



27/11/2017

1

ADUNANZA N. 164 LEGISLATURA N. X

1414

L'INCARICATO



OGGETTO: LEGGE 11 DICEMBRE 2016 N. 232 PROGRAMMA DI MIGLIORAMENTO E RIQUALIFICAZIONE AI SENSI DELL'ART. 1, COMMA 385 E SS.

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio riportato in calce alla presente deliberazione predisposto dalla PF Mobilità Sanitaria e Area Extraospedaliera 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;

VISTO il parere favorevole di cui all'art. 16 bis della legge regionale 15 ottobre 2001 n. 20 sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica del dirigente della Posizione di Funzione Mobilità Sanitaria e Area Extra Ospedaliera e l'attestazione dello stesso che dalla presente deliberazione non deriva né può derivare alcun impegno di spesa a carico della Regione;

VISTA la proposta del Dirigente del Servizio Sanità;

VISTO l'art. 28 dello Statuto regionale;

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

DELIBERA

1. di approvare il Programma di miglioramento e riqualificazione ai sensi dell'art. 1, comma 385 e ss. Legge 11 dicembre 2016 n. 232 come esplicitato nell'Allegato A parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
2. di incaricare L'ASUR di realizzazione il progetto di cui al punto 1;
3. di stabilire che il progetto costituisce direttiva vincolante per l'ASUR ai sensi dell'art. 3 comma 2 della l. r. 13/2003;

il presente atto è soggetto a pubblicazione ai sensi dell'art. 26, comma 1, del D. Lgs. 33/2013.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA REGIONALE

(Deborah GIRALDI)

Il Vice Segretario della Giunta regionale

(Fabio Tazzani)

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

(Luca CERISCIOLI)



DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Motivazione ed esito dell'istruttoria

In data 27 luglio viene emanato l'Accordo Stato Regioni, (rep. Atti n.: 118/CSR) ai sensi dell'articolo 1, comma 388 della legge 11 dicembre 2016, n.232, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, concernente le modalità di riparto tra le Regioni dell'incremento sperimentale della quota di premialità per l'anno 2017 di cui all'articolo 1, comma 385, della legge 11 dicembre 2016, n. 232 e accesso alle forme premiali in attuazione dei programmi di cui al medesimo comma.

L'Accordo stabilisce che, ferme restando le disposizioni inerenti all'accesso alla quota premiale del Servizio sanitario nazionale di cui all'articolo 2 della citata legge n. 191, *"al fine di promuovere e conseguire una maggiore efficienza ed efficacia dei servizi sanitari regionali, in coerenza con gli obiettivi di crescita e di sviluppo del Servizio sanitario nazionale, la quota di premialità di cui all'articolo 2, comma 68, lettera c) della legge 23 dicembre 2009, n. 191, è incrementata, a livello sperimentale per l'anno 2017, di una quota pari allo 0,1% del livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale"*.

Ogni regione, a livello sperimentale per l'anno 2017, può proporre al Comitato LEA, di cui all'articolo 9 della sopracitata Intesa del 23 marzo 2005, un programma di miglioramento e riqualificazione di determinate aree del servizio sanitario regionale, anche sulla base delle valutazioni operate dal comitato stesso in ordine all'erogazione dei LEA e tenuto conto delle valutazioni del sistema di garanzia di cui all'articolo 9 del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56;

Le Regioni interessate dal riparto di cui al presente accordo sono le medesime che accedono alla quota premiale di cui all'articolo 2, comma 68, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, la ripartizione delle somme tra le Regioni avviene in ragione della quota di accesso, come risultante dalla ripartizione del fabbisogno sanitario nazionale standard indistinto per l'anno 2017, determinata in applicazione delle disposizioni contenute nell'articolo 27 del decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68, al netto della quota di compartecipazione della Regione Sicilia;

L'Accordo esplicita che l'accesso alle forme premiali, nei limiti delle quote ripartite con il presente accordo, avviene a seguito della valutazione del programma operata dal Comitato LEA e, per le Regioni in piani di rientro, a seguito della valutazione congiunta del Comitato LEA con il Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti, con le seguenti modalità:

- 30% delle predette risorse erogate all'approvazione del programma;
- 70% delle predette risorse erogate all'esito della verifica annuale positiva della realizzazione del programma;
- qualora la Regione non presenti il programma entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione del presente accordo, o il programma non venga approvato dai predetti Tavoli tecnici, ovvero venga valutato negativamente in sede di verifica annuale per l'anno 2017, la stessa perde la possibilità di accedere alla quota di premialità ripartita sulla base dei criteri di cui al punto a). L'esito negativo della verifica annuale per l'anno 2017 sulla realizzazione del programma comporta, per la Regione interessata, il recupero, anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti nell'anno successivo, dell'anticipazione del 30% già erogato. Le somme rese disponibili in conseguenza delle predette condizioni sono, pertanto, integralmente riattribuite alle restanti Regioni in maniera proporzionale all'accesso previsto dal presente accordo

Sulla base delle indicazioni dell'Accordo si è e considerato quanto espresso dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficienza nell'utilizzo delle risorse, di cui all'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, nel verbale del 20 marzo 2017, che ha espresso la valutazione finale relativa agli Adempimenti 2015. Nel verbale è stato riportato che, per la Regione Marche, la certificazione degli adempimenti LEA si è conclusa positivamente e tuttavia sono state indicate alcune aree in cui la Regione deve porre particolare attenzione al fine di individuare misure di intervento per risolvere le proprie criticità nell'erogazione dei LEA. Tra queste risulta al punto s.1-s.2) assistenza domiciliare e residenziale la necessità di porre in atto azioni volte a potenziare l'offerta delle cure.

La revisione organizzativa sanitaria regionale, in attuazione del DM 70/2015 e degli atti normativi regionali conseguenti, in particolare l'attuazione della DGR 139/2016, che riduce la frammentazione ospedaliera



mediante la chiusura di 13 Ospedali di Polo, riconvertiti in Ospedali di Comunità, si pone come obiettivo principale la valorizzazione dell'area assistenziale territoriale ponendola per la prima volta come obiettivo principale per l'assistenza ai cittadini marchigiani.

L'area della assistenza territoriale rappresenta un livello assistenziale tradizionalmente di buona qualità e tuttavia non eccellente, come testimoniato anche dalla valutazione del tavolo adempimenti LEA, pertanto necessita di iniziative volte all'implementazione e al miglioramento anche mediante l'uso delle più moderne tecnologie quali la telemedicina nelle sue diverse declinazioni di ambito sanitario e socio-assistenziale (televisita, teleconsulto, telecooperazione sanitaria, telesalute, teleassistenza).

La situazione indotta dagli eventi sismici, che si sono susseguiti dal 24 agosto 2016 all'ottobre 2016 ed infine nel gennaio 2017, ha ulteriormente rafforzato il bisogno di sviluppare l'assistenza territoriale, anche a causa dell'emersione di un fabbisogno assistenziale che nell'emergenza ha trovato risposta nei diversi livelli del regime residenziale, ma che, progressivamente, dovrà essere ricondotto a livelli di maggiore appropriatezza privilegiando la dimensione dell'assistenza territoriale. Inoltre gli eventi sismici hanno fatto ben comprendere la necessità di implementare forme assistenziali flessibili al fianco delle forme assistenziali strutturate che poco si adattano ai bisogni di salute determinati da emergenze, sia nel breve che nel medio termine.

Infine la consapevolezza che il cittadino debba trovare, quando possibile, all'interno della propria dimora la miglior collocazione, soprattutto quando l'assistenza non necessita di livelli impegnativi e di alta complessità, cioè quando è il "Take Care" e non l'"High Care" che determina la qualità assistenziale, ha indotto la Regione a sperimentare forme di miglioramento assistenziale nelle due modalità principali, quella dell'Assistenza Domiciliare (Cure Domiciliari e Assistenza Domiciliare Integrata) e quella delle Cure Intermedie (CI). Le Cure Intermedie costituiscono una residenzialità che garantisce un livello assistenziale adeguato ai pazienti che, per varie situazioni non possono trovare la giusta collocazione nel proprio domicilio, ma che rimane fortemente radicata nel territorio.

Ovviamente lo sviluppo dell'Assistenza Domiciliare e delle Cure Intermedie dovrà avvenire nel rispetto della garanzia della qualità del percorso di cura dell'assistito oltre che mediante lo sviluppo della continuità assistenziale e potrà giovare di forme innovative di domiciliarità. I servizi di telemedicina possono rappresentare, in questo senso, una parte integrante del ridisegno strutturale ed organizzativo della rete assistenziale del territorio regionale. La fruibilità delle cure che la telemedicina consente di migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria mediante servizi di diagnosi e consulenza medica a distanza, monitorando i parametri vitali, riducendo il rischio d'insorgenza di complicazioni in persone a rischio o affette da patologie croniche. Infine tale strumento ben si inserisce in una regione che ha tra i più elevati tassi di popolazione anziana nel panorama nazionale, con conseguente elevato tasso di cronicità delle patologie.

Questa occasione potrà infine determinare lo sviluppo di una valutazione multidimensionale unitaria ed omogenea sul territorio regionale a supporto del Piano assistenziale individuale come definito dal Patto per la salute 2014-2016 all'articolo 6, comma 4 *"Per l'individuazione di un setting di erogazione delle prestazioni sociosanitarie (domiciliare, territoriale ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale) e l'ammissione ad un livello appropriato di intensità assistenziale si fa ricorso alla valutazione multidimensionale effettuata da uno strumento valutativo del quale sia stata verificata la corrispondenza con gli strumenti già concordati dalle Regioni con il Ministero della Salute"*; comma 5 - contenuto della valutazione multidimensionale, il comma 6 *"Il Piano di Assistenza individuale (PAI) è redatto dalla equipe responsabile della presa in carico dell'assistito"*.

Perno fondamentale di tale sviluppo assistenziale è dato dalla competenza del Medico di Medicina Generale (MMG) e del Pediatra di Libera Scelta (PLS) come responsabile clinico dell'assistito nel territorio (che opera anche all'interno delle Aggregazioni Funzionali Territoriali) e parte integrante della "equipe di cura".

Pertanto il programma di miglioramento della regione Marche è stato redatto nell'ambito della Assistenza territoriale e l'area prioritaria di intervento individuata è stata quella che riguarda la "Qualificazione della Assistenza territoriale - Assistenza Domiciliare, Residenzialità/Cure Intermedie - e supporto della Telemedicina" esplicitata nell'Allegato A alla presente deliberazione.



Infine il programma di miglioramento si integra con la progettualità delle Aree interne superando il confine delle medesime a favore di tutto il territorio regionale con particolare attenzione alle aree colpite dal sisma e con le attività previste nella DGR Marche n. 954 del 8/8/2016 "Programmazione 2014-2020 Strategia delle Aree Interne - Approvazione della proposta di strategia e delle schede di intervento ad essa collegate, presentate dall'area interna "Basso Appennino Pesarese e Anconetano" in ottica di sistema e di efficientamento dell'uso delle risorse e nella logica della valorizzazione ed integrazione degli interventi, relativa alle 4 aree di intervento sanitario di seguito esplicitate:

- "Telemedicina negli Ospedali di Comunità e nel Sistema di emergenza sanitaria";
- "Gestione delle cronicità nelle aree interne";
- "Piattaforma per nuovo-PUA Salute e Welfare";
- "Rete delle strutture residenziali e semiresidenziali".

Con le risorse rese disponibili dal presente piano di miglioramento derivanti dalla premialità, risorse pari ad € 3.261.884 e della DGR 954/16 verranno incrementate le attività assistenziali e contestualmente con le risorse messe a disposizione dalla DGR 820/2017 verrà acquisita la piattaforma di telemedicina per l'intero sistema assistenziale regionale per la realizzazione del quale sarà necessaria la attività di tutti gli Enti del SSR.

Il programma con nota del Presidente della Regione del 25/08/2017 è stato presentato al Comitato Permanente del Tavolo LEA e approvato dal Comitato Lea nella riunione del 21 settembre 2017. Con nota prot n. 0033357 del 20/10/2017 è stata data comunicazione alla Regione della approvazione del programma nella medesima nota veniva allegata la tabella di riparto.

Nella medesima seduta del comitato è stato dichiarato che l'avvio delle attività del progetto di durata annuale è da intendersi il 01/10/2017.

Per avviare tali attività si rende necessaria l'approvazione della presente deliberazione che in allegato A riporta il programma di miglioramento della Regione Marche parte integrante della presente deliberazione.

Il programma di miglioramento verrà sviluppato dall'ASUR e costituisce per il medesimo Ente del SSR direttiva vincolante ai sensi dell'art. 3 comma 2 della l. r. 13/2003;

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

Tutto ciò premesso si propone l'adozione di conforme deliberazione.

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

(Angelo Di MATTEA)



PARERE della PF Mobilità Sanitaria e Area Extraospedaliera

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

IL DIRIGENTE
(Filippo MASERA)

PROPOSTA DEL DIRIGENTE DEL SERVIZIO SANITA'

La sottoscritta, considerata la motivazione espressa nell'atto, propone l'adozione alla Giunta regionale della presente deliberazione, in relazione alla quale dichiara, ai sensi dell'articolo 47 del D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'articolo 6 bis della L. 241/1990 e degli articoli 6 e 7 del DPR 62/2013 e della DGR 64/2014.

IL DIRIGENTE
(Lucia DI FURIA)

La presente deliberazione si compone di n. ¹⁵ pagine, di cui n. ⁹ di allegati.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
(Deborah GIRALDI)

Il Vice Segretario della Giunta regionale
(~~Fabio Tavazzani~~)

*Allegato A***Regione Marche****Programma di miglioramento e riqualificazione ai sensi dell'art. 1, comma 385 e ss. Legge 11 dicembre 2016 n. 232**

Durata del programma: 12 mesi dalla data di validazione

Il programma rientra nell'ambito di un più ampio progetto pluriennale di sviluppo dell'assistenza territoriale attraverso il potenziamento delle cure domiciliari (ADI) e l'implementazione delle Cure Intermedie (CI) negli Ospedali di Comunità della regione, anche attraverso la realizzazione di servizi di telemedicina quale strumento organico al Servizio Sanitario Regionale della Regione Marche.

Capitolo 1: Analisi della situazione regionale

Il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficienza nell'utilizzo delle risorse, di cui all'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, nel verbale del 20 marzo 2017, ha espresso la valutazione finale relativa agli Adempimenti 2015. Nel verbale è stato riportato che, per la Regione Marche, la certificazione degli adempimenti LEA si è conclusa positivamente e tuttavia sono state indicate alcune aree in cui la Regione deve porre particolare attenzione al fine di individuare misure di intervento per risolvere le proprie criticità nell'erogazione dei LEA. Tra queste risulta al punto s.1-s.2) assistenza domiciliare e residenziale la necessità di porre in atto azioni volte a potenziare l'offerta delle cure.

La revisione organizzativa sanitaria regionale, in attuazione del DM 70/2015 e degli atti normativi regionali conseguenti, in particolare l'attuazione della DGR 139/2016, che riduce la frammentazione ospedaliera mediante la chiusura di 13 Ospedali di Polo, riconvertiti in Ospedali di Comunità, si pone come obiettivo principale la valorizzazione dell'area assistenziale territoriale ponendola per la prima volta come obiettivo principale.

L'area della assistenza territoriale rappresenta un livello assistenziale tradizionalmente di buona qualità e tuttavia non eccellente, come testimoniato anche dalla valutazione del tavolo adempimenti LEA, pertanto necessita di iniziative volte all'implementazione e al miglioramento anche mediante l'uso delle più moderne tecnologie quali la telemedicina nelle sue diverse declinazioni di ambito sanitario e socio-assistenziale (televisita, teleconsulto, telecooperazione sanitaria, telesalute, teleassistenza).

La situazione indotta dagli eventi sismici, che si sono susseguiti dal 24 agosto 2016 all'ottobre 2016 ed infine nel gennaio 2017, ha ulteriormente rafforzato il bisogno di sviluppare l'assistenza territoriale, anche a causa dell'emersione di un fabbisogno assistenziale che nell'emergenza ha trovato risposta nei diversi livelli del regime residenziale, ma che, progressivamente, dovrà essere ricondotto a livelli di maggiore appropriatezza privilegiando la dimensione dell'assistenza territoriale. Inoltre gli eventi sismici hanno fatto ben comprendere la necessità di implementare forme assistenziali flessibili al fianco delle forme assistenziali strutturate che poco si adattano ai bisogni di salute determinati da emergenze, sia nel breve che nel medio termine.

Infine la consapevolezza che il cittadino debba trovare, quando possibile, all'interno della propria dimora la miglior collocazione, soprattutto quando l'assistenza non necessita di livelli impegnativi e di alta complessità, cioè quando è il "Take Care" e non l'"High Care" che determina la qualità assistenziale, ha indotto la Regione a sperimentare forme di miglioramento assistenziale nelle due modalità principali, quella dell'Assistenza Domiciliare (Cure Domiciliari e Assistenza Domiciliare Integrata) e quella delle Cure Intermedie (CI). Le Cure Intermedie costituiscono una residenzialità che garantisce un livello assistenziale adeguato ai pazienti che, per varie situazioni non possono trovare la giusta collocazione nel proprio domicilio, ma che rimane fortemente radicata nel territorio.

Ovviamente lo sviluppo dell'Assistenza Domiciliare e delle Cure Intermedie dovrà avvenire nel rispetto della garanzia della qualità del percorso di cura dell'assistito oltre che mediante lo sviluppo della continuità



assistenziale e potrà giovare di forme innovative di domiciliarità. I servizi di telemedicina possono rappresentare, in questo senso, una parte integrante del ridisegno strutturale ed organizzativo della rete assistenziale del territorio regionale. La fruibilità delle cure che la telemedicina consente migliora la qualità dell'assistenza sanitaria mediante servizi di diagnosi e consulenza medica a distanza, monitorando i parametri vitali, riducendo il rischio d'insorgenza di complicazioni in persone a rischio o affette da patologie croniche. Infine tale strumento ben si inserisce in una regione che ha tra i più elevati tassi di popolazione anziana nel panorama nazionale, con conseguente elevato tasso di cronicità delle patologie.

Questa occasione potrà infine determinare lo sviluppo di una valutazione multidimensionale unitaria ed omogenea sul territorio regionale a supporto del Piano assistenziale individuale come definito dal Patto per la salute 2014-2016 all'articolo 6, comma 4 *"Per l'individuazione di un setting di erogazione delle prestazioni sociosanitarie (domiciliare, territoriale ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale) e l'ammissione ad un livello appropriato di intensità assistenziale si fa ricorso alla valutazione multidimensionale effettuata da uno strumento valutativo del quale sia stata verificata la corrispondenza con gli strumenti già concordati dalle Regioni con il Ministero della Salute"*; comma 5 - contenuto della valutazione multidimensionale, il comma 6 *"Il Piano di Assistenza individuale (PAI) è redatto dalla equipe responsabile della presa in carico dell'assistito"*.

Perno fondamentale di tale sviluppo assistenziale è dato dalla competenza del Medico di Medicina Generale (MMG) e del Pediatra di Libera Scelta (PLS) come responsabile clinico dell'assistito nel territorio (che opera anche all'interno delle Aggregazioni Funzionali Territoriali) e parte integrante della "equipe di cura".

Capitolo 2: Area prioritaria di intervento

La valorizzazione dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale si collega necessariamente anche ad una corretta gestione dei percorsi di "dimissione protetta", procedura che ha come obiettivo ottimizzare l'assistenza globale al paziente, durante e dopo il ricovero ospedaliero, con problematiche di natura socio-sanitaria che rendono difficile la dimissione ordinaria a domicilio. La DGR 110/15 della Regione Marche, che istituisce le Unità Operative Sociali e Sanitarie (U.O. SeS) avvia la regolamentazione delle "dimissioni protette"; questo Programma di miglioramento e riqualificazione permetterà una implementazione adeguata e qualificata.

Le altre dimensioni importanti, che rappresentano il nucleo del Programma di miglioramento e riqualificazione della regione Marche per lo sviluppo dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale sono: la identificazione di strumenti di valutazione multidimensionale unitari che avranno una valenza regionale; l'incremento dell'assistenza sia in Assistenza Domiciliare Integrata che nelle Cure intermedie, con il progressivo supporto della telemedicina.

Area prioritaria: Qualificazione della Assistenza territoriale - Assistenza Domiciliare, Residenzialità/Cure Intermedie - e supporto della Telemedicina

Breve Descrizione

L'Assistenza Domiciliare consente al paziente di ricevere una vasta gamma di servizi nel proprio ambiente familiare. L'ambito di applicazione dei servizi di assistenza domiciliare sarà prevalentemente sviluppato per svolgere un ruolo di tipo preventivo di ricadute, di terapia in acuto ma anche di carattere riabilitativo o palliativo. L'assistenza che sarà erogata è di tipo socio-sanitario; il target è rappresentato principalmente da persone anziane non autosufficienti o in condizioni di fragilità, pazienti che hanno bisogno di assistenza domiciliare dopo l'ospedalizzazione o persone con disabilità o malattie croniche. Per favorire il miglioramento dell'ADI, si prevede anche l'impiego di tecnologie informatiche e telematiche.

Le Cure Intermedie rappresentano, nel sistema dei servizi della Regione Marche, il livello assistenziale erogato in una struttura sanitaria a valenza territoriale (Ospedali di Comunità), in grado di dare risposte adeguate a:



- pazienti in dimissione da reparti per acuti degli ospedali, per i quali è necessario: consolidare le condizioni fisiche; continuare il processo di recupero funzionale; accompagnare il paziente con fragilità individuale o sociale nella prima fase del post-ricovero;

- pazienti provenienti dal territorio per i quali il MMG richieda un ambiente protetto per attuare/proseguire le proprie terapie al fine di evitare o disporre il ricovero in struttura ospedaliera.

La Regione Marche ha stabilito le regole dell'accordo integrativo regionale (AIR) siglato nel 2017 (DGR 751/07). Con DGR 746 del 18/07/2016 è stato siglato un primo accordo con i MMG nel rispetto degli art. 14 e 15 dell'AIR per la presa in carico assistenziale residenziale presso gli Ospedali di Comunità per un primo avvio degli stessi mediante moduli di almeno 10 posti letto di Cure Intermedie.

L'obiettivo delle CI è di fornire assistenza ai pazienti fragili che non hanno più necessità di ricovero in ambiente ospedaliero e tuttavia inidonei alla domiciliarità autonoma o con minima assistenza. Di conseguenza ci si aspetta di garantire la continuità assistenziale dopo la dimissione dall'ospedale garantendo una riduzione dell'ospedalizzazione inappropriata.

Le risorse messe a disposizione dal progetto di miglioramento, grazie all'art. 1, comma 385 e ss. Legge 11 dicembre 2016 n. 232, si integreranno con quelle necessarie alla realizzazione e sviluppo della piattaforma applicativa e delle tecnologie biomediche che saranno messe a disposizione dalle risorse regionali.

La Regione Marche, nell'ambito del sistema informativo sanitario e socio-sanitario regionale, ha sviluppato il nuovo sistema SIRTE (Sistema informativo per la Rete del Territorio), integrato con il Fascicolo Sanitario Elettronico, con moduli di software anche per la "Domiciliarità", per le "Residenze Sanitarie", per i "Medici Medicina Generale". Le iniziative e le prime azioni per l'implementazione della Telemedicina previste dal presente progetto di miglioramento potranno integrarsi con essi.

In parallelo è stato sviluppato dalla Regione Marche un progetto preliminare per lo sviluppo di una piattaforma unitaria di Telemedicina che, con l'acquisizione e la progressiva implementazione, potrà supportare l'area dell'Assistenza domiciliare e quella delle Cure Intermedie, mediante la fruizione delle diverse forme di telemedicina.

La progressiva applicazione del software per la "Domiciliarità" nel territorio regionale renderà più efficiente ed efficace l'accesso alle cure in ADI attraverso l'informatizzazione dell'Unità Valutativa Integrata (UVI, a livello distrettuale) che eseguirà una valutazione multidimensionale attraverso l'uso degli strumenti di valutazione previsti dalla normativa regionale e definirà il Piano Assistenziale Individuale (PAI).

In effetti, come specificato nell'analisi della situazione, verranno identificati strumenti di valutazione multidimensionale unitari che avranno una valenza regionale, superando la situazione di difformità ad oggi presenti sul territorio regionale.

La realizzazione del progetto di miglioramento per l'Assistenza Territoriale - Assistenza Domiciliare e Cure Intermedie, verrà articolata in fasi.

Nella prima fase si intende qualificare l'Assistenza Domiciliare con l'acquisizione di risorse aggiuntive di personale e la relativa formazione omogenea sul territorio regionale; contestualmente si vuole estendere il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale nella gestione delle Cure Intermedie.

Entrambi i regimi assistenziali saranno progressivamente integrati e supportati dalle applicazioni di "telemedicina"

Nell'ambito del recepimento del DPCM 12 gennaio 2017, sul versante dell'Assistenza Domiciliare (anche collegata con la Telemedicina) un secondo intervento consisterà nella definizione del necessario percorso regolatorio.

Una terza fase, necessariamente sviluppata in parallelo con le altre, in considerazione dei tempi necessari di realizzazione, riguarderà l'acquisizione di una piattaforma unica multispecialistica regionale di Telemedicina.



La identificazione dei servizi di *teleassistenza* e *televisita/telepresenza* che potranno essere implementati nella gestione informatizzata del Piano Assistenziale Individualizzato dell'Assistenza Domiciliare sarà oggetto di una specifica attività prevista nella prima fase.

A regime, con l'acquisizione della piattaforma unica di Telemedicina che integrerà la gestione di dati clinici strumentali ed ulteriori servizi di telemedicina (teleconsulto, telemonitoraggio...), l'Assistenza Domiciliare verrà ulteriormente rafforzata.

I primi applicativi che potrebbero essere acquisiti potrebbero essere finalizzati a:

- Accompagnamento a distanza per la corretta realizzazione delle procedure necessarie ai pazienti dializzati a domicilio.
- Accompagnamento a distanza per le procedure di Nutrizione Artificiale Domiciliare.
- Riabilitazione, anche cognitiva, a distanza.
- Supporto per la gestione delle ferite difficili.
- Supporto all'assunzione di terapie e all'utilizzo degli apparecchi medicali di semplice uso.
- Sostegno nell'esecuzione di semplici attività, quali ad esempio, piccole medicazioni e rilevazioni di alcuni semplici parametri (es. pressione arteriosa, polso e temperatura).

Sulla base del PAI l'operatore sanitario svolgerà le proprie attività ordinarie presso il domicilio del paziente e, quando dotato di opportuna stazione telematica, sarà in grado di inviare dati e segnali biometrici (pressione, frequenza cardiaca e respiratoria, ECG, holter pressorio ed elettrocardiografico, SpO2, glicemia, ecc. al centro erogatore di riferimento e modificare la tipologia d'assistenza adattandola ai mutati bisogni d'assistenza eventualmente rilevati garantirà la somministrazione di terapie, diete e questionari di valutazione, potrà inviare bioimmagini digitali (videodermatoscopiche, radiografiche, ...).

I *devices* in dotazione all'infermiere o all'operatore socio-sanitario trasmetteranno dati e tracciati tramite un'unica piattaforma di telemedicina multispecialistica accessibile dalle postazioni di ogni medico di riferimento (MMG e se necessario Medico Specialista) e da *control room* presidiate dalle equipe di infermieri e operatori sanitari in modo tale da poter condividere e modificare nuovi piani terapeutici, monitorare i livelli di aderenza alle terapie e richiedere eventualmente servizi di teleconsulto per *Second Opinion*.

In considerazione dell'architettura organizzativa regionale che è costituita da 13 distretti, la *control room* potrebbe essere inserita presso le sedi distrettuali o negli Ospedali di Comunità a cui afferisce il territorio distrettuale di competenza.

Tale piattaforma consentirà inoltre di alimentare i dossier sanitari aziendali ed il Fascicolo Sanitario Elettronico rendendo di fatto disponibile ogni dato clinico, ovunque rilevato, a tutti i soggetti abilitati.

Allo scopo di rendere operativo il nuovo modello d'assistenza sarà necessario, a seguito della realizzazione della piattaforma infrastrutturale di telemedicina e della acquisizione delle strumentazioni biomediche, accrescere la formazione dei professionisti, infermieri e OSS, che insieme ai MMG e ai PLS dovranno acquisire le necessarie competenze nell'utilizzo delle nuove tecnologie garantendo il miglioramento della assistenza e più elevati livelli di accessibilità qualità e sicurezza delle cure.

Il livello assistenziale delle Cure Intermedie viene garantito negli Ospedali di Comunità. Considerata la necessità di uniformare i comportamenti in tutte le Aree Vaste dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) nelle quali sono in essere Ospedali di Comunità e valutate le potenzialità che le strutture degli Ospedali di Comunità possono offrire allo sviluppo appropriato dell'assistenza territoriale da parte dei Medici di Medicina generale mediante l'organizzazione di Ambulatori Avanzati di medicina generale e cure primarie, è stato ritenuto utile sviluppare tale forma assistenziale mediante l'attivazione di moduli con più di 10 posti letto e di garantire la copertura h. 24 delle strutture medesime.

Tali moduli con più di 10 posti letto per l'erogazione dei servizi già richiamati nella DGR 746/2016, prevedono Medici di Assistenza Primaria mediante la presenza minima garantita di n. 4 ore giornaliere e n. 8 ore di disponibilità ai sensi dell'accordo di cui alla DGR 746/2016 c. 4, atte a coprire le 12 ore giornaliere (dalle ore



8.00 alle ore 20,00) e Medici di Continuità Assistenziale in relazione agli orari in cui è prevista la presenza della CA (dalle ore 20.00 alle ore 8.00 e nelle giornate festive e prefestive secondo quanto previsto dagli ACN). I medici registrano l'orario di entrata e di uscita dalla struttura.

Presso tali presidi verranno installate tecnologie che consentiranno di attivare servizi di telemedicina per teleconsulto e televisita con medici specialisti (pneumologi, cardiologi, diabetologi, dermatologi, ecc.).

Il pool di monitoraggio del Distretto di competenza, è l'organismo che dovrà valutare per ciascun Ospedale di Comunità di competenza il grado di raggiungimento degli standard regionali da parte di singoli medici, provvedendo a contestualizzarli nella specificità del territorio, tenendo conto delle caratteristiche strutturali del singolo Ospedale di Comunità. La verifica avverrà ogni sei mesi e sarà inviata al direttore di Area Vasta con l'elenco dei medici, i relativi standard raggiunti e l'eventuale indicazione di azioni gestionali correttive per il miglioramento dell'organizzazione della struttura.

Il pool di monitoraggio invierà i suddetti dati all'Osservatorio Regionale per l'appropriatezza che fornirà un apposito report sintetico regionale al Comitato Regionale per la Medicina Generale.

La suddetta verifica sarà effettuata secondo le modalità stabilite a seguito della determinazione dei valori di riferimento effettuata dal Comitato Regionale al termine del primo semestre di applicazione.

Ovviamente qualora il citato Accordo non venga siglato la Regione metterà a disposizione le necessarie professionalità mediante operatori dell'ASUR garantendo di fatto le CI.

Nell'ambito della presente progettualità, in analogia a quanto previsto per l'Assistenza Domiciliare, verrà identificato uno strumento di valutazione multidimensionale unitario che, sviluppato nei primi due mesi del programma, diverrà di rilievo regionale, superando la situazione di difformità ad oggi presente sul territorio regionale.

Presso ciascuno degli 13 Ospedali di Comunità oggetto della conversione da Ospedali di Polo nella Regione Marche verranno messi a disposizione strumenti di telemedicina in control room presidiate dall'equipe di infermieri e operatori sanitari. Tali control room saranno attive anche per la connessione con l'ADI.

Per quanto attiene i pazienti oggetto delle cure valgono le regole per l'accesso e la tempistica della cura già definiti nella DGR n. 960/14 e successive modificazioni.

Ovviamente fin dal momento del ricovero ospedaliero dovrà essere predisposta la dimissione presso le CI e dovrà essere predisposta la Valutazione multidimensionale e conseguente PAI; conseguentemente, per le situazioni che lo consentono, la stessa permanenza nel livello assistenziale delle Cure Intermedie va collegata ad una dimissione con l'eventuale inserimento nel sistema delle Cure domiciliari.

Il progetto si svilupperà in coerenza con i servizi di telemedicina che verranno realizzati nell'ambito dei Progetti delle aree interne della Regione Marche. Quei progetti riguardano non soltanto un numero limitato e circoscritto di Comuni (10 sui 229 Comuni marchigiani) e territori, ma sviluppano azioni adeguate alle caratteristiche peculiari di quelle aree geografiche mentre il presente progetto di miglioramento non solo ha una valenza regionale, ma sviluppa la dimensione della Telemedicina in una prospettiva multisettoriale, verso una ampia varietà di setting.

Come valore aggiunto si ritiene che i nuovi servizi di telemedicina previsti possano trovare adeguata rispondenza e garantire efficacia anche nelle aree in cui sono ancora presenti in modo massivo gli effetti dei recenti eventi sismici.

Questo progetto si pone come obiettivo lo sviluppo ed il miglioramento assistenziale dei pazienti fragili a domicilio e nel "domicilio" particolare costituito dalle residenze sanitarie in cui sono erogate le Cure Intermedie. Indirettamente ci si attende una minor ospedalizzazione e minor ricorso al Pronto Soccorso.

Altri obiettivi di contesto saranno la definizione di un nomenclatore delle prestazioni e del relativo tariffario (utili per l'attivazione di servizi convenzionati sul territorio e nei confronti di progettualità analoghe in altre Regioni), lo sviluppo di standard di servizio (autorizzazione ed accreditamento) propri delle prestazioni di



telemedicina e l'inquadramento di tali prestazioni nell'ambito dei percorsi clinico assistenziale (PCA o PDTA) e nei Piani Assistenziali Individuali (PAI).

Un ulteriore obiettivo è la riduzione dei ricoveri potenzialmente inappropriati, spesso determinati da pazienti dimessi a domicilio che non riescono ad essere autonomi e preoccupati delle loro condizioni di salute ricorrono nuovamente alle cure ospedaliere anche mediante accessi inappropriati in Pronto Soccorso; ci si aspetta pertanto anche la riduzione dei ricoveri ripetuti.

Obiettivo di salute del programma di miglioramento e riqualificazione per l'area prioritaria di intervento delle Cure Intermedie è di garantire la progressiva autonomia del paziente mediante un miglior recupero funzionale e l'accompagnamento ad un rapido passaggio al sistema dell'assistenza territoriale.

Gli indicatori che potranno misurare l'esito del programma di miglioramento e riqualificazione saranno i seguenti: aumento del numero di pazienti delle Cure Domiciliari nel territorio regionale rispetto all'anno precedente lo sviluppo della nuova organizzazione e metodologia (con dati rilevabili dai sistemi di monitoraggio LEA ed elaborabili attraverso flussi informativi nazionali); approvazione di atti specifici per il processo regolatorio; attivazione di servizi di telemedicina.



Tab. 1 Area prioritaria d'intervento

Area prioritaria di intervento	Indicatore	Valore iniziale dell'Indicatore	Target da conseguire
Qualificazione dell'Assistenza Territoriale - Assistenza Domiciliare, Residenziale/Cure Intermedie - e supporto della Telemedicina	- N° di Pazienti presi in carico in ADI al termine del progetto di miglioramento. - Approvazione di atti specifici per il processo regolatorio - Iniziale attivazione dei primi servizi di telemedicina in ambito ADI e CI	- N° Pazienti in ADI trattati nell'anno precedente all'avvio del progetto di miglioramento. - No (assenza di atti specifici per il processo regolatorio) - Attualmente non sono attivi servizi di telemedicina in ambito ADI e CI	- Aumento del N° Pazienti in ADI trattati rispetto all'anno precedente (incremento 1%) (Fonte: Flusso SIAD) - Adozione atti specifici per il processo regolatorio (Indicatore binario [SI/NO]Fonte: Relazione Servizio Sanità) - Utilizzo dei servizi di telemedicina in ambito ADI e CI, almeno in un Distretto Sanitario per Area Vasta (Fonte: Rilevazione ad hoc)

Capitolo 3. Definizione del piano di interventi

Area prioritaria di intervento	Interventi	Peso intervento	Indicatore di risultato	Valore iniziale	Risultato intermedio atteso	Risultato finale atteso
Qualificazione dell'Assistenza Domiciliare, Residenzialità/Cure Intermedie e supporto della Telemedicina	1. Acquisizione di risorse per l'Assistenza domiciliare, integrazione MMG nelle Cure Intermedie e integrazione progressiva di applicazioni di "telemedicina"	70	- Pazienti in ADI	Anno precedente		- Aumento (1%)
	2. Percorso regolatorio	20	- Approvazione atti normativi			- Aggiornamento normativa
	3. Acquisizione della piattaforma unica di Telemedicina	10	- Telemedicina			- Utilizzo almeno in una A.V.
Area		100				



Graf. 1 Cronoprogramma interventi

Area prioritaria di intervento:

Qualificazione della Assistenza territoriale - Assistenza Domiciliare, Residenzialità/Cure Intermedie - e supporto della Telemedicina

Intervento 1. Acquisizione di risorse per l'Assistenza domiciliare, integrazione MMG nelle Cure Intermedie e integrazione progressiva di applicazioni di "telemedicina"

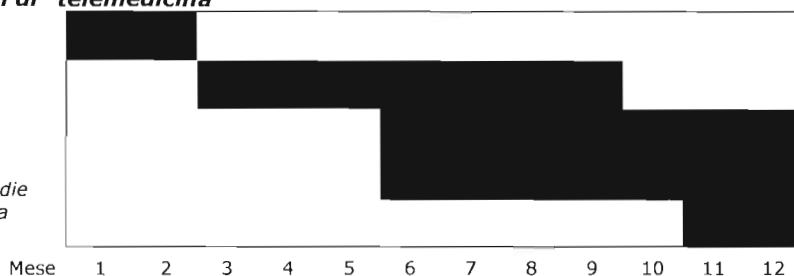
1.1 - Definizione di uno strumento di valutazione multidimensionale unitario

1.2 - Progettazione e acquisizione di servizi di teleassistenza e telepresenza

1.3 - Acquisizione risorse e riqualificazione del personale per l'assistenza domiciliare

1.4 - Rafforzamento della presenza dei Medici di Medicina Generale nella gestione delle Cure Intermedie

1.5 - Implementazione delle nuove tecnologie nella presa in carico dell'assistenza domiciliare

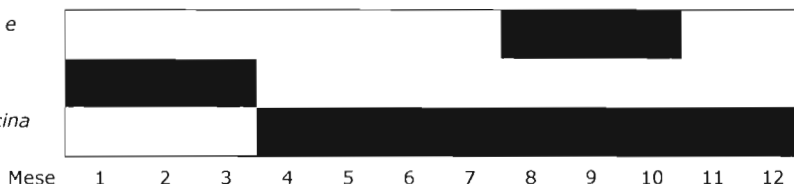


Intervento 2. Percorso regolatorio

2.1 - Definizione di nomenclatore delle prestazioni e nomenclatore tariffario

2.2 - Definizione degli standard di servizio (Autorizzazione e Accreditamento)

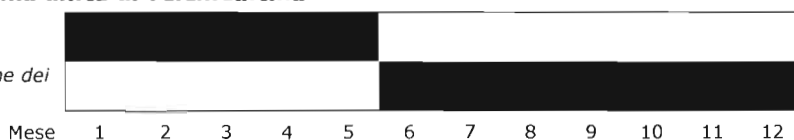
2.3 - Inquadramento delle prestazioni di telemedicina nell'ambito dei PCA-PDTA e nei PAI



Intervento 3. Acquisizione della piattaforma unica di Telemedicina

3.1 - Progettazione della piattaforma unica di telemedicina

3.2 - Procedure di appalto, stipula e predisposizione dei contratti di fornitura



Risorse necessarie

Nell'area di intervento individuata, "Qualificazione dell'Assistenza Domiciliare e supporto della Telemedicina", la Regione Marche intende dare un impulso per il miglioramento quali-quantitativo dell'assistenza territoriale e si inserisce in un disegno riorganizzativo più ampio, sia in termini di durata pluriennale che di progressivo allineamento dell'intero territorio regionale.

In questa prospettiva è evidente che il costo complessivo sarà decisamente superiore rispetto alla quota di premialità spettante alla Regione Marche sulla base della dell'art. 1, comma 385 e ss. della Legge 11 dicembre 2016 n. 232.

Le voci di costo relative al presente Programma di miglioramento e riqualificazione presentato dalla Regione Marche possono essere così sintetizzate:

- acquisizione di personale aggiuntivo da dedicare all'incremento dell'assistenza in ADI;
- riqualificazione e formazione del personale impegnato nell'assistenza in ADI e progressiva implementazione con la piattaforma di telemedicina;
- implementazione della assistenza Cure Intermedie nell'accordo integrativo regionale con i MMG e progressiva implementazione con la piattaforma di telemedicina;

Le risorse derivanti dalla premialità, pari ad € 2.921.166,00, saranno oggetto di rendicontazione specifica per la quota parte rispetto alle spese complessivamente sostenute dalla Regione Marche per la messa a regime complessiva.

[Handwritten signature]



Mentre per la piattaforma di telemedicina le risorse saranno messe a disposizione dalla Regione Marche; il conseguimento della piattaforma telematica si integrerà nel progetto di assistenza territoriale.