



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**Allegato A****Premessa**

L'Accordo tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano del 31 marzo 2020 ha definito gli obiettivi di carattere prioritario per l'anno 2020 e, al punto 4, esplicita che le Regioni "sono tenute a presentare specifici progetti per la realizzazione di alcune o tutte le linee progettuali individuate" e in particolare "presentare un progetto per ciascuna linea progettuale che prevede risorse vincolate...e un progetto per ciascuna delle linee progettuali non vincolate o per alcune di esse che la Regione intende sviluppare".

Nella Parte I, sono declinate le linee progettuali pluriennali per l'utilizzo delle risorse per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2020, come riportato nella tabella di seguito:

<b>Sintesi progetti: Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale anno 2018</b>		<b>Totale</b>
<b>Progetti regionali vincolati</b>		
L.P.	COSTITUZIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE IN AREA PEDIATRICA	€ 2.838.498,00
L.P.	PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE	€ 6.812.396,00*
<b>Progetti regionali non vincolati</b>		
L.P.	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO CONDIVISO E PERSONALIZZATO PER PAZIENTI CON MULTICRONICITA'- ANCHE IN RELAZIONE ALL'EMERGENZA COVID 19	€ 19.022.142,00
L.P.	PROMOZIONE DELL'EQUITA' IN AMBITO SANITARIO	€ 204.019,00
L.P.	LA TECNOLOGIA SANITARIA INNOVATIVA COME STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO - ANCHE IN RELAZIONE ALL'EMERGENZA COVID 19	€ 107.825,00
<b>Totale risorse</b>		€ 28.984.880,00

- Di cui il 5% pari ad euro 34.062,00 per i progetti di supporto al PNP network

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

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

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

Nella Parte II, ai sensi dell'art. 7 del citato Accordo, viene presentata la relazione illustrativa dei risultati raggiunti per ogni linea progettuale presentata nell'anno 2019 (DGR n. 1546/2019).



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Parte I

*Progetti vincolati*

1	LINEA PROGETTUALE	<b>COSTITUZIONE ED IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE PALLATIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE IN AREA PEDIATRICA</b>	
	TITOLO DEL PROGETTO	<b>COSTITUZIONE ED IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE PALLATIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE IN AREA PEDIATRICA</b>	
	AREA DI INTERVENTO	<b>COSTITUZIONE ED IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE PALLATIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE IN AREA PEDIATRICA</b>	

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

3	RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO MODALITA' DI REPERIMENTO RISORSE		
	Finanziamento	Riferimento (delibera, atto etc)	Importo
	Risorse vincolate degli obiettivi del PSN	Accordo Conferenza Stato Regioni n. 54/del 31/3/2020	<b>2.838.498,00</b>
	Eventuali risorse regionali	-	-

4	ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	Tipologia di costi	Importo in euro	note
	Costi per la formazione	5%	



**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

	Costi personale	40%	
	Costi beni e servizi	55%	

5	RISORSE NECESSARIE OPER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	RISORSE NECESSARIE	N. RISORSE	NOTE
	Disponibili	Personale dipendente	-
	Da acquisire	Beni sanitari e non sanitari, prestazioni e servizi, manutenzioni e riparazioni, ammortamenti	

6	ANALISI DEL CONTESTO SCENARIO DI RIFERIMENTO	<p>La Regione Marche da molti anni ha intrapreso azioni mirate allo sviluppo della presa in carico di pazienti con necessità di cure palliative, in linea con la normativa vigente (Legge 38/2010, Accordo Stato-Regioni n. 239/CSR del 16/12/2010, Intesa Stato-Regioni n. 151/CSR del 25/7/2012, Accordo Stato-Regioni n. 87/CSR del 10/7/2014, DM 70/15, DPCM 12/1/17), nell'ambito di una governance integrata di sistema a livello nazionale.</p> <p>In linea ed in continuità con le attività svolte negli anni precedenti, il progetto si pone l'obiettivo di implementare la rete di terapia del dolore e palliativa, finalizzata al miglioramento della qualità di vita dei malati, non solo terminali, oncologici, adulti e pediatrici, che necessitano di assistenza e cure per il controllo dei sintomi fisici e psico-emozionali, per i quali non sono identificabili trattamenti efficaci per la guarigione.</p> <p>In ottemperanza alla Legge 38/2010 ma anche al DPCM del 12 gennaio 2017, la Regione ha provveduto all'istituzione delle reti regionali per la terapia del dolore e per le cure palliative (pediatriche e dell'adulto) predisponendo uno specifico modello organizzativo della rete, con identificazione di centri Hub e Spoke.</p> <p>E' stato dato, inoltre, l'avvio alle procedure per la raccolta dati, coerentemente con quanto dettato dal livello ministeriale, relativamente all'assistenza negli Hospice, mediante un sistema informatizzato "ad hoc" che raccoglie dati anche riguardo alle attività svolte nel setting domiciliare.</p> <p>Inoltre, al fine di garantire un buon livello di qualità di vita nella fase terminale, garantendo una risposta adeguata nella gestione del paziente nei setting assistenziali più appropriati per la propria condizione, la Regione Marche con DGR 1622/18 e con decreto 128 del 29 aprile 2019 ha dato avvio all'implementazione di nuovi posti letto di Hospice raggiungendo la quota complessiva di posti letto di Hospice pari a 77, quasi in linea con lo standard di 79 posti letto</p>
---	--	--



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

		<p>previsto per la Regione Marche. Inoltre con DGR n. 257 del 11.3.2019 sono stati formalizzati i requisiti necessari alla realizzazione di strutture sanitarie extra-ospedaliere intensive ed estensive, strutture socio-sanitarie di lungo-assistenza o mantenimento e protezione che erogano prestazioni in regime residenziale e semiresidenziale con particolare riferimento ai requisiti per strutture per Hospice.</p> <p>Nel dicembre 2019 sono stati attivati n. 9 posti letto di Hospice a San Benedetto del Tronto. Sono state avviate, inoltre, le procedure per l'autorizzazione e l'accreditamento di ulteriori n. 3 posti letto presso RSA di Offida (Ascoli Piceno).</p> <p>Nel corso dell'anno 2019 si è, inoltre, cercato di migliorare la tempestività e la completezza della compilazione dei flussi relativi alle cure palliative all'interno del SIAD.</p>
--	--	--

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
		01.01.2020	31.12.2020	12 MESI

8	OBIETTIVO GENERALE	<p>Il Gruppo di Coordinamento Regionale della Rete di Cure palliative ed il Gruppo di Coordinamento regionale della Rete di Terapia del dolore, in linea con la Legge 38/2010 ed i successivi documenti applicativi nazionali, ha realizzato, specifiche azioni orientate ad incrementare il livello di implementazione del modello organizzativo di rete delle cure palliative.</p> <p>E' stata, infatti, costituita una rete regionale costituita da una aggregazione funzionale integrata per l'erogazione, in diversi <i>setting</i> assistenziali (<i>Hospice</i>, ospedaliero, residenziale e domiciliare), di livelli differenziati di presa in carico appropriati a rispondere ai bisogni sanitari delle persone affette da malattie ad esito infausto in fase avanzata.</p> <p>Tale modello organizzativo è stato istituzionalizzato a livello regionale mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• DGR n. 846/2014 per quanto riguarda le cure palliative dell'adulto,</li> <li>• DGR n. 1285/2014, relativamente alla rete pediatrica di cure palliative e terapia del dolore;</li> <li>• DGR 325/2015, per ciò che attiene la Rete regionale della terapia del dolore.</li> </ul> <p>I nodi locali della rete Cure Palliative, coordinati dall'Unità Cure Palliative – <i>Hospice</i> (UCPH), sono aggregazioni funzionali integrate in ambiti territoriali definiti (Aree Vaste) deputate all'erogazione di cure palliative in ospedale, in</p>
---	--------------------	--



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

*Hospice*, in altre strutture residenziali (RSA) e a domicilio, considerato come il *setting* più appropriato delle fasi di fine vita. Nell'UCPH sono presenti figure professionali dedicate, con specifiche competenze ed esperienza, ai sensi dell'art 5, comma 2, L. 38/2010. Le funzioni di coordinamento sono quelle previste nell'Accordo Stato Regioni del 16/12/2000. Il modello di rete, in fase avanzata di completa implementazione, stabilisce che l'UCPH si strutturi all'interno dell'*Hospice* e si integri con il personale infermieristico, al fine di garantire l'estensione dell'assistenza nel territorio in logica trans-murale. In coerenza con quanto previsto dalla normativa regionale, sono già stati specificatamente dedicati, in via sperimentale, posti letto all'assistenza palliativa nei pazienti pediatrici presso l'AOU "Ospedali Riuniti" di Ancona.

Il modello regionale di rete (*Hub&Spoke*) è finalizzato, oltre che alla ottimizzazione delle risorse del SSR, ad offrire al malato, ed ai suoi familiari, un percorso di cure omogeneo sul territorio regionale ed anche a ridurre i tempi e gli spostamenti tra i vari *setting* di erogazione (ospedaliero, territoriale/residenziale, domiciliare), attraverso l'identificazione di specifici percorsi in ogni fase della presa in carico. La continuità assistenziale viene garantita mediante la stesura di un piano assistenziale individuale (PAI) da parte dell'Unità Valutativa Integrata (UVI). Nel progetto attuativo della rete cure palliative e terapia del dolore sono considerate strategiche le attività di formazione per i professionisti del settore.

Il recente periodo di pandemia da Covid-19 che ha anche impattato sulla gestione dei reparti delle cure palliative, sugli *Hospice* e sulle cure domiciliari, ha dimostrato il valore aggiunto che la rete delle cure palliative, a distanza di dieci anni dall'emanazione della Legge 38/10, ha di fatto svolto, garantendo comunque, anche in questa grave circostanza, l'accompagnamento dei malati in questi stati gravosi di sofferenza peraltro arrivati all'improvviso.

L'emergenza ha dimostrato le criticità che possono derivare dalla scarsa interazione e integrazione tra ospedale e medicina del territorio.

È dunque essenziale che, non solo per la gestione acuta dei pazienti COVID, ma anche e soprattutto per la gestione dei pazienti oncologici, lo specialista possa interagire tempestivamente con i medici di medicina generale e con i servizi territoriali. Nella gestione della pandemia il Decreto Cura Italia ha istituito le Unità speciali di continuità assistenziale (USCA). Il Patto per la Salute 2019-2021, il PSSR 2019-2021 e il D.L. "Rilancio" hanno introdotto all'interno del Servizio Sanitario Nazionale l'infermiere di famiglia e di comunità. La pandemia dovrebbe essere l'occasione per rafforzare ed innovare i modelli organizzativi socio-sanitari territoriali al fine di garantire una maggiore presa in carico del paziente oncologico, anche nelle cure palliative, attraverso l'integrazione e la semplificazione dei percorsi, la prossimità degli interventi e la continuità dell'assistenza.



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

		<p>Per i pazienti oncologici si ritiene necessario realizzare modelli organizzativi per la presa in carico dei malati oncologici con l'integrazione tra strutture ospedaliere e territorio, prevedendo il trattamento oncologico domiciliare in tutte le situazioni cliniche che lo consentono, nonché (oltre alla somministrazione delle terapie) la semplificazione di alcune procedure che al momento richiedono l'accesso in ospedale.</p> <p>Si ritiene altresì opportuno monitorare, fino a quando la pandemia non verrà sconfitta, i pazienti oncologici in fase terminale a domicilio per una diagnosi precoce del COVID-19 e per il trattamento conseguente.</p>
9	OBIETTIVI SPECIFICI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ottimizzare il sistema di cure palliative mediante percorsi diagnostico-terapeutici-riabilitativi e di supporto integrati, anche in raccordo con le Associazioni di volontariato radicate nel territorio regionale, in coerenza con quanto previsto dagli atti regionali, anche in relazione agli effetti del recente periodo di pandemia da Covid-19.</li> <li>• Adeguamento del sistema di offerta per le cure palliative in tutti i setting di cura (Hospice, ospedale, territorio, domicilio) in coerenza con la riorganizzazione in rete dell'offerta assistenziale regionale complessiva, anche dopo gli effetti del recente periodo di pandemia da Covid-19.</li> <li>• Predisporre programmi formativi "ad hoc" anche alla luce del recente periodo di pandemia da Covid-19.</li> <li>• Implementare il già avviato flusso SIAD che include una sezione dedicata alle cure palliative.</li> </ul>
10	RISULTATI ATTESI	
	<p>A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto</p> <p>A lungo periodo a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• N. di corsi di formazione per il personale sanitario</li> <li>• N. pazienti adulti assistiti in carico alla rete della terapia del dolore in tutti i <i>setting</i> di cura</li> <li>• N. di pazienti pediatriche assistiti in carico alla rete della terapia del dolore in tutti i <i>setting</i> di cura</li> </ul> <p>Consolidamento della rete delle cure palliative pediatriche</p>
11	PUNTI DI FORZA	
	Indicare i punti di forza	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione
	<p>Coinvolgimento dell'intero sistema sanitario regionale ospedaliero-residenziale-domiciliare nell'assistenza al</p>	<p>Formazione, dopo la pandemia COVID 19 anche con modalità da remoto (webinar)</p> <p>Consolidamento della rete delle cure palliative</p>



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

	paziente pediatrico con bisogno di cure palliative	
--	--	--

12	PUNTI DI DEBOLEZZA	
	Indicare i punti di debolezza	Indicare le strategie/azioni per la riduzione
	Carenza di strutture residenziali dedicate al paziente pediatrico	Incrementare strutture residenziali dedicate al paziente pediatrico

DIAGRAMMA DI GANT												
Descrizione delle azioni relative ad ogni fase	mesi											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Implementazione dei corsi di formazione per il personale sanitario anche con modalità da remoto (webinar)	x	x	x									
Coinvolgimento dei MMG				x	x	x						
Incremento dei pazienti adulti assistiti in carico alla rete della terapia del dolore in tutti i <i>setting</i> di cura							x	x	x			
Incremento dei pazienti pediatrici assistiti in carico alla rete della terapia del dolore in tutti i <i>setting</i> di cura										x	x	x

13	DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO			
	Fase	azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
	Formazione degli operatori	Almeno N 1 evento formativo/anno	Diffondere agli operatori l'idea di ottimizzare il sistema di cure palliative mediante percorsi diagnostico-terapeutici-riabilitativi e di supporto integrati, anche in raccordo con le associazioni di volontariato radicate nel territorio regionale, in coerenza con quanto previsto dagli atti regionali.  Dopo la pandemia COVID 19 e le misure di sicurezza adottate per garantire il distanziamento sociale scegliere modalità da remoto (webinar)	Numero eventi formativi effettuati sull'argomento
	Implementare il sistema di offerta per le cure palliative in tutti i <i>setting</i> di cura ( <i>Hospice</i> , ospedale,	Potenziamento offerta posti letto per cure palliative	Favorire la diffusione della rete regionale che si compone di una aggregazione funzionale integrata per l'erogazione, in diversi <i>setting</i> assistenziali ( <i>Hospice</i> , ospedaliero, residenziale e domiciliare), di livelli differenziati di presa in carico che sono appropriati a rispondere ai	Incremento numero posti letto di cure palliative



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

territorio, domicilio)	bisogni sanitari delle persone affette da malattie ad esito infausto in fase avanzata.
------------------------	--

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

<b>LINEA PROGETTUALE</b>	<b>PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE</b>	
<b>OBIETTIVO PRIORITARIO</b>	<b>PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE</b>	
<b>TITOLO DEL PROGETTO</b>	<b>ATTIVITÀ DI PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE – ANNO 2020</b>	
<b>REGIONE</b>		
<b>RESPONSABILE DEL PROGETTO</b>	<i>Cognome Nome del Responsabile</i>	Fabio Filippetti
	<i>Ruolo e qualifica</i>	Dirigente PF Prevenzione Agenzia Regionale Sanitaria
	<i>Recapito telefonico</i>	071/8067922
	<i>e-mail</i>	fabio.filippetti@regione.marche.it
<b>RISORSE FINANZIARIE</b>		
<i>Finanziamento</i>	<i>Riferimento (Delibera, decreto, ecc.)</i>	<i>Importo (in euro)</i>
<i>Risorse vincolate degli obiettivi del PSN</i>	<i>Accordo Stato-Regioni per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2020 (Rep. Atti n.54/CSR del 31 marzo 2020)</i>	<b>6.812.396,00*</b> <b>*di cui il 5 per mille per i progetti di supporto al PNP network pari a €34062</b>
<i>Eventuali risorse regionali</i>	-	-
<b>ATTIVITA' DI PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE – Anno 2020</b>	Nelle scheda allegata si riportano le attività di prevenzione e promozione della salute che, nelle more della approvazione del PRP 2020–2025 e in coerenza con il Patto per la salute 2019-2021, si stanno realizzando e si intendono portare avanti nell'anno 2020, tenendo conto dello scenario presente (anche in relazione alla situazione epidemiologica determinata dalla pandemia da virus SARS-COV2) e in continuità con il PRP 2014–2019	
<b>AVVIO DELLA PIANIFICAZIONE DEL PRP 2020-2025:</b>	La Regione si impegna a produrre, entro il 31.12.2020, un documento contenente l'analisi descrittiva del contesto regionale rispetto ad almeno le seguenti dimensioni: 1. condizioni socio demografiche ed economiche 2. carico di malattia (malattie croniche non trasmissibili e malattie trasmissibili)	





## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

<b>PROFILO DI SALUTE ED EQUITÀ'</b>	<p>3. fattori di rischio (ambientali, professionali e correlati agli stili di vita)</p> <p>4. sistema sanitario/offerta di prevenzione (servizi, programmi di popolazione)</p> <p>Per ogni dimensione, occorre specificare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la fonte di dati utilizzati</li> <li>• l'anno di riferimento</li> <li>• il livello territoriale di disaggregazione analizzato (regionale, provinciale).</li> </ul> <p>Dato l'impatto, in termini di disuguaglianze, dei determinanti sociali sulla distribuzione dei fattori di rischio, delle malattie e sull'accesso ai programmi di prevenzione, ciascuna delle dimensioni sarà indagata per le fonti di variazione dell'equità.</p>
-------------------------------------	--

**OBIETTIVO PRIORITARIO: PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE**

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

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

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

**ANALISI DEL CONTESTO**

Nel periodo emergenziale della Fase 1, al fine di sostenere il GORES (Gruppo Operativo Regionale per le Emergenze Sanitarie) nel raggiungere la popolazione con idonee azioni di informazione e comunicazione, i responsabili delle UUOO di Promozione della Salute delle Aree Vaste ASUR hanno attivato le reti, formali e non, già presenti nei territori per la realizzazione di azioni a supporto dei diversi target di popolazione. L'esperienza sviluppata nel dare attuazione alle linee di intervento che compongono i Programmi del Piano Regionale della Prevenzione 2014/2019 (DGR540/15 e s.m.i.), evidenzia infatti come sia possibile raggiungere più efficacemente le popolazioni bersaglio attivando le risorse della comunità, istituzionali e non, già presenti nei territori che, a vario titolo, condividono gli obiettivi della sanità pubblica; tale esperienza, e la presenza di buone pratiche consolidate, ha pertanto consentito di rimodulare le azioni già esistenti nella fase 1. Secondo quanto indicato dal modello del OMS 'RCCE' - *Risk Communication and Community Engagement* - sono stati individuati quattro Pilastri di riferimento per le attivazioni dei programmi o azioni: 1 Distanziamento Sociale; 2 Scuola; 3 Luoghi di lavoro; 4 Anziani.

Sulla base di quanto già sperimentato nel dare attuazione ai Programmi del PRP 2014/2019 è stato concordato il coordinamento delle azioni affinché le proposte operative curate dai professionisti delle diverse AAVV ASUR potessero essere diffuse omogeneamente a cura dei referenti per la promozione della salute delle altre AAVV, configurandosi quindi come programmazioni di livello regionale.

Le proposte sono state formalizzate con Decreto del dirigente della PF Prevenzione e Promozione della Salute nei Luoghi di Vita e di Lavoro n. 6 del giorno 8/5/2020 ( Pilastri nn. 1,2,3) e con DGR n.385 del 27/3/2020 (Pilastro n. 4).

1. **Pilastro Distanziamento Sociale:** sono state realizzate azioni informative e comunicative rivolte alla popolazione generale su temi di corretta alimentazione e promozione dell'attività fisica a cura dei Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione – SIAN – dei Dipartimenti di Prevenzione delle AAVV ASUR, diffuse tramite il portale VESA e i siti e social della Comunicazione istituzionale ASUR.

2. **Pilastro Scuola:** in continuità con il Programma del PRP Scuola e Salute e con il coinvolgimento degli insegnanti, dei genitori e degli studenti, sono state strutturate nelle proposte operative denominate: *A casa con mamma e papà; Guadagnare salute con le life skills; L'opportunità della peer education; Manuale di sopravvivenza per ragazzi in quarantena*. Sono stati realizzati su piattaforme on line eventi formativi/informativi a supporto degli insegnanti (target intermedio) al fine di raggiungere studenti e genitori.

3. **Pilastro Luoghi di Lavoro:** con la proposta operativa denominata *Vivere e Lavorare in Stile*, è stata appositamente rimodulata l'esperienza metodologica già acquisita a livello regionale, con la linea d'intervento n.3.3 *Lavorare in Stile prevista nel Programma Mi Prendo Cura di Me* del PRP 2014/19, avvalendosi e diffondendo nella rete delle Aziende aderenti al programma WHP, i materiali e documentazioni prodotte nell'ambito delle altre proposte e/o iniziative.

4. **Pilastro Anziani:** è stato sviluppato il Programma RESTO A CASA, INSIEME RESISTIAMO, con l'obiettivo di prevenire ansia e depressioni conseguenti all'isolamento sociale, promuovere stili di vita sani in situazione di emergenza epidemica, prevenire la divulgazione di Fake news attraverso la comunicazione di messaggi scientifici o provenienti da fonti ufficiali.



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**Le attività di promozione della salute nella fase 2 necessitano di essere mantenute:** la popolazione è stata ed è sottoposta ad eventi fortemente stressati; è quindi necessario promuovere uno stile di vita salutare diffondendo messaggi che rinforzino la motivazione su pratiche da svolgere in casa, quali alimentazione e livelli di attività fisica salutari, riduzione dello stress e un moderato uso di alcol e fumo di sigarette. I messaggi di promozione della salute inoltre possono aiutare a contrastare le informazioni false e le dicerie, a ridurre lo stigma e ad aumentare la fiducia dell'opinione pubblica rispetto ai servizi della sanità pubblica. Allo stesso modo **gli operatori che sul territorio si occupano di promozione della salute possono avere un ruolo importante per sostenere il cambiamento dei comportamenti** (come ad esempio il lavaggio delle mani, l'uso delle mascherine, il rispetto delle distanze), aumentare l'empowerment delle persone affinché abbiano un maggiore controllo sulle loro vite e sulla loro salute e supportare, attraverso l'utilizzo di strategie motivazionali, l'aumento di consapevolezza, capacità critica e responsabilità così importanti nelle successive fasi di ripresa dell'emergenza COVID 19. Le proposte operative per l'anno 2020, strutturate in specifiche azioni, rispettano la metodologia per setting (scolastico e luoghi di lavoro), intendono raggiungere tutta la popolazione secondo la strategia lungo tutto l'arco della vita e derivano dalle esperienze sviluppate all'interno dei Programmi approvati nel Piano Regionale della Prevenzione 2014/2019 (DGR 540/19 e s.m.i); si pongono quindi in continuità con quanto già in corso, opportunamente rimodulate per Emergenza COVID. Data la forte caratteristica di integrazione e trasversalità le azioni descritte rappresentano una base di ripartenza per la prossima programmazione relativa al nuovo Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025. Vista l'evoluzione della pandemia e i successivi aggiornamenti della normativa sulle misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, per l'anno in corso si ritiene pertanto necessario proseguire nell'attuazione delle proposte operative individuate nei Pilastri sopra citati, approvate con DGR 385 del 27/3/2020 e con Decreto n. 6 del 8/5/20, rimodulando le azioni e i contenuti dei messaggi in coerenza con le nuove fasi dell'emergenza stessa.

**OBIETTIVO GENERALE**

Implementare l'empowerment individuale e di comunità attivando le risorse e le reti territoriali, secondo le strategie e metodologie proprie della promozione salute, realizzando azioni informative, formative e comunicative al fine di aumentare le conoscenze e rafforzare le competenze nei diversi target di popolazione in merito all'adozione di comportamenti responsabili e di sani stili di vita nella fase di ripresa dall'emergenza COVID 19.

**OBIETTIVI SPECIFICI**

Nei target di popolazione e nei contesti individuati:

- Aumentare la percezione del rischio per la salute dei comportamenti non salutari;
- Aumentare la motivazione ad adottare comportamenti preventivi e responsabili;
- Sostenere gli individui e le organizzazioni ad adottare scelte e comportamenti più efficaci;
- Prevenire la divulgazione di *Fake news* attraverso la comunicazione di messaggi scientifici o provenienti da fonti ufficiali.

**AZIONI**

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

**Pilastro Distanziamento Sociale**

Prosecuzione delle azioni informative e comunicative rivolte alla popolazione generali su temi di corretta alimentazione e promozione dell'attività fisica.

**Pilastro Scuola**

Prosecuzione delle azioni di promozione di stili di vita salutari adattando le iniziative alle fasi di distanziamento, supportando le realtà scolastiche nella riorganizzazione delle attività alla luce dei prossimi DPCM.

**Pilastro Luoghi di Lavoro**

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

**Pilastro Anziani**

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

Nello specifico: Aggiornamento dei materiali già realizzati per la gestione dell'emergenza COVID 19 sulla base dell'evoluzione dell'epidemia;

Produzione dei materiali in formati - video, audio, pdf - idonei alla loro divulgazione tramite siti istituzionali, canali televisivi, chat, incontri su piattaforme on line;

**INDICATORI:****Pilastro Distanziamento Sociale**

n. video pillole realizzate su contenuti alimentazione, attività fisica, osteoporosi - *almeno 2 video per ciascun fattore di rischio e/o tematica*

**Pilastro Scuola**

n. video conferenze realizzate - *almeno 5 video conferenze totali*



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

n. ISC e IIS raggiunti – almeno il 20% del totale delle scuole

**Pilastro Luoghi di Lavoro**

n. Aziende raggiunte dalle iniziative – 100% delle Aziende che Promuovono Salute

**Pilastro Anziani**

n. chat territoriali attivate – almeno 3 chat

n. edizioni televisive realizzate – almeno 3 edizioni

**DURATA:** anno 2020

**B) Area Prevenzione e Sicurezza Luoghi di Lavoro****ANALISI DEL CONTESTO**

Nei primi mesi del 2020, l'attività dei Servizi PSAL, Epidemiologia occupazionale ed Igiene industriale dell'ASUR Marche è stata prontamente orientata al contrasto della pandemia COVID-19 attraverso: assistenza agli utenti in particolare datori di lavoro, addetti del Servizio di Prevenzione e Protezione aziendali, medici competenti, lavoratori e loro rappresentanti; diffusione di corrette informazioni e di normative aggiornate relative all'emergenza e produzione di materiali informativi e formativi consultabili/scaricabili nei siti web istituzionali; supporto alle Prefetture nella verifica/controllo delle misure di sicurezza anti-contagio adottate nelle realtà produttive al fine di contrastare la diffusione del virus SARS-COV-2 nei luoghi di lavoro. Tali attività hanno assorbito la quasi totalità del tempo di lavoro degli operatori, che hanno garantito anche il supporto nelle attività di altre UU.OO. del Dipartimento di Prevenzione impegnate nell'emergenza. Nella seconda fase della pandemia, con la ripresa delle attività produttive, si rende necessario il ritorno agli standards di copertura, garantendo sia le urgenze che i controlli nei casi rilevanti di rischio, sia le attività ordinarie dei Servizi. Tuttavia, tenendo conto dei compiti istituzionali e degli obiettivi LEA, vista l'evoluzione della pandemia e gli aggiornamenti della normativa sulle misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, per l'anno in corso si ritiene necessario continuare, all'interno degli obiettivi del PRP e LEA, sia l'attività di assistenza alle aziende e alle figure della prevenzione sia l'attività di supporto alle Prefetture nella verifica sulla adozione dei protocolli di sicurezza anti-contagio nelle aziende/cantieri. Pertanto, per l'anno 2020, in attesa della definizione del PNP 2020-2025, si prosegue in linea di massima con le azioni definite nella rimodulazione del PRP per l'anno 2019 e si introducono gli aggiornamenti resisi necessari con l'emergenza COVID-19.

In sintesi:

- prosecuzione delle attività di informazione e assistenza ad imprese, lavoratori e loro rappresentanti (RLS/RLST) e altre figure della prevenzione, attraverso l'attività degli sportelli informativi e altre iniziative (es. incontri in modalità VDC), aggiornamento dei materiali informativi e formativi su siti istituzionali, con particolare riguardo alle misure di prevenzione contro il contagio da virus SARS-CoV-2 negli ambienti di lavoro;
- programmazione dell'attività di vigilanza, confermando l'attenzione ai settori a maggior rischio di infortuni e malattie professionali (soprattutto nei settori a maggior rischio di casi gravi e mortali) secondo piani mirati di prevenzione e supporto alle Prefetture nelle verifiche sulla corretta applicazione delle misure di sicurezza anti-contagio.

**OBIETTIVO GENERALE**

Prevenzione di infortuni/malattie professionali con particolare attenzione ai settori a maggior incidenza di casi mortali e gravi e prevenzione della diffusione del virus SARS-CoV-2 nei luoghi di lavoro. Per questo è necessario che le azioni siano coordinate e orientate verso le stesse priorità, con condivisione tra i servizi di percorsi di assistenza e di criteri di valutazione/analisi dei contesti lavorativi oggetto di controllo in modo da garantire, per quanto possibile, omogeneità delle azioni.

**OBIETTIVI SPECIFICI**

- garantire attività di assistenza ad imprese, lavoratori, figure della prevenzione (RLS/RLST, medici competenti, RSPP...), parti sociali ecc., anche in tema di prevenzione della diffusione del virus SARS-CoV-2 nei luoghi di lavoro;
- fornire indicazioni utili alla progettazione e realizzazione delle misure di prevenzione e protezione nei luoghi di lavoro anche in relazione alla prevenzione della diffusione del virus SARS-CoV-2 nei luoghi di lavoro;
- consolidare l'utilizzo dei sistemi informativi in uso ai Servizi, anche ai fini della promozione dell'applicazione delle misure di sicurezza anti-contagio;
- proseguire l'attività di controllo nelle aziende/cantieri, confermando l'attenzione sui settori con maggior incidenza di infortuni/malattie professionali gravi o mortali o secondo piani mirati di prevenzione e fornendo supporto nei controlli sulle misure di sicurezza anti-contagio su richiesta e coordinamento delle Prefetture.

**AZIONI**

- implementare l'attività di informazione ed assistenza attraverso il potenziamento degli sportelli informativi telematici (siti web istituzionali) e altre iniziative (incontri o seminari di approfondimento in modalità VDC) con particolare riferimento alla prevenzione della diffusione del virus SARS-CoV-2 nei luoghi di lavoro;
- migliorare i percorsi di condivisione degli interventi da parte dei Servizi, in modo da fornire ai soggetti interessati, indicazioni omogenee sulle attività di prevenzione nei luoghi di lavoro e sull'adozione delle misure di sicurezza anti-contagio;
- adeguare il sistema informativo aziendale alle esigenze di gestione delle attività correlate all'emergenza COVID-19;



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- predisporre e adottare strumenti comuni per lo svolgimento dell'attività di controllo in tema di misure di sicurezza anti-contagio.

**INDICATORI**

- produzione di materiali informativi e formativi per comparti e loro aggiornamento sulla base dell'evoluzione dell'epidemia, degli aggiornamenti normativi e delle esigenze/ricieste degli stakeholder. *Pubblicazione siti istituzionali (ASUR Marche, Agenzia Regionale Sanitaria) di sezioni specifiche dedicate;*

- pubblicazione nella sezione FAQ del sito aziendale. *Pubblicazione del 100% delle risposte ai quesiti pervenuti ai Servizi;*

- adeguamento del sistema informativo aziendale per la registrazione delle attività di assistenza e controllo correlate all'emergenza COVID-19 – *Modifica del sistema informativo ad hoc;*

- predisposizione di check-list a compilazione telematica per autovalutazione delle imprese (suddivise per settori) e per supporto alle attività di controllo sulle misure di sicurezza anti-contagio per gli operatori dei Servizi - *Disponibilità di check-list compilabili telematicamente.*

**DURATA:** anno 2020 con possibile proseguimento per l'anno successivo.

**C) Area Vaccinazioni****ANALISI DEL CONTESTO**

Nell'ambito dell'emergenza Covid-19, si raccomandava il proseguo delle attività vaccinali ordinarie in relazione alle vaccinazioni dei bambini 0-2 anni e dei soggetti a rischio per patologia o condizione. Con la stessa nota, al contempo, si indicavano misure di differimento delle restanti attività vaccinali. Visto il progressivo mutamento della situazione epidemiologica nazionale e regionale risulta essenziale la ripresa graduale delle attività vaccinali e la pianificazione delle attività di recupero, anche attraverso campagne straordinarie di vaccinazione, al fine di garantire l'erogazione dei LEA e ripristinare livelli di coperture vaccinali utili alla tutela della salute dei singoli e della collettività.

**OBIETTIVO GENERALE**

Recuperare le vaccinazioni differite per mantenere livelli di coperture vaccinali utili alla tutela della salute dei singoli e della collettività.

**OBIETTIVI SPECIFICI**

Prevedere attività di recupero nei non vaccinati ed in particolare:

- Bambini 5-6 anni (DTPa-IPV; MPRV)
- Bambini 11 anni (HPV9)
- Adolescenti 12-18 anni (dTPa-IPV; MenACWY)

**AZIONI**

Organizzazione delle attività di recupero vaccinale per le vaccinazioni differite nel periodo emergenziale.

Le attività andranno organizzate pianificando gli accessi dell'utenza, dilazionando gli appuntamenti, al fine di evitare il sovraffollamento e rispettare il distanziamento inter-personale. Andranno inoltre messe in atto tutte le necessarie misure di prevenzione previste per una ripresa in sicurezza delle attività ambulatoriali vaccinali (preparazione degli spazi, idonea cartellonistica, rilevamento della temperatura corporea, sanificazione dei locali, adozione di mascherine chirurgiche da parte di operatori e utenti, disponibilità di dispenser di gel igienizzante, ecc.).

**INDICATORI**

Effettuazione di campagne di vaccinazioni straordinarie. *Effettuazione di campagne straordinarie in tutte le Aree Vaste ASUR*

**DURATA:** anno 2020

**D) Attività screening oncologici e neonatali****ANALISI DEL CONTESTO**

L'insorgenza della pandemia da COVID-19 ha richiesto la temporanea sospensione del programma regionale di screening oncologici (mammella, colon-retto, cervice uterina), ad eccezione degli esami di secondo livello già programmati. Facendo seguito alla situazione dei contagi sul territorio regionale ed alla ripresa delle attività assistenziali in fase 2, si rende necessario procedere a riavviare gradualmente i tre percorsi screening, da modulare anche sulla base dell'evoluzione epidemica dei prossimi mesi e del recupero della piena funzionalità del sistema di offerta sanitaria necessaria a garantire l'intero percorso (esami di primo e secondo livello), nel rispetto delle indicazioni regionali in merito alle norme igienico-sanitarie per il contenimento della diffusione virale nelle strutture sanitarie (DGR 523/2020).

Si ritiene necessario assicurare prioritariamente l'effettuazione di eventuali esami di primo livello per i quali gli inviti erano già stati spediti prima della sospensione delle attività.

Per quanto riguarda gli screening neonatali, uditivo e visivo, che risultano consolidati negli anni precedenti, va mantenuta l'attività nel 2020.

**OBIETTIVO GENERALE**



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Considerata la tipologia degli esami di primo livello, previsti per i tre percorsi screening (FOBT per il tumore del colon-retto, mammografia per il tumore della mammella e pap-test per il tumore della cervice uterina) si programma la ripartenza dei percorsi. Per quanto riguarda gli screening neonatali va mantenuta l'effettuazione sui nuovi nati.

**OBIETTIVI SPECIFICI**

- Screening tumore colon-retto: esami di primo livello (FOBT) ripresa attività ;
- Screening tumore mammella: esami di I livello (mammografia bilaterale) ripresa attività;
- Screening tumore cervice uterina: esami di primo livello (pap-test) ripresa attività;
- Screening neonatali ed uditivo: mantenimento attività.

**AZIONI**

Organizzazione delle attività di screening differite nel periodo emergenziale.

Le attività andranno organizzate pianificando gli accessi dell'utenza, dilazionando gli appuntamenti, al fine di evitare il sovraffollamento e rispettare il distanziamento inter-personale. Andranno inoltre messe in atto tutte le necessarie misure di prevenzione previste per una ripresa in sicurezza delle attività.

Per gli screening neonatali vanno effettuati secondo le modalità previste.

**INDICATORI**

- Screening tumore colon-retto: esami di primo livello (FOBT) *da giugno 2020*;
- Screening tumore mammella: esami di I livello (mammografia bilaterale) *da luglio 2020*;
- Screening tumore cervice uterina: esami di primo livello (pap-test) *da luglio 2020*;
- Screening neonatali ed uditivo: effettuati su *almeno 90% dei nuovi nati*.

**DURATA:** anno 2020

<b>1 GENERALITA'</b>	
LINEA PROGETTUALE	<b>PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE</b>
TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	<b>PROGETTO REGIONALE DI FORMAZIONE DEI TECNICI DI REGISTRAZIONE ONCOLOGICA (REGISTRARS) FINALIZZATO ALLA COSTITUZIONE DI NETWORK INTERREGIONALE DI FORMAZIONE</b>
AREA DI INTERVENTO	<b>SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE DI PREVENZIONE</b>

<b>2 RESPONSABILE DEL PROGETTO</b>	
REGIONE MARCHE	Marco Pompili Responsabile Registro Tumori Agenzia Regionale Sanitaria 3280706514 Marco.pompili@regione.marche.it

<b>3 RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO MODALITÀ DI REPERIMENTO DELLE RISORSE</b>		
FINANZIAMENTO	Riferimento (delibera, atto, ecc.)	Importo
RISORSE VINCOLATE DEGLI OBIETTIVI PSN	Accordo Stato-Regioni per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2020 (Rep. Atti n.54/CSR del 31 marzo 2020)	
EVENTUALI RISORSE REGIONALI		



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

4 ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO	Tipologia dei Costi	
	Importo in euro	Note
Costi formazione		Costi relativi alla attività di docenza (inclusa la realizzazione di materiale didattico per docenza a distanza)
Costi gestione		Costi relativi alla struttura organizzativa progetto e a: i) monitoraggio e ii) valutazione conclusiva dei risultati

5 RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
RISORSE NECESSARIE	Numero risorse	Note
Disponibili		
Da acquisire		

6 ANALISI DI CONTESTO/SCENARIO DI RIFERIMENTO	
Se pertinente riportare dati epidemiologici, di attività, ecc.	<p><b>Premessa 1.</b> Il Registro Tumori delle Marche risulta essere composto da n.5 codificatori esperti e un coordinamento centrale presso l'osservatorio epidemiologico regionale (OER). Il corso di formazione al fine di alimentare il flusso dati del RTN con informazioni standardizzate, è indispensabile al fine di implementare la fase di registrazione dei dati di ciascuna delle fonti informative (regionali) al massimo livello di omogeneità (consultazione fonti, validazioni informazioni, modalità di registrazione, osservanza normative privacy). La formazione del personale addetto alla registrazione oncologica (i.e. <i>Registrars</i>) è variabile per provenienza professionale e per formazione "sul campo". E' già stata realizzata formazione con AIRTUM e con componenti interne al sistema; sarebbe comunque utile una formazione "di base" omogenea e certificata. Infatti, la omogeneità formativa dei "Registrars" è una priorità imprescindibile al fine di assicurare una omogenea qualità della registrazione. Il progetto formativo deve avere dimensione di rete nazionale, condizione imprescindibile per assicurare la omogeneità territoriale delle procedure.</p>

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

7 DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data di inizio prevista	Data di termina prevista	Possibile ulteriore proseguimento per l'anno successivo
	2020	2021	si



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

<b>8 OBIETTIVO GENERALE</b>	Istituire un Corso avanzato di formazione “specialistica” per personale già adetto (o addestrabile) alla registrazione epidemiologica della patologia neoplastica. Il progetto formativo deve: i) individuare gli obiettivi della formazione (di concerto con società nazionale interessata alla registrazione della patologia neoplastica AIRTum); ii) prevedere le modalità di formazione; iii) erogare la formazione secondo le procedure precedentemente individuate; iv) accertare le conoscenze/competenze acquisite; iv) rilasciare certificazione di dette competenze/conoscenze. La iniziativa formativa deve prevedere la individuazione di esperti/docenti e di una struttura didattica con la duplice funzione di funzione di formazione e monitoraggio della formazione professionale dei <i>Registrars</i> .
<b>9 OBIETTIVI SPECIFICI</b>	<p>Obiettivo 1°: Individuare le conoscenze e competenze attese per il profilo professionale dei Registrars</p> <p>Obiettivo 2°: strutturare il piano formativo fondato sullo spettro di competenze individuate al punto 1. Nel contesto del piano formativo distinguere le attività didattiche in relazione alle modalità di erogazione: i) lezioni frontali, ii) formazione a distanza (FAD); iii) tirocinio pratico; iv) studio individuale</p> <p>Obiettivo 3°: Strutturare la cronologia della formazione (inclusa la fase conclusiva dell'accertamento delle conoscenze/competenze acquisite)</p>
<b>10 RISULTATI ATTESI</b>	
A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto	Formazione certificata del personale adetto alla registrazione della patologia oncologica (Registrars)
A lungo periodo, a cui tendere non direttamente legati al progetto	Attraverso la omogenea formazione dei Registrars nel territorio nazionale, migliorare la omogeneità dei criteri e delle procedure di registrazione della patologia oncologica, con miglioramento qualitativo dei dati registrati.
<b>11 PUNTI DI FORZA</b>	
Indicare i punti di forza	Il progetto formativo è implementabile nella già costituita rete dei Registri tumore esistenti nella nazione (AIRTum)
Indicare le strategie/azioni per l'implementazione	La creazione di una rete che si basi sulla uniformità delle procedure al fine di alimentare il flusso dati del Registro Tumori, passare da un'ottica locale a un'ottica regionale.
<b>12 PUNTI DI DEBOLEZZA</b>	
Indicare i punti di debolezza	In assenza di un progetto formativo nazionale, la educazione/aggiornamento dei Registrars è attualmente gestita su base locale, con conseguente mancanza di quella uniformità formativa necessaria alla “normalizzazione” delle procedure. Il passaggio da questa fase “locale” a una dimensione nazionale richiede la promozione di una cultura di rete.
Indicare le strategie/azioni per la riduzione	è necessario procedere attraverso una “fase formativa pilota” che consenta di individuare le fragilità operative derivanti dalla attuale situazione
<b>DIAGRAMMA DI GANT</b>	Mesi
Descrizione delle azioni relative a ogni fase	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
Individuazione di: i) core curriculum del progetto formativo (temi e tempi di formazione); ii) definizione delle modalità di insegnamento (lezioni frontali e didattica a distanza); iii) individuazione dei metodi di accertamento di profitto	x x
Strutturazione delle Unità didattico/formative e individuazione dei docenti e delle sedi di docenza	x x



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Attuazione del progetto formativo					x	x	x	x	x	x	x	
Accertamento del profitto												x

13 DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO			
Fase	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
1	Strutturazione del core curriculum formativo	Individuazione delle priorità formative e strutturazione di segmenti didattici integrati	Coerenza del curriculum con le finalità formative
2	Identificazione dei docenti e delle caratteristiche (lezioni frontali o a distanza) delle attività formative	Appropriata attribuzione di crediti formativi, individuazione della docenza e dei segmenti formativi da realizzarsi con lezioni frontali o a distanza	Ripartizione equilibrata delle attività didattiche frontali e a distanza
3	Erogazione della attività formativa	Attività didattica	Frequenza dei discenti
4	Accertamento del profitto	Verifica della qualità della formazione erogata	Tests multiple choice

<b>14 TRASFERIBILITÀ</b> Indicare a quale altra realtà di progetto o parte di esso può essere trasferito	
Tipo di altra realtà nella quale può essere implementato il progetto	Progetto o parte del progetto che può essere trasferita
Il progetto formativo (che include lezioni frontali e didattica a distanza) costituisce una esperienza implementabile in altre attività formative regionali. La valutazione della efficacia/efficienza formativa consentirà di acquisire esperienza per la potenziale applicazione di simili procedure didattiche anche nella realizzazione di eventi formativi a cui riconoscere valenza certificativa (regionale/interregionale) di acquisizione di specifiche conoscenze/competenze in ambito sanitario.	La valutazione della efficacia/efficienza formativa consentirà di acquisire esperienza per la potenziale applicazione di simili procedure didattiche anche per la organizzazione di eventi formativi a cui riconoscere valenza certificativa (regionale/interregionale) di acquisizione di specifiche conoscenze e competenze in ambito sanitario.

**1 - GENERALITA'**

LINEA PROGETTUALE	<b>PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE</b>
TITOLO DEL PROGETTO	<b>SUPPORTO AL PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE</b>
AREA DI INTERVENTO	-

**2 - RESPONSABILE del PROGETTO**

Cognome e Nome Responsabile	Filippetti Fabio
Ruolo e qualifica	Dirigente PF Prevenzione ARS Marche
Recapiti telefonici e email	071/8067922

**3 - RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI alla REALIZZAZIONE del PROGETTO - MODALITA' di REPERIMENTO RISORSE**

<b>Finanziamento</b> • risorse vincolate degli obiettivi del PSN	<b>Riferimento (Delibera, atto, etc.)</b> Accordo Stato-Regioni per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse	<b>Importo</b>
---	--	----------------





**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

<ul style="list-style-type: none"> <li>eventuali risorse regionali</li> </ul>	vincolate, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2020 (Rep. Atti n.54/CSR del 31 marzo 2020)	-
---	--	---

**4 – ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO**

Tipologia dei costi	Importo	Note
<ul style="list-style-type: none"> <li>costi per la formazione</li> </ul>		Personale (1 persona per centro niebp)
<ul style="list-style-type: none"> <li>costi gestione progetto</li> </ul>		Costi relativi alla struttura organizzativa di progetto e a monitoraggio e valutazione conclusiva dei risultati
<ul style="list-style-type: none"> <li>costi per il personale</li> </ul>		Formazione anche a distanza
<ul style="list-style-type: none"> <li>costi per beni e servizi</li> </ul>		Manutenzione sito web

**5 – RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO**

Risorse necessarie	Importo	Note
<ul style="list-style-type: none"> <li>disponibili</li> </ul>	Personale a tempo indeterminato dei centri Documentazione e pubblicazione Sito web	
<ul style="list-style-type: none"> <li>da acquisire</li> </ul>	1 unità personale per centro partecipante al NIEBP	

**B- OBIETTIVO PRIORITARIO: SUPPORTO AL PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE**

**6 - ANALISI del CONTESTO di RIFERIMENTO (se pertinente riportare dati epidemiologici, dati attività, ecc)**

Il Network Italiano Evidence-based Prevention (NIEBP), composto dall'Agenzia Regionale di Sanità (ARS) della Regione Toscana, dalla Cattedra di Igiene dell'Università del Piemonte Orientale e dal Centro Regionale di Documentazione per la promozione della Salute e di regione Piemonte e la cui struttura di coordinamento centrale è attualmente presso l'ARS della Regione Toscana, ha lo scopo di sviluppare metodologie dirette alla migliore valutazione dell'efficacia degli interventi di Sanità Pubblica e strumenti (revisioni sistematiche, studi ad hoc, ecc.) per fornire a policy-maker e operatori le prove di efficacia e di impatto relative agli interventi e ai programmi di prevenzione.

Nel 2013 è stato finanziato un progetto promosso e finanziato dal Ministero della salute - Centro per la prevenzione e il controllo delle malattie (programma CCM 2013) e denominato "Network Italiano Evidence Based Prevention - Selezionare, produrre e rendere disponibili prove di efficacia di interventi di prevenzione, al fine di sostenere la programmazione nazionale e regionale". Tra le attività svolte è stata prevista la divulgazione dei documenti di sintesi delle evidenze scientifiche disponibili nella letteratura scientifica (revisioni di letteratura, linee guida, elenchi di interventi efficaci), attraverso la loro messa on-line su banca dati costruita ad hoc che sono stati utilizzate, organizzate in una matrice di evidenze, utilizzate per la pianificazione degli interventi da parte delle regioni per il precedente Piano Nazionale di prevenzione 2015-2020 e adesso disponibili sul sito [www.evidencebasedprevention.com](http://www.evidencebasedprevention.com).

Le principali agenzie internazionali che si occupano di prevenzione stanno realizzando dei registri dove presentare liste di interventi selezionati per la maggiore probabilità di successo. Ciò si è reso possibile per la sempre maggiore disponibilità di studi di valutazione degli interventi di prevenzione e diffusa convinzione della necessità di basare anche gli interventi prevenzione primaria su strategie la cui efficacia sia stata documentata da una percorso di valutazione rigoroso e standardizzato. Alcuni esempi importanti di questi cataloghi sono Xchange, sulla prevenzione dei comportamenti additivi gestito dall'EMCDDA ([www.emcdda.europa.eu/best-practice/xchange](http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/xchange)) quello realizzato dall'università del Colorado ([www.blueprintprograms.org/about](http://www.blueprintprograms.org/about)). Esistono poi numerosi cataloghi ad uso nazionale come il Grüne Liste Prävention realizzato dall'Istituto per la prevenzione della Bassa Sassonia in Germania ([www.gruene-liste-praevention.de](http://www.gruene-liste-praevention.de)), quello spagnolo ([www.prevencionbasadaenlaevidencia.net/index.php?page=intervenciones-evaluadas](http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.net/index.php?page=intervenciones-evaluadas)) e quello di Santé Publique France:



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

([www.santepubliquefrance.fr/Sante-publique-France/Interventions-probantes-ou-prometteuses-en-prevention-et-promotion-de-la-sante](http://www.santepubliquefrance.fr/Sante-publique-France/Interventions-probantes-ou-prometteuses-en-prevention-et-promotion-de-la-sante)). In Italia è inoltre disponibile la banca dati Pro.Sa. uno strumento gratuito di raccolta, analisi e diffusione di progetti, interventi, politiche e buone pratiche sostenibili e trasferibili che ha l'obiettivo di documentare, condividere e mettere in rete i progetti e i loro risultati per supportare le attività di operatori, decisori e stakeholders nell'ambito della prevenzione e promozione della salute.

La collaborazione con NIEBP rappresenta uno strumento strategico per il supporto all'elaborazione del Piano di Prevenzione Regionale, che dovrà essere definito entro il 2020. Risulta infatti importante avere a disposizione una nuova matrice di evidenze aggiornate ed orientate a rispondere ai nuovi principi guida di formulazione del Piano 2020-2025. Inoltre, sarà possibile svolgere altre attività quali: la valutazione di interventi promettenti; l'attività di formazione per l'utilizzo della nuova matrice; l'identificazione (tramite revisione della letteratura scientifica) di programmi internazionali meritevoli di essere trasferiti nel contesto regionale (tradotti e adattati); la produzione di Linee Guida di Sanità Pubblica, in accordo con il Sistema Nazionale Linee Guida.

<b>7. DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO</b>	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile proseguimento per anno successivo
	01/01/2020	31/12/2020	SI

<b>8. OBIETTIVO GENERALE</b>	Supporto al Piano Regionale di Prevenzione (PRP), per la selezione, implementazione e valutazione di interventi e programmi efficaci, sostenibili e trasferibili, sui fattori di rischio identificati dal PNP. Sarà posta particolare attenzione all'individuazione di strumenti, metodi, buone prassi utili per ri-orientare le azioni al contesto mutato a causa della pandemia.
--------------------------------------	--

<b>9. OBIETTIVI SPECIFICI</b>  [1] Attività perseguibili nelle annualità successive al 2020	Obiettivo 1: aggiornamento della Matrice delle Evidenze ( <a href="http://www.evidencebasedprevention.com">http://www.evidencebasedprevention.com</a> )
	Obiettivo 2 [1]: costituzione e aggiornamento di un Repertorio di interventi efficaci, trasferibili e sostenibili [1]
	Obiettivo 3 [1]: prosecuzione e sviluppo del programma Linee Guida di Sanità Pubblica (linea guida per la prevenzione primaria dell'uso di tabacco, linea guida per la promozione dell'attività fisica, linea guida per la prevenzione degli incidenti domestici in età infantile)
	Obiettivo 4 [1]: supporto al PRP nell'elaborazione di indicatori di implementazione e di impatto per i Programmi Predefiniti e per gli interventi inseriti nel repertorio
	Obiettivo 5 [1]: supporto metodologico nella valutazione di interventi di prevenzione messi in atto, per la costruzione delle prove di efficacia;
	Obiettivo 6 [1]: formazione per l'utilizzo della Matrice e del Repertorio, per la costruzione e uso di indicatori di impatto e di implementazione degli interventi di prevenzione e per la valutazione degli interventi.

<b>10. RISULTATI ATTESI</b>	Obiettivo 1: disponibilità della Matrice delle Evidenze aggiornata ( <a href="http://www.evidencebasedprevention.com">http://www.evidencebasedprevention.com</a> )
	Obiettivo 2: disponibilità di un Repertorio di interventi efficaci, trasferibili e sostenibili
	Obiettivo 3: elaborazione di un aggiornamento di una Linea Guida di Sanità Pubblica (linea guida per la prevenzione primaria dell'uso di tabacco, linea guida per la promozione dell'attività fisica, linea guida per la prevenzione degli incidenti domestici in età infantile)
	Obiettivo 4: collaborazione nell'elaborazione di indicatori di implementazione e di impatto per i Programmi Predefiniti e per gli interventi inseriti nel repertorio nell'ambito della pianificazione del PRP
	Obiettivo 5: collaborazione nella valutazione di interventi di prevenzione messi in atto, per la costruzione delle prove di efficacia
	Obiettivo 6: realizzazione di corsi di formazione per l'utilizzo della Matrice e del Repertorio, per la costruzione e uso di indicatori di impatto e di implementazione degli interventi di prevenzione e per la valutazione degli interventi

<b>11. PUNTI DI FORZA</b>	Punti di forza	Indicare le Strategie/Azioni per l'implementazione
-------------------------------	----------------	--



**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

	Nell'ambito della preparazione del PRP la stesura sarà facilitata nell'identificare, implementare e valutare sul campo interventi efficaci per le proprie strategie di prevenzione, e di conseguenza si riduce l'investimento su programmi la cui efficacia non è provata;	Attività di formazione personale per utilizzo matrice
	Aumento dell'omogeneità dell'offerta sul territorio regionale di interventi di prevenzione nei diversi setting; la banca dati Pro.Sa. amplierà l'offerta di progetti, interventi, politiche e buone pratiche sostenibili e trasferibili facilitando e omogeneizzando sul territorio nazionale l'implementazione di azioni di prevenzione e promozione della salute efficaci	Attività di formazione personale per utilizzo banca dati PROSA

<b>12. PUNTI DI DEBOLEZZA</b>	<b>Punti di debolezza</b>	<b>Indicare le Strategie/Azioni per la riduzione</b>
	Difficoltà di trovare interventi che riescano anche a ridurre le disuguaglianze di salute	Collegamento con l'azione centrale CCM Equità nei Piani di Prevenzione in Italia

<b>DIAGRAMMA DI GANT</b> Descrizione delle azioni relative a ogni fase	Mesi											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
l'aggiornamento della Matrice delle Evidenze ( <a href="http://www.evidencebasedprevention.com">http://www.evidencebasedprevention.com</a> )	■											
Sistematizzazione nel sito web della matrice						■						
Formazione utilizzo matrice											■	

<b>13. DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO</b>	<b>FASE</b>	<b>AZIONI</b>	<b>DESCRIZIONE CONTENUTI</b>	<b>INDICATORI DI VERIFICA</b>
	1	Aggiornamento della Matrice delle Evidenze ( <a href="http://www.evidencebasedprevention.com">http://www.evidencebasedprevention.com</a> )	costituzione e aggiornamento di un Repertorio di interventi efficaci, trasferibili e sostenibili	Nuovi contenuti aggiornati\ totale contenuti presenti al 31.12.2019
	2	Sistematizzazione nel sito web della matrice	Implementazione ed aggiornamento sito web: <a href="http://www.evidencebasedprevention.com">www.evidencebasedprevention.com</a>	Nuova release sito web evidence basedprevention.com
	3	Formazione utilizzo matrice	Formazione di almeno 2 operatori per regione su utilizzo matrice	Formazione operatori regionali



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

<b>14. TRASFERIBILITA'</b> indicare a quale altra realtà il progetto o parte di esso può essere trasferito	La formazione sull'utilizzo della matrice, che potrà includere lezioni frontali e didattica a distanza costituisce una esperienza implementabile ad altri operatori a cascata.	
---	--	--

**1 - GENERALITA'**

LINEA PROGETTUALE	PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE
TITOLO DEL PROGETTO	PROGETTO REGIONALE DI SUPPORTO ALLE ATTIVITÀ DI SCREENING
AREA DI INTERVENTO	SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE DI PREVENZIONE

**2 - RESPONSABILE del PROGETTO**

Cognome e Nome Responsabile	Giuseppe Feliciangeli
Ruolo e qualifica	Referente Screening oncologici Regione Marche
Recapiti telefonici e email	071/8064122 giuseppe.feliciangeli@regione.marche.it

**3 - RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI alla REALIZZAZIONE del PROGETTO - MODALITA' di REPERIMENTO RISORSE**

Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto, etc.)	Importo
<ul style="list-style-type: none"> <li>risorse vincolate degli obiettivi del PSN</li> <li>eventuali risorse regionali</li> </ul>	Accordo Stato-Regioni per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2020 (Rep. Atti n.54/CSR del 31 marzo 2020)	-

**4 - ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO**

Tipologia dei costi	Importo	Note
<ul style="list-style-type: none"> <li>costi per la formazione</li> <li>costi gestione progetto</li> <li>costi per il personale</li> <li>costi per beni e servizi</li> </ul>		

**5 - RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO**

Risorse necessarie	Importo	Note
<ul style="list-style-type: none"> <li>disponibili</li> <li>da acquisire</li> </ul>	-	-

**B- OBIETTIVO PRIORITARIO: SUPPORTO AL PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE**



**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

**6 - ANALISI del CONTESTO di RIFERIMENTO**

L'Osservatorio Nazionale Screening (ONS) è attivo da quasi 20 anni come network dei centri regionali di eccellenza nel campo degli screening oncologici. Il coordinamento del network ha sede presso l'Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica (ISPRO) di Firenze. Già il decreto del Ministro della Salute del 25 novembre 2004 (articolo 2 bis della legge 138 del 2004) individuava l'ONS come strumento tecnico a supporto sia delle Regioni, per l'attuazione dei programmi di screening, sia del Ministero della Salute, per la definizione delle modalità operative, il monitoraggio e la valutazione dei programmi.

Recentemente l'ONS ha definito un suo regolamento che ha posto all'attenzione del Ministero e del CIP per una definitiva approvazione. Lo scopo di tale regolamento è quello di migliorare il coinvolgimento di tutte le Regioni nelle attività di miglioramento dei programmi di screening.

La Regione Marche sostiene gli screening con un grande investimento economico e organizzativo. L'attività risulta consolidata e a supporto degli screening il Servizio Sanità ha elaborato Protocolli Diagnostico-Terapeutici-Assistenziali (PDTA) per ogni percorso screening. Questi PDTA rappresentano la road-map della gestione multidisciplinare del paziente, quindi un valore aggiunto che la partecipazione ai percorsi di screening oncologici garantisce al paziente. Infatti ogni atto sanitario necessario per quel paziente specifico è codificato e garantito affinché quel paziente riceva il trattamento migliore che nella maggior parte dei casi è anche il trattamento più conveniente.

<b>7. DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO</b>	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile proseguimento per anno successivo
	01/01/2020	31/12/2020	-

<b>8. OBIETTIVO GENERALE</b>	<p>Realizzare le progettualità di supporto al Piano Regionale per la Prevenzione attraverso le seguenti attività:</p> <p>A. Realizzazione della survey nazionale annuale (con i dati regionali) delle attività dei programmi di screening per il tumore della mammella, della cervice e del colon-retto; produzione di indicatori per il monitoraggio delle attività svolte dalle Regioni; calcolo degli indicatori per la valutazione dell'adempimento dei LEA per il Ministero della Salute</p> <p>B. Formazione a livello regionale</p> <p>C. Produzione e aggiornamento dei materiali e strumenti informativi per una comunicazione efficace orientata all'empowerment del cittadino e alla adozione di scelte informate e consapevoli</p>
------------------------------	--

<b>9. OBIETTIVI SPECIFICI</b>	<p>A: Realizzazione della survey nazionale annuale delle attività dei programmi di screening per il tumore della mammella, della cervice e del colon-retto; produzione di indicatori per il monitoraggio delle attività svolte dalle Regioni; calcolo degli indicatori per la valutazione dell'adempimento dei LEA per il Ministero della Salute</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Survey programmi di screening mammografico</li> <li>• Survey programmi di screening colo-rettale</li> <li>• Survey programmi di screening cervicale</li> </ul> <p>B Formazione a livello regionale e nazionale</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Corsi teorico-pratici per la qualità tecnica in mammografia</li> <li>• Corsi di formazione per l'elaborazione ed il monitoraggio dei PDTA delle patologie oncologiche oggetto dei programmi di screening</li> </ul> <p>D Produzione e aggiornamento di materiali e strumenti informativi per una comunicazione efficace orientata all'empowerment del cittadino e a scelte informate e consapevoli</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Iniziative del gruppo interscreening di comunicazione per materiali appropriati per comunicare le scelte dello screening nell'emergenza COVID 19;</li> <li>• Adozione e gestione dello strumento di Decision Aid recentemente elaborato nell'ambito di un trial pragmatico coordinato dall'Istituto Mario Negri</li> <li>• Adozione e gestione della APP sui corretti stili di vita elaborata all'intento del Progetto Smart nell'ambito di un finanziamento del CCM</li> </ul>
-------------------------------	---



**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

- Rendicontazione Sociale Valutazioni delle attività esistenti e produzione di materiali per il miglioramento della rendicontazione sociale da parte dei programmi di screening
- Produzione insieme ad AIRTUM di una piattaforma per l'interrogazione da parte dell'utenza della banca dati dei programmi di screening

<b>10. RISULTATI ATTESI</b>	A: Produzione delle survey annuali, pubblicazione delle stesse sul sito ONS, presentazione dei risultati a convegni, Produzione degli indicatori e delle valutazioni LEA
	B: organizzazione dei corsi
	C: Produzione dei documenti e adozione delle APP

<b>11. PUNTI DI FORZA</b>	Punti di forza	Indicare le Strategie/Azioni per l'implementazione
	I progetti sovra indicati coprono un ampio spettro di attività utili al rafforzamento dei programmi di screening.	Coinvolgimento nella progettazione e realizzazione del Piano Regionale per la Prevenzione

<b>12. PUNTI DI DEBOLEZZA</b>	Punti di debolezza	Indicare le Strategie/Azioni per la riduzione
	Allineamento dei coordinamenti regionali a livello nazionale	Definizione di un documento sulle caratteristiche che devono avere i coordinamenti regionali di screening.

<b>DIAGRAMMA DI GANT</b>												
descrizione delle azioni relative ad ogni fase												
<b>AZIONI</b>	<b>2020 mesi</b>											
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>
1 Attività dell'Osservatorio Nazionale Screening (ONS)												
2. Attività di formazione												
3. Produzione materiale informativi												

<b>13. DESCRIZIONE ANALITICA del PROGETTO</b>	<b>FASE</b>	<b>AZIONI</b>	<b>DESCRIZIONE CONTENUTI</b>	<b>INDICATORI DI VERIFICA</b>
	1	Attività dell'Osservatorio Nazionale Screening (ONS)	Supporto scientifico alla pianificazione nazionale e alla programmazione regionale e di supporto al miglioramento della qualità dei programmi di screening mediante il monitoraggio e la valutazione dei	Rendicontazione di attività



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

			programmi attivati a livello regionale	
		Attività di formazione	Corsi teorico-pratici per la qualità tecnica in mammografia · Corsi di formazione per l'elaborazione ed il monitoraggio dei PDTA delle patologie oncologiche oggetto dei programmi di screening	
		Produzione di materiali e strumenti informativi	Produzione e aggiornamento di materiali e strumenti informativi per una comunicazione efficace orientata all'empowerment del cittadino e a scelte informate e consapevoli	

<b>14. TRASFERIBILITA'</b> indicare a quale altra realtà il progetto o parte di esso può essere trasferito	Sistemi socio-sanitari di altre Regioni e Province autonome	
---	---	--

*Progetti non vincolati*

1	LINEA PROGETTUALE	<b>PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO CONDIVISO E PERSONALIZZATO PER PAZIENTI CON MULTICRONICITA' - ANCHE IN RELAZIONE ALL'EMERGENZA COVID 19</b>	
	TITOLO DEL PROGETTO	<b>ELABORAZIONE ED IMPLEMENTAZIONE DI DUE PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI ASSISTENZIALI (PDTA) PER DUE PATOLOGIE CRONICHE: BPCO E PARKINSON</b>	
	AREA DI INTERVENTO	<b>PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CON PATOLOGIE CRONICHE</b>	

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

3	RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO MODALITA' DI REPERIMENTO RISORSE		
	Finanziamento	Riferimento	Importo



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Risorse vincolate degli obiettivi del PSN	Accordo Conferenza Stato Regioni n. 54/del 31/3/2020	<b>19.022.142,00</b>
Eventuali risorse regionali	-	-

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

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

6	ANALISI DEL CONTESTO SCENARIO DI RIFERIMENTO	<p>A fronte del graduale invecchiamento della popolazione e dell'incremento non solo delle patologie croniche ma in generale della multicronicità, così come documentato dai dati ISTAT del 2019, si rende necessaria un'azione di coinvolgimento delle singole componenti del "macrosistema salute" a partire dal paziente cronico, dai servizi, dagli attori sociali ed istituzionali inseriti nella gestione della salute del singolo individuo e comunità, in linea con quanto anche osservato da un punto di vista epidemiologico dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e da quanto previsto dall'Accordo Stato Regioni del 15 settembre 2016 e dal Quaderno del Ministero della Salute 2013 "Criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell'assistenza del paziente complesso".</p> <p>In tale contesto, diventa necessario sviluppare nuove modalità organizzative, finalizzate a soddisfare le richieste assistenziali emergenti, che prevedano percorsi di integrazione multi-professionali e multi-specialistici al fine di favorire l'efficienza e l'accessibilità delle cure.</p> <p>Dovrà quindi essere favorito un approccio che aumenti l'efficienza e l'accessibilità delle cure utilizzando un'assistenza multidisciplinare attraverso la pianificazione di piani di assistenza individualizzati in linea con linee guida basate sull'evidenza scientifica delle singole patologie croniche. Le sfide determinate dalla costante crescita delle patologie croniche sono principalmente rappresentate dalla necessità di garantire la continuità assistenziale per periodi di lunga durata e garantire al tempo stesso una forte integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali.</p> <p>Con ogni evidenza i servizi sanitari sono indirizzati a ridurre il carico del trattamento (polifarmacia ed appuntamenti multipli), le cure non pianificate, gli accessi impropri al PS ed a migliorare la qualità della vita del paziente promuovendo delle decisioni condivise basate sull'assistenza personalizzata del paziente mediante l'identificazione di ciò che è importante per la singola persona in termini di trattamenti, priorità di salute, stili di vita ed obiettivi.</p> <p>La stessa Commissione Europea con la Joint Action CHRODIS (address Chronic Diseases and Healthy Ageing Accross the Life Cycle) sta promuovendo e facilitando lo scambio di buone pratiche di oltre 60 partner europei per affrontare al meglio le malattie croniche, con un focus specifico sulla multicronicità.</p> <p>Con l'organizzazione di specifici Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA) nell'ambito delle reti cliniche è possibile, infatti, "governare" la rete di professionisti e</p>
---	--	--





## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

servizi, mediante la definizione di procedure appropriate per ogni fase della malattia ("Patto di Cura"). Inoltre, le strategie indicate dal PNC, per la gestione delle patologie croniche, focalizzandosi sull'erogazione di prestazioni appropriate e sulla predisposizione di PDTA multidisciplinari, rendono più accessibili i servizi al cittadino, agendo anche sulla famiglia e sul contesto sociale (*empowerment* del cittadino). Inoltre, poiché la diffusione delle patologie croniche genera fragilità nella popolazione anziana, con conseguente riduzione della qualità di vita ed aumento del ricorso ad indagini diagnostiche, visite mediche e politerapie, i sistemi sanitari devono essere impegnati a rivedere l'organizzazione dell'assistenza territoriale ed a ridefinire il ruolo dei Medici di assistenza primaria.

Questo aspetto si è reso ancora più evidente, stante i dati raccolti dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) relativamente alla pandemia causata da COVID 19: è stato osservato, infatti, che i malati cronici sono quelli più a rischio di sviluppare forme gravi da COVID 19 ed anche nei decessi sussisteva la presenza di preesistenti plurime malattie croniche diagnosticate in epoca pre pandemia. Inoltre, durante l'emergenza COVID 19, si è reso ancor più evidente per i pazienti affetti da malattie rare il rischio di ammalarsi e peggiorare le proprie condizioni di salute nel momento in cui sono stati costretti ad uscire di casa per acquistare i farmaci o per continuare le cure ed anche alla necessità di avere contatti diretti con un caregiver familiare potenziale fonte di contagio.

Nell'ambito della gestione della cronicità va auspicabilmente introdotta la figura dell'infermiere di famiglia e di comunità. Se tale figura fosse attivata prontamente sarebbe di grande aiuto, soprattutto nella fase2, nel percorso di presa in carico dei pazienti oncologici e cronici, oltre che in termini di sicurezza delle cure e contrasto alle disuguaglianze. L'infermiere di famiglia e di comunità portando il SSN nelle case delle persone, anche nelle aree interne della Regione, potrà con ogni evidenza contribuire a rafforzare il diritto alla Salute e a salvaguardare i redditi delle famiglie.

Stante quanto premesso, la Regione Marche, nel corso degli ultimi anni, ha intrapreso un percorso di riorganizzazione delle attività assistenziali connesse con l'assistenza primaria, che ha visto la riconversione dei piccoli presidi ospedalieri in Ospedali di Comunità e la condivisione di percorsi diagnostico terapeutici condivisi e personalizzati che riportano il paziente al centro del processo di cura.

La Regione Marche, ha provveduto, altresì, ad ampliare l'offerta assistenziale per la soddisfazione dei bisogni del cittadino, attivando posti letto di Cure Intermedie, all'interno degli Ospedali di Comunità, per i pazienti a bassa intensità assistenziale e per brevi periodi, e potenziando tali strutture territoriali per l'erogazione, in modalità condivisa e multi-professionale, di prestazioni ambulatoriali multi-specialistiche (medicina generale, assistenza infermieristica, specialistica, etc.) che possano rappresentare una riposta coordinata ed efficace alle richieste dei pazienti con multicronicità, anche al fine di ridurre il ricorso a esami diagnostici inappropriati e/o non pianificati. L'attivazione e l'implementazione degli Ospedali di Comunità rappresenta l'elemento strategico per la creazione di un *setting* multi-professionale nel quale condividere percorsi flessibili e personalizzati di presa in carico dei pazienti, grazie alla integrazione organizzativa con i medici dell'assistenza primaria e alla messa a disposizione di strumenti di telemedicina che consentono di gestire i processi di cura e interfacciarsi con strumenti elettronici di raccolta della storia medica del paziente (fascicolo sanitario elettronico). L'Ospedale di Comunità rappresenta pertanto il nodo della rete territoriale ed un modello erogativo, condiviso ed appropriato, di massima implementazione delle forme associative della Medicina Generale (Medici di medicina generale, Medici della Continuità dell'assistenza e Medici in Formazione) e della Pediatria di Libera Scelta, in integrazione con la Specialistica Ambulatoriale (convenzionata e dipendente), il sistema della domiciliarità (Assistenza Domiciliare Integrata) e la residenzialità.

Il modello di integrazione multiprofessionale proposto ha la finalità di favorire una visione globale del paziente che faciliti la pianificazione delle attività di presa in carico attraverso



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

la costruzione di un Piano Assistenziale Individuale (PAI). Il coinvolgimento diretto dei MMG, all'interno degli ospedali di Comunità, ha il significato strategico di attivare i nodi sensibili della rete assistenziale, anche attraverso l'impiego di strumenti condivisi di identificazione e valutazione dei pazienti con bisogni sanitari multipli e/o complessi.

La predetta organizzazione ha, con ogni evidenza, come obiettivo specifico quello di ottimizzare l'assistenza riducendo il ricorso agli esami diagnostici ripetitivi ed inappropriati e limitare il carico del trattamento farmacologico (polifarmaceutico) e delle cure non pianificate (appuntamenti multipli), nonché l'obiettivo di migliorare la qualità di vita del paziente promuovendo decisioni condivise nei vari setting assistenziali.

Già dal 2018 sono state sviluppate le attività per la garanzia della continuità ospedale territorio implementando, in particolare, atti volti a favorire le dimissioni protette potenziando le sinergie con i servizi territoriali e residenziali ma anche completando l'attivazione di posti letto di cure intermedie su tutto il territorio regionale.

Si è altresì costituito un tavolo regionale finalizzato a definire le Linee di indirizzo regionali sulle dimissioni protette per omogenizzare e standardizzare le procedure attualmente operative sul territorio.

Per il raggiungimento degli obiettivi prefissati, ci si avvarrà dell'implementazione dell'utilizzo dei moduli specifici presenti sul SIRTE (sistema informativo della rete del territorio), che costituisce parte fondamentale del Fascicolo Sanitario Elettronico.

Proprio per la rilevanza del tema della multicronicità la Regione Marche nel 2019 ha approvato due distinte DGR (DGR n. 1512 del 2.12.19 e DGR 1544 del 9.12.19) con cui sono stati recepiti due distinti PDTA, in tema di gestione del paziente adulto affetto da BPCO e Malattia di Parkinson la cui adozione, già avviata lo scorso anno, consentirà sempre più la standardizzazione delle cure già in essere presso il territorio regionale.

Si ritiene, vista l'importanza strategica del percorso avviato lo scorso anno, rinnovare tale esperienza nell'ambito del presente progetto.

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
		01/01/2020	31/12/2020	12 mesi

8	OBIETTIVO GENERALE	<p><b>PDTA su BPCO</b></p> <p>Per la gestione territoriale del paziente con BPCO la realizzazione di un PDTA ha l'obiettivo di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• adottare interventi finalizzati alla diagnosi precoce del paziente a rischio di BPCO;</li> <li>• formulare ed effettuare interventi di educazione del paziente per migliorare la consapevolezza della patologia (empowerment del paziente) al fine di ridurre i comportamenti a rischio ed aumentare l'aderenza alla terapia;</li> <li>• favorire il trattamento del paziente affetto da BPCO. in modo conforme allo stadio di gravità;</li> <li>• utilizzare in modo razionale i farmaci nella fase cronica e nelle riacutizzazioni;</li> <li>• ridurre il numero e la gravità delle riacutizzazioni;</li> <li>• creare un'adeguata assistenza sanitaria e socio-sanitaria che tenga conto delle comorbidità, della cronicità ad alta complessità, della non autosufficienza e delle condizioni di fragilità e/o disagio o esclusione sociale.</li> </ul> <p>L'obiettivo del PDTA è quello di definire ruoli, competenze, attività e risultati attesi di tutti gli attori coinvolti e permettere il realizzarsi di una continuità assistenziale stabilendo un'adeguata integrazione tra i livelli differenti (ospedale-territorio). Poiché la maggior parte dei soggetti affetti da BPCO è assistita nel setting delle cure primarie a livello territoriale il ruolo del MMG risulta di fondamentale importanza per individuare precocemente i pazienti con maggiori probabilità di sviluppare BPCO. In base alla presenza di comportamenti e/o fattori di rischio (abitudine tabagica, presenza di sintomi quali tosse con o senza espettorato e dispnea), età &gt;40 anni, fattori di rischio ambientali) il MMG invierà allo specialista pneumologo con indicazione all'effettuazione di una</p>
---	--------------------	---



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

spirometria. A seguito della visita pneumologica e delle indagini strumentali necessarie, verrà impostato il follow-up del paziente. Fondamentale nella valutazione della prognosi risulta la valutazione della comorbidità a cui spesso si associa la BPCO.  
Il MMG risulta, nella varie fasi della malattia, il coordinatore-attivatore dei vari trattamenti che si possono rendere necessari (trattamenti di cui il soggetto ha bisogno a domicilio fra cui l'ossigenoterapia, l'attivazione delle cure palliative nella fase terminale).

**M. DI PARKINSON**

Per la gestione territoriale del paziente affetto da M. di Parkinson la realizzazione di un PDTA ha l'obiettivo di:

- adottare interventi finalizzati alla diagnosi precoce del paziente affetto da Parkinson;
- formulare ed effettuare interventi di educazione del paziente per migliorare la consapevolezza della patologia (empowerment del paziente) al fine di ridurre i comportamenti a rischio ed aumentare l'aderenza alla terapia;
- favorire il trattamento del paziente affetto da Parkinson in modo conforme allo stadio di gravità;
- promuovere appropriati processi terapeutici/ riabilitativi con particolare attenzione ai momenti di cambiamento sintomatologico e all'aggravamento delle disabilità;
- creare un'adeguata assistenza sanitaria e socio-sanitaria che tenga conto delle comorbidità, della cronicità ad alta complessità, della non autosufficienza e delle condizioni di fragilità e/o disagio o esclusione sociale.

L'obiettivo del PDTA è quello di definire ruoli, competenze, attività e risultati attesi di tutti gli attori coinvolti e permettere il realizzarsi di una continuità assistenziale stabilendo un'adeguata integrazione tra i livelli differenti (ospedale-territorio), favorendo la domiciliarizzazione.

A livello territoriale il ruolo del MMG è in fase iniziale andare a formulare un'ipotesi diagnostica basandosi sulle informazioni clinico/anamnestiche del paziente. In presenza di un paziente che manifesta segni e sintomi compatibili con la diagnosi di Malattia di Parkinson è opportuno che il MMG lo invii per l'appropriato inquadramento diagnostico allo specialista neurologo.

Lo specialista neurologo sulla base della presenza/assenza dei sintomi cardine della malattia fonda il sospetto diagnostico di Malattia di Parkinson/Parkinsonismi.

Terminata la fase diagnostica, viene quindi impostata la terapia personalizzata. È responsabilità dello specialista neurologo, inoltre, indicare la data del successivo follow-up, effettuato a distanza cadenzata, attraverso scale validate per la quantificazione dei sintomi parkinsoniani, al fine di valutare gli effetti della terapia sulla base di criteri oggettivi e condivisibili, con strumenti appropriati e confrontabili oggettivamente nel tempo.

In tutte le fasi di malattia può essere importante la terapia riabilitativa. La riabilitazione fisica nel paziente parkinsoniano deve mirare alla prevenzione e correzione dei disturbi del cammino, dell'equilibrio e delle cadute.

9	OBIETTIVI SPECIFICI	<p>Implementazione di <i>setting</i> di ricovero che costituiscano un nodo sensibile della rete dei servizi, ove è possibile gestire percorsi diagnostico terapeutici integrati con la Medicina Generale (Ospedali di Comunità), individuando strumenti per la valutazione dei pazienti con multimorbidità e realizzazione di piani assistenziali personalizzati, basati su evidenze scientifiche.</p> <p>Miglioramento della presa in carico globale (ospedaliera, territoriale, domiciliare), della continuità assistenziale e dell'accessibilità dei pazienti affetti da patologie croniche e malattia rara (elaborazione e monitoraggio PDTA).</p> <p>Riduzione della ospedalizzazione del malato mediante miglioramento dell'appropriatezza del <i>setting</i> assistenziale e conseguente efficientamento del sistema delle cure.</p>
---	---------------------	---

10	RISULTATI ATTESI	<p>A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto</p> <p>Adeguatezza all'aderenza del piano terapeutico dei pazienti con BPCO e Parkinson secondo il PDTA di riferimento</p> <p>Adeguatezza degli accertamenti diagnostici effettuati secondo il PDTA di riferimento</p>
----	------------------	--



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

A lungo periodo a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	Creare un'adeguata assistenza sanitaria e socio-sanitaria ai soggetti fragili affetti da multicronicità Redazione di atto regionale sulle dimissioni protette
---	--

11	<b>PUNTI DI FORZA</b>	
	Indicare i punti di forza coinvolgimento di tutti gli attori compresi pazienti e caregiver	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione diffusione PDTA con aderenza a raccomandazioni-LLGG utilizzo del sistema informatico SIRTE per le dimissioni protette
12	<b>PUNTI DI DEBOLEZZA</b>	
	Indicare i punti di debolezza Disomogenità organizzativa dei servizi territoriali	Indicare le strategie/azioni per la riduzione Favorire l'omogeneità organizzativa dei servizi territoriali

DIAGRAMMA DI GANT												
Descrizione delle azioni relative ad ogni fase	mesi											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Costituzione gruppo di lavoro PDTA	x											
Selezione delle migliori evidenze scientifiche		x	x									
Descrizione del percorso con flow-chart o altre metodologie				x	x							
Identificazione indicatori di monitoraggio						x	x					
Delibera di giunta regionale								x				
Diffusione del PDTA agli enti									x			
Formazione degli operatori										x	x	
Implementazione-monitoraggio												x

13	<b>DESCRIZIONE ANALITICA PROGETTO</b>			
	Fase	azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
	PDTA Parkinson	Diffusione	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adottare interventi finalizzati alla diagnosi precoce.</li> <li>Formulare ed effettuare interventi di educazione del paziente per migliorare la consapevolezza della patologia (empowerment del paziente) al fine di ridurre i comportamenti a rischio ed aumentare l'aderenza alla terapia;</li> <li>favorire il trattamento del paziente affetto da Parkinson in modo conforme allo stadio di gravità.</li> <li>Promuovere appropriati processi terapeutici/ riabilitativi con particolare attenzione ai momenti di cambiamento sintomatologico e all'aggravamento delle disabilità.</li> </ul>	<p><b>Visite neurologiche su residenti prevalenti per Parkinson di età 16+</b> (numero di visite neurologiche nell'anno tra i soggetti)/ residenti di età 16+ prevalenti per Parkinson al 1/1 dell'anno di riferimento</p> <p><b>Tasso di ospedalizzazione per polmonite negli assistiti con parkinson su 10000 assistiti con parkinson 65+.</b> Ricoveri in reparti per acuti con diagnosi principale di polmonite esclusi i ricoveri ripetuti di uno stesso soggetto nei 28 giorni degli assistiti 65+ con parkinson/ Residenti nelle Marche 65+ con parkinson</p>



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Creare un'adeguata assistenza sanitaria e socio-sanitaria che tenga conto delle comorbidità, della cronicità ad alta complessità, della non autosufficienza e delle condizioni di fragilità e/o disagio o esclusione sociale.</li> </ul>	
	PDTA BPCO	Diffusione	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adottare interventi finalizzati alla diagnosi precoce del paziente a rischio di BPCO;</li> <li>• Formulare ed effettuare interventi di educazione del paziente per migliorare la consapevolezza della patologia (empowerment del paziente) al fine di ridurre i comportamenti a rischio ed aumentare l'aderenza alla terapia;</li> <li>• Favorire il trattamento del paziente affetto da BPCO. in modo conforme allo stadio di gravità;</li> <li>• Utilizzare in modo razionale i farmaci nella fase cronica e nelle riacutizzazioni;</li> <li>• Ridurre il numero e la gravità delle riacutizzazioni;</li> <li>• Creare un'adeguata assistenza sanitaria e socio-sanitaria che tenga conto delle comorbidità, della cronicità ad alta complessità, della non autosufficienza e delle condizioni di fragilità e/o disagio o esclusione sociale.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Proporzione percentuale di pazienti con adeguata copertura con broncodilatatori a lunga durata d'azione</b> (Numero di pazienti appartenenti alla coorte prevalente con disponibilità di broncodilatatori a lunga durata di azione nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice <math>\geq 75\%</math>) / (Numerosità della coorte prevalente) *100</li> <li>• <b>Adeguatezza del numero di visite pneumologiche</b></li> <li>• (Numero di pazienti ricoverati con BPCO con un tasso di visite pneumologiche nei 12 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice <math>\geq 1</math>) / (Numerosità della coorte prevalente) *100</li> </ul>

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

1	LINEA PROGETTUALE	<b>PROMOZIONE DELL'EQUITA' IN AMBITO SANITARIO</b>
	TITOLO DEL PROGETTO	<b>PROMOZIONE DELL'EQUITA' IN AMBITO SANITARIO</b>
	AREA DI INTERVENTO	<b>PROMOZIONE DELL'EQUITA' IN AMBITO SANITARIO</b>

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

3	RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO MODALITA' DI REPERIMENTO RISORSE
---	---



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

	Finanziamento	Riferimento	Importo
	Risorse vincolate degli obiettivi del PSN	Accordo Conferenza Stato Regioni n. 54/del 31/3/20	<b>204.019,00</b>
	Eventuali risorse regionali	-	-
4	ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	Tipologia di costi	Importo in euro	note
	Costi per la formazione	5%	
	Costi risorse umane	95%	
5	RISORSE NECESSARIE OPER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	RISORSE NECESSARIE		N. RISORSE
	Disponibili		Personale dipendente
	Da acquisire		Servizi e beni
6	ANALISI DEL CONTESTO SCENARIO DI RIFERIMENTO	<p>L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e l'ONU considerano la discriminazione in sanità come uno degli elementi che ostacolano il raggiungimento degli obiettivi di sviluppo sostenibile e dunque intendono impegnarsi per lavorare insieme e sostenere gli Stati membri nell'adozione di azioni multisettoriali coordinate ad eliminare la discriminazione in ambito sanitario.</p> <p>Il rapporto dell'OMS nel "<i>Healthy, prosperous lives for all: the European Health Equity Status Report</i>" dell'anno 2019 ha evidenziato all'interno di 5 fattori critici su cui intervenire e che favoriscono le disuguaglianze di salute in Europa proprio l'accesso e la qualità dell'assistenza sanitaria (con un impatto percentuale del 10%).</p> <p>Vengono pertanto promosse azioni multisettoriali coordinate, finalizzate alla riduzione delle disuguaglianze in ambito sanitario (sia per gli utenti dei servizi sanitari che per gli operatori sanitari) ed a fornire un valore aggiunto in termini di incremento della qualità del processo assistenziale.</p> <p>Il coinvolgimento degli <i>stakeholder</i> nella promozione del benessere della persona (così come definito dall'OMS come benessere fisico, psichico e sociale) e nelle attività programmatiche sanitarie consente di generare non solo un processo virtuoso per l'aumento del livello di qualità dei servizi erogati, ma anche del livello di professionalità degli operatori che li erogano.</p> <p>Fra le azioni che le Regioni sono invitate a mettere in atto vi è certamente la riduzione delle barriere per gli operatori sanitari garantendo il rispetto dei diritti del lavoro in particolare salute e sicurezza sul luogo del lavoro, il contrasto alla violenza ed alla discriminazione ed alla promozione dei diritti umani, ma anche la riduzione delle barriere (architettoniche ed organizzative) per l'accesso dei pazienti alle strutture sanitarie, il potenziamento di meccanismi di segnalazione-monitoraggio-valutazione della discriminazione in ambito sanitario, il favorire la partecipazione delle comunità e degli operatori sanitari nello sviluppo delle politiche sanitarie, il migliorare le condizioni sanitarie nei gruppi vulnerabili (es. disoccupazione, disabilità, etc.), il favorire eventi formativi per il personale sanitario sui loro diritti, ruoli e responsabilità per promuovere l'equità in ambito sanitario. Certamente il potenziamento dei meccanismi di segnalazione, monitoraggio e valutazione della discriminazione in ambito sanitario, risulta contestualizzato in un'ottica proattiva di gestione del rischio sanitario e sicurezza del paziente, come previsto dalla Legge n. 24/17.</p> <p>Questa nuova prospettiva, all'interno del processo diagnostico-terapeutico, porta a considerare la persona al centro del processo di cura, come parte attiva a poter esprimere le proprie conoscenze, sentimenti ed aspettative rispetto al proprio stato di salute.</p> <p>Le Aziende del SSR hanno già attivato, nell'ambito dei Piani strategici, specifiche progettualità dedicate alla prevenzione, diagnosi e cura ed accompagnamento delle problematiche di discriminazione, in particolare di genere e di sicurezza degli operatori.</p> <p>Certamente, la recente pandemia causata dalla malattia da Covid 19, rappresenta un'ulteriore opportunità per rafforzare il diritto di tutti di avere accesso alle cure sanitarie ed equità nel trattamento intensivo, a garantire opportuni dispositivi di protezione individuale a tutti gli operatori sanitari ed ad implementare l'acquisizione delle attrezzature sanitarie necessarie.</p>	



**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

**CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO**

7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista 01/01/2020	Data termine prevista 31.12.2020	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo 12 MESI
---	---------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	--

8	OBIETTIVO GENERALE	<p>Per ridurre le discriminazioni, in ambito sanitario regionale sono progettati specifici interventi, che prevedono azioni mirate a diversi livelli, prevalentemente finalizzati ad agire in termini preventivi sulla sicurezza e salute sul luogo del lavoro, con contrasto alla discriminazione e violenza agli operatori.</p> <p>Sono altresì previste modalità di misurazione ed analisi delle segnalazioni inoltrate dai cittadini, quale riverbero della percepita discriminazione subita rispetto all'auspicata efficienza del sistema sanitario regionale.</p> <p>Infine, la partecipazione dei singoli operatori sanitari alle attività aziendali di gestione del rischio clinico pone i singoli professionisti come parte attiva e partecipativa, anche per lo sviluppo di future politiche sanitarie. Chiaramente il grado di consapevolezza del valore aggiunto, che ciascun operatore può offrire al sistema, può essere raggiunto solo attraverso una qualificata formazione in tema di diritti, ruoli e responsabilità, anche a fronte delle indicazioni contenute nella L. n. 24/17 in tema di sicurezza delle cure e responsabilità professionale ed aziendale.</p>
---	--------------------	---

9	OBIETTIVI SPECIFICI	<p>Gli obiettivi del progetto sono orientati a migliorare le condizioni che hanno favorito la mancata promozione dell'equità in ambito sanitario, sia nei riguardi dei pazienti che degli operatori. In particolare, verranno rafforzate azioni di supporto in favore dei pazienti, comprendenti l'analisi delle percezioni che gli stessi hanno vissuto nel momento in cui hanno fatto accesso al SSR (analisi dei dati URP, valutazione dei dati in ambito di contenzioso), unitamente alla valutazione, sugli stessi eventi, da parte degli operatori sanitari coinvolti. Particolarmente interessante potrebbe essere la valutazione dei predetti aspetti in relazione alla recente pandemia causata dalla malattia da Covid 19.</p> <p>Altro obiettivo, su cui il Ministero della Salute ha espresso interesse, riguarda la prevenzione di atti di violenza a danno degli operatori sanitari e questo risulta possibile attraverso l'implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 8.</p>
---	---------------------	--

10	<b>RISULTATI ATTESI</b>	
	A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 8 (Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari);</li> <li>• Misurazione ed analisi dei casi segnalati dal cittadino (contenzioso-URP) quale estrinsecazione di percepita mancata equità del sistema sanitario organizzativo.</li> </ul>
	A lungo periodo a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	-

11	<b>PUNTI DI FORZA</b>	
	Indicare i punti di forza	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione
	Adesione alle indicazioni del Ministero della Salute sull'Applicazione delle	Monitoraggio Adesione alle indicazioni del Ministero della Salute sull'Applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali



**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

	Raccomandazioni Ministeriali /puntuale Monitoraggio delle stesse	
--	--	--

12	<b>PUNTI DI DEBOLEZZA</b>	
	Indicare i punti di debolezza	Indicare le strategie/azioni per la riduzione
	Differenti modalità di raccolta dati del contenzioso-URP	Strategie di omogenizzazione

DIAGRAMMA DI GANT												
Descrizione delle azioni relative ad ogni fase	mesi											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
analisi dei dati URP	x	x										
valutazione dei dati in ambito di contenzioso			x	x								
Analisi degli stessi eventi da parte degli operatori sanitari					x	x						
Misurazione ed analisi dei casi segnalati dal cittadino (contenzioso-URP) quale estrinsecazione di percepita mancata equità del sistema sanitario organizzativo							x	x				
Implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 8 (Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari);									x	x		
monitoraggio											x	x

13	<b>DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO</b>			
	Fase	azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
	Applicazione della Raccomandazione Ministeriale n. 8	Monitoraggio	Il Ministero della Salute dal 2005 ha emanato negli anni una serie di Raccomandazioni (n.19) al fine di mettere in guardia gli operatori riguardo alcuni ambiti di attività potenzialmente pericolosi, di fornire strumenti efficaci per mettere in atto azioni che siano in grado di ridurre i rischi e promuovere l'assunzione di responsabilità da parte degli operatori, allo scopo di favorire il cambiamento del sistema.  Per implementare nel concreto dei processi lavorativi i contenuti delle suddette Raccomandazioni, è necessario elaborare per ciascuna di esse una specifica procedura dedicata agli operatori monitorando l'efficacia della stessa. Negli ultimi anni lo stesso Ministero della Salute ha posto l'attenzione sulla problematica della violenza agli operatori a fronte dell'elevato numero di eventi verificatisi a livello nazionale.	Gruppi di lavoro attivati per applicazione e monitoraggio aziendale
	Segnalazione URP-Contenzioso	Analisi delle segnalazioni	Il numero delle segnalazioni all'URP come il numero e la diversa tipologia di richiesta di risarcimento danni all'Azienda rappresentano una grande fonte informativa di analisi delle criticità del sistema sanitario.	Riunioni annuali finalizzate all'analisi qualitativa e quantitativa dei dati.

14	<b>TRASFERIBILITA'</b>	
	Indicare a quale altra realtà il progetto o parte di esso può essere trasferito	
	Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Progetto o parte del progetto che può essere trasferita





## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

	Azienda Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere, IRCCS, ed altri enti pubblici e privati	Il progetto, con opportune contestualizzazioni, può essere trasferito in ognuna delle istituzioni indicate.	
1	LINEA PROGETTUALE	LA TECNOLOGIA SANITARIA INNOVATIVA COME STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO - ANCHE IN RELAZIONE ALL'EMERGENZA COVID 19	
	TITOLO DEL PROGETTO	LA TECNOLOGIA SANITARIA INNOVATIVA COME STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO - ANCHE IN RELAZIONE ALL'EMERGENZA COVID 19	
	AREA DI INTERVENTO	LA TECNOLOGIA SANITARIA INNOVATIVA COME STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO - ANCHE IN RELAZIONE ALL'EMERGENZA COVID 19	
2	REGIONE RESPONSABILE DEL PROGETTO	Cognome e nome responsabile	Claudio Martini
		Ruolo e qualifica	Dirigente PF Ospedale ed Integrazione ospedale territorio
		Recapiti telefonici	071/8064567
		e-mail	claudio.martini@regione.marche.it
3	RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO MODALITA' DI REPERIMENTO RISORSE		
	Finanziamento	Riferimento	Importo
	Risorse vincolate degli obiettivi del PSN	Accordo Conferenza Stato Regioni n. 54/del 31/3/2020	<b>107.825,00</b>
	Eventuali risorse regionali	-	-
4	ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	Tipologia di costi	Importo in euro	note
	Costi per la formazione	5%	
	Costi gestione progetto	95%	
5	RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	RISORSE NECESSARIE	N. RISORSE	NOTE
	Disponibili	Personale dipendente	
	Da acquisire	Beni e servizi	
6	ANALISI DEL CONTESTO SCENARIO DI RIFERIMENTO	La possibilità di erogare servizi di assistenza sanitaria in modalità di telemedicina è stata già prevista dalle Linee di indirizzo nazionali, di cui all'intesa della Conferenza Stato- Regioni del 20 febbraio 2014 (repertorio atti n.16/CSR). Il Piano Socio Sanitario 2019-2021 della Regione Marche afferma che "...i servizi di telemedicina possono rappresentare una parte integrante del ridisegno strutturale ed	



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

organizzativo della rete assistenziale sanitaria e sociosanitaria del territorio regionale...” (cfr. PSSR 2019-2021, pag. 135). La Regione Marche, con il Decreto del Dirigente del Servizio Sanità n. 43 del 29 novembre 2019 ha, inoltre, recepito e approvato la proposta di standard di servizio, di protocolli di erogazione e di strumenti amministrativi per la rendicontazione delle attività di telemedicina-tecnoassistenza. L’attuale scenario di emergenza pandemica rende ancora più pressante l’esigenza di prendere in carico i pazienti a domicilio o in strutture residenziali, ovviamente quando possibile, al fine di alleggerire l’ospedale di accessi inappropriati e di valorizzare la vocazione di quest’ultimo per l’assistenza alle condizioni cliniche acute, in emergenza-urgenza e per l’esercizio delle alte specialità. E la telemedicina offre un’ampia gamma di possibili soluzioni digitali per supportare l’assistenza domiciliare, sia in fase di emergenza Covid-19, per il monitoraggio “attivo” del rischio di contagio e per il contrasto alla diffusione dell’infezione, sia successivamente per la teleassistenza in condizioni di normalità, soprattutto per le patologie croniche. Anche la recente “Fast Call Telemedicina e sistemi di monitoraggio per il contrasto” promossa dal Ministro per l’innovazione tecnologica e la digitalizzazione, dal Ministro dello Sviluppo economico, dal Ministro dell’università e della ricerca e dal Ministro della Salute, persegue gli stessi obiettivi. La DGR 523 del 6 maggio 2020 ha ratificato quanto già avviato durante la fase 1 dell’emergenza pandemica, incoraggiando l’erogazione di prestazioni ambulatoriali in regime di “videoconsulenza”, una particolare tipologia di telemedicina, nello specifico le prestazioni che si esplicano esclusivamente nell’atto del colloquio e/o con la visione e la valutazione di referti. Tale modalità di effettuazione consente di garantire alcune prestazioni (per es.: consulenze genetiche in stato di gravidanza, colloqui psicologici all’interno di un percorso di presa in carico, consulenze post prestazione laboratoristica o di diagnostica per immagini, alcune prestazioni di riabilitazione; prestazioni di neuropsicologia infantile, in particolare programmi di potenziamento delle abilità e delle attività di supporto a distanza, mediati dai genitori ecc.) con un rischio di contagio azzerato, svolgendosi l’attività ambulatoriale in videoconsulenza ed evitando, quindi, di far accedere il paziente all’ambulatorio. Nella stessa DGR si è stabilito che la prestazione deve essere effettuata sempre su prescrizione dematerializzata, che automaticamente si aggancia ad una prenotazione su CUP. Per quanto riguarda le prestazioni di presa in carico in video consulenza, come noto, è lo specialista che deve provvedere alla prescrizione e alla prenotazione. La prestazione viene prenotata, accettata e registrata secondo le consuete modalità e, nel caso sia previsto il pagamento del ticket, questo può essere effettuato secondo i sistemi concordati con l’azienda (pagamento online o tramite conto corrente postale bancario). Per tracciare le suddette prestazioni nel flusso della specialistica ambulatoriale, si è data indicazione di inserire nel campo “modalità di accesso alle prestazioni”, posizione 103-104 del file C2, il codice 25= Covid 19 – Prestazioni erogate in videoconsulenza. La videoconsulenza avviene attraverso le modalità concordate tra il professionista/azienda e il paziente. A fronte della prestazione dovrà essere redatto il relativo



**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

referto/lettera clinica (in cui si specifica la modalità telematica della visita) ed inviato all'assistito alla sua mail (comunicata o confermata durante la prestazione) rispettando quanto previsto dalla normativa sulla privacy. Nei casi in cui non fosse disponibile la firma digitale, il referto in originale potrà essere inviato al domicilio del paziente.

La medesima DGR rafforza, inoltre, l'importanza di proseguire la positiva e consolidata esperienza di erogazione di specifiche tipologie di prestazioni in modalità di tele-monitoraggio teleconsulto, teleassistenza e tele-educazione a favore di pazienti affetti da tutte le forme di diabete mellito, sia in età infantile sia in età adulta. Si fa riferimento, in particolare, al tele-monitoraggio delle glicemie domiciliari, al tele-consulto per l'adeguamento della terapia insulinica e per interventi sui comportamenti, alla tele-assistenza in caso di urgenze che non richiedano l'accesso al DEA, come ipo- e iperglicemie severe e alla tele-educazione nutrizionale e infermieristica nel caso di pazienti con criticità gestionali.

Con ogni evidenza la pandemia Covid 19, ma già prima la SARS, ha reso evidente come è davvero importante in ambito sanitario monitorare anche con forme di teleassistenza i casi dei soggetti contagiati ed i decessi, ma anche avere a disposizione metodologie e strumentazioni di laboratorio per la diagnosi precoce, per effettuare un appropriato monitoraggio dei pazienti malati.

Inoltre, anche l'immediata disponibilità della teleassistenza, per i pazienti ricoverati a casa in caso di emergenza sanitaria globale potrebbe facilitare non solo l'assistenza ai pazienti ma anche la riduzione dei contagi/contatti. Infine l'utilizzo delle App. per svolgere un controllo delle condizioni di salute anche in autonomia potrebbe essere utile nella routine e fondamentale in caso di possibile emergenza sanitaria.

La Regione Marche ha aderito alla fase sperimentale della App. Immuni.

**CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO**

7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista 01.01/2020	Data termine prevista 31.12.2020	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo 12 mesi
---	---------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	--

8	OBIETTIVO GENERALE	<p>Garantire ai pazienti affetti da Scompensazione Cardiaca Cronica (SSC) assistenza specialistica cardiologica a distanza attraverso il supporto della telemedicina riducendo la necessità di accessi fisici alle strutture ambulatoriali di specialistica cardiologica.</p> <p>Le prestazioni erogate attraverso soluzioni di telemedicina verranno garantite mediante monitoraggio periodico dei tracciati elettrocardiografici.</p> <p>Il centro erogatore, autorizzato ed accreditato per attività di cardiologia in regime ambulatoriale e di ricovero, ha sviluppato una expertise oramai ventennale sul settore della telemedicina con particolare riferimento alla telecardiologia.</p> <p>L'offerta già rivolta prevalentemente a soggetti anziani, verrà erogata in diversi punti della rete dei servizi (Strutture residenziali, farmacie, Ambulatori, Medici di Medicina Generale, domicilio del paziente) includendo eventuali altri soggetti fragili a rischio epidemiologico.</p> <p>I servizi verranno garantiti su una copertura h24, 7/7 su tutto il territorio regionale.</p>
---	--------------------	---



**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

9	<b>OBIETTIVI SPECIFICI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Incrementare l'utilizzo di soluzioni di telemedicina per garantire una migliore qualità assistenziale delle attività nonché il supporto alle decisioni cliniche attraverso il monitoraggio di parametri fisiologici, soprattutto in relazione alle criticità organizzative insorte in conseguenza della epidemia COVID19;</li> <li>Garantire la prossimità dei servizi/equità e l'appropriatezza/stratificazione del rischio</li> <li>Ottimizzare l'integrazione percorsi clinici/interdisciplinarietà per la gestione del paziente anziano fragile</li> <li>Supportare la residenzialità e domiciliarità</li> <li>Migliorare l'empowerment del paziente e la qualità della vita</li> <li>Monitorare l'appropriatezza prescrittiva e ridurre le liste di attesa</li> <li>Ridurre i costi, per il SSR e per la popolazione, e migliorare le performance del SSR</li> </ul>
---	----------------------------	--

10	<b>RISULTATI ATTESI</b>	
	A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto	<ul style="list-style-type: none"> <li>Incremento dei beneficiari dei servizi di telemedicina</li> </ul>
	A lungo periodo a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	<ul style="list-style-type: none"> <li>Riduzione dei ricoveri per riacutizzazione in pazienti cronici</li> <li>Riduzione della spesa</li> </ul>

11	<b>PUNTI DI FORZA</b>	
	Indicare i punti di forza	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione
	Miglioramento della qualità percepita da parte degli assistiti	Adozione della telemedicina in sostituzione di regimi assistenziali inappropriati in termini di costo-efficacia ovvero adottare soluzioni che riducano il rischio incremento dei contagi

12	<b>PUNTI DI DEBOLEZZA</b>	
	Indicare i punti di debolezza	Indicare le strategie/azioni per la riduzione
	Identificazione dei pazienti da eleggere ai percorsi di monitoraggio tramite telemedicina.	Coinvolgimento delle strutture territoriali preposte alla definizione dei piani di trattamento dei pazienti con scompenso cardiaco cronico nell'ambito della loro presa in carico.

DIAGRAMMA DI GANT		mesi											
Descrizione delle azioni relative ad ogni fase		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Analisi delle esigenze e stratificazione della popolazione target		x	x										
Definizione di protocolli di trattamento ed integrazione con i vigenti PDTA		x	x										
Accordi con gli stakeholders				x									
Reclutamento dei pazienti					x								
Avvio delle attività						x							
Monitoraggio continuo delle attività							x	x	x	x	x	x	x
Valutazione dei risultati													x

13	<b>DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO</b>			
	Fase	azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
	Propedeutica	Analisi delle esigenze e stratificazione della popolazione target	Individuazione delle classi di pazienti affetti da SSC ed eleggibili alle procedure di telemedicina	Report



**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

	Propedeutica	Definizione di protocolli di trattamento ed integrazione con i vigenti PDTA	Predisposizione di apposito documento contenente i protocolli di trattamento e le eventuali integrazioni con i PDTA di ambito cardiologico	Protocolli validati
	Propedeutica	Accordi con gli stakeholders	Sottoscrizione di accordi con i fruitori del servizio	Accordi sottoscritti
	Propedeutica	Reclutamento dei pazienti	Definizione degli elenchi e reclutamento dei pazienti eletti al servizio	Registro dei pazienti
	Avvio e regime	Avvio delle attività	Erogazione continuativa delle prestazioni previste	Numero delle prestazioni
	Avvio e regime	Monitoraggio continuo delle attività	Attività di verifica del rispetto degli standard predefiniti	Audit
	Conclusione	Valutazione dei risultati	Rendicontazione delle attività svolte in rapporto agli obiettivi prefissati	Report

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



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**PARTE II**

**RELAZIONE DEI RISULTATI RAGGIUNTI DAI PROGETTI PRESENTATI PER L'ANNO 2019 (DGR 1546/19)**

Come previsto dall'Accordo Stato Regioni del 31 marzo 2020, si forniscono, di seguito, le relazioni inerenti le attività svolte per la realizzazione delle linee progettuali dell'anno 2019.

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

*Le Cure Palliative sono l'insieme di interventi terapeutici, diagnostici ed assistenziali rivolti alla persona malata e al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura globale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da una evoluzione inarrestabile da una prognosi infausta, non risponde più a specifici trattamenti. Lo scopo delle cure palliative è quello di sostenere la famiglia del malato e di migliorare il più possibile la qualità di vita della persona inguaribile.*

*La Legge 38 del 2010 tutela all'Art. 1 "Il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative ed alla terapia del dolore" ed individua come necessaria per la sua applicazione, le tre reti di assistenza dedicate alle cure palliative, alla terapia del dolore ed al paziente pediatrico.*

*La DGR 846 del 12 luglio 2014 ha definito le linee di indirizzo per la rete regionale delle cure palliative, comprendendo nel modello il livello domiciliare, quello residenziale/ricovero e quello ambulatoriale. La Rete locale di Cure Palliative è una aggregazione funzionale ed integrata per Area Vasta delle attività di cure palliative erogate in ciascun setting assistenziale, considerando il domicilio come l'ambito privilegiato per l'erogazione delle cure.*

*La funzione di coordinamento della rete locale viene affidata all'Unità di Cure Palliative-Hospice (UCPH) che, attraverso le Unità di Cure palliative Domiciliari (UCPD), opera nei diversi nodi della Rete (Ambulatori, Cure domiciliari, Ospedali, Hospice o altra struttura residenziale). Secondo quanto definito dalla DGR 111/2015, la "porta d'accesso" alle cure territoriali e alle prestazioni sociali è rappresentata dal Punto Unico di Accesso (PUA) che, attraverso la presa in carico dei bisogni semplici e complessi dei pazienti che vi si rivolgono, rappresenta l'unitarietà dell'accoglienza e accettazione del bisogno espresso in termini di interventi sanitari, sociali e di integrazione socio-sanitaria. Il PUA è un'articolazione della Unità Operativa Sociale e Sanitaria (UOSeS), istituita con DGR 110/2015, non gestisce servizi ma svolge una funzione di "triage sociosanitario", fornendo soluzioni per i bisogni semplici e attivando l'Unità di Valutazione Integrata (UVI) per i bisogni complessi. Per tale motivo, anche la presa in carico dei pazienti che necessitano di Cure Palliative non può prescindere dall'attivazione mediante segnalazione al PUA, che svolge un ruolo fondamentale nel percorso in un'ottica multidimensionale e multiprofessionale.*

*Il gruppo di lavoro pluridisciplinare, ha avuto come obiettivo quello di organizzare, uniformare il percorso ed implementare la Rete Cure Palliative sul territorio regionale. Il percorso redatto dal gruppo di lavoro è stato condiviso in UCAD dai Direttori di Distretto ed è stato formalizzato ASUR DG 471/18. Il Gruppo di lavoro ha iniziato ad analizzare l'assetto attuale dell'erogazione delle cure palliative nelle diverse Aree Vaste.*

*La regione marche aveva fino al 2018 una dotazione di posti letto di Hospice pari a n. 66 posti letto a fronte di uno standard richiesto da livello ministeriale di n. 77.*

*Nell'intento di sanare lo scarto numerico rispetto alle indicazioni ministeriali la Regione Marche con DGR 1622 del 27.11.18 ha dato mandato all'Asur di procedere all'attivazione di ulteriori posti letto di Hospice nelle more dell'approvazione dei nuovi manuali di autorizzazione ed accreditamento delle strutture.*

*In applicazione della suddetta delibera nel corso dell'anno 2019, a dicembre 2019, sono stati attivati dopo la procedura di autorizzazione ed accreditamento, n. 8 posti letto di Hospice presso l'Ospedale Madonna del Soccorso di San Benedetto del Tronto.*

*Tale struttura ha avviato l'attività di ricovero già nel dicembre stesso.*

*Sempre nel corso dell'anno 2019 sono state avviate le procedure di autorizzazione all'esercizio ed accreditamento di n.*



**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

*3 posti letto di Hospice presso al struttura RSA di Offida. Tali procedure sono in fase di completamento. Pertanto la disponibilità complessiva di posti letto Hospice nella Regione Marche è passata nell'anno 2019 da n. 66 a n. 74 ed a breve raggiungerà il numero di n. 77, quindi in linea sostanzialmente con lo standard ministeriale.*

*Per quanti riguarda il dettaglio delle singole Aree vaste la situazione è analoga a quella riportata nella precedente rendicontazione del 2018.*

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

**Azienda Ospedaliera Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona:** *nel corso del 2019 sono state effettuate, presso la UO di Medicina del Dolore, n. 218 cicli di Day Hospital con 453 accessi complessivi; sono state, inoltre, nella stessa UO, effettuate n. 4307 prestazioni a pazienti esterni e n. 1423 prestazioni a pazienti ricoverati presso le strutture dell'azienda.*

*Nella struttura semplice dipartimentale di onco-ematologia materno infantile nel corso del 2019 sono stati presi in carico n. 24 pazienti che hanno avuto necessità di cure palliative e terapia del dolore.*

*Nel corso del 2019 sono state erogate n. 3106 prestazioni di supporto psicologico a pazienti esterni ed interni attraverso un colloquio psicologico clinico.*

**ASUR:** *nel corso del 2019 sono state erogate n. 5.324 Giornate di cure palliative a domicilio per i malati deceduti per tumore con n. 1343 accessi di medico palliativista; n. 855 ricoveri in Hospice per patologia oncologica.*

*Nel corso del 2019 sono proseguite le attività del Gruppo di Coordinamento regionale della Rete di cure palliative e terapia del dolore pediatrica, del Gruppo di Coordinamento regionale della Rete di cure palliative e del Gruppo di Coordinamento regionale della Rete di terapia del dolore, istituiti, ai sensi dell'Accordo Stato Regioni del 16 Dicembre 2010.*

**INDICATORI:**

- *N.° pazienti adulti assistiti nell'ambito della rete in tutti i setting di cura: n. 1056 in Hospice + n. 6567 Pz ambulatoriali + n.1343 pazienti domiciliari*
- *N.° pazienti pediatriche assistiti nell'ambito della rete in tutti i setting di cura: n. 24 in Hospice + n. 5 pazienti domiciliari*
- *N.° corsi di formazione per il personale sanitario: nell'anno 2019 sono stati accreditati e svolti presso gli Enti del SSR della Regione marche n. 12 eventi formativi.*

*Con riferimento a tale linea di azione, la spesa sostenuta nell'anno 2019 è risultata superiore ad € 2.844.988.*

**L.P. - PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE  
Attuazione dei programmi regionali per il raggiungimento degli obiettivi del PNP anno 2019**

*Nell'anno 2019 è stata data attuazione alle linee progettuali del PRP Marche 2014 – 2018 prorogato al 31/12/2019. A causa dell'emergenza Covid-19 la rendicontazione dei risultati è stata rinviata; è stato comunque raggiunto l'obiettivo relativo agli Indicatori Sentinella utile per la certificazione. Nel 2019 sono proseguiti i due importanti programmi per lo sviluppo dell'attività motoria e sportiva: uno in ambito scolastico, con la sinergia di Regione Marche, ASUR, CONI, MIUR ed uno riservato ad adulti ed anziani, con il coinvolgimento degli Enti di Promozione Sportiva (DGR n. 1118/2017, DGR 1067/2019). Sono stati anche ampliati progetti innovativi, come il WHP che già nella prima fase aveva coinvolto oltre 7.000 lavoratori, e si è sempre più sviluppato. Le Aziende, in linea con il programma regionale, hanno attuato anche per il 2019 le cosiddette "buone pratiche", finalizzate al contrasto dei principali fattori di rischio delle malattie croniche non trasmissibili. Per quanto riguarda la Promozione della Salute è stata proseguita la formazione specifica di Operatori in diversi settori e sono state rinforzate le collaborazioni in setting diversi, come ad esempio "Scuole che Promuovono Salute". Un elemento di forza è stato rappresentato dai Piani Integrati Locali di Promozione della salute, documento di programmazione e governance finalizzato alla condivisione del Profilo di Salute Locale e delle priorità che si intendono affrontare con progettazioni specifiche condivise.*

*Relativamente alla implementazione del Registro Tumori, nel corso del 2019 è stata consolidata l'attività di formazione per le attività di codifica e verifica dei casi (con controllo della documentazione clinica, quando necessario). Sono state*



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

svolte analisi epidemiologiche specifiche su aree regionali. Sono continuate le convenzioni, per la collaborazione alle attività del Registro Tumori, con l'Università degli Studi di Urbino e con l'Università Politecnica delle Marche. Il giorno 8/11/2019 si è tenuto l'incontro "Registro Tumori Regionale Marche: i primi dati d'Incidenza", nell'ambito del quale è stato presentato il primo report relativo agli anni 2010/2012.

Per quanto riguarda l'area degli screening, particolare attenzione è stata posta al problema delle diseguaglianze all'accesso. In particolare, sono stati avviati interventi specifici e culturalmente mirati di offerta attiva degli screening oncologici nell'ambito dei programmi organizzati (screening del tumore al seno, alla cervice uterina e al colon retto) ad alcuni gruppi più a rischio, tra cui gli immigrati, che rappresentano circa il 10% della popolazione target e che hanno esiti di salute peggiori. E' stato realizzato materiale informativo specifico ed anche una app multilingue.

Indicatori:

- Realizzazione di eventi formativi. Per quanto riguarda la Promozione della Salute, nel 2019 si è tenuto il corso "Verso la Rete regionale della Promozione della salute: connettere i Servizi e migliorare la qualità degli interventi – seconda parte", al quale hanno partecipato Operatori dei Dipartimenti di Prevenzione, dei SERT e dei Servizi che a vario titolo si occupano di Promozione della salute nelle cinque Aree Vaste ASUR. Sono inoltre stati realizzati eventi formativi specifici nelle Aree Vaste ASUR. L'obiettivo è stato quello di sviluppare le competenze di pianificazione e di integrazione tra i servizi, anche nell'ottica di migliorare la pianificazione territoriale delle Linee progettuali di Promozione della Salute tramite lo strumento del Piano Integrato Locale.
- Realizzazione dei Piani Integrati Locali (Promozione della Salute). Nelle Aree Vaste ASUR sono stati realizzati i Piani Integrati Locali, che rappresentano un utile strumento per le attività di Promozione della Salute e per integrare le diverse competenze nell'ottica della trasversalità e della multidisciplinarietà.
- Formazione di Operatori sanitari come Formatori per i Corsi di Allattamento al seno secondo il modello OMS/UNICEF. Sono stati realizzati eventi formativi nelle diverse Aree Vaste ASUR ed è stata costituita una Rete regionale di Operatori che garantisce le attività formative in ambito territoriale (80 ore).
- Utilizzo Linee guida operative per la valutazione preventiva dell'impatto sulla salute delle modifiche ambientali presentate nel corso Salute e Ambiente. Nel 2019 è stato realizzato il corso specifico rivolto agli Operatori regionali "Esposizioni ambientali e la Valutazione Integrata di Impatto Ambientale e Sanitario". Nell'ambito del corso sono state presentate le Linee guida regionali, che sono state poi applicate a livello territoriale.
- Recepimento delle Linee guida per l'ambito vaccinale presentate nel convegno regionale. Nel 2019 è stato realizzato il convegno regionale "#Vaccini2019" nell'ambito del quale sono state presentate agli Operatori le Linee guida regionali. A seguire sono stati organizzati percorsi di miglioramento nelle Aree Vaste ASUR.
- Sviluppo delle attività screening neoplastici e neonatali. Nel 2019 sono state mantenute le attività di screening per le patologie neoplastiche, attività consolidate, e sono stati effettuati gli screening neonatali uditivo e visivo nei nuovi nati. La percentuale di effettuazione dello screening uditivo è risultata del 98% e di quello visivo del 97% sui nuovi nati.

Con riferimento a tale linea di azione, la spesa sostenuta nell'anno 2019 risulta superiore a € 6.827.970,00; tale importo include la quota del 5% (pari a € 34.140,00) destinata allo svolgimento delle attività di supporto al Piano Regionale della Prevenzione.

**L.P. – PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO CONDIVISO E PERSONALIZZATO PER PAZIENTI CON MULTICRONICITA'**

La costante crescita delle patologie croniche rende necessaria l'attuazione di nuove sfide rappresentate, in particolare, dalla necessità di garantire la continuità assistenziale per periodi di lunga durata, garantendo una forte integrazione dei servizi sanitari e sociali. Gli obiettivi di cura nei pazienti con cronicità debbono, chiaramente, essere finalizzati al miglioramento del quadro clinico e dello stato funzionale, alla minimizzazione della sintomatologia, alla prevenzione della disabilità ed al miglioramento della qualità di vita, non potendo per ovvie ragioni intrinseche alla cronicità, essere rivolti alla guarigione. Spesso poi, il paziente oggetto/soggetto della presa in carico è una persona sola, anziana, con comorbidità, "fragile", le cui esigenze assistenziali sono determinate da fattori legati alle condizioni cliniche, ma anche da determinanti quali lo status socio-familiare, l'ambiente e l'accessibilità alle cure. La visione strategica è rivolta a consolidare un sistema organizzativo improntato sull'adeguatezza, sulla continuità e qualità dei servizi offerti al cittadino, rispetto ai loro bisogni ed attese.





## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Tale sistema è rivolto alla ricerca della soddisfazione dei cittadini e degli operatori, in un contesto di efficiente gestione delle risorse disponibili su soluzioni condivise dei problemi, di miglioramento continuo della qualità dei servizi offerti e di valorizzazione delle risorse professionali, utilizzando, tra gli altri, lo strumento delle reti cliniche. L'operatività delle reti cliniche dipende, soprattutto in ambito di patologie croniche, dalla realizzazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA). I PDTA sono definiti come interventi complessi finalizzati alla condivisione dei processi decisionali e dell'organizzazione dell'assistenza per un gruppo specifico di pazienti, attraverso un continuum di cure, e finalizzati a migliorare l'outcome, promuovere la sicurezza, aumentare la soddisfazione dell'utente e ottimizzare l'utilizzo delle risorse. Nel corso degli ultimi anni sono stati realizzati molteplici PDTA all'interno degli Enti del SSR che hanno affrontato diverse patologie (PDTA del paziente con sclerosi multipla, A.O.U.O.R. Ancona come da Determina DG 310 del 11/04/2018; PDTA per la sclerosi multipla nella regione Marche DGR 927/2018 recepito da ASUR con DG 589/18; PPDTA per il paziente con patologie della continenza vescicale, intestinale e dolore pelvico cronico da sottoporre ad intervento per neuro-modulazione sacrale. INRCA determina obiettivi budget 2018; PDTA per nutrizione artificiale nel paziente ricoverato. INRCA determina obiettivi budget 2018; PDTAdsanT004\_CDA TIA come da A.O.R.M.N. del 11/04/2019; PDTAdsanT002\_CDA Ca Mammella come da A.O.R.M.N. del 11/04/2019; PDTAdsanT003\_CDA Trauma oculare come da A.O.R.M.N. del 11/04/2019; PDTAdsanT005\_CDA Percorso integrato testa collo come da A.O.R.M.N. del 11/04/2019; PDTAdsanT006\_CDA Percorso clinico integrato forame ovale pervio come da A.O.R.M.N. del 11/04/2019; PDTAdsanT011\_CDA MICI come da A.O.R.M.N. del 11/04/2019; PDTAdsanT015\_CDA PDTA Melanoma come da A.O.R.M.N. del 11/04/2019; PDTAdsanT016\_CDA Carcinoma della prostata attivato nel 2018 come da A.O.R.M.N. del 11/04/2019; PDTAdsanT017\_CDA Carcinoma dello stomaco attivato nel 2018 come da A.O.R.M.N. del 11/04/2019; PDTAdsanT013\_CDA Carcinoma tiroideo attivato nel 2018 come da A.O.R.M.N. del 11/04/2019; PDTA presa in carico della persona con malattia renale cronica ASUR DG 555/18; Rete integrata dei servizi ASUR per l'assistenza alle persone con malattie infettive/contagiose finalizzata al miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure e della prescrizione farmaceutica ASUR DG 645/18; PDTA presa in carico della persona con disturbi del comportamento alimentare (DCA): il ricovero ospedaliero in fase acuta. ASUR DG 376/18; Rete di assistenza rivolta al Paziente con SLA in fase avanzata, come da DG 707/17 ASUR Marche; come da A.O.R.M.N. del 04/01/18; PDTA del paziente affetto da malattia HIV/AIDS, come da A.O.R.M.N. del 22/02/18; PDTA in ambito riabilitativo, PDTA Pavimento pelvico e Gestione pazienti con Parkinson - Procedura Sistema Qualità 2017, INRCA Ancona; Progetto riabilitativo nella BPCO in fase acuta come da A.O.R.M.N. del 11/04/2019; PDTA Ulcere da Pressione, come da A.O.R.M.N. del 04/01/18; PDTA Ulcere da Pressione, come da ASUR DG 599/17; PDTA Ulcere da Pressione – Lesioni da decubito Prevenzione e trattamento, Procedura Sistema di Qualità 2017, INRCA Ancona; PDTA per la gestione del paziente con ferite difficili, A.O.U.O.R. Ancona come da Determina DG 310 del 11/04/2018; PPDTA Terapia anticoagulante - Procedura Sistema Qualità- Percorso clinico organizzativo per la gestione del follow-up dei NAO 2017, INRCA Ancona; Percorso Diagnostico Terapeutico - Assistenziale (PDTA) delle Malattie infiammatorie Croniche Intestinali della Regione Marche, DGR 271/2017; Percorso ospedale territorio di presa in carico del malato raro in terapia infusiva con sostituti enzimatici (ERT), DG 726/17 ASUR Marche; Presa in carico delle persone portatrici di stomie e garanzia di continuità assistenziale, DG 727/17 ASUR Marche; PDTA Prescrizione e Somministrazione della terapia farmacologica orale a pazienti disfagici Procedura Sistema Qualità 2017, INRCA Ancona).

Nel 2019 la Regione Marche ha approvato con due distinte DGR (DGR n. 1512 del 2.12.19 e DGR 1544 del 9.12.19) due PDTA, rispettivamente in tema di gestione del paziente adulto affetto da BPCO e Malattia di Parkinson finalizzate ad una sempre maggiore standardizzazione delle cure con particolare attenzione all'adeguatezza dell'aderenza al piano terapeutico al fine di creare un'appropriata assistenza sanitaria e socio sanitaria ai soggetti fragili affetti da multicronicità.

Fra le attività realizzate vi è certamente una sempre maggiore omogenità dell'inquadramento diagnostico ed un consolidamento della presa in carico globale; inoltre sono stati eseguiti ricoveri ordinari e diurni sia per la BPCO che per il Parkinson.

**Azienda Ospedaliera Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona:** nell'anno 2019 presso la SOD di Pneumologia sono stati effettuati n. 287 ricoveri di pazienti con BPCO di cui 207 in degenza ordinaria e 80 in DayHospital. Per la diagnosi ed assistenza dei pazienti affetti da Parkinson nel corso del 2019 sono stati realizzati 158 ricoveri di cui 105 in degenza ordinaria e 53 in DayHospital principalmente presso le SSOODD Clinica Neurologica, Dietetica e nutrizione clinica, Clinica di neuroriabilitazione, Clinica Neurochirurgica e Medicina Interna.



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

*Azienda ospedaliera Marche Nord: nell'anno 2019 il numero di pazienti ospedalizzati per BPCO è stato n. 316 e n. 135 per Parkinson. Il numero di visite neurologiche su residenti prevalenti per Parkinson di età 16+ è stato di 324. Il numero di slot visite ambulatoriali Neurologia dedicati a PIC Parkinson è stato di 25 slot mensili; per le ambulatoriali di Pneumologia 40 slot mensili.*

*ASUR: nell'anno 2019: i ricoveri per BPCO n. 429 (rispetto al 2018 sono ridotti del 18.3%).*

*INRCA: dall'anno 2019 è presente un ambulatorio specialistico afferente alla UOC di Neurologia per la presa in carico dei pazienti affetti da morbo di Parkinson; è inoltre garantita la presa in carico riabilitativa e le attività in regime di ricovero per il trattamento delle complicanze. Per la BPCO è attivo un percorso diagnostico terapeutico per il paziente con diagnosi di riacutizzazione di BPCO al fine di fornire un percorso ben definito dopo l'ospedalizzazione, garantire una corretta gestione della BPCO severa avendo come riferimenti specialisti in collaborazione con MMG ed evitare la riospedalizzazione a breve termine.*

*Nel 2019 il numero di pazienti ospedalizzati per BPCO è stato n. 183 (180 escludendo riabilitazione e lungodegenza) e n. 256 per Parkinson (181 escludendo riabilitazione e lungodegenza);*

*Rispetto agli indicatori dati nelle schede del 2019, stante la complessità e nuova introduzione degli stessi rispetto all'anno precedente, si è riuscito rendicontare solo per gli indicatori dei seguito riportati.*

**INDICATORI:**

- N. pazienti ricoverati per BPCO: n. 1659 pazienti
- N. pazienti ricoverati per Parkinson: n. 1378 pazienti

*Con riferimento a tale linea di azione, la spesa 2019 risulta superiore a € 20.710.978,00.*

**L.P. – PROMOZIONE DELL'EQUITA' IN AMBITO SANITARIO**

*L'Organizzazione Mondiale della Sanità individua la discriminazione in sanità come uno degli elementi che ostacolano il raggiungimento degli obiettivi di sviluppo sostenibile. Vengono pertanto promosse azioni multisettoriali coordinate, finalizzate alla riduzione delle disuguaglianze in ambito sanitario ed a fornire un valore aggiunto in termini di incremento della qualità al processo assistenziale. Il coinvolgimento degli stakeholder nella promozione del benessere della persona (inteso come benessere fisico, psichico e sociale) e nelle attività programmatiche sanitarie consente di generare non solo un processo virtuoso per l'aumento del livello di qualità dei servizi erogati, ma anche del livello di professionalità degli operatori che li erogano. Questa nuova prospettiva, all'interno del processo diagnostico-terapeutico, porta a considerare la persona al centro del processo di cura, come parte attiva a poter esprimere le proprie conoscenze, sentimenti ed aspettative rispetto al proprio stato di salute.*

*Per ridurre le discriminazioni in ambito sanitario regionale sono stati progettati specifici interventi che prevedono azioni mirate a diversi livelli prevalentemente finalizzati ad agire in termini preventivi sulla sicurezza e salute sul luogo del lavoro, con contrasto alla discriminazione e violenza agli operatori.*

*Fra le azioni che le Regioni mettono in atto vi è certamente la riduzione delle barriere per gli operatori sanitari garantendo il rispetto dei diritti per il lavoro in particolare per la salute e sicurezza sul luogo di lavoro ma anche il contrasto alla violenza ed alla discriminazione ed alla promozione dei diritti umani.*

*Fra queste azioni vi è certamente il potenziamento dei meccanismi di segnalazione, monitoraggio e valutazione della discriminazione in ambito sanitario il tutto contestualizzato in un'ottica proattiva di gestione del rischio sanitario e sicurezza del paziente come previsto dalla L. 24/17.*

*Il Ministero della salute con l'emanazione della Raccomandazione n. 8 dimostra l'interesse riguardo alla prevenzione di atti di violenza a danno degli operatori sanitari: la Regione Marche ha favorito l'implementazione alla adozione della predetta raccomandazione da parte di tutti gli Enti del SSR questo anche perché la partecipazione dei singoli operatori sanitari alle attività di gestione di rischio clinico pone i singoli professionisti come parte attiva e partecipativa anche per lo sviluppo di future politiche sanitarie. Chiaramente il grado di consapevolezza del valore aggiunto che ciascun operatore può offrire al sistema può essere raggiunto solo attraverso una qualificata formazione in tema di diritti, ruoli e responsabilità professionale ed aziendale.*

*Inoltre, si è certato di tutelare il cittadino anche attraverso l'implementazione dell'attività dell'URP.*



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

L'URP, infatti, sovrintende a funzione di tutela del cittadino, provvede alla gestione e presa in carico dei reclami e delle segnalazioni, in qualunque forma presentata, conoscendo i bisogni dei cittadini e fornendo una risposta in relazione alla soddisfazione dell'utenza. Sono, altresì, previste modalità di misurazione ed analisi delle segnalazioni inoltrate dai cittadini quale riverbero della percepita discriminazione subita rispetto all'auspicata efficienza del SSR. Fra i risultati attesi sono state indicati rispettivamente: l'implementazione della Raccomandazione n. 8 e la Misurazione ed analisi dei casi segnalati dal cittadino all'URP quale estrinsecazione di percepita mancata equità del sistema sanitario organizzativo.

**Azienda Ospedali Riuniti Marche Nord:** implementazione e monitoraggio dell'Adesione alle indicazioni Ministeriali di cui alla Raccomandazione n. 8 in tutte le UUOO sanitarie. Numero reclami all'URP: 260 (in decremento rispetto al 2018 in cui erano 279).

**Azienda Ospedaliera Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona:** implementazione e monitoraggio dell'Adesione alle indicazioni Ministeriali di cui alla Raccomandazione n. 8 in tutte le UUOO sanitarie. Attivazione dello "Sportello Ascolto" per supporto psicologico a tutti i dipendenti che hanno fatto richiesta e che hanno vissuto un malessere lavorativo con 116 supporti psicologici nel 2019. Numero reclami all'URP: 248 di cui 217 criticità e 31 encomi e ringraziamenti. Attraverso il Comitato Unico di Garanzia (CUG) è stato valorizzato il benessere del lavoratore, garantendo un ambiente improntato al benessere organizzativo, contrastando ogni forma di violenza morale o fisica. Sono stati potenziati gli strumenti per la formazione e lo sviluppo professionale dei dipendenti e garantite le pari opportunità per evitare qualsiasi forma di discriminazione. E' stato reso disponibile il supporto psicologico ai dipendenti che vivono un malessere lavorativo attraverso lo "sportello d'ascolto".

**INRCA:** implementazione e monitoraggio dell'Adesione alle indicazioni Ministeriali di cui alla Raccomandazione n. 8 in tutte le UUOO sanitarie. Numero reclami all'URP: 260 (in decremento rispetto al 2018 in cui erano 279).

Presso l'INRCA sono state intraprese specifiche azioni in ambito di prevenzione di episodi di violenza nei confronti del personale sanitario mediante il miglioramento dell'illuminazione dei percorsi esterni e miglioramento dell'impianto di videosorveglianza (telecamere in aree più critiche e sostituzione con apparecchi ad alta definizione), automazione cancelli di accesso con videocitofoni e temporizzatori, dotazione (per i medici di guardia ed altri lavoratori in particolari condizioni di rischio) di dispositivi personali di allarme con combinatore telefonico, rafforzamento servizio vigilanza.

**ASUR:** è stata rinnovata l'attivazione di un gruppo multidisciplinare con Determina ASUR 200/2019. L'ASUR Marche ha attivato, nel territorio di Senigallia (Area Vasta 2), un gruppo di lavoro multidisciplinare, formalizzato con ASUR DG 69/2018, che sta dando risposte ai bisogni sopraesposti. L'attività effettuata a Senigallia garantisce l'accesso ai servizi sanitari dei migranti forzati attraverso lo sviluppo di una rete multidisciplinare costituita da:

-Psichiatra del Dipartimento di Salute Mentale, la cui azione si struttura attraverso colloqui e/o interviste diversificate con l'obiettivo di stabilire una relazione significativa, capace di fronteggiare la sofferenza emotiva e promuovere la rielaborazione del trauma;

-Medico legale del Distretto: figura professionale in grado di riconoscere e certificare gli indicatori fisici di maltrattamenti e torture. Compito del medico legale è raccogliere tutti gli elementi utili emersi durante il percorso di cura per evidenziare, con diversi livelli di probabilità, la riconducibilità delle lesioni, fisiche e psichiche accertate alle violenze riferite dal richiedente asilo. E' importante che la certificazione non venga considerata come un puro atto burocratico ma come un momento fondamentale del percorso riabilitativo in cui il richiedente rivive la propria storia;

-Specialista in Dermatologia con competenze di vulnologia: figura professionale necessaria per le consulenze di diagnosi differenziale delle lesioni traumatiche. L'equipe si è avvalsa di ogni altra figura di clinico presente nella struttura ospedaliera e/o territoriale ritenuta necessaria alla definizione di una corretta presa in carico del caso e diagnosi. Compito del medico legale e dello psichiatra è raccogliere tutti gli elementi utili, emersi durante il percorso di cura, per evidenziare, con diversi livelli di probabilità, la riconducibilità delle lesioni, fisiche e psichiche, accertate alle violenze riferite dal richiedente asilo. La certificazione non è un puro atto burocratico, ma un vero e proprio percorso riabilitativo in cui il richiedente rivive la propria storia. La certificazione medico legale e psichiatrica sugli esiti di tortura è di sostegno alla domanda di protezione internazionale e viene redatta come momento di percorso riabilitativo della vittima. La modalità di lavoro dell'equipe multidisciplinare prevede un continuo e frequente confronto tra i professionisti del servizio sanitario e gli operatori dei centri (operatore dell'accoglienza e operatore legale) che accolgono i migranti, così come frequenti sono gli incontri tra i professionisti sanitari (in particolare tra medico legale e psichiatra) per discutere i casi clinici. Ciò avviene al fine di realizzare un confronto attivo tra le diverse figure che



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

*lavorano nella presa in carico della medesima persona, con competenze diverse e complementari. La presa in carico e la definizione del percorso avviene attraverso l'individuazione di obiettivi condivisi, secondo le modalità specificate in ASUR DG 69/18. Trattandosi di un fenomeno in continua evoluzione, con importanti ripercussioni dal punto di vista clinico e medico legale, si rende necessario un percorso di crescita e aggiornamento continuo e supervisione degli operatori coinvolti. Nell'anno di sperimentazione (2018) è stata attuata regolare formazione dei componenti dell'equipe. Necessaria anche l'attivazione di un percorso di supervisione.*

**INDICATORI:**

- *Implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 8 (Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari): raccomandazione implementata in tutti gli Enti.*
- *Misurazione ed analisi dei casi segnalati dal cittadino (contenzioso-URP) quali estrinsecazione di percepita mancata equità del sistema sanitario organizzativo: n. 1833.*

*Con riferimento a tale progettualità, la spesa sostenuta nel 2019 risulta superiore a € 222.132,00.*

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

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

*Con ogni evidenza tra i risultati raggiunti vi è la migliore integrazione ospedale-territorio, la maggiore prossimità dei servizi/equità, maggior integrazione percorsi clinici/interdisciplinari, miglior presa in carico del paziente, migliore gestione del paziente anziano fragile, maggior supporto alla residenzialità/domiciliarità, miglior empowerment/qualità della vita.*

**INDICATORE:**

- *N° di utenti (pazienti) assistiti con sistema telematico: nel corso del 2019 sono stati N. 3966 ECG garantiti con sistema telematico.*

*Con riferimento a tale progettualità, la spesa sostenuta nel 2019 risulta essere pari a € 117.398,00.*



**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

Empty rectangular box for the deliberation content.