 2010 la Regione ha avviato i progetti della prevenzione i cui finanziamenti, per l'anno 2012, sono ricompresi negli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale.

Le linee progettuali aventi ad oggetto gli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2012 ammontano complessivamente per la Regione Marche ad Euro 41.500.043,00 e vengono riportate nell'Allegato A che è parte integrante della presente deliberazione.

L'Accordo Governo-Regioni del 22/11/2012 ribadisce, inoltre, che il Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF) provvede ad erogare a titolo di acconto il 70% dell'importo complessivo annuo spettante a ciascuna Regione, mentre l'erogazione del restante 30% è subordinata all'approvazione, da parte della Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, su proposta del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, dei progetti presentati dalle Regioni, unitamente ad una relazione illustrativa dei risultati raggiunti nell'anno precedente rispetto a quello a cui i progetti stessi fanno riferimento.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

La mancata presentazione ed approvazione dei progetti comporta, nell'anno di riferimento, la mancata erogazione della quota residua del 30% ed il recupero, a valere sulle somme da erogare a qualsiasi titolo nell'anno successivo, da parte del MEF dell'anticipazione del 70 % già erogata. Tenuto conto di quanto sopra riportato, i criteri adottati per la selezione dei progetti sono i seguenti:

- a) la continuità rispetto alle linee progettuali adottate in atti precedenti della Regione ed in particolare con i progetti regionali approvati per l'anno 2011;
- b) il rispetto delle indicazioni di cui all'Accordo Governo-Regioni del 22/11/2012;
- c) la coerenza con le del indicazioni di cui alla DGR n. 1797 del 28 dicembre 2012 avente ad oggetto il Budget 2012 da assegnare agli Enti del SSR;
- d) lo sviluppo di reti assistenziali estese a tutto il territorio regionale in modo da garantire omogenei livelli di assistenza.

Tenuto conto di quanto sopra riportato, si propone alla Giunta regionale l'adozione del presente provvedimento.

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

(Lucia Di Fuma)

**PROPOSTA E PARERE DEL DIRETTORE DELL'ARS**

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

IL DIRETTORE DELL'ARS

*Dec*

La presente deliberazione si compone di n. 55 pagine, di cui n. 51 pagine di allegati che formano parte integrante della stessa.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

(Elsa Moroni)



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**Allegato A**

**Premessa**

L'Accordo Governo-Regioni del 22/11/2012 ha stabilito che gli Obiettivi di Piano per l'anno 2012 debbano riguardare le linee progettuali che vengono di seguito riportate, per un importo complessivo pari ad Euro 41.500.043,00:

- L.P. 1: Interventi di Assistenza primaria: Importo € 10.375.011,00;
- L.P. 2: Non autosufficienza: Importo € 16.794.247,00;
- L.P. 3: Cure palliative e terapia del dolore: Importo € 2.895.053,00;
- L.P. 4: Biobanche di materiale umano: Importo € 434.258,00;
- L.P. 5: Tutela della maternità: Importo € 579.011,00;
- L.P. 6: Malattie Rare: Importo € 579.011,00;
- L.P. 7: Piano Nazionale Prevenzione: Importo € 6.948.128,00;
- L.P. 8: Contrasto delle Disuguaglianze in sanità: Importo € 1.447.527,00;
- L.P. 9: Promozione dell'approccio di genere in sanità: Importo € 289.505,00;
- L.P. 10: Diagnosi da infezione da HIV: Importo € 434.258,00;
- L.P. 11: Promozione di rete nazionale per i Tumori rari: Importo € 434.258,00;
- L.P. 12: Sorveglianza Epidemiologia Amianto: Importo € 289.505,00.

Sulla base delle linee prioritarie di cui sopra, la Regione ha individuato le seguenti progettualità:

**SCHEDA n. 1 a**

<b>GENERALITA'</b>	
<b>PROPONENTE</b>	REGIONE MARCHE
<b>Linea Progettuale</b>	INTERVENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA
<b>Titolo del progetto</b>	<i>Miglioramento dell'appropriatezza nelle cure primarie</i>
<b>Durata del progetto</b>	12 mesi
<b>Referente</b>	Agenzia Regionale Sanitaria
<b>ASPETTI FINANZIARI</b>	
<b>COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO</b>	€ 10.325.011,00



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

IL PROGETTO

CONTESTO  
RELAZIONE  
ILLUSTRATIVA

*Nuovi scenari nelle cure primarie*

Le Cure Primarie costituiscono il sistema di cure erogate vicino ai luoghi di vita delle persone (il domicilio, l'ambulatorio del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta, le strutture ambulatoriali e consultoriali, le strutture residenziali...) che si sviluppa secondo un modello di reti cliniche integrate e di rete integrata di servizi sanitari e sociali dove i professionisti agiscono in una logica multiprofessionale e multidisciplinare, per definire progetti di cura e di sostegno per il cittadino e la sua famiglia

I medici di Assistenza Primaria rappresentano un nodo strategico della rete in quanto sono i primi interlocutori per i bisogni di salute dei cittadini. Ciò comporta una sempre maggiore necessità di integrazione della medicina generale nel sistema di cure offerto dal SSR.

Il ruolo della medicina generale e della pediatria di libera scelta, sempre più orientate verso la presa in carico dell'assistenza e verso una medicina di iniziativa, è stato promosso nel livello regionale, negli ultimi anni, anche grazie agli accordi integrativi che hanno favorito ed implementato una migliore organizzazione degli studi medici, attraverso la presenza di personale di studio e infermieristico.

La suddivisione del territorio nelle Equipe Territoriale, quali aggregazioni funzionali costituisce inoltre una "semplificazione" nella gestione del distretto in quanto rende accessibile all'utente una serie di servizi erogati all'interno dello studio del medico di medicina generale, anche in stretto rapporto con le strutture territoriali competenti. L'avvio dell'esperienza delle Equipe Territoriali ha sottolineato, nell'ambito della scelta fiduciaria del medico di medicina generale/pls, la possibilità di un'aggregazione su un definito territorio attraverso gli strumenti del governo clinico. Tale migliore organizzazione è derivata da un percorso di aggregazione di professionisti in forme associative di diversa tipologia (associazione, rete, gruppo), con l'obiettivo di superare gradualmente la figura del "medico singolo". Tale processo ha oggi raggiunto livelli interessanti: per quanto riguarda l'associazionismo medico al pari della presenza dei collaboratori di studio.

*La Casa della salute*

Sulla base della DGR 273 del 25 febbraio 2008 "Linee di indirizzo per la gestione integrata dei servizi territoriali tra le zone territoriali n. 11 Fermo, n. 12 di San Benedetto del Tronto e n. 13 di Ascoli Piceno". sono stati attivati i primi percorsi per definire le competenze e la strutturazione della Casa della salute, tenendo presenti sia i vincoli di progettazione nazionali che la variabilità dei territori da servire e quindi la necessaria flessibilità del modello rispetto alla diversità della domanda. Il Sistema Sanitario Regionale acquisisce l'importante ruolo strategico di coordinamento delle diverse esperienze e d'integrazione delle svariate linee di indirizzo delle realtà zonali orientandole in maniera corretta e sinergica verso i deter-



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

minanti della salute e del benessere. I percorsi attivati della Casa della salute rappresentano un modello integrato dei vari sistemi che si completano l'uno con l'altro. I diversi attori mantengono, ad ogni modo, una visione dell'insieme dei percorsi diagnostico- terapeutici-assistenziali tale che il cittadino abbia un punto di riferimento costante a cui affidarsi.

La prima fase di attivazione delle Case della Salute ha consentito di sperimentare e mettere a regime un primo livello di organizzazione basato essenzialmente nella concentrazione in alcune strutture dei servizi della medicina generale (prevalentemente assistenza primaria e continuità assistenziale) e dei servizi distrettuali (con particolare riferimento alla specialistica ambulatoriale), attivando percorsi di governo clinico per le patologie a maggiore prevalenza, che si è concretizzato con l'attivazione di 14 Case della Salute come da ricognizione effettuata nell'anno 2012.

Questo primo periodo ha messo in evidenza la necessità di attivare uno sviluppo organizzativo del percorso, definendo modelli funzionali della Casa della Salute con diversi livelli di complessità organizzativa. Ciò è reso ancor più necessario in funzione del processo di riconversione delle strutture ospedaliere minori, determinato anche dalla riduzione dei posti letto ospedalieri operata dai recenti provvedimenti nazionali (L.135/2012).

**Governo della domanda**

Il "governo della domanda" è ricollocato unitariamente nella "rete territoriale" e prevede un unico percorso per la gestione integrata sociale e sanitaria delle aree logiche dell'accesso, della valutazione e della presa in carico;

La risposta integrata, in un modello a rete, è comprensiva di tutte le fasi dell'intervento assistenziale, dove i nodi ad alta interconnessione sono costituiti da:

- **Il Punto Unico di Accesso:** È stata attivata una sperimentazione del Punto Unico di Accesso in alcune Zone territoriali, incentrata sulla dimissione protetta. Tale esperienza punta a definire percorsi di continuità tra macroaree diverse sia nelle competenze che nelle modalità operative e costituisce una base di partenza per la verifica dei processi di transmuralità e di continuità dell'assistenza tra ospedale e territorio. In particolare si persegue un miglioramento nell'accessibilità e nell'appropriatezza d'utilizzo dei servizi attraverso la costituzione di una funzione di accesso unitario (in termini di procedure) alla rete dell'offerta. Le differenze sociali, al pari dei più volte menzionati mutamenti dei riferimenti epidemiologici di invecchiamento della popolazione, responsabili di un aumento di tutta una serie di patologie croniche e degenerative, rendono necessaria una diversificazione delle risposte alla complessità dei bisogni, passando da una visione unicamente di "cura della malattia" ad una che si basi sempre di più sul "prendersi cura". La assoluta necessità di garantire l'equità degli accessi, con particolare attenzione alle figure cosiddette fragili, e quindi ridurre le attuali e reali disparità presenti sul territorio, necessitano di una sinergia efficace delle risorse della collettività dove siano coinvolte le istituzioni



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

	<p>locali ed i "servizi di prossimità".</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Unità di Valutazione integrata</u>: La gestione del bisogno complesso si avvale di una azione di valutazione multidimensionale, quale prodotto del processo valutativo dell'equipe multiprofessionale. La fase valutativa svolge funzioni di esame della situazione clinica e sociale del singolo caso, valutazione delle necessità assistenziali sociali e sanitarie, individuazione del referente formale della presa in carico, predisposizione di un progetto individuale di intervento, monitoraggio dell'evoluzione dell'intervento e individuazione e gestione di eventuali variazioni del progetto di cura.</li> <li>• <u>PAI</u>: Lo strumento operativo, Piano Assistenziale Individualizzato, soddisfa la progettazione personalizzata, la programmazione ed erogazione degli interventi, la valutazione dei risultati. Esso viene redatto definendo gli obiettivi di salute, le azioni da realizzare, gli operatori coinvolti, i tempi di attivazione e la durata prevista, la data della rivalutazione ed il care manager.</li> <li>• <u>La Dimissione Protetta</u>: Rappresenta il momento di elevata integrazione tra ospedale e territorio quale garanzia di continuità assistenziale.</li> </ul> <p>Con la DGR 1403 del 01/10/2012, la regione Marche, ai sensi dell'art.30 comma 2 L.R.17/11, ha operato il riassetto degli ambiti territoriali dei Distretti, riducendone il numero da 24 a 13.</p> <p>Tale riassetto si è reso necessario in quanto per effettuare la gestione integrata tra servizi sanitari, socio-sanitari e sociali finalizzata ad assicurare in modo unitario il soddisfacimento della domanda di salute espressa dalla comunità di riferimento, il Distretto deve avere la possibilità di governo dei servizi afferenti ai diversi livelli assistenziali. Questo incremento della massa critica gestionale, sia sotto il profilo quantitativo che sotto il profilo della diversificazione tipologica dei servizi, non poteva essere ricomposta con le precedenti dimensioni dell'assetto distrettuale, che necessitavano, quindi, di un ampliamento.</p>
DESCRIZIONE	<p>Le mutate esigenze assistenziali della popolazione e la necessità di una riqualificazione delle rete ospedaliere marchigiana, pone una sfida sui sistemi di cura territoriali che devono assicurare la realizzazione di un sistema assistenziale in grado di fornire livelli di qualità, appropriati e sostenibili, secondo una logica di prossimità, con l'obiettivo di riqualificare il sistema dell'assistenza territoriale ed integrarlo con il sistema ospedaliero, riuscendo così a realizzare l'ampliamento dell'orizzonte dell'assistenza sanitaria.</p> <p>Al pari di un cambiamento del ruolo dell'ospedale, che dovrà diventare sempre più specializzato e tecnologicamente attrezzato per la cura delle malattie acute si concretizza una rimodulazione delle Cure Primarie, orientata alla presa in carico della cronicità e della continuità delle cure nel rispetto dei criteri di accessibilità e di equità grazie al passaggio da una medicina di attesa a una medicina di iniziativa.</p> <p>Il potenziamento dei percorsi di integrazione tra Ospedale e Territorio e fra i vari attori di tutta l'assistenza territoriale socio-sanitaria, come la organizzazione di "strutture intermedie", garantiscono la continuità delle cure e la certezza della</p>





DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

	<p>presa in carico anche nei casi di particolare complessità assistenziale. Pertanto è intento della regione Marche attivare una seconda fase di sviluppo delle cure primarie che dovrà concentrarsi sulla creazione di ulteriori Case della Salute secondo modelli funzionali a livello crescente di complessità organizzativa. In particolare il modello ad alta complessità organizzativa dovrà essere il fulcro dei progetti di riconversione delle strutture ospedaliere minori, che rappresenteranno un'opportunità strutturale per lo sviluppo qualitativo delle cure primarie, comprendente tutti i setting erogativi extraospedalieri, fra i quali moduli di assistenza residenziale e semiresidenziale e/o di cure intermedie, nonché l'integrazione con il sistema di emergenza-urgenza.</p> <p>Nel contempo il riassetto degli ambiti territoriali dei Distretti dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale operato con la DGR 1403 del 01/10/2012, necessita di governare la riorganizzazione della funzione del Governo della domanda sulla base dei nuovi bacini di utenza dei Distretti stessi in collaborazione con gli Ambiti Sociali.</p>
<b>OBIETTIVI</b>	<p><b>La Casa della salute</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Definizione di modelli funzionali per livelli crescenti di complessità organizzativa.</li><li>▪ Implementare almeno una Casa della Salute per Area Vasta;</li><li>▪ Organizzare "strutture intermedie" tra l'ospedale ed il territorio per garantire le cure nei casi di particolare complessità assistenziale.</li></ul> <p><b>Governo della Domanda</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Valutare le sperimentazioni in essere rispetto al percorso delle aree logiche: accoglienza/accettazione territoriale (PUA), valutazione integrata multidimensionale e multidisciplinare (UVI), presa in carico e continuità dell'assistenza e ai percorsi di dimissione protetta.</li><li>▪ Definizione, anche normativa, di una modalità unitaria sul territorio regionale di organizzazione e strutturazione delle modalità operative del "governo della domanda" basata sull'integrazione tra Distretto Sanitario e Ambito Territoriale Sociale.</li><li>▪ Attivare sperimentazioni operative del meccanismo di governo della erogazione delle prestazioni secondo meccanismi di programmazione condivisa tra Distretto Sanitario e Ambito Territoriale Sociale e con gli altri soggetti interessati (macroaree e/o dipartimenti), di monitoraggio e valutazione di risultato per garantire la continuità della presa in carico dal momento della segnalazione del bisogno o al momento della dimissione ospedaliera.</li><li>▪ Predisporre percorsi di accompagnamento formativo per la progressiva implementazione della nuova modalità di organizzazione e strutturazione delle modalità operative del "governo della domanda".</li></ul>



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

<b>TEMPI</b>  <b>ATTUAZIONE</b>  <b>CRONOPROGRAMMA</b>	<b>La Casa della salute</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Definizione dei modelli funzionali per livelli crescenti di complessità organizzativa.</li> <li>Progettazione/mantenimento di una Casa della Salute per Area Vasta di differente complessità</li> </ul>	3 mesi
	<b>Il Governo della Domanda</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Definizione normativa di una modalità unitaria sul territorio regionale di organizzazione e strutturazione delle modalità operative del "governo della domanda" basata sull'integrazione tra Distretto Sanitario e Ambito Territoriale Sociale.</li> <li>Predisposizione di percorsi di accompagnamento formativo per la progressiva implementazione della nuova modalità di organizzazione e strutturazione delle modalità operative del "governo della domanda".</li> </ul>	9 mesi
		6 mesi
<b>INDICATORI</b>	<b>Casa della salute</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Adozione linee guida regionali su modello organizzativo della Casa della Salute</li> <li>Numero medio di assistiti dai Medici di medicina generale coinvolti nella sperimentazione delle Case della salute.</li> <li>Progettazione/mantenimento di una Casa della Salute organizzativa per Area Vasta di differente complessità.</li> </ul> <b>Governo della domanda</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ricognizione sui livelli di integrazione dei percorsi di "governo della domanda" tra Distretti Sanitari e Ambiti Territoriali Sociali rispetto a:               <ul style="list-style-type: none"> <li>numero "punti" integrati di accoglienza/valutazione/presa in carico</li> <li>percentuale "procedure standardizzate" e condivise tra gli operatori dei Distretti Sanitari e degli Ambiti Territoriali Sociali.</li> </ul> </li> <li>Adozione atto regionale sul "governo della domanda".</li> <li>Attivazione procedure per la realizzazione dei percorsi formativi connessi con l'atto regionale sul "governo della domanda".</li> </ul>	
<b>RISULTATI ATTESI</b>	<b>Casa della salute</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Qualificazione e diffusione del modello Casa della Salute per l'erogazione delle cure primarie</li> </ul> <b>Governo della Domanda</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Miglioramento delle funzioni di front-office e dei percorsi assistenziali sulla base dell'implementazione del modello di "governo della domanda" (PUA-UVI-PAI).</li> <li>Miglioramento delle funzioni di back-office e dei percorsi assistenziali sulla base dell'implementazione del modello di "governo della domanda" (PUA-UVI-PAI).</li> </ul>	



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- Facilitazione delle procedure di dimissione protetta con progettualità definite per ogni Area Vasta.

**SCHEMA n. 1 b**

<b>GENERALITA'</b>	
<b>PROPONENTE</b>	REGIONE MARCHE
<b>Linea Progettuale</b>	INTERVENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA
<b>Titolo del progetto</b>	<i>Sperimentazione di ambulatori di Continuità Assistenziale per l'urgenza di bassa complessità</i>
<b>Durata del progetto</b>	12 mesi
<b>Referente</b>	Agenzia Regionale Sanitaria
<b>ASPETTI FINANZIARI</b>	
<b>COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO</b>	€ 50.000
<b>IL PROGETTO</b>	
<b>CONTESTO</b>	La Continuità Assistenziale rappresenta un ambito della medicina generale di significativa rilevanza organizzativa nell'area di sovrapposizione dei bisogni ospedalieri e territoriali. Essa infatti può utilmente contribuire alla gestione della urgenza di bassa complessità, coadiuvando la ricerca di appropriatezza nell'attuale ricorso alle prestazioni ospedaliere di Pronto Soccorso.
<b>DESCRIZIONE</b>	La Continuità Assistenziale vede nelle prestazioni domiciliari il focus principale di attività che è attivata o a chiamata dell'utente o dalla Centrale Operativa (art.67 dell'ACN della medicina generale). Già da questo ambito operativo contrattuale si deduce la forte correlazione con il sistema complessivo di emergenza - urgenza, che delinea una sorta di triage territoriale che può esitare o in un invio ospedaliero attraverso l'attivazione del sistema di emergenza-urgenza territoriale di competenza delle Centrali Operative o in inquadramento diagnostico terapeutico nel caso di condizioni cliniche che non richiedano interventi ospedalieri. Il fine del progetto è quello di potenziare tale ruolo attraverso l'implementazione di una attività ambulatoriale dei medici di Continuità Assistenziale che possa consentire di sviluppare un preventivo inquadramento diagnostico delle condizioni cliniche attraverso lo sviluppo dell'accesso presso la sede fisica del presidio di CA, in modo tale da poter intercettare tempestivamente i casi che impropriamente possano rivolgersi presso il Pronto Soccorso. Per tale attività è stata attivata



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

	<p>una sperimentazione nell'Area Vasta di Fermo. La scelta è stata dettata dal fatto che tale Area Vasta è quella con più bassa incidenza di posti letto ospedalieri per abitanti di tutta la regione, e quindi maggiormente critica la necessità di evitare accessi impropri presso il Pronto Soccorso.</p> <p>Le sedi di Continuità Assistenziale scelte per la sperimentazione sono inserite in contesti organizzativi in cui sono presenti altri set di offerta delle cure primarie. Si rende pertanto necessario proseguire la sperimentazione attivata nel corso dell'anno, anche per valutare a regime i risultati della stessa.</p>	
<b>OBIETTIVI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Riduzione accessi impropri al Pronto Soccorso;</li> <li>▪ Incremento delle prestazioni di Continuità Assistenziale;</li> <li>▪ Maggiore integrazione tra i servizi assistenziali territoriali.</li> </ul>	
<b>TEMPI ATTUAZIONE CRONOPROGRAMMA</b>	<p>Prosecuzione sperimentazione di ambulatori di Continuità Assistenziale per l'urgenza di bassa complessità nell'Area vasta di Fermo.</p>	<p>12 mesi</p>
<b>INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Contenimento codici bianchi/verdi presso il Pronto Soccorso Area Vasta Fermo</li> <li>▪ N° prestazioni ambulatoriali di Continuità Assistenziale</li> </ul>	
<b>RISULTATI ATTESI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Incremento appropriatezza degli accessi in Pronto Soccorso;</li> <li>▪ Incremento dell'efficacia organizzativa del sistema delle cure primarie.</li> </ul>	

**SCHEDA n. 2a**

<b>GENERALITA'</b>	
<b>PROPONENTE</b>	REGIONE MARCHE
<b>Linea Progettuale</b>	NON AUTOSUFFICIENZA-Malattie neurologiche invalidanti
<b>Titolo del progetto</b>	<i>Percorso diagnostico-terapeutico per il malato di sclerosi laterale amiotrofica</i>
<b>Durata del progetto</b>	12 mesi
<b>Referente</b>	Agenzia Regionale Sanitaria
<b>ASPETTI FINANZIARI</b>	
<b>COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO</b>	€ 579.011
<b>IL PROGETTO</b>	



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

<p><b>CONTESTO RELAZIONE ILLUSTRATIVA</b></p>	<p>La regione Marche con la DGR 1514 del 28 settembre del 2009 <i>"Linee di indirizzo in materia di cura e assistenza alle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica (SLA) nella Regione Marche"</i> ha emanato le linee di indirizzo in materia di cura ed assistenza per i malati affetti da SLA. Con DGR 786 del 30 maggio 2011 <i>"Criteri e modalità per l'attuazione dell'intervento di sostegno alle famiglie di persone affette da sclerosi laterale amiotrofica (SLA) per l'anno 2011"</i> si è riconosciuto alle famiglie di malati affetti da SLA un contributo economico destinato a sostenere una migliore qualità assistenziale domiciliare. Il sostegno alla domiciliarietà è stato reiterato con la DGRM n 399/2012 avente per oggetto: "Criteri e modalità per l'attuazione dell'intervento di sostegno alle famiglie di persone affette da sclerosi laterale amiotrofica (SLA) per l'anno 2012. Tale contributo è aggiuntivo rispetto al contributo statale. Nel corso del 2012 è stata emanata la DGR per il recepimento nell'Accordo Stato-Regioni del 25/05/2011 concernente la <i>"Presenza in carico globale delle persone con malattie neuromuscolari o analoghe dal punto di vista assistenziale"</i> ed individuato, in base alle caratteristiche indicate, il centro di riferimento regionale nella struttura organizzativa semplice della Clinica Neurologica del Dipartimento di Scienze Neurologiche presso l'Azienda ospedaliera universitaria Ospedali Riuniti di Ancona (DGR 1218 del 1/8/12).</p> <p>Promuovere globalmente la qualità di vita della persona malata i cui bisogni non sono solo di ordine medico, ma comprendono l'ambito familiare, sociale, lavorativo, valorizzando l'autonomia della persona malata, cioè la sua volontà e capacità di scelta libera e consapevole, ponendo la qualità di vita e i bisogni della persona, e non la sua malattia, al centro del programma di cura. I tratti caratteristici del percorso clinico-assistenziale per i malati di SLA sono riconducibili a presa in carico fin dall'esordio in tutte le fasi della malattia, garanzia di tempestività di accesso ai migliori livelli di qualità clinica e assistenziale, omogeneità nei criteri di diagnosi, cura ed assistenza, attenzione per il raccordo tra strutture ospedaliere e territoriali e per l'assistenza a domicilio, tutoraggio continuo del paziente e dei suoi familiari.</p>
<p><b>DESCRIZIONE</b></p>	<p>Il presente progetto si pone in continuità con il percorso ormai attivato da anni relativo alla rete assistenziale per la SLA e per le malattie neuromuscolari analoghe da un punto di vista assistenziale, con l'obiettivo da un lato di consolidare i risultati acquisiti e dall'altro di migliorare la presa in carico, con particolare riferimento a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• miglioramento delle attività del centro di riferimento ospedalieri individuato, in applicazione e secondo le indicazioni dell'Art. 3 dell'Accordo Stato-Regioni del 25/05/2011, nella struttura organizzativa semplice della Clinica Neurologica del Dipartimento di Scienze Neurologiche presso l'Azienda ospedaliera universitaria Ospedali Riuniti di Ancona (DGR 1218 del 1/8/12).</li> <li>• presa in carico globale del paziente affetto da malattie neuromuscolari o malattie analoghe da un punto di vista assistenziali, da parte del centro di riferimento regionale, di natura funzionale, in integrazione con le strutture territoriali;</li> <li>• garanzia delle competenze multidisciplinari, diagnostiche, terapeutiche ed assi-</li> </ul>



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

	<p>stenziali, finalizzate al mantenimento delle funzioni e dell'autonomia, qualità di vita, dignità della persona, inserimento nei diversi contesti familiari e sociali;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>sviluppo del collegamento con le reti regionali della riabilitazione, con la rete delle cure palliative, con le reti di supporto e con l'assistenza domiciliare.</li> </ul> <p>Sarà cura del centro delineare i percorsi/profili assistenziali che verranno validati e resi formali dal livello regionale.</p> <p>Il centro promuoverà idonea comunicazione ai cittadini utilizzando le carte dei servizi comunicando con chiarezza a pazienti e familiari i percorsi assistenziali.</p> <p>Tale centro viene coinvolto come riferimento nell'ambito della formazione di professionisti delle cure primarie e dei familiari impegnati nell'assistenza.</p>	
<p><b>TEMPI ATTUAZIONE CRONOPROGRAMMA</b></p>	<p>Elaborazione delle linee guida di indirizzo clinico-assistenziale</p>	<p>3 mesi</p>
	<p>Definizione della rete assistenziale regionale ed individuazione dei centri di riferimento territoriali</p>	<p>6 mesi</p>
	<p>Verifica dell'implementazione della rete e monitoraggio</p>	<p>12 mesi</p>
<p><b>INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adeguamento del Centro di riferimento alle caratteristiche indicate nell'Accordo Stato-Regioni del 25/05/2011</li> <li>Adozione di un atto di aggiornamento delle linee guida regionali</li> </ul>	
<p><b>RISULTATI ATTESI</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Miglioramento della qualità assistenziale del paziente SLA attraverso:             <ul style="list-style-type: none"> <li>Maggiore omogeneità dell'inquadramento diagnostico</li> <li>Rafforzamento della presa in carico globale</li> </ul> </li> </ul>	



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

SCHEDA n. 2 b

<b>GENERALITA'</b>	
<b>PROPONENTE</b>	REGIONE MARCHE
<b>Linea Progettuale</b>	NON AUTOSUFFICIENZA-Demenza
<b>Titolo del progetto</b>	<i>Rete di assistenza al paziente anziano con Demenza-Alzheimer</i>
<b>Durata del progetto</b>	12 mesi
<b>Referente</b>	Agenzia Regionale Sanitaria

<b>ASPETTI FINANZIARI</b>	
<b>COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO</b>	€ 579.011

**IL PROGETTO**

<b>CONTESTO RELAZIONE ILLUSTRATIVA</b>	<p>Le demenze comprendono un insieme di patologie che hanno un impatto notevole in termini socio-sanitari sia per il significativo aumento dell'incidenza e prevalenza nella popolazione sia perché richiedono una qualificata rete integrata di servizi sanitari e socio-assistenziali. La regione Marche persegue, in linea con il nuovo Piano Sanitario nazionale 2010-2012 e con il Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2010-2012" ed in coerenza con il PSSR 2012-2014, specifici interventi di razionalizzazione della presa in carico del paziente anziano fragile e con problemi di patologie cronico-degenerative ed in particolare ha individuato le demenze e tra queste in particolare l'Alzheimer come una delle aree di priorità da includere nella programmazione regionale in logica di rete dei servizi sociali e sanitari al fine di migliorare l'assistenza alle persone con malattie croniche. Particolare attenzione è posta sulla continuità assistenziale e sul sostegno delle capacità residuali per facilitare al massimo la possibile autogestione del paziente.</p> <p>Con Decreto del direttore dell'Agenzia Regionale Sanitaria n° 18 del 21/12/2011 è stato istituito il gruppo di lavoro "Gruppo di Coordinamento regionale Demenza - Alzheimer" che come prima attività ha svolto come previsto una indagine epidemiologica e valutato i Piani terapeutici prescritti dai centri adibiti alla valutazione e presa in carico dei pazienti affetti da demenza/Alzheimer allo scopo di riorganizzare il settore.</p> <p>Come previsto sono stati individuati i di criteri diagnostici (clinici e strumentali) improntati ad appropriatezza, precocità e tempestività; sono stati attivati</p>
------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

	<p>specifici percorsi formativi ed elaborati possibili nuovi sistemi di monitoraggio. L'offerta dei percorsi formativi rivolti ai caregivers e alle figure di accompagnamento è stato potenziato.</p>
<p><b>DESCRIZIONE</b></p>	<p>Il presente progetto, si pone in continuità con quello del precedente anno allo scopo di rafforzare il governo e le risposte ai pazienti della problematica.</p> <p>Di fatto seppur migliorata resta critica, sul territorio regionale, l'attuale organizzazione che si differenzia tra le diverse Aree Vaste e all'interno delle stesse con una marcata variabilità nell'offerta quali-quantitativa di servizi di diagnosi e cura. Oltre che ancora scarsa integrazione e collaborazione tra Ospedale, medici di medicina generale (MMG), servizi territoriali e di assistenza domiciliare integrata. La gestione del problema Demenze è ancora spesso affrontata in momenti e con percorsi distinti tra la fase diagnostica, quella assistenziale e quella riabilitativa.</p> <p>I pazienti infatti, hanno bisogno, oltre che di trattamenti efficaci, anche di continuità di assistenza, incremento della capacità di autogestione, informazione e sostegno. Per cui risulta indispensabile:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• elaborare modelli organizzativi per sviluppare un'assistenza multidisciplinare;</li> <li>• diffondere pratiche operative basate su prove di efficacia;</li> <li>• elaborare strumenti educativi di promozione dell'empowerment;</li> <li>• elaborare misure di processo e di esito e correlati sistemi informativi;</li> <li>• implementare percorsi formativi specifici per tutti gli attori coinvolti.</li> </ul> <p>Appare dunque necessario, soprattutto per le demenze, definire un insieme di percorsi assistenziali secondo una filosofia di gestione integrata della malattia, che risulti efficace ed efficiente, avvalendosi di un piano di azioni prioritarie che dovranno essere declinate ed articolate sulla base dei bisogni specifici e delle risorse individuate ai diversi livelli locali e che definiscano un livello minimo uniforme di cure su tutto il territorio regionale.</p> <p>La complessità dell'assistenza richiesta dalla malattia di Alzheimer e demenze correlate, necessita quindi di un modello organizzativo che sia in grado di riconoscere la centralità del paziente e della sua famiglia come luogo elettivo di cura, anche attraverso programmi di assistenza dedicata e di formazione periodica alla famiglia stessa nell'ottica di proposte assistenziali individualizzate ed in collaborazione con le associazioni di volontariato presenti sul territorio.</p>
<p><b>OBIETTIVI</b></p>	<p>Le linee di intervento sulle quali sviluppare il percorso di miglioramento del disease management per le demenze sono espressi nel Decreto del Dirigente che prevede una razionalizzazione della presa in carico attraverso la condi-</p>





DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

	<p>visione di pratiche operative basate sulle prove di efficacia, lo sviluppo dell'assistenza in una logica multidisciplinare, lo sviluppo di percorsi formativi specifici. Pertanto appare strategico promuovere un processo che miri ad individuare modalità e strutture che rappresentino il nodo di accesso alla rete integrata. In questa sede sono indicate altre azioni prioritarie mirate a rafforzare il governo specifico della problematica.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• adozione di criteri diagnostici (clinici e strumentali) improntati ad appropriatezza, precocità e tempestività;</li> <li>• verifica e valutazione delle prescrizioni farmacologiche (appropriatezza prescrittiva neurolettici e Nota 85)</li> <li>• offerta e potenziamento dei percorsi formativi rivolti ai caregivers e alle figure di accompagnamento;</li> <li>• elaborazione ed implementazione di un sistema di monitoraggio.</li> <li>• promozione della presa in carico e della continuità assistenziale da parte rete integrata in logica di Area Vasta;</li> <li>• mantenere le Unità Valutative attualmente operanti nell'ambito delle demenze.</li> </ul>								
<p><b>TEMPI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)</b></p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="443 1211 1299 1308">Riorganizzare/mantenere l'attività delle Unità Valutative attualmente operanti</td> <td data-bbox="1299 1211 1495 1308">12 mesi</td> </tr> <tr> <td data-bbox="443 1308 1299 1404">Elaborazione di linee guida da parte del CRD in ambito diagnostico, terapeutico ed assistenziale.</td> <td data-bbox="1299 1308 1495 1404">12 mesi</td> </tr> <tr> <td data-bbox="443 1404 1299 1500">Sviluppare il sistema di rilevazione dei piani terapeutici assistenziali</td> <td data-bbox="1299 1404 1495 1500">3 mesi</td> </tr> <tr> <td data-bbox="443 1500 1299 1563">Proporre nuovi eventi formativi</td> <td data-bbox="1299 1500 1495 1563">12 mesi</td> </tr> </table>	Riorganizzare/mantenere l'attività delle Unità Valutative attualmente operanti	12 mesi	Elaborazione di linee guida da parte del CRD in ambito diagnostico, terapeutico ed assistenziale.	12 mesi	Sviluppare il sistema di rilevazione dei piani terapeutici assistenziali	3 mesi	Proporre nuovi eventi formativi	12 mesi
Riorganizzare/mantenere l'attività delle Unità Valutative attualmente operanti	12 mesi								
Elaborazione di linee guida da parte del CRD in ambito diagnostico, terapeutico ed assistenziale.	12 mesi								
Sviluppare il sistema di rilevazione dei piani terapeutici assistenziali	3 mesi								
Proporre nuovi eventi formativi	12 mesi								
<p><b>INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Approvazione delle linee guida</li> <li>• Attivazione nuovi percorsi formativi</li> <li>• Rilevazione delle attività</li> </ul>								
<p><b>RISULTATI ATTESI</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Miglioramento della capacità assistenziale;</li> <li>• Omogeneizzazione delle procedure diagnostico - assistenziali</li> <li>• Condivisione delle linee guida sulla demenza.</li> </ul>								

V



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

SCHEDA n. 2c

**GENERALITA'**

<b>PROPONENTE</b>	<b>REGIONE MARCHE</b>
<b>Linea Progettuale</b>	<b>NON AUTOSUFFICIENZA-Stato Vegetativo</b>
<b>Titolo del progetto</b>	<i>Percorso assistenziale per i pazienti in SMC e CV</i>
<b>Durata del progetto</b>	<b>12 mesi</b>
<b>Referente</b>	<b>Agenzia Regionale Sanitaria</b>

**ASPETTI FINANZIARI**

<b>COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO</b>	<b>€ 579.011</b>
---------------------------------------	------------------

**IL PROGETTO**

<b>CONTESTO RELAZIONE ILLUSTRATIVA</b>	<p>Negli ultimi decenni, in tutti i paesi industrializzati, è emersa una nuova popolazione di pazienti con quadri clinici complessi con Gravi Cerebrolesioni Acquisite (GCA) che includono il coma, lo Stato Vegetativo (SV) lo Stato di Minima Coscienza (SMC), in progressiva crescente incidenza. Si tratta di condizioni cliniche con caratteristiche che comportano necessità assistenziali peculiari, un'organizzazione multidisciplinare, strutture dedicate, nuova cultura professionale e, non ultima, la necessità di coinvolgimento e di supporto psicologico dei familiari.</p> <p>La Regione Marche, già con il PSR 2007-2009 e successivamente con il PSR 2012/2014 ha promosso l'attivazione di reti cliniche orientate ad un miglioramento complessivo dell'assistenza ospedaliera e della rete territoriale valorizzando la presa in carico del paziente, la continuità assistenziale e l'integrazione dei profili sociali e sanitari.</p> <p>Con la DGR 1414 del 8/10/12: "recepimento e attuazione da parte della Regione Marche accordo n. 44/cu del 5 maggio 2011 tra il governo, le regioni e le provincie autonome di Trento e Bolzano "linee di indirizzo per l'assistenza alle persone in stato vegetativo e stato di minima coscienza" - istituzione gruppo tecnico regionale per l'assistenza alle persone in stato vegetativo e stato di minima coscienza" la regione Marche ha recepito le linee di indirizzo ministeriali ed ha istituito un gruppo di lavoro con l'obiettivo di mettere a regime modelli e requisiti organizzativi di presa in carico del paziente in stato vegetativo e dei familiari, dalla fase acuta alla gestione degli esiti, in una logica di reti integrate "coma to comunity".</p>
------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

*Handwritten signature*



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

<b>DESCRIZIONE</b>	Il presente progetto si prefigge di qualificare i percorsi assistenziali per i pazienti in SV E SMC in tutte le fasi : fase critica- fase acuta sub acuta - fase post acuta - fase degli esiti.	
<b>OBIETTIVI</b>	<p>L'obiettivo principale del presente progetto consiste nella realizzazione di percorsi assistenziali specifici per rispondere alle esigenze dei pazienti che presentano quadri clinici complessi con Gravi Cerebrolesioni Acquisite (GCA) che includono il coma, lo Stato Vegetativo (SV ) lo Stato di Minima Coscienza (SMC) migliorando l'offerta assistenziale al momento presente nel nostro territorio regionale.</p> <p>In particolare obiettivi specifici sono i seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantire e migliorare la presa in carico nelle fasi: critica, acuta, sub acuta, post acuta e degli esiti;</li> <li>• condurre una ricognizione puntuale delle strutture e delle attuali risorse sul territorio regionale preposte al trattamento e alla gestione dei pazienti con gravi cerebro lesioni e in SV e in SMC;</li> <li>• identificare, nell'ambito delle linee di indirizzo nazionali, modelli organizzativi adattabili alla specificità regionale per la gestione dei pazienti in fase critica, in fase acuta e sub-acuta, in fase post-acuta e nella fase degli esiti;</li> <li>• identificare, nell'ambito delle linee di indirizzo nazionali, percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali adattabili alla specificità della realtà regionale, in un sistema integrato di reti "coma to community";</li> <li>• promuovere l'adozione delle linee guida nazionali sugli aspetti clinici con particolare riferimento ai criteri di stabilizzazione clinica e di passaggio fra setting nei pazienti in SV e SMC;</li> <li>• predisporre un piano di divulgazione delle linee guida nazionali e di formazione per i professionisti coinvolti in tutte le fasi di trattamento dei pazienti in SV e in SMC e dei loro familiari (carte dei servizi);</li> <li>• predisporre un piano di verifica e di monitoraggio della qualità per l'assistenza dei pazienti in SV e SMC ;</li> <li>• identificare idonei flussi informativi di rete ed afferenti alla regione e al NSIS.</li> </ul>	
<b>TEMPI</b>	Ricognizione della realtà regionale	3 mesi
<b>ATTUAZIONE</b> (CRONOPROGRAMMA)	Definizione dei percorsi	12 mesi
	Piano di divulgazione e formazione	6 mesi
	Definizione di standard di processo	3 mesi
<b>INDICATORI</b> (di struttura, di processo, di risultato)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• n. iniziative di divulgazione e di formazione delle linee guida nazionali</li> <li>• Formalizzazione dei percorsi</li> <li>• Formalizzazione degli standard</li> <li>• Presenza del piano delle verifiche</li> </ul>	



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

<b>RISULTATI ATTESI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Miglioramento della qualità assistenziale del paziente in SV attraverso:             <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Maggiore omogeneità dell'inquadramento diagnostico</li> <li>❖ Appropriatelyzza dei setting assistenziali</li> <li>❖ Rafforzamento della presa in carico globale</li> <li>❖ Coinvolgimento delle famiglie</li> </ul> </li> </ul>
-------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

*SCHEDA n. 2d*

**GENERALITA'**

<b>PROPONENTE</b>	REGIONE MARCHE
<b>Linea Progettuale</b>	NON-AUTOSUFFICIENZA
<b>Titolo del progetto</b>	<i>Gestione del fondo per la non autosufficienza</i>
<b>Durata del progetto</b>	12 mesi
<b>Referente</b>	Agenzia Regionale Sanitaria

**ASPETTI FINANZIARI**

<b>COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO</b>	<b>€ 15.057.214</b>
---------------------------------------	---------------------

**IL PROGETTO**

<b>CONTESTO RELAZIONE ILLUSTRATIVA</b>	<p>Il "Protocollo d'intesa per la difesa del lavoro, la coesione sociale, il sostegno allo sviluppo" firmato il 12/11/2009 tra la Giunta Regionale delle Marche e le Segreterie Regionali CGIL CISL UIL Marche prevede un percorso di allineamento delle tariffe delle Residenze Protette alla normativa vigente nel periodo 2010-2013.</p> <p>La DGR 1230 del 2 agosto 2010 "Approvazione dello schema di accordo sui percorsi di allineamento delle tariffe delle residenze protette alla normativa vigente. Anni 2010-2013" definisce:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• le modalità di implementazione della DGR 1493 del 27 ottobre del 2008 "LR n. 25/2008 "Assestamento del bilancio 2008", articolo n. 37 "Fondo regionale per la non autosufficienza" - Attuazione adempimenti";</li> <li>• la necessità di costruire un atto di fabbisogno complessivo indicando le modalità di gestione della fase transitoria per le Residenze Protette;</li> <li>• la necessità di ridefinire un sistema tariffario complessivo indicando le modalità</li> </ul>
----------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Y



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

	<p>di gestione della fase transitoria per le Residenze Protette;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• il "piano di riallineamento" della quota a carico del SSR per arrivare, nel 2013, alla copertura del 50% della tariffa giornaliera;</li> <li>• i passaggi tecnici ed istituzionali successivi alla firma dell'accordo;</li> <li>• la quota di finanziamento (distinta per anno) necessaria a coprire il complessivo percorso di riallineamento della quota a carico del SSR e la quota impegnata per il 2010.</li> </ul> <p>La DGR 1729 del 29 novembre 2010 "Approvazione del modello di convenzione tra Azienda sanitaria unica regionale e residenze protette per anziani" approva:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• il nuovo modello di convenzione tra Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) e Residenze Protette per anziani;</li> <li>• gli allegati necessari a rendicontare le "eventuali prestazioni aggiuntive a carico del cittadino" e i "valori economici complessivi e importo massimo della convenzione per la quota a carico del Servizio Sanitario Regionale".</li> </ul> <p>Il percorso, avviato nel 2010, si colloca nel contesto di superamento della fase transitoria di convenzionamento con le Residenze Protette per anziani che prevede il riallineamento delle tariffe e del minutaggio assistenziale nel periodo 2010-2013.</p>	
<b>DESCRIZIONE</b>	<p>Il percorso attuativo del Protocollo di intesa, iniziato con l'applicazione delle disposizioni della DGR 1493/08 e dei suoi decreti attuativi, nel 2010 ha visto l'approvazione delle due DGR di cui sopra che hanno dato continuità al progetto e, di fatto, stabilito il tracciato della progettualità per la sua prosecuzione nel corso del 2011 e del 2012</p>	
<b>OBIETTIVI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Operatività, a regime, delle convenzioni tra ASUR e Enti gestori.</li> <li>• Aggiornamento e verifica del piano complessivo di convenzionamento per il 2012, secondo le indicazioni della DGR 1230/10, con l'applicazione dei criteri definiti dalla stessa DGR relativamente alla quota 2012 della convenzione a carico del SSR e alla quota massima ammissibile di compartecipazione del cittadino.</li> <li>• Manutenzione del "Protocollo di intesa" attraverso gli incontri del "Tavolo regionale permanente di monitoraggio" e dei "Tavoli zionali permanenti di monitoraggio".</li> </ul>	
<b>TEMPI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)</b>	<p>Prosecuzione del convenzionamento per l'annualità 2012</p>	<p>12 mesi</p>
<b>INDICATORI (di struttura, di pro-</b>	<p>o Incremento del minutaggio assistenziale in ogni struttura convenzionata in base alla convenzione firmata.</p>	



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

cesso, di risultato)	o Progressiva riduzione della compartecipazione dei cittadini per effetto del ri allineamento previsto da ogni specifica convenzione.
<b>RISULTATI ATTESI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Miglioramento dei livelli assistenziali con riduzione del contributo economico a carico del cittadino.</li> <li>Progressiva omogeneizzazione del governo dell'offerta residenziale, nelle Residenze Protette, per gli anziani non autosufficienti.</li> </ul>

**SCHEDA n. 3 a**

**GENERALITA'**

<b>PROPONENTE</b>	<b>REGIONE MARCHE</b>
<b>Linea Progettuale</b>	<b>CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE</b>
<b>Titolo del progetto</b>	<i>Rete delle Cure Palliative per adulti e bambini</i>
<b>Durata del progetto</b>	<b>12 mesi</b>
<b>Referente</b>	<b>Agenzia Regionale Sanitaria</b>

**ASPETTI FINANZIARI**

<b>COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO</b>	<b>€ 1.447.527</b>
---------------------------------------	--------------------

**IL PROGETTO**

<b>CONTESTO RELAZIONE ILLUSTRATIVA</b>	<p>La Legge 38 del 15 marzo 2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" e l'accordo Stato regioni del 16 dicembre 2010 "linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali nell'ambito della rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore" sottolineano come fondamentale il potenziamento della rete assistenziale di cure palliative che in Italia è ancora insoddisfacente.</p> <p>Nella nostra Regione una serie di azioni preliminari alla realizzazione di tale progettualità sono state svolte nel corso degli ultimi anni a partire dall'avvio di tavoli di confronto tra le professionalità che si dedicano all'assistenza dei pazienti che necessitano di cure palliative e che hanno reso possibile la DGR 1233 del 2 agosto del 2010 "Linee di indirizzo per il trattamento farmacologico del dolore neoplastico nell'adulto", in linea con i dettami legislativi (legge 38/2010).</p> <p>In coerenza con la Legge 38/2010 la regione sta provvedendo alla realizzazione della rete regionale che potrà integrarsi nella costituenda rete nazionale.</p>
----------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Con decreto n. 15 del 5/12/2011 si è attivato un gruppo di coordinamento per la rete delle cure palliative, che ha il compito di sviluppare:

- un coordinamento nelle singole aziende
- la definizione ed applicazione di indirizzi per lo sviluppo omogeneo di percorsi di presa in carico e assistenza in cure palliative ai sensi dell'art. 2, comma 1
- la definizione di indicatori quali-quantitativi di cure palliative ivi inclusi gli standard di cui al decreto 22 febbraio 2007, n. 43
- le linee di indirizzo per l'attivazione di percorsi di continuità assistenziale attraverso le UO di Oncologia del Presidio Ospedaliero-Assistenza domiciliare-Hospice
- la definizione del percorso assistenziale "progetto bambino"
- la definizione e sviluppo del sistema informativo regionale sulle cure palliative e assolvimento del debito informativo previsto a livello ministeriale
- promozione di programmi obbligatori di formazione continua in cure palliative coerentemente con quanto previsto dall'art. 8, comma 2 della legge n. 38/2010
- campagna informativa intesa ad informare i cittadini sulle modalità ed i criteri di accesso alle prestazioni ed ai programmi di assistenza con il coinvolgimento dei MMG, delle farmacie pubbliche e private e delle organizzazioni ONLUS.

Tale gruppo ha elaborato il modello organizzativo che prevedeva una sperimentazione in Area Vasta attraverso la costituzione di una Unità' di Cure Palliative-Hospice (UCPH di Area Vasta di secondo livello) e la scelta di referenti collocati in sede territoriale e che vedeva l'integrazione con le associazioni di volontariato presenti sul territorio è stato definito ma siamo in attesa di una sua implementazione effettiva. Il modello che non è stato ancora sperimentato è stato tuttavia elaborato condiviso dai professionisti del settore nell'ambito del coordinamento regionale per garantire il miglioramento delle cure palliative domiciliari dell'adulto e del bambino e risulta attualmente in fase di valutazione da parte della direzione aziendale dell'ASUR per valutarne la sua applicabilità. Il modello prevede che l'Unità di Cure Palliative-Hospice (UCPH) si strutturi all'interno dell'Hospice e che si integri con il personale infermieristico per garantire l'estensione dell'assistenza nel territorio in logica trans-murale.

La realtà regionale ha nell'ultimo anno implementato la disponibilità di posti letto in Hospice collocandosi di fatto tra le regioni con elevata risposta assistenziale ed ha migliorato la conoscenza tra i professionisti di settore per una miglior presa in carico dei pazienti.

IL Gruppo di coordinamento sta elaborando inoltre le modalità applicative sull'intero territorio regionale dell'Intesa Stato-Regioni del 22 luglio 2012 "Definizione dei requisiti minimi assistenziali e delle modalità organizzative necessari



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

	<p>per l'accreditamento delle strutture ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore", per lo sviluppo delle cure palliative dell'adulto e delle cure palliative pediatriche.</p> <p>Sono stati formati molti professionisti nel settore attraverso iniziative formative ECM svolte dai professionisti che partecipano al tavolo di coordinamento regionale ed è stato elaborato un piano formativo di settore che verrà attivato a breve.</p> <p>Inoltre nell'ambito della formazione regionale è stato predisposto un piano specifico considerando la tematica di rilievo regionale.</p> <p>Con la DGR 1696 del 3/12/2012 si è dato mandato all'ASUR di sviluppare il percorso di rete delle cure palliative in coerenza con le indicazioni del gruppo di coordinamento regionale in cui sono presenti i rappresentanti dell'ASUR medesima oltre che degli altri Enti del SSR.</p>
<p><b>DESCRIZIONE</b></p>	<p>Il progetto in continuità con le azioni svolte negli anni passati è volto a realizzare il miglioramento della qualità di vita dei malati terminali (oncologici e non) che necessitano di assistenza e cure per il controllo dei sintomi fisici e psico-emozionali al fine di perseguire una morte dignitosa nonostante non vi siano più trattamenti efficaci per la guarigione.</p> <p>Con tale progettualità si intende garantire pertanto il miglioramento dell'assistenza nelle strutture e nei luoghi deputati alla cura dei pazienti in "fase di fine vita" attraverso lo sviluppo del modello definito nell'ambito del coordinamento regionale, nel rispetto dei requisiti minimi assistenziali e delle modalità organizzative previste nell'Intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012, e rivolto sia a soggetti adulti che in età pediatrica finalizzato al mantenimento del maggior livello di qualità di vita.</p>
<p><b>OBIETTIVI</b></p>	<p>Sviluppare un servizio di cure palliative domiciliari in un'ottica integrata di rete di Area Vasta che assicuri un'assistenza specialistica al paziente nelle cure di fine vita, sia per gli adulti che per i pazienti pediatrici, mettendo in campo anche l'integrazione con le strutture dell'Hospice, del territorio, delle associazioni di volontariato ivi presenti e delle UO dolore in continuità con quanto è già stato realizzato.</p> <p>Gli obiettivi specifici sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• identificazione ed implementazione di percorsi assistenziali integrati rivolti alle cure palliative</li> <li>• attivazione di percorsi di continuità assistenziale con coinvolgimento attivo delle strutture di ricovero e cura e degli operatori operanti a livello territoriale</li> <li>• definizione dei criteri di arruolamento dei pazienti eleggibili in base a indicatori quali-quantitativi</li> <li>• condivisione di un progetto assistenziale specificamente rivolto al bambino già</li> </ul>





DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

	<p>elaborato dal sottogruppo costituito ad hoc</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• promozione di ulteriori specifici programmi di formazione</li> <li>• realizzazione di una campagna informativa intesa ad informare i cittadini sulle modalità ed i criteri di accesso alle prestazioni ed ai programmi di assistenza con il coinvolgimento dei MMG, delle farmacie pubbliche e private e delle organizzazioni ONLUS.</li> </ul>	
<p><b>TEMPI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)</b></p>	Sviluppo delle linee di indirizzo clinico assistenziale	6 mesi
	Attivazione dei programmi di integrazione delle strutture dedicate del SSR finalizzate alla continuità assistenziale	12 mesi
	Verifica e monitoraggio del progetto	6 mesi
	Assolvimento debito informativo regionale	12 mesi
	Realizzazione di una campagna informativa	12 mesi
<p><b>INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• numero aziende che hanno costituito il coordinamento previsto dalla legge 38/2010</li> <li>• assolvimento debito informativo regionale secondo quanto richiesto dal tavolo LEA</li> <li>• n. e % pazienti con modalità di dimissione secondo le linee di indirizzo regionali (domicilio, trasferimento in ospedale, trasferimento in hospice, dimissione volontaria, trasferimento in altra struttura socio-sanitaria, altro)</li> <li>• numero Pediatri di libera scelta coinvolti in programmi di formazione sulla gestione del dolore</li> </ul>	
<p><b>RISULTATI ATTESI</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• definizione e formalizzazione delle indirizzo clinico assistenziale per gli adulti e pazienti pediatrici;</li> <li>• miglioramento della presa in carico clinico-assistenziale e della qualità di vita.</li> </ul>	

Y



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

SCHEDA n. 3 b

**GENERALITA'**

<b>PROPONENTE</b>	<b>REGIONE MARCHE</b>
<b>Linea Progettuale</b>	<b>CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE</b>
<b>Titolo del progetto</b>	<i>Sviluppo della rete dell'assistenza per la terapia del dolore</i>
<b>Durata del progetto</b>	<b>12 mesi Agenzia Sanitaria Regionale</b>
<b>Referente</b>	<b>Agenzia Regionale Sanitaria</b>

**ASPETTI FINANZIARI**

<b>COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO</b>	<b>€ 1.447.527</b>
---------------------------------------	--------------------

**IL PROGETTO**

<b>CONTESTO RELAZIONE ILLUSTRATIVA</b>	<p>La legge n. 38 del 15 marzo 2010 avente per oggetto il diritto del cittadino all'accesso alle cure palliative ed alla terapia del dolore, rappresenta una spartiacque determinante nell'organizzazione dei servizi sanitari del nostro paese.</p> <p>La corretta gestione del dolore è intesa come un diritto umano fondamentale ed è un processo di fondamentale importanza per una pratica della medicina moderna di natura etica, orientata alla persona assistita ed attenta al rapporto costo-beneficio.</p> <p>All'interno di questa legge si ravvisa il riferimento scientifico al modello bio-psico-sociale, caratterizzante la medicina moderna, secondo cui nella nocicezione vengono incorporati fattori fisici, psicologici (cognitivi, emozionali, comportamentali), sociali e culturali.</p> <p>La terapia del dolore rappresenta uno degli aspetti deboli del SSR che tuttavia nell'ultimo anno ha avviato la rilevazione del dolore attraverso l'inserimento nelle cartelle cliniche di una idonea cartella sul dolore.</p> <p>La necessità di tutelare sia pazienti in età adulta sia in età pediatrica impone alla Regione la definizione di un progetto finalizzato ad individuare un percorso organizzativo atto a migliorare la terapia del dolore sia a livello ospedaliero sia, soprattutto, a livello territoriale. In coerenza con la Legge 38 la regione sta provvedendo alla realizzazione della rete regionale che potrà integrarsi nella costituenda rete nazionale.</p> <p>Con DGR 1634/2010, ha avviato lo sviluppo la Rete per le cure palliative e la Rete per la Terapia del dolore ed ha introdotto i primi necessari percorsi per l'attivazione della rete medesima predisponendo gruppi di lavoro che hanno elaborato documenti finalizzati allo sviluppo delle reti medesime e che hanno sviluppato la presente proposta</p>
------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

	<p>progettuale che risulta in fase di sperimentazione nell'Area Vasta 3.</p> <p>Si è inoltre sviluppata l'attività di analgesia presso le strutture delle aziende ospedaliere per pazienti adulti e nell'Azienda ospedaliera universitaria Ospedali Riuniti di Ancona anche per pazienti pediatrici. Inoltre nella stessa Azienda si è attivata la rilevazione del dolore attraverso specifica scheda per migliorare il controllo del dolore in ambito ostetrico favorendo il parto in dolore.</p>
DESCRIZIONE	<p>Il progetto prevede lo sviluppo di un modello assistenziale capace di garantire nell'ambito delle strutture sanitarie ospedaliere della regione Marche una rilevazione sistematica ed uniforme del dolore da parte degli operatori coinvolti (capacità a rilevare metodicamente il dolore, capacità di apprezzare l'entità del dolore) e conseguentemente, ove necessario, la somministrazione di una terapia antalgica appropriata ed efficace. L'operatore sanitario rileva e documenta il dolore della persona assistita, quale V parametro vitale, utilizzando uno strumento standardizzato, validato per valutare l'intensità del dolore.</p> <p>Si svilupperà un nuovo modello organizzativo, integrato nel territorio nel quale il livello assistenziale viene distinto in tre nodi complementari: i centri di riferimento di terapia del dolore (HUB), l'ambulatorio di terapia antalgica (SPOKE), e gli ambulatori dei MMG. IL Gruppo di coordinamento sta elaborando inoltre le modalità applicative sull'intero territorio regionale dell'Intesa Stato-Regioni del 22 luglio 2012 "Definizione dei requisiti minimi assistenziali e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore".</p> <p>Il progetto "Ospedale-Territorio senza Dolore" è volto a realizzare il miglioramento della qualità di vita dei pazienti che necessitano di cure di qualsiasi tipo e presentino il sintomo dolore; tale progetto si concretizza attraverso il controllo del dolore spesso associato ad altri sintomi. Si prevede l'attivazione di programmi di gestione del dolore procedurale per l'adulto in ambito ospedaliero. Inoltre la progettualità sarà adeguatamente supportata nell'ambito formativo dando priorità alla necessaria crescita culturale degli operatori sanitarie socio-sanitarie e contestualmente mirando allo sviluppo della comunicazione al cittadino favorendone lo sviluppo delle aspettative non solo in termini di salute come di solito recepito ma anche di miglioramento della percezione del proprio diritto ad essere tutelato nel controllo del dolore.</p> <p>Nelle Aziende Ospedaliere e negli ospedali dove sono già presenti strutture deputate alla rilevazione, da parte degli operatori sanitari, del dolore e alla somministrazione di terapia specifica, il progetto prevede il mantenimento delle attuali attività ed una eventuale implementazione ove necessario; particolare attenzione sarà data anche al controllo del dolore in ambito ostetrico, favorendo ulteriormente lo sviluppo del "parto indolore".</p>



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

<p><b>OBIETTIVI</b></p>	<p><b>Obiettivi generali</b> L'obiettivo è il raggiungimento della miglior qualità di vita possibile per i pazienti e le loro famiglie. Gli interventi per la rilevazione ed il controllo del dolore devono essere applicati il più precocemente possibile in aggiunta agli altri trattamenti.</p> <p>L'obiettivo del progetto è diffondere la terapia del dolore a livello ospedaliero ed extra ospedaliero con particolare attenzione all'attività domiciliare.</p> <p>A tale scopo sono state elaborate le STANDARD OPERATING PROCEDURES (SOP) che contengono le informazioni e le istruzioni rivolte a tutti gli operatori che dovranno rilevare il sintomo dolore e che sono attualmente in fase di valutazione nell'ambito della citata sperimentazione in Area Vasta</p> <p><b>Obiettivi specifici del progetto sono i seguenti:</b></p> <p>La necessità di tutelare sia pazienti in età adulta sia in età pediatrica impone alla Regione la definizione di un progetto finalizzato ad individuare un percorso organizzativo in ottica di Area Vasta atto a migliorare la terapia del dolore sia a livello ospedaliero sia, soprattutto, a livello territoriale. Pertanto si prevede di sviluppare</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• il coordinamento e promozione nelle singole aziende</li> <li>• l'inserimento nelle cartelle cliniche della scheda di rilevazione dolore contenente le indicazioni previste verificata all'interno del CVPS</li> <li>• l'applicazione del modello sperimentato qualora risulti idoneo su tutto il livello regionale</li> <li>• migliorare il debito informativo regionale sulla terapia del dolore</li> <li>• mantenimento dell'attività dei centri che attualmente erogano prestazioni di terapia del dolore (ospedaliere ed ambulatoriali) anche prevedendone la loro riorganizzazione</li> </ul>													
<p><b>TEMPI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)</b></p>	<table border="1"> <tr> <td>Implementare in logica di Area Vasta le strutture deputate a sviluppare la progettualità</td> <td>6 mesi</td> </tr> <tr> <td>Verifica e monitoraggio del progetto</td> <td>10 mesi</td> </tr> <tr> <td>Definizione del nuovo percorso assistenziale e sua implementazione</td> <td>10 mesi</td> </tr> <tr> <td>Assolvimento debito informativo regionale</td> <td>6 mesi</td> </tr> <tr> <td>Sviluppo sistema di Verifica e ottimizzazione dei Sistemi di monitoraggio</td> <td>12 mesi</td> </tr> <tr> <td>percorsi formativi</td> <td>12 mesi</td> </tr> </table>	Implementare in logica di Area Vasta le strutture deputate a sviluppare la progettualità	6 mesi	Verifica e monitoraggio del progetto	10 mesi	Definizione del nuovo percorso assistenziale e sua implementazione	10 mesi	Assolvimento debito informativo regionale	6 mesi	Sviluppo sistema di Verifica e ottimizzazione dei Sistemi di monitoraggio	12 mesi	percorsi formativi	12 mesi	
Implementare in logica di Area Vasta le strutture deputate a sviluppare la progettualità	6 mesi													
Verifica e monitoraggio del progetto	10 mesi													
Definizione del nuovo percorso assistenziale e sua implementazione	10 mesi													
Assolvimento debito informativo regionale	6 mesi													
Sviluppo sistema di Verifica e ottimizzazione dei Sistemi di monitoraggio	12 mesi													
percorsi formativi	12 mesi													
<p><b>INDICATORI</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• formalizzazione del documento regionale per uniformare i comportamenti</li> <li>• attivazione di programmi di gestione procedurale del dolore dell'adulto in ambito ospedaliero;</li> </ul>													

*Handwritten signature*



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• implementazione della rilevazione del dolore nei pazienti ricoverati;</li> <li>• numero di MMG e Pediatri di libera scelta coinvolti in programmi di formazione sulla gestione del dolore;</li> <li>• numero di programmi di formazione attivati;</li> <li>• incremento del consumo di farmaci oppiacei per la gestione del dolore;</li> <li>• riduzione del consumo di FANS;</li> </ul>
<b>RISULTATI ATTESI</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Validazione del nuovo modello organizzativo integrato sul territorio</li> <li>2. omogeneizzare/uniformare una metodologia per la gestione del dolore cronico</li> <li>3. Incremento del consumo di farmaci oppiacei per la gestione del dolore</li> </ol>

**SCHEDA n. 4**

<b>GENERALITA'</b>	
<b>PROPONENTE</b>	REGIONE MARCHE
<b>Linea Progettuale</b>	BIOBANCHE DI MATERIALE UMANO
<b>Titolo del progetto</b>	<i>Interventi per le biobanche di materiale umano</i>
<b>Durata del progetto</b>	12 mesi
<b>Referente</b>	Agenzia Regionale Sanitaria
<b>ASPETTI FINANZIARI</b>	
<b>COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO</b>	€ 434.258
<b>IL PROGETTO</b>	
<b>CONTESTO RELAZIONE ILLUSTRATIVA</b>	<p>Nelle biobanche oltre alle unità cordonali vengono conservati campioni biologici di tessuti, sangue periferico, liquidi biologici ecc. che rappresentano una risorsa importante nel trattamento dei pazienti affetti da malattie cronico-degenerative e neoplastiche, la cui attività deve essere implementata e per la quale si deve tendere ad un livello di qualità ancora più elevato. Per questo l'attività di donazione deve essere costantemente incrementata.</p> <p>Nella nostra regione l'attività di raccolta è garantita grazie alle attività di coordinamento svolte dal DIRMT.</p>
<b>DESCRIZIONE</b>	Il progetto si propone di incrementare il numero delle unità bancate effettivamente disponibili all'uso trapiantologico per il fabbisogno nazionale ed internazionale



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

	<p>garantendo i livelli di qualità e sicurezza previsti dalle disposizioni normative nazionali e comunitarie vigenti e dagli standard internazionalmente accettati. Il progetto prevede di migliorare la raccolta anche attraverso la riorganizzazione della rete integrata di punti nascita autorizzati alla raccolta del sangue in linea con quanto contenuto nella DGR 1088 del 25/7/2011" Recepimento Accordo approvato dalla Conferenza Unificata del 16 dicembre 2010 concernente "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo". Lo sviluppo della rete si basa inoltre un sistema coordinato per il trasporto delle unità raccolte, atto a garantire la conservazione delle proprietà biologiche delle unità trasportate e la massima efficienza delle trasferimenti delle stesse.</p> <p>Infine il progetto vuole migliorare la raccolta di cellule staminali emopoietiche del midollo osseo o di sangue venoso periferico.</p>
<b>OBIETTIVI</b>	<p>Le azioni sullo specifico settore sono rivolte a mantenere le attività ed a sostenere iniziative che consentano di mantenere il numero delle donazioni presso le strutture aziendali.</p> <p>Obiettivi specifici</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. ulteriore estensione dell'attività di raccolta presso un numero progressivamente crescente di punti nascita del territorio in base alla programmazione regionale, nonché garanzia di un adeguato livello di formazione e mantenimento delle competenze degli operatori addetti alla raccolta nei punti nascita;</li><li>2. estensione delle possibilità i tempi di ricezione delle unità cordonali raccolte da parte delle Banche, finalizzato ad eliminare le limitazioni orarie e giornaliere della donazione;</li><li>3. sistematica applicazione dei requisiti di qualità e sicurezza previsti dalle disposizioni normative vigenti e degli standard tecnici ed operativi condivisi all'interno della rete delle banche;</li><li>4. incremento dell'inventario nazionale delle unità cordonali conservate;</li><li>5. realizzazione di campagne di informazione, comunicazione e sensibilizzazione sul territorio con l'obiettivo di informare e rendere consapevoli i cittadini del valore della donazione solidaristica del sangue cordonale e sull'utilizzo appropriato del sangue cordonale.</li><li>6. migliorare ed implementare l'attività di raccolta delle cellule staminali emopoietiche del midollo osseo o di sangue periferico.</li><li>7. migliorare ed implementare l'attività di raccolta di tessuto umano.</li></ol>



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

<b>TEMPI ATTUAZIONE CRONOPROGRAMMA</b>	• estensione dell'attività di raccolta costituzione di reti regionali integrate di punti nascita; attivazione progressiva dei Punti Nascita	12 mesi
	• formazione degli operatori addetti alla raccolta attraverso la realizzazione di corsi di formazione iniziale e per il mantenimento delle competenze del personale addetto alla raccolta	6 mesi
	• estensione dei tempi di ricezione delle unità cordonali raccolte da parte della Banca	12 mesi
	• miglioramento del servizio di trasporto delle unità SCO dai Centri di Raccolta delle Marche alla Banca di Riferimento al fine di garantire l'attività di donazione 7 giorni su 7	12 mesi
	• applicazione dei requisiti di qualità e sicurezza	12 mesi
	• incremento dell'inventario nazionale delle unità cordonali conservate	6 mesi
	• realizzazione di campagne di informazione, comunicazione e sensibilizzazione	6 mesi
<b>INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicatori di struttura <ul style="list-style-type: none"> <li>○ realizzazione degli adeguamenti organizzativi; richiesta Application FACT</li> <li>○ ricezione delle unità cordonali raccolte h 24 (numero delle unità raccolte/numero parti effettuati nel fine settimana e festivi), compatibilmente con l'adeguamento del personale.</li> <li>○ dotazione organica della Banca/programma (numero personale strutturato/numero personale totale).</li> </ul> </li> <li>• Indicatori di processo - Implementazione attività di raccolta tessuti <ul style="list-style-type: none"> <li>○ n° Punti nascita con un numero di parti superiore a 500/anno attivi per la raccolta nella Regione</li> </ul> </li> <li>• Indicatori di risultato <ul style="list-style-type: none"> <li>○ incremento del numero delle raccolte effettuate;</li> <li>○ riduzione del 10%/anno delle unità esportate presso strutture private.</li> </ul> </li> </ul>	
<b>RISULTATI ATTESI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• incremento del 10-15%/anno delle raccolte effettuate, con riferimento alle unità totali raccolte sul territorio nazionale nel 2008 (11.517 unità);</li> <li>• incremento di 8-10%/anno delle unità criopreservate per singola Banca o reti regionali integrate di Banche;</li> <li>• riduzione del 10%/anno delle unità esportate presso strutture private estere ad uso autologo non solidaristico.</li> </ul>	



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

## SCHEDA n. 5

## GENERALITA'

PROPONENTE	REGIONE MARCHE
Linea Progettuale	TUTELA DELLA MATERNITÀ
Titolo del progetto	<i>Riorganizzazione del percorso nascita</i>
Durata del progetto	12 mesi
Referente	Agenzia Regionale Sanitaria

## ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 579.011
--------------------------------	-----------

## IL PROGETTO

CONTESTO RELAZIONE ILLUSTRATIVA	<p>Le gravi criticità che hanno interessato l'evento nascita a livello nazionale hanno indotto il Ministero della Salute a predisporre un documento concernente "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo", approvato il 16 dicembre 2010 in sede di Conferenza Unificata, con l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province Autonome, delle Associazioni delle Province (UPI), dei Comuni (ANCI) e delle Comunità montane (UNCHEM).</p> <p>Il documento, che richiama anche quanto previsto nel Progetto Obiettivo Materno Infantile del 24 aprile 2000 per quanto attiene al percorso nascita, fornisce 10 linee di azione tra le quali è prevista un'azione di razionalizzazione/riduzione progressiva dei punti nascita con numero di parti inferiore a 1000/anno e contestuale abbinate di Unità operative ostetrico-ginecologiche con quelle neonatologiche/pediatrie in rapporto alla complessità di attività, individuando due livelli assistenziali. Il trasporto assistito materno e quello neonatale d'urgenza dovranno essere adeguati alla nuova organizzazione.</p> <p>Il Governo, le Regioni e le Province autonome sono impegnate a predisporre un Programma Nazionale basato sulle 10 linee di azione sviluppate sinergicamente ed in modo complementare a livello nazionale, regionale e locale.</p> <p>Anche le organizzazioni di rappresentanza dei medici ostetrici e delle ostetriche hanno chiesto la piena applicazione del piano di riordino dei punti nascita, ponendo</p>
---------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------





## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

dosi nella posizione di facilitatori nei rapporti con le pazienti.

La Regione Marche, con la DGR 1088 del 25/7/2011" Recepimento Accordo approvato dalla Conferenza Unificata del 16 dicembre 2010 concernente "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo" e provvedimenti conseguenti" ha recepito il suddetto Accordo, adottando nel contempo criteri per dare piena attuazione.

## DESCRIZIONE

La Regione ha avviato il proprio percorso in applicazione sia del Patto per Salute 2010-2012 del 3 dicembre 2009, che tra l'altro prevede la riorganizzazione della rete regionale di assistenza ospedaliera, sia dell'Accordo del 16 dicembre 2010, da portare a termine entro il 31 dicembre 2012.

La riorganizzazione, che coinvolge ASUR e Aziende Ospedaliere, deve essere prevista per Area Vasta intesa come bacino territoriale, anche se devono essere attentamente valutate alcune aree geografiche per le quali, in rapporto anche alla migliore accessibilità al servizio di trasporto assistito materno (STAM), possono essere valutate soluzioni organizzative diverse.

Dei 17 punti nascita, di cui 15 sono in strutture pubbliche e 2 in strutture private, attivi al momento del recepimento dell'Accordo, nel 2011 solo in 4 strutture si è superata la soglia di 1000 parti/anno; in 3 strutture, una pubblica e tutte e due le private, i punti nascita non hanno raggiunto il numero di 500 parti e pertanto nel corso del primo quadrimestre 2012 sono stati chiusi.

In attuazione dell'Accordo del 16 dicembre 2010, che a pag. 9 raccomanda l'adozione di "stringenti criteri per la riorganizzazione della rete assistenziale, fissando il numero di almeno 1000 nascite/anno quale parametro standard a cui tendere, nel triennio" sono stati predisposti i seguenti criteri:

- individuazione dei punti nascita, pubblici e privati, che nel 2010 hanno effettuato un numero di parti inferiore a 1000, ma superiore a 500;
- individuazione delle aree geografiche con rilevanti difficoltà di attivazione del servizio di trasporto assistito materno (STAM) relative alla viabilità;
- valutazione della possibilità di accorpamento dei punti nascita, con numero di parti/anno superiore a 500 ed inferiore a 1000, che insistono nelle aree geografiche di cui al punto 3.;
- per i restanti punti nascita, al di fuori di quelli individuati al punto 4., valutazione dei possibili accorpamenti, con riduzione del numero complessivo dei punti nascita, tenendo conto dei seguenti criteri:
  - accorpamenti privilegiando l'Area Vasta, intesa come bacino territoriale di appartenenza;
  - disponibilità di spazi per i posti letto, da individuare in aree di degenza con



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

almeno 20 posti letto (si tenga conto che 1000 parti/anno, con degenza media di 3,5 giorni avrebbero necessità di 12 posti letto al tasso di utilizzo dell'80%);

- numero di sale travaglio e sale parto sufficienti a garantire il numero minimo di parti (1000/anno);
- obbligo di assicurare la guardia nelle 24 ore di un medico specialista in ostetricia-ginecologia, con la previsione della pronta disponibilità integrativa al servizio di guardia;
- obbligo di assicurare nella struttura ospedaliera sede di punto nascita la guardia nelle 24 ore di un medico specialista in anestesia e rianimazione, anche al fine di assicurare il parto senza dolore;
- rispetto degli standard previsti dall'Accordo del 16 dicembre 2010 ai fini dell'autorizzazione e dell'accreditamento del punto nascita;
- accorpamento in area chirurgica, ovvero in altri settori organizzati per intensità di cura, dell'attività ginecologica, lasciando l'assistenza medica allo specialista in ostetricia-ginecologia;
- nei limiti delle dotazioni organiche complessive esistenti, potenziamento o attivazione nei Consultori familiari delle attività ambulatoriali medico-specialistiche di ostetricia e ginecologia, garantite dai dirigenti medici del punto nascita di riferimento, con presenza settimanale di almeno 36 ore: il Direttore dell'Unità Operativa che gestisce il predetto punto nascita assicura un'equa rotazione dei dirigenti medici nell'effettuazione delle attività ambulatoriali e collabora con il Responsabile del Consultorio, cui competono tutte le funzioni organizzative, per la predisposizione di protocolli operativi che integrino aspetti sanitari, di competenza medica e della professionalità ostetrica, aspetti psicologici e altri aspetti socio-sanitari con la partecipazione di tutti gli operatori sanitari dell'area materno infantile;
- individuazione delle UO complesse di Ostetricia e ginecologia esclusivamente nelle strutture ospedaliere sede di punto nascita;
- predisposizione di un protocollo organizzativo per la gestione del percorso nascita che abbia avvio dai Consultori fino all'eventuale attivazione dello STAM, in una logica di rete;
- predisposizione di un protocollo organizzativo per la gestione del neonato e della puerpera dall'ospedale al territorio;
- individuazione delle UO complesse di Pediatria con annessa Neonatologia, con assegnazione di medici pediatri con provata competenza nell'assistenza neonatologica; in tali strutture il numero di posti letto complessivi, compresi quelli di assistenza neonatologica, non può essere inferiore a 15 posti letto e deve essere garantita l'assistenza neonatale nelle 24 ore, nonché il Pronto Soccorso pediatrico di



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

	<p>I livello;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• potenziamento del trasporto neonatale d'urgenza (STEN);</li> <li>• chiusura delle UO complesse di Pediatria nelle strutture ospedaliere non sede di punti nascita;</li> <li>• predisposizione di un protocollo organizzativo per il coordinamento e la collaborazione tra pediatri ospedalieri e pediatri di libera scelta, anche in rapporto alla gestione del post partum previsto al punto 8.</li> <li>• La Regione, con il supporto degli Enti del SSR, deve predisporre il Piano di riorganizzazione dei punti nascita, che siano in grado di effettuare almeno 1000 parti/anno che non si potrà esaurire in soli 12 mesi..</li> </ul>	
<b>OBIETTIVI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• attivare il Comitato Percorso Nascita regionale</li> <li>• predisporre protocolli operativi</li> <li>• potenziare le attività consultoriali, in particolare per le donne immigrate</li> <li>• attivare ambulatori per le gravidanze a basso rischio</li> <li>• razionalizzare i punti nascita ed i reparti pediatrici/neonatologici</li> </ul>	
<b>TEMPI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Attivazione Comitato Percorso Nascita regionale (CPNr)</li> </ul>	3 mesi
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Predisposizione protocolli operativi</li> </ul>	6 mesi
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mantenimento consultori</li> </ul>	12 mesi
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Attivazione ambulatori per gravidanze a basso rischio</li> </ul>	6 mesi
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Razionalizzazione numero Punti nascita ed UO di Pediatria/Neonatologia</li> </ul>	24 mesi
<b>INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• numero incontri del CPNr</li> <li>• numero protocolli operativi attivati con atti regionali</li> <li>• numero ambulatori ed ore dedicati alle gravidanze a basso rischio (cd "fisiologiche")</li> </ul>	
<b>RISULTATI ATTESI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• riduzione del numero di donne non seguite in gravidanza</li> <li>• riduzione della percentuale di tagli cesarei</li> <li>• riduzione del numero dei Punti nascita e UO di Pediatri/Neonatologia</li> </ul>	



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

<b>GENERALITA'</b>	
<b>PROPONENTE</b>	REGIONE MARCHE
<b>Linea Progettuale</b>	MALATTIE RARE
<b>Titolo del progetto</b>	<i>Consolidamento della rete regionale per le malattie rare</i>
<b>Durata del progetto</b>	12 mesi
<b>Referente</b>	Agenzia Regionale Sanitaria
<b>ASPETTI FINANZIARI</b>	
<b>COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO</b>	€ 579.011
<b>IL PROGETTO</b>	
<b>CONTESTO RELAZIONE ILLUSTRATIVA</b>	<p>Nell'ambito dell'assistenza ai soggetti affetti da malattie rare la scelta della Regione Marche è stata quella di individuare un centro di riferimento in ambito regionale per la diagnosi ed il trattamento delle malattie rare identificato nell'ambito dell'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti di Ancona. La Regione ha adottato un modello assistenziale a rete che si colloca in un quadro di razionalizzazione dell'erogazione delle prestazioni che punta ad eliminare le duplicazioni e la frammentazione, garantendo nel contempo la qualità e l'equità di accesso. Il Centro regionale ha garantito che pazienti che per la loro specificità vengono diagnosticati presso sedi di livello nazionale godano una validazione per il percorso assistenziale all'interno del territorio regionale in particolare per quanto concerne la parte terapeutica oltre allo sviluppo di messa a punto di nuove metodiche di diagnosi e valutazione dell'efficacia delle terapia in atto.</p> <p>Sono stati organizzati incontri scientifici con i medici della Regione al fine di sensibilizzarli a queste patologie con l'obiettivo di arrivare alla formulazione di un sospetto diagnostico il più precoce possibile, data la possibilità per alcune di queste malattie di un trattamento specifico, tanto più efficace se intrapreso precocemente. Il laboratorio di Malattie Metaboliche della Clinica Pediatrica dell'Azienda Ospedali Riuniti, sta mettendo a punto un metodo che possa essere impiegato come test di screening per tutte le mucopolisaccaridosi</p> <p>Inoltre il Centro di riferimento regionale ha garantito la rilevazione sistematica dei dati per l'ISS svolge un ruolo di conselling con i referenti territoriali deputati alla segnalazione dei casi clinici</p> <p>La regione a tal scopo ha organizzato un incontro con i referenti per riallineare le procedure per l'inserimento dei pazienti nel registro.</p>

*Handwritten signature*



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

<b>DESCRIZIONE</b>	<p>Il progetto Malattie Rare 2012 della Regione Marche si colloca in continuità con l'attività progettuale degli anni precedenti, intendendo con ciò assicurare a tutti i pazienti, in qualunque comune della Regione si trovino, il potenziamento della diagnosi delle malattie rare ed una uniformità di trattamento, puntando su un'assistenza il più vicino possibile al luogo di residenza del malato e sull'impiego personalizzato del piano assistenziale.</p> <p>La sostanziale difficoltà economica in cui le regioni versano a seguito del DL95/2012 convertito in legge 135/2012 rischia di ridurre le forme assistenziali terapeutiche necessarie per questa tipologia di pazienti che spesso necessita di presidi terapeutici o farmaci classe C o presidi esclusi dalla farmacopea tradizionale.</p> <p>Per quanto riguarda l'assistenza ai pazienti con malattie rare inoltre si prevede l'implementazione della capacità dei centri territoriali di segnalare i casi clinici per ottemperare alla buona tenuta del registro malattie rare necessario per meglio comprendere la diffusione di tali patologie e migliorare gli aspetti programmatici nazionali e regionali.</p>	
<b>OBIETTIVI</b>	<p>L'obiettivo è quello di creare il collegamento tra la gestione clinica e quella socio-assistenziale. Tra gli obiettivi il consolidamento delle strutture del centro in particolare il potenziamento delle capacità diagnostiche e di cura dei pazienti affetti da malattie rare e il consolidamento e potenziamento dei laboratori di Citogenetica e di laboratorio di Malattie Metaboliche della Clinica Pediatrica.</p> <p>Inoltre si intende consolidare il follow up dei pazienti seguiti dai centri e garantire il mantenimento del registro per le malattie rare.</p>	
<b>TEMPI</b>	Consolidamento della rete assistenziale diagnostica e terapeutica	12 mesi
<b>ATTUAZIONE</b>	Mantenimento del follow-up e registro	12 mesi
<b>CRONOPROGRAMMA</b>		
<b>INDICATORI</b> (di struttura, di processo, di risultato)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• n. incontri regionali per rafforzare la rete e comunicare i dati del registro a tutti gli operatori.</li> <li>• Somministrazione diretta dei farmaci orfani</li> </ul>	
<b>RISULTATI ATTESI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consolidamento della rete regionale, integrata anche con le reti extraregionali dedicate ad altre specifiche patologie;</li> <li>• Approvazione di protocolli/linee guida per altre patologie metaboliche con avvio anche di trials clinici multicentrici.</li> </ul>	



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

SCHEDA n. 7

GENERALITA'	
PROPONENTE	REGIONE MARCHE
Linea Progettuale	PIANO NAZIONALE PREVENZIONE
Titolo del progetto	<i>Implementazione linee progettuali piano regionale della prevenzione 2010 - 2012 - anno di riferimento: 2012</i>
Durata del progetto	12 mesi
Referente	Agenzia Regionale Sanitaria
ASPETTI FINANZIARI	
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 6.948.128
IL PROGETTO	
CONTESTO	<p>Con l'Intesa Stato Regioni del 29.04.2010, è stato approvato il Piano Nazionale della Prevenzione per gli anni 2010-2012, recepito nella Regione Marche con DGR 1856 del 23 dicembre 2010 "Recepimento intesa Stato-Regioni e Province autonome del 29.4.2010 concernente il Piano nazionale della prevenzione per gli anni 2010-2012". Il Piano Regionale della Prevenzione 2010 - 2012, si pone come vincolo e come opportunità, in un contesto di importanti cambiamenti che il piano stesso può aiutare a sostenere e rispetta il mandato concordato tra Stato e Regioni, prevedendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ la continuità delle attività del Piano nazionale della prevenzione 2005-2007 e successive proroghe, in termini di completamento degli obiettivi non ancora raggiunti e di consolidamento/estensione di quelli raggiunti;</li> <li>▪ lo sviluppo di ciascuna delle macro aree individuate dal PNP 2010-2012 ed, all'interno di esse, di un congruo numero di linee di intervento con il coinvolgimento di una quota significativa del target potenziale;</li> <li>▪ la messa a regime delle attività di sorveglianza previste dal PNP 2010-2012 in quanto strumento essenziale di conoscenza ad uso del monitoraggio, della valutazione e della riprogrammazione del Piano.</li> </ul> <p>Il PRP della Regione Marche è stato valutato ed approvato dal Ministero della Salute con le procedure indicate dall'Accordo Stato Regioni.</p>
DESCRIZIONE	Attraverso 30 linee progettuali il PRP delle Marche copre le quattro macroaree in cui è suddiviso il piano nazionale: medicina predittiva (2 linee), prevenzione universale (19 linee), prevenzione delle popolazioni a rischio (6 linee); prevenzione



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

	delle complicità e delle recidive di malattia (3 linee). Le linee progettuali sono state scelte sulla base di quattro variabili maggiori: rilevanza epidemiologica, continuità con il precedente PRP, norme regionali e programmazione regionale in essere, sorveglianza epidemiologica. Per i dettagli si rimanda alla DGR 1856/10.
<b>OBIETTIVI/ TEMPI ATTUAZIONE CRONOPROGRAMMA</b>	Per l'anno 2012, secondo anno di attività nel territorio è stato dedicato alla progettazione ed approvazione del piano, per ciascuna linea progettuale sono indicati nella DGR 1856/10 obiettivi intermedi da raggiungere e relativi indicatori, che saranno oggetto della valutazione da parte del CCM come previsto dall'accordo Stato Regioni ed ai quali si rimanda per i dettagli. Attuazione delle 4 macro: o macroarea 1 – medicina predittiva o macroarea 2 – prevenzione universale o macroarea 3 – prevenzione nella popolazione a rischio o macroarea 4 – prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia

SCHEDA n. 8

<b>GENERALITA'</b>	
<b>PROPONENTE</b>	REGIONE MARCHE
<b>Linea Progettuale</b>	CONTRASTO DELLE DISUGUAGLIANZE IN SANITÀ
<b>Titolo del progetto</b>	<i>La riduzione delle Disuguaglianze</i>
<b>Durata del progetto</b>	12 mesi
<b>Referente</b>	Agenzia Regionale Sanitaria
<b>ASPETTI FINANZIARI</b>	
<b>COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO</b>	€ 1.447.527
<b>IL PROGETTO</b>	
<b>CONTESTO RELAZIONE ILLUSTRATIVA</b>	Le criticità di questo settore si configurano sostanzialmente in una debole programmazione integrata socio-sanitaria tra ambito sociale e distretto sanitario a parte una prima importante esperienza concretizzata nel 2005 a seguito della stesura di linee guida integrate elaborate dal servizio politiche sociali e dall'ASUR. Tale esperienza produsse due documenti: un piano sociale triennale di ambito e un piano attuativo di distretto annuale.



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Nel dicembre 2011 è stato adottato il nuovo Piano Socio-Sanitario Regionale che ha considerato in logica di integrazione l'opportunità di definire le strategie per la programmazione regionale sia della realtà sanitaria specifica sia di quella sociale ed infine di quell'area di overlap identificata come "integrazione socio-sanitaria" che tende ad essere riconosciuta incrementale anche in considerazione dell'aumento della fragilità (es popolazione anziana della nostra regione). Altre criticità si evincono a causa di una iniziale ridotta influenza che l'organizzazione regionale in "Ambiti territoriali sociali" ha avuto, nei primi anni, sull'intero sistema dei servizi avviati dai singoli comuni. I Comuni hanno lavorato assieme, ma ancora in maniera insufficiente rispetto agli obiettivi che ci si era posti. I Piani di Ambito sono intervenuti su un livello di programmazione aggiuntivo e non strutturale data la difficoltà anche oggettiva di mettere assieme percorsi omogenei tra comuni di individuazione dei bisogni, di elaborazione di strategie comuni, di costruzione di servizi appropriati, di valutazione dei risultati raggiunti, di coordinamento degli strumenti finanziari;

Una asimmetria nel differente ruolo del livello politico in ordine alle indicazioni strategiche e alla approvazione dell'atto di programmazione: nel caso dell'ambito sociale il piano viene infatti approvato dal Comitato dei Sindaci mentre nel caso del piano attuativo di distretto lo stesso viene approvato dal Direttore di distretto "sentito il comitato dei sindaci".

Una differente modalità di coinvolgimento partecipativo degli attori sociali: molto accentuata nel caso del piano di ambito sociale, poco utilizzata nel caso del piano attuativo di distretto.

Su queste criticità sono state date indicazioni di sistema inerenti il rafforzamento del livello programmatico di ambito mentre più deboli sono state le indicazioni riguardanti la programmazione integrata socio-sanitaria su cui non sono stati più elaborati atti di indirizzo congiunti.

**DESCRIZIONE**

Il modello marchigiano di integrazione socio-sanitaria:

- mantiene ed esalta la competenza sociale dei Comuni, promuovendo programmazione e gestione associata dei servizi sociali a livello di Ambito Territoriale Sociale (ATS); non prevede deleghe di competenze sociali alla sanità;
- conserva le competenze sanitarie nel sistema ASUR/Aree Vaste/Distretti Sanitari, rafforzando l'area socio-sanitaria;
- rafforza la dimensione unitaria del Distretto Sanitario/Ambito Territoriale Sociale come luogo privilegiato dell'integrazione socio-sanitaria sia rispetto al necessario livello di omogeneità territoriale che come interfaccia istituzionale principale della rete di servizi integrati sociali e sanitari;
- l'Area vasta è il luogo ove potranno utilmente confluire le impostazioni generali e le compatibilità di sistema da una parte e le scelte programmatiche e gestionali, come pure le indicazioni pratiche sull'integrazione che verranno dai territori





## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

dei Distretti/Ambiti Territoriali Sociali.

L'articolazione operativa del presente progetto tende ad implementare le attività che possono garantire le situazioni a maggior fragilità e si esplica attraverso uno specifico livello organizzativo di riferimento:

- lo strumento di programmazione territoriale; un unico piano territoriale socio-sanitario costruito insieme tra il Distretto Sanitario e l'Ambito Territoriale Sociale (anche in caso di più ambiti territoriali all'interno di un unico distretto);
- i punti di accesso unici (PUA) alla rete dei servizi che costituiscono la sintesi tra i punti sociali posti in essere dai comuni e dagli ambiti territoriali sociali (UPS) e i punti socio-sanitari di accesso posti in essere dalle Zone (URP e sportelli della salute);
- i sistemi integrati di valutazione multidisciplinare e di presa in carico organizzati a livello di Distretto Sanitario/Ambito Territoriale Sociale;
- i sistemi integrati di autorizzazione e accreditamento del sistema residenziale regionale che prevedono aggiornamenti importanti delle normative esistenti;
- il rafforzamento dei processi di partecipazione.

Nella regione Marche l'attenzione al tema delle diseguaglianze è stata espressa fin dal 2001 con l'attivazione dell'Osservatorio Epidemiologico sulle Diseguaglianze.

**OBIETTIVI**

Obiettivo del presente progetto è lo sviluppo della Lotta alle diseguaglianze.

Le strategie adottate per portare in evidenza il tema delle diseguaglianze nella salute sono la produzione di informazioni specifiche, la formulazione di proposte ai decisori, la formazione dei professionisti per sensibilizzarli al tema, il coinvolgimento degli utenti finali e delle loro associazioni, attività di promozione della salute (dall'epidemiologia all'azione). Una attenzione particolare dovrà essere posta al tema dei diversi orientamenti sessuali degli utenti del SSR. Di fatto a causa dell'invisibilità sociale, determinata da fattori diversi, la presenza dei pazienti ambo/bisessuali nello studio medico non viene gestita in maniera congrua con il rischio di allontanare le persone dai servizi socio-sanitari o di trascurare le specifiche vulnerabilità sanitarie. A tal fine dovranno essere attivati interventi volti allo sviluppo di formazione al tema per gli operatori socio-sanitari e interventi di monitoraggio che consentano di valutare eventuali situazioni di discriminazione nell'accesso ai Servizi socio-sanitari.

Obiettivi specifici sono relativi a:

- *Salute degli immigrati fragili*

Nelle Marche, al pari delle altre regioni italiane, si è verificato un costante e progressivo incremento della presenza di immigrati. Per loro le ragioni della differenza si sommano alla non conoscenza della lingua, della cultura, del funzionamento dei servizi del paese ospite. Numerose sono le criticità quali la carente percezione



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

della criticità da parte del sistema, la carenza di competenze "interculturali" da parte dei servizi, le barriere burocratiche in aumento, l'insufficiente presenza di servizi "a bassa soglia" e comunicazione mirata e l'insufficiente conoscenza del funzionamento dei servizi da parte degli immigrati e scarsa propensione "culturale" alla prevenzione.

Nello specifico occorre:

- continuare a diffondere i dati e le informazioni sulle disuguaglianze nella salute al fine di sensibilizzare i servizi sanitari e gli operatori;
- implementare azioni per l'acquisizione da parte dei servizi di competenze interculturali (formazione, audit, consolidamento dei gruppi di lavoro sulle tematiche della salute degli immigrati), strategie di offerta attiva e di promozione della salute, impiegare sistematicamente la mediazione interculturale (in attuazione della DGR 1516/2006);
- proseguire con le strategie rivolta alla "Promozione della salute materno-infantile della popolazione immigrata nella regione Marche";
- avviare campagne di prevenzione dell'alcoolismo e attuare la prevenzione nei luoghi di lavoro (sempre in ottica interculturale);
- realizzare interventi specifici: a) a tutela della salute dei Rom b) a tutela della salute e per la riduzione del danno per le persone che si prostituiscono e che sono vittime della tratta c) a tutela della salute dei rifugiati;
- continuare a garantire i livelli essenziali di assistenza e consolidare servizi a bassa soglia (in attuazione della DGR 1516/06) In tale ottica In tale ottica gli ambulatori STP devono costituire nodi di una rete socio-assistenziale integrata. In particolare, inoltre, è necessario garantire l'assistenza pediatrica ai bambini non iscrivibili al SSR secondo quanto previsto dalla Convenzione di New York (Legge 27 maggio 1991, n. 176).

• *Accompagnamento delle fragilità*

Sulla base delle risultanze del laboratorio delle Manifestazioni di Interesse per l'Integrazione socio-sanitaria "L'accompagnamento delle fragilità in sanità" dell'ASUR e del successivo progetto, sempre della Direzione Generale ASUR : "Coerenza delle fasi dei processi di assistenza alla fragilità" si definiranno atti cogenti di tutela specifica delle persone fragili "nel" sistema dei servizi, con particolare riferimento a:

- prassi operative di coinvolgimento delle associazioni di tutela, dei patronati, del volontariato e/o di organismi diversi esterni al sistema sanitario e sociale;
- semplificazione dei rapporti tra MMG, PLS, Ospedali, UVD integrate, commissioni medico-legali e servizi sociali diversi;
- l'ospedale permeabile attraverso lo sviluppo di informazioni e comunicazioni per



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

	il miglioramento della logicità e tempestività degli interventi per il cittadino interni al sistema ospedale e tra questo ed altre Aziende o sistemi.	
<b>TEMPI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)</b>	Attivazione di gruppo di lavoro integrato per la definizione di processi e procedure di accompagnamento delle fragilità.	12 mesi
<b>INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)</b>	o Ricognizione delle azioni territoriali sociosanitarie di accompagnamento delle fragilità per impostare il monitoraggio permanente delle iniziative.	
<b>RISULTATI ATTESI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Progressivo innalzamento dell'attenzione degli operatori sanitari e sociali sui bisogni di intervento specifico dei pazienti fragili.</li> </ul>	

*SCHEDA n. 9 a*

<b>GENERALITA'</b>	
<b>PROPONENTE</b>	REGIONE MARCHE
<b>Linea Progettuale</b>	PROMOZIONE DELL'APPROCCIO DI GENERE IN SANITÀ
<b>Titolo del progetto</b>	<i>Contrasto alla violenza alle donne e miglioramento approccio di genere</i>
<b>Durata del progetto</b>	12 mesi
<b>Referente</b>	Agenzia Regionale Sanitaria
<b>ASPETTI FINANZIARI</b>	
<b>COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO</b>	€ 229.505
<b>IL PROGETTO</b>	
<b>CONTESTO RELAZIONE ILLUSTRATIVA</b>	Tra le attività che la regione sta sviluppando ed intende implementare per la medicina di genere si pongono in evidenza i percorsi di genere sviluppati negli ospedali dell'ASUR e non solo (ospedali con bollini rosa) tra queste attività si pone in primo piano il contrasto alla violenza sulle donne. Di fatto la consapevolezza che la violenza rappresenta uno dei maggiori problemi di salute pubblica a livello mon-



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

	<p>diale che ha gravi e durature implicazioni immediate e future sulla salute e sullo sviluppo psicologico e sociale di individui, famiglie, e paesi ha determinato un interesse specifico determinato già nel PSSR 2012-2014 adottato nel dicembre 2012 dalla nostra regione. In questo ambito il * contrasto alla violenza sulle donne deve trovare consolidamento e strategie integrate nel sistema dei servizi sociali sanitari</p> <p>La Regione Marche ha promulgato la L.R. n.32/2008 - Interventi contro la violenza in cui, tra l'altro, si costituiscono i Centri Antiviolenza provinciali che possano accogliere le Donne vittime di Violenza e monitorare lo sviluppo del fenomeno sul territorio.</p>	
<p><b>DESCRIZIONE</b></p>	<p>Il progetto si propone di sviluppare le necessarie azioni per il contrasto della violenza sulle donne attraverso interventi che siano capaci di essere attivi sia nelle fasi della prevenzione attraverso il contrasto alle situazioni che possono realizzare atti di violenza e soprattutto attraverso gli interventi precoci nei confronti delle donne vittima di violenza attivando canali di ascolto adeguati. Inoltre si ritiene di incrementare azioni di assistenza riabilitativa già presenti ma ancora insufficienti sul territorio regionale ed ancora presenti in maniera disforme</p>	
<p><b>OBIETTIVI</b></p>	<p>Nell'ambito dei percorsi di assistenza socio-sanitaria verranno programmate e attuate specifiche azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• interventi mirati ad ottenere la certificazione del bollino rosa presso gli ospedali</li> <li>• interventi mirati a prevenire la violenza (prevenzione primaria);</li> <li>• interventi sulle risposte più immediate alla violenza, quali assistenza pre-ospedaliera, servizi di pronto soccorso adeguatamente formati (prevenzione secondaria);</li> <li>• interventi che si concentrano sull'assistenza a lungo termine come riabilitazione e reintegrazione, attenuazione del trauma, riduzione degli effetti a lungo termine associati alla violenza da parte dei Servizi Sociali adeguatamente formati. (prevenzione terziaria)</li> </ul>	
<p><b>TEMPI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)</b></p>	<p>Raccordo tra Centri Anti Violenza e servizi socio-sanitari territoriali impegnati contro la violenza alle donne</p>	<p>12 mesi</p>
	<p>Attività di formazione nei confronti degli operatori</p>	<p>3 mesi</p>
<p><b>INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Incremento delle attività di ascolto/presa in carico dei Centri Anti Violenza provinciali</li> <li>○ n. attività formative svolte</li> </ul>	
<p><b>RISULTATI ATTESI</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Migliore conoscenza del fenomeno della violenza sulle donne per predisporre interventi mirati più efficaci</li> <li>• Interventi precoci</li> </ul>	



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

SCHEDA n. 9 b

**GENERALITA'**

<b>PROPONENTE</b>	REGIONE MARCHE
<b>Linea Progettuale</b>	PROMOZIONE DELL'APPROCCIO DI GENERE IN SANITÀ
<b>Titolo del progetto</b>	<i>Osteoporosi</i>
<b>Durata del progetto</b>	12 mesi
<b>Referente</b>	

**ASPETTI FINANZIARI**

<b>COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO</b>	€ 60.000
---------------------------------------	----------

**IL PROGETTO**

<b>CONTESTO RELAZIONE ILLUSTRATIVA</b>	<p>In regione si intende sviluppare la medicina di genere sia in ambito sanitario che in ambito sociale. In particolare è in fase di sviluppo un percorso assistenziale per la prevenzione, la diagnosi ed il trattamento dell'osteoporosi problema che acquisisce nella nostra regione un valore dimensionale importante anche in considerazione della longevità della nostra popolazione. Gruppo attivo</p> <p>Risulta attivo in regione un gruppo di lavoro che ha elaborato le linee di indirizzo per l'osteoporosi e risposte seppur non uniformi a tale disturbo sono presenti nell'ambito regionale. Inoltre esiste un ambulatorio dedicato presso l'Azienda Ospedaliera-Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona che lavora nell'ottica della presa in carico globale delle pazienti che presentano un quadro di rarefazione ossea pericolosa per la loro stabilità ossea.</p>
<b>DESCRIZIONE</b>	<p>Il progetto si propone di sviluppare gli interventi che siano capaci di essere attivi nelle fasi della prevenzione attraverso il miglioramento delle azioni di contrasto all'osteoporosi mediante una sana alimentazione ed un corretto stile di vita. Si ritiene poi necessario sviluppare gli interventi precoci nei confronti delle donne che presentano la problematica osteoporosi attraverso interventi adeguati. Inoltre si ritiene di incrementare azioni di assistenza nelle fasi avanzate anche attraverso interventi riabilitativi.</p>
<b>OBIETTIVI</b>	<p>Il percorso assistenziale prevede specifiche azioni per i diversi livelli di prevenzione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• interventi mirati a prevenire l'osteoporosi prima che si verifichi (prevenzione</li> </ul>



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

	primaria); <ul style="list-style-type: none"> <li>• interventi precoci (prevenzione secondaria);</li> <li>• interventi che si concentrano sull'assistenza a lungo termine attraverso la messa in campo di interventi efficaci per la sicurezza del sistema scheletrico evitando fratture spontanee o per minimi traumi anche attraverso l'informazione alle donne sui rischi e come prevenire le possibili fratture.</li> </ul>	
TEMPI	Definizione del percorso assistenziale	12 mesi
ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	Attività di formazione nei confronti degli operatori	3 mesi
	Attività di informazione/comunicazione alle donne	12 mesi
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Incremento delle attività di comunicazione informazione alle cittadine</li> <li>○ n. attività formative svolte agli operatori</li> <li>○ interventi precoci nelle fratture del femore</li> </ul>	
RISULTATI ATTESI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Miglioramento della presa in carico precoce delle donne per predisporre interventi mirati più efficaci</li> </ul>	

## SCHEDA n. 10

<b>GENERALITA'</b>	
PROPONENTE	REGIONE MARCHE
Linea Progettuale	DIAGNOSI DA INFEZIONE DA HIV
Titolo del progetto	<i>Diagnosi e percorso assistenziale dei pazienti affetti da HIV</i>
Durata del progetto	12 mesi
Referente	Agenzia Regionale Sanitaria
<b>ASPETTI FINANZIARI</b>	
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 434.258
<b>IL PROGETTO</b>	
CONTESTO RELAZIONE ILLUSTRATIVA	Nella nostra realtà regionale, in coerenza con quanto previsto dal livello ministeriale e realizzato in ambito territoriale nazionale, sono attivi da tempo servizi dedicati alla diagnosi e cura dei pazienti affetti da HIV.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

	<p>Criticità del settore permangono tuttavia in termini di capacità di effettuare una adeguata prevenzione primaria e nella possibilità di intercettare precocemente i pazienti infettati da poco sia per evitare l'ulteriore possibilità di infezione sia per dare risposte in tempi rapidi quando migliori sono le opportunità di cura.</p> <p>Interventi specifici vengono garantiti sia nella prevenzione primaria, secondaria e terziaria anche nei confronti della popolazione ad elevato rischio (Tossicomani)</p>				
<b>DESCRIZIONE</b>	<p>Con il presente progetto si intende incrementare la messa in campo di tutte le azioni necessarie per ridurre il contagio da HIV e migliorare la presa in carico precoce e l'assistenza nelle fasi di malattia avanzata. In considerazione della criticità che avanza negli ultimi anni per cui sono aumentati i "no-test" nei servizi dedicati alla cura di popolazioni a rischio (SERT) si ritiene doveroso metter in campo le azioni per invertire tale tendenza, purtroppo diffusa sull'intero territorio nazionale.</p> <p>Particolare attenzione verrà posta all'incremento delle azioni volte a ridurre i "no-test" nei Dipartimenti per le tossicodipendenze della nostra regione anche attraverso l'offerta attiva del test nelle occasioni di aggregazione realizzate nei progetti per la "riduzione del danno"</p>				
<b>OBIETTIVI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• aumento delle attività di prevenzione anche attraverso lo screening attivo a popolazioni a rischio;</li> <li>• percorsi assistenziali dedicati che sviluppano l'integrazione tra servizi (es. Dip per TD e Infettivologie)</li> <li>• miglioramento della cura e dei trattamenti per la fase di lungoassistenza ed accoglienza in strutture residenziali;</li> <li>• sviluppo di forme di comunicazione adeguate</li> </ul>				
<b>TEMPI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)</b>	<table border="1"> <tr> <td>Linee di indirizzo per l'incremento dell'offerta attiva alle popolazioni a rischio</td> <td>6 mesi</td> </tr> <tr> <td>Sviluppo di percorsi assistenziali dedicati ai pazienti affetti da HIV</td> <td>12 mesi</td> </tr> </table>	Linee di indirizzo per l'incremento dell'offerta attiva alle popolazioni a rischio	6 mesi	Sviluppo di percorsi assistenziali dedicati ai pazienti affetti da HIV	12 mesi
Linee di indirizzo per l'incremento dell'offerta attiva alle popolazioni a rischio	6 mesi				
Sviluppo di percorsi assistenziali dedicati ai pazienti affetti da HIV	12 mesi				
<b>INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ n. pazienti sottoposti al test a seguito della diffusione dei programmi di offerta attiva rispetto al n. effettuato nello stesso arco di tempo prima della diffusione dei programmi attivi</li> <li>○ n. progetti di informazione/comunicazione alle popolazioni a rischio</li> </ul>				
<b>RISULTATI ATTESI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• miglior conoscenza dei rischi di infezione da HIV</li> <li>• riduzione dei casi di infezione da HIV</li> <li>• miglioramento presa in carico precoce dei pazienti affetti da HIV</li> </ul>				



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

SCHEDA n. 11

**GENERALITA'**

<b>PROPONENTE</b>	REGIONE MARCHE
<b>Linea Progettuale</b>	PROMOZIONE DI RETE NAZIONALE PER I TUMORI RARI
<b>Titolo del progetto</b>	<i>Rete regionale dei Tumori rari</i>
<b>Durata del progetto</b>	12 mesi
<b>Referente</b>	Agenzia Regionale Sanitaria

**ASPETTI FINANZIARI**

<b>COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO</b>	€ 434.258
---------------------------------------	-----------

**IL PROGETTO**

<b>CONTESTO RELAZIONE ILLUSTRATIVA</b>	Nella nostra regione è presente una organizzazione diffusa sul territorio che consente la presa in carico dei tumori e prevede una rete sviluppata di professionisti con conseguente accesso rapido ai servizi da parte dei pazienti portatori di patologia neoplastica. Nello specifico per quanto riguarda i pazienti affetti da tumori rari permangono, come nel resto del territorio nazionale, criticità nella fase diagnostica e trattamentale per la carenza spesso di competenze specifiche. Per quanto attiene lo specifico dei tumori pediatrici nella nostra regione questi sono centralizzati presso l'ospedale pediatrico "Salesi" inserito nell'Azienda Ospedaliera-Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona collegata anche agli altri centri di ricerca nazionale. Per i tumori ematologici i centri di rilievo ematologici sono situati presso nell'Az. Osp-Univ Ospedali Riuniti di Ancona e presso l'Azienda ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord sita a Pesaro. Altre sedi sono all'interno della Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) in particolare presso l'Area Vasta 3 e presso l'Area Vasta 5.
<b>DESCRIZIONE</b>	L'opportunità e l'esigenza di partecipare all'interno di una rete di carattere nazionale ha lo scopo di rendere prezioso, per i pazienti affetti da tumori rari, il collegamento con i migliori professionisti presenti nel panorama nazionale. Si ottiene così la facilitazione dei rapporti interprofessionali che vengono ad essere oltre che semplificati incrementati. Inoltre si rende possibile una analisi coerente alimentando un data base adeguato per conoscere e seguire patologie rare e quindi difficili da tracciare. Lo scopo di rendere poi possibile l'effettuazione di studi clinici per l'utilizzo di farmaci adeguati risulta senza dubbio utile per i cittadini del-





DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

	la nostra regione e come contributo per il restante territorio regionale.	
<b>OBIETTIVI</b>	<p>Realizzazione di una rete regionale per i tumori rari in collegamento con la rete regionale oncologica in particolare per i tumori solidi che costituiscono la maggior parte dei casi di tumori rari, e collegamento con la rete nazionale tumori rari e centri di elezione per tipologia tumorale.</p> <p>Individuazione di un coordinamento regionale per lo sviluppo di una metodologia di lavoro comune.</p> <p>Presenza in carico tempestiva dei pazienti anche diagnosticati fuori regione attraverso l'individuazione dei centri regionali dedicati in base alla tipologia tumorale.</p> <p>Sviluppo di un sistema informatico per il teleconsulto sia di immagini radiologiche che di immagini istopatologiche facilitata da un percorso già attivato dalla nostra regione per la realizzazione di una piattaforma tecnologica in grado di sostenere la trasmissione di immagini diagnostiche in ambito regionale che potrebbe poi, individuati i centri nazionali di riferimento, collegarsi a questi garantendo la condivisione di immagini. Tale metodologia di lavoro garantirà la logica vincente di ridurre lo spostamento dei pazienti e familiari favorendo lo spostamento dei referti.</p> <p>Comunicazione e informazione dei cittadini sulla realizzazione della rete e sui centri a cui rivolgersi per motivi diagnostici e/o terapeutici</p>	
<b>TEMPI</b>	• individuazione di un coordinamento regionale per lo sviluppo di una metodologia comune	3 mesi
<b>ATTUAZIONE</b>	• linee di indirizzo per il percorso assistenziale a pazienti affetti da tumori rari	6 mesi
<b>(CRONOPROGRAMMA)</b>	• sviluppo di un sistema informatizzato per teleconsulto	In relazione allo sviluppo della piattaforma regionale
<b>INDICATORI</b> (di struttura, di processo, di risultato)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• atto di istituzione del coordinamento regionale</li> <li>• sviluppo di una metodologia di lavoro condivisa</li> <li>• sviluppo di un sistema informatizzato per teleconsulto</li> <li>• n. di consultazioni effettuate a distanza</li> </ul>	
<b>RISULTATI ATTESI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• miglioramento dell'assistenza dei pazienti affetti da tumori rari</li> <li>• riduzione della mobilità passiva per i pazienti affetti da tumori rari</li> </ul>	



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**SCHEDA n. 12**

**GENERALITA'**

<b>PROPONENTE</b>	REGIONE MARCHE
<b>Linea Progettuale</b>	SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA AMIANTO
<b>Titolo del progetto</b>	<i>Programma integrato per il miglioramento della gestione del rischio amianto e della sorveglianza sanitaria</i>
<b>Durata del progetto</b>	12 mesi
<b>Referente</b>	Agenzia Regionale Sanitaria

**ASPETTI FINANZIARI**

<b>COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO</b>	€ 289.505
---------------------------------------	-----------

**IL PROGETTO**

<b>CONTESTO RELAZIONE ILLUSTRATIVA</b>	<p>La Regione Marche ha dato applicazione ai contenuti della L. 257/92 nel corso dei 20 anni di validità di tale normativa.</p> <p>Con DGR n. 3496 del 30.12.97 è stato avviato il "Piano Regionale Amianto" e con DGR n. 2830 del 28.12.2000, e successive modificazioni e/o integrazioni, è stato approvato il "Piano Operativo per il censimento amianto". Le azioni conseguenti sono state portate a termine entro il 2004 dai Servizi PSAL dei Dipartimenti di Prevenzione e dall'ARPA Marche che ha sviluppato un data base in cui sono stati caricati ed elaborati tutti i dati derivanti dal censimento, limitatamente alle attività produttive. Con DGR 2197 del 6.9.1999 è stato affidato al centro di formazione del Dipartimento di Prevenzione della ASL di Urbino, ora A.V. 1 dell'ASUR, il compito di organizzare i corsi abilitanti per gli operatori delle aziende che svolgono opere di bonifica, come previsto dalla L. 257/92.</p> <p>Con DGR 166/03, è stato inoltre istituito il Centro di Osservazione Regionale delle patologie neoplastiche asbesto correlate presso l'Università degli studi di Camerino. Il centro collabora regolarmente con le strutture di prevenzione e di diagnosi e cura del SSR, con le strutture INAIL territoriali e con il centro di riferimento nazionale ora presso l'INAIL.</p> <p>Con DGR 636/2011 è stato infine istituito, presso il Dipartimento ARPAM di Pesaro, il Centro Regionale Amianto per l'esecuzione delle determinazioni analitiche. Il sistema regionale integrato della prevenzione comprendente istituzioni e parti sociali, facente capo al Comitato di coordinamento ex art. 7 del D.Lgs 81/08, aveva già ritenuto necessario predisporre un programma di valutazione delle molte iniziative intraprese da tutte le istituzioni coinvolte nelle problematiche connesse al</p>
------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

	<p>rischio amianto, avviando di conseguenza azioni per rendere più efficace e completo l'intervento nei confronti delle tematiche prevenzionali, sanitarie, sociali ed assicurative connesse con tale rischio. Il documento tecnico di dettaglio venne approvato nella seduta del 13.12.2011 del Comitato di Coordinamento ed i contenuti rispondono adeguatamente ai contenuti della parte specifica dell'accordo Stato Regioni rep. 227/CSR del 22.11.12.</p>
<p><b>DESCRIZIONE</b></p>	<p>Di seguito si descrivono sommariamente le azioni che fanno parte del progetto integrato sopra citato e che verranno quindi implementate:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Aggiornamento della mappatura dei siti produttivi realizzati in epoche antecedenti alla legge 27 marzo 1992 n. 257 nei quali sono ancora presenti manufatti contenenti amianto al fine di conoscere l'attuale situazione dei siti con presenza di MCA tenendo conto delle bonifiche effettuate negli anni che vanno dal 2005 al 2012. .</li><li>• Potenziamento delle attività di Igiene industriale specifiche per la valutazione del rischio dei soggetti attualmente esposti durante particolari fasi lavorative di gestione dei materiali contenenti amianto finalizzati ad una miglior definizione di livelli di esposizione per tipologie di intervento che, pur trovandosi in letteratura, presentano ancora aspetti di incompletezza.</li><li>• Miglioramento della qualità dei dati epidemiologici relativi alle neoplasie da amianto attraverso una area progettuale che vada ad indagare le cause di tali difformità per giungere ad un miglioramento delle procedure che generano i flussi informativi specifici ed una miglior informatizzazione degli stessi.</li><li>• Monitoraggio sull'applicazione della L. 244/2007 (attivazione del fondo vittime amianto) e sul numero e tipologie dei casi trattati</li><li>• Raccolta dati preliminare all'avvio del registro regionale degli attualmente esposti ed Ex esposti che consenta una più precisa definizione della coorte dei soggetti ex esposti e degli attualmente esposti più preciso per finalità di studio epidemiologico.</li><li>• Indagine conoscitiva sui lavoratori e sulle ditte marchigiane che attualmente operano direttamente o indirettamente a contatto con il fine di migliorare la capacità di effettuare un più puntuale monitoraggio della sorveglianza sanitaria degli esposti attuali ed una più efficace attività di prevenzione.</li><li>• Valutazione dei protocolli di sorveglianza sanitaria degli ex esposti ed esposti sperimentata nelle aree territoriali dove insistevano aziende di medie /grandi dimensioni che utilizzavano amianto per giungere ad un protocollo regionale di sorveglianza sanitaria e di counseling ed estensione di tale attività.</li><li>• Individuazione del centro di riferimento regionale per la diagnosi delle patologie asbesto correlate nella Azienda ospedaliero - universitaria "Ospedali Riuniti" di Ancona che rappresenta già oggi il principale punto di riferimento per la diagnosi/trattamento delle patologie asbesto correlate.</li><li>• Piano di comunicazione rivolto sia ai cittadini che ai lavoratori del settore (esposti ed ex esposti), accompagnerà le azioni del progetto, nell'ambito del IV protocollo di intesa Regione Marche - INAIL per le attività di prevenzione nei</li></ul>



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

<b>OBIETTIVI</b>	<p>luoghi di lavoro (DGR 814 del 6/6/2011).</p> <p>L'obiettivo del progetto consiste nella costituzione di un gruppo di lavoro che consenta di implementare le azioni volte all'aggiornamento della mappatura regionale amianto sui siti produttivi e destinati ad attività pubbliche e per l'attuazione di un programma di igiene industriale per la quantizzazione del rischio in particolari attività di gestione dei manufatti contenenti amianto oggi esistenti</p> <p>Obiettivi specifici sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• miglioramento dell'assistenza e presa in carico dei tumori asbesto correlati</li> <li>• miglioramento delle procedure che generano i flussi informativi</li> <li>• sviluppo di procedure unificate per la sorveglianza sanitaria degli ex esposti</li> <li>• formalizzazione del centro di riferimento regionale per la diagnosi/trattamento delle patologie asbesto correlate</li> <li>• redazione ed avvio di un piano di comunicazione specifico rivolto ai cittadini ed ai lavoratori con particolare riferimento agli ex esposti</li> </ul>	
<b>TEMPI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• costituzione di un gruppo di lavoro per aggiornamento mappatura regionale amianto</li> </ul>	12 mesi
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• miglioramento dell'assistenza per i pazienti affetti da tumori asbesto correlati</li> </ul>	12 mesi
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• miglioramento delle procedure che generano i flussi informativi</li> </ul>	12 mesi
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procedure unificate per la sorveglianza sanitaria degli ex esposti</li> </ul>	12 mesi
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formalizzazione del centro di riferimento regionale per la diagnosi/trattamento delle patologie asbesto correlate</li> </ul>	6 mesi
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Redazione ed avvio di un piano di comunicazione specifico rivolto ai cittadini ed ai lavoratori con particolare riferimento agli ex esposti.</li> </ul>	9 mesi
<b>INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Costituzione di gruppo di lavoro ASUR – INAIL – COR finalizzato all'analisi ed adeguamento delle procedure generanti i flussi informativi COR</li> <li>○ Atto di indirizzo inerente il programma di igiene industriale specifico</li> <li>○ Formalizzazione procedura unificata per sorveglianza ex esposti</li> <li>○ Approvazione di DGR che istituisce il centro di riferimento regionale per la diagnosi/trattamento delle patologie asbesto correlate</li> </ul>	



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**RISULTATI ATTESI**

- Diminuzione dei casi di mesotelioma "non coincidenti" tra banche dati presenti attualmente
- Miglioramento della qualità e della estensione della offerta di assistenza per i pazienti affetti da tumori asbesto correlati
- Miglioramento della sorveglianza sanitaria verso ex esposti da parte del servizio pubblico
- Identificazione del centro regionale per la diagnosi ed il trattamento delle patologie asbesto correlate
- Miglioramento quali - quantitativo delle informazioni rese disponibili dalle istituzioni verso i cittadini ed i lavoratori

Y



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

*Sintesi progetti: Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale anno 2012*

L.P.1	Scheda n° 1 a	Miglioramento dell'appropriatezza nelle cure primarie	€ 10.325.011
L.P.1	Scheda n° 1 b	Sperimentazione di ambulatori di Continuità Assistenziale per l'urgenza di bassa complessità	€ 50.000
L.P.2	Scheda n° 2 a	Percorso diagnostico-terapeutico per il malato di Sclerosi Laterale Amiotrofica	€ 579.011
L.P.2	Scheda n° 2 b	Rete di assistenza al paziente anziano con Demenza-Alzheimer	€ 579.011
L.P.2	Scheda n° 2 c	Percorso assistenziale per i pazienti in SMC e CV	€ 579.011
L.P.2	Scheda n° 2 d	Gestione del fondo per la non autosufficienza.	€ 15.057.214
L.P.3	Scheda n° 3 a	Rete delle Cure Palliative per adulti e bambini	€ 1.447.527
L.P.3	Scheda n° 3 b	Sviluppo della rete dell'assistenza per la terapia del dolore	€ 1.447.527
L.P.4	Scheda n° 4	Interventi per le Biobanche di materiale umano	€ 434.258
L.P.5	Scheda n° 5	Riorganizzazione del percorso nascita	€ 579.011
L.P.6	Scheda n° 6	Consolidamento della rete regionale per le malattie rare	€ 579.011
L.P.7	Scheda n° 7	Implementazione linee progettuali piano regionale della prevenzione 2010 - 2012 anno di riferimento 2012	€ 6.948.128
L.P.8	Scheda n° 8	La riduzione delle Disuguaglianze	€ 1.447.527
L.P.9	Scheda n° 9 a	Contrasto alla violenza alle donne e miglioramento approccio di genere	€ 229.505
L.P.9	Scheda n° 9 b	Osteoporosi	€ 60.000
L.P.10	Scheda n° 10	Diagnosi e percorso assistenziale dei pazienti affetti da HIV	€ 434.258
L.P.11	Scheda n° 11	Rete regionale dei Tumori rari	€ 434.528
L.P.12	Scheda n° 12	Programma integrato per il miglioramento della gestione del rischio amianto e della sorveglianza sanitaria	€ 289.505
L.P.1-12		<b>totale</b>	<b>€ 41.500.043</b>

Nella Delibera n. 1797/2012 viene specificata la ripartizione degli Obiettivi prioritari e di rilievo nazionale per l'anno 2012 tra gli Enti del SSR, così come di seguito riportato:

Obiettivi prioritari e di rilievo nazionale per l'anno 2012 - ripartizione fondi			
Totale assegnato alla Regione Marche € 41.500.043			
AOU Ospedali Riuniti	AO Marche Nord	INRCA	ASUR
€ 1.809.269	€ 1.312.495	€ 350.000	€ 38.028.278,50



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Si precisa che gli Enti del SSR, tenuto conto della DGR n. 1797 del 28 dicembre 2012, devono inviare alla Regione la rendicontazione unitamente ad una relazione illustrativa sull'attuazione per l'anno 2012 degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale.