ALLEGATO _____ ALLA
DETERMINA N. 862/DG
DEL 04 DIC 2015

IL DIRETTORE GENERALE

Regione Marche
Azienda Sanitaria Unica Regionale
AOO: Registro ASUR - ANCONA
0006546 | 03/03/2015
| ASUR | DG | P

Fondazione Cariverona
VIA Forti 3/A
37121 Verona

Oggetto: ***DOCUMENTO PROGRAMMATICO 2015*** **– Presentazione progetto** ***TELEMONITORAGGIO DOMICILIARE – Id 5516***

In riferimento al DOCUMENTO PROGRAMMATICO 2015 ed al Bando della Vostra Fondazione, si trasmette la proposta progettuale per il Settore Salute pubblica, medicina preventiva e riabilitativa.

Cordiali saluti

Dr. Gianni Genga

Ancona 27/02/2015

TELEMONITORAGGIO DOMICILIARE

ANALISI DEL CONTESTO 2

PREMESSA 4

L'AZIENDA SANITARIA UNICA REGIONALE DELLE MARCHE - ASUR – E LA PROGRAMMAZIONE IN MATERIA PROGETTUALE 5

ANALISI NORMATIVA DI RIFERIMENTO 6

DESTINATARI DELLE AZIONI 12

OBIETTIVI 13

PROGRAMMA DI LAVORO 15

MODALITÀ DI VALUTAZIONE INTERNA DEL PROGETTO 24

ANALISI DEI COSTI 25

ALLEGATI FACOLTATIVI 30

PIANO DI INVESTIMENTO ANNUALE E PIANO PLURIENNALE 31

TELEMONITORAGGIO DOMICILIARE

ANALISI DEL CONTESTO

L'invecchiamento della popolazione e la crescente incidenza di malattie gravemente invalidanti rappresentano una sfida per i sistemi di assistenza sanitaria e sociale, sottolineando la necessità di nuovi approcci per la gestione della salute della popolazione, quali l'assistenza domiciliare integrata.

La prevalenza delle principali patologie croniche nella Regione Marche risulta essere del 14% ed aumenta con l'età: nella fascia tra i 65-74 anni è affetta da "malattie croniche rilevanti" 1 persona ogni tre e diventa 1 su 2 dopo i 75 anni.

Anche la condizione di pluripatologia è più evidente nei grandi anziani (23% di prevalenza nei soggetti ultrasettantaquattrenni vs un 10% nei soggetti tra 65 e 74 anni), con un rischio maggiore di scompenso delle condizioni di salute. La più forte associazione con l'età avanzata (≥ 75 anni) si riscontra per la patologia osteoarticolare, la cardiopatia ischemica e la demenza. Le più forti associazioni con il sesso si riscontrano, per le donne, con la patologia osteoarticolare e, per gli uomini, con la broncopatia. Relativamente al luogo di residenza, per il tumore maligno si ha la più forte associazione di rischio con la residenza in città mentre la patologia osteoarticolare ha una forte associazione di rischio in particolare con la residenza in campagna.

Vivere soli si associa ad un aumento del rischio, anche se non elevato, di patologia osteoarticolare e demenza/psicosi. In tutta la regione Marche si stima che ci siano 15.907 ultrasettantaquattrenni con patologia cronica che vivono soli in casa, di questi 5.647 con limitazioni medio-gravi della propria autonomia. È probabile che una parte di persone sole, soprattutto quelle non autonome, siano assistite, oltre che dalla rete amicale e da associazioni di volontariato, da operatori sociali privati. Va rimarcato, tuttavia, che l'assistenza domiciliare privata, se da un lato risolve, almeno parzialmente, il bisogno assistenziale, rappresenta pur sempre un carico diretto sulla persona o sui suoi familiari. Si tratta di patologie con un carico socioassistenziale, pertanto le persone che ne sono affette devono essere per la maggior parte prese in carico, per quanto riguarda l'aspetto sanitario, almeno con l'ADP (assistenza domiciliare programmata sanitaria) o con l'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata sanitaria) e, per l'aspetto sociale, con il SAD (servizio assistenza domiciliare dei Comuni di residenza).

La perdita della propria autonomia, moderata o severa, si fa rilevante a partire dai 75 anni. Sono quindi gli ultrasettantaquattrenni, in particolare donne, i più grandi utilizzatori di risorse, sanitarie e sociali. Su 100 persone con gravi problemi di autonomia, 83 sono riconosciute come "invalido civile", 36 ricevono la visita del MMG al proprio domicilio, 29 sono in ADI e 6 usufruiscono del SAD comunale.

È la famiglia, coniuge o figli, direttamente o utilizzando forme di assistenza privata, a farsi carico dell' assistenza, più o meno continuativa, delle persone con problemi di autonomia. A conferma di ciò è il dato che la più bassa percentuale di utilizzo delle diverse forme di assistenza domiciliare si riscontra nelle persone con patologia cronica che vivono in famiglia.

Di tutte le persone con una o più diagnosi di patologie croniche quelle che hanno almeno una esenzione per patologia sono il 31,8%. Il 39% degli esenti per patologia ha una età inferiore ai 65 anni, il 31,1% ha tra i 65 e i 74 anni e il 29,8% ha più i 74 anni. La metà dei casi sono donne, per ogni classe di età. I casi dichiarati invalidi civili sono anch'essi il 31,8%.

Il 76,4% degli invalidi civili ha più di 64 anni ed in particolare il 55,6% ha una età ≥ 75 anni. Di questi ultimi, il 64,4% sono donne. Sono state dichiarate contemporaneamente esenti per patologia ed invalidi civili 6.849 persone: circa il 23% di ogni categoria.

L'83,1% delle persone con grave perdita di autonomia ha riconosciuta la invalidità civile. La prevalenza dell'esenzione per patologia è, ovviamente, inferiore per lo stesso grado di autonomia, in quanto il riconoscimento dell'invalidità civile comporta anche l'esenzione dal pagamento del ticket

A tutto ciò va aggiunta la difficoltà crescente per le famiglie di fronteggiare l'onere economico correlato, che impatta significativamente sui redditi familiari. Solo per fare alcuni esempi, in Italia le famiglie mediamente spendono in un anno 8.488 euro per il supporto assistenziale integrativo alla persona, 1.127 euro per farmaci non rimborsati dal SSN, 1.297 euro per l'acquisto di parafarmaci, 3.178 euro per lo svolgimento di visite, esami o attività riabilitativa a domicilio. Praticamente quasi il doppio della cifra eventualmente percepita a titolo di indennità di accompagnamento. Ben 13.946 euro, in media, è il costo per la retta delle strutture residenziali e/o semiresidenziali.

Siamo di fatto in presenza di una vera e propria delega assistenziale attuata da parte dello Stato nei confronti delle famiglie, attraverso drastici tagli alle risorse destinate al Welfare sanitario e sociale e un sistema di assistenza sanitaria territoriale che oltre a non essere complessivamente in grado di far fronte al bisogno di salute dell'anziano malato cronico, non guarda al mantenimento dell'autosufficienza e alla dignità della persona

Particolarmente preoccupanti i dati che emergono dall'analisi civica delle politiche pubbliche sanitarie e sociali. Siamo in presenza di politiche economiche che sovrastano e mettono all'angolo le politiche socio-sanitarie del nostro Paese, che guardano all'economicità dell'azione statale e al contenimento della spesa nel breve periodo, piuttosto che al raggiungimento dell'obiettivo di salute della popolazione e al contenimento dei costi nel lungo periodo.

Con particolare riferimento al SSN, in tutti questi anni, non si è andati ad incidere selettivamente sugli aspetti realmente patologici del Sistema, come ad esempio la riorganizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale. Quest'ultima pur assorbendo molte risorse, circa 40 miliardi di euro annui, si caratterizza per un'offerta non in grado di rispondere al bisogno di salute della collettività e profondamente differenziata a livello regionale.

Tale criticità in tempi di Spending Review, riduzioni di posti letto ospedalieri e piani di rientro si traduce per i cittadini in alcune realtà, più che in altre, in un vero e proprio vuoto assistenziale. Eppure se bene organizzata, resa uniformemente efficiente ed efficace, l'assistenza sanitaria territoriale potrebbe rappresentare una leva importante per la sostenibilità del SSN. La spesa pro capite dell'Italia (anno di riferimento 2009) per la protezione sociale è pari a 7.529 €.

La spesa sanitaria complessiva (pubblica e privata) rappresenta nel 2010 il 9,3% del PIL, meno della media OCSE (9,5%) L'Italia ha una spesa sanitaria pro capite nel 2010 pari a 2.964,00€, inferiore alla media OCSE 3.268,00€.

Nel 2011 il finanziamento del FSN si è attestato a € 111,110 miliardi. Il trend dell'incremento annuale delle risorse continua ad essere decrescente: +1,8% sul 2010, + 2,2 sul 2009, +3,2 sul 2008 e +3,4% sul 2007. Il rapporto tra la spesa per il SSN e il PIL è pari al 7,1% nel 2011, per la prima volta in diminuzione rispetto all'anno precedente (nel 2010 era pari al 7,2%).

Relativamente agli anni 2012-2015 le risorse a disposizione del Fondo Sanitario Nazionale sono oggetto di ulteriori riduzioni: -900 milioni di euro per il 2012, -1.800 milioni di euro per il 2013,-2.000 milioni di euro per il 2014, -2.100 milioni di euro a decorrere dal 2015, per un totale di riduzioni di risorse relativi agli anni 2012-2015 pari a 6,8 miliardi di euro. Tali riduzioni vanno a sommarsi agli ulteriori tagli approvati dal precedente Governo pari a circa 8 miliardi di euro.

PREMESSA

Il riorientamento del sistema dell'offerta, come recita la normativa Regionale, dovrà passare anche attraverso le seguenti azioni:

- Riassetto e potenziamento della residenzialità extraospedaliera a forte contenuto di integrazione socio-sanitaria per i soggetti fragili cronici, attuabile con le risorse liberate dal macrolivello ospedaliero con l'obiettivo di garantire la copertura residenziale (a diversi livelli di intensità)
- Valorizzazione del ruolo della rete dei medici di medicina generale,
- Potenziamento dell'assistenza domiciliare e degli strumenti di supporto alla famiglia.
- Qualificazione della capacità di presa in carico socio-assistenziale territoriale.

Pertanto la Regione Marche sarà sempre più impegnata nel rendere il servizio sanitario regionale più vicino ai cittadini e rispondente alle loro necessità ed aspettative.

L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) consiste in un sistema integrato di interventi e servizi sanitari e sociali erogati a domicilio, volti al mantenimento del massimo livello di salute e benessere della persona. Oggi l'ADI gioca un ruolo fondamentale non solo per la salute dei cittadini, ma anche per la sostenibilità del SSN poiché riduce il ricorso all'ospedalizzazione.

Un altro aspetto fondamentale per fornire risposte continue, globali e flessibili nel tempo è garantire la continuità assistenziale, che vuol dire non applicare interventi sporadici e/o settoriali, ma rispondere riducendo l'ospedalizzazione impropria e conseguentemente i costi dell'assistenza ospedaliera, che incidono molto sulla spesa sanitaria. Continuità assistenziale vuol dire molte cose: presa in carico del paziente in modo globale, garantire a tutti i cittadini percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali di elevata qualità, assicurare la continuità tra strutture di ricovero e territorio, facilitare il coordinamento e la cooperazione tra gli attori.

Nella gestione di una patologia cronica e soprattutto se si tratta di una persona anziana, la relazione di fiducia riveste un ruolo fondamentale, ma non può esistere un progetto organico di assistenza quanto i servizi sono disconnessi e a farli dialogare debba essere il paziente, i familiari ed il caregiver. Di conseguenza sono proprio questi soggetti che si trovano sprovvisti di informazione ed orientamento nella gestione della patologia e sono essi stessi a dover riempire questo vuoto informativo e formativo cercando all'esterno.

Quello che perciò risulta maggiormente carente è un approccio proattivo nella gestione della patologia ed una maggiore attenzione al trattamento della cronicità, dove la formazione al paziente ed ai familiari, il riconoscere i sintomi per evitare il ricorso al Pronto Soccorso e all'ospedalizzazione e il dedicare il tempo adeguato all'ascolto e alla cura, garantisce una migliore qualità e una maggiore efficacia nell'assistenza, nonché un risparmio economico per tutti. Di conseguenza i servizi risultano non essere integrati, le prestazioni si duplicano, vengono effettuati esami inutili e la famiglia è costretta a fare da elemento di raccordo. Avere una rete di assistenza territoriale che funziona con, ad esempio, i punti unici di accesso, vuol dire avere attività di accoglienza, valutazione e interpretazione dei bisogni sociosanitari di pazienti e familiari; inoltre informazione sull'offerta dei servizi sanitari territoriali a sostegno di una scelta consapevole del paziente e della sua famiglia, orientamento sulle modalità di accesso all'assistenza domiciliare integrata (AdI), all'Ospedalizzazione domiciliare Oncologica (Odo), ai servizi di cure palliative, alle prestazioni di riabilitazione globale e alle residenze sanitarie.

L'effetto di un sistema di cure integrate produce un'ottimizzazione del trattamento, il miglioramento dei risultati terapeutici, dello stato funzionale e della qualità di vita, nonché un'erogazione appropriata delle prestazioni.

L'AZIENDA SANITARIA UNICA REGIONALE DELLE MARCHE - ASUR –

Con legge regionale 20 giugno 2003, n. 13, concernente "Riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale", è stata istituita, a decorrere dal 01/01/2004, l'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR). L'organizzazione e il funzionamento dell'ASUR sono disciplinati dall'atto aziendale di diritto privato. La medesima Legge Regionale prevede che l'ASUR, nel rispetto degli obiettivi assegnati e delle direttive impartite dalla Giunta regionale, eserciti a livello centralizzato le funzioni di indirizzo, coordinamento e controllo dell'attività aziendale e di area vasta. L'ASUR ha come principale mandato istituzionale quello di garantire in modo costante ed uniforme la tutela della salute dei cittadini residenti nell'intero territorio della Regione Marche. La dimensione regionale dell'ASUR la caratterizza nell'obiettivo di rendere omogenea ed equamente accessibile l'offerta dei servizi, attraverso una lettura unica e coerente dei bisogni di salute, garantendo risposte appropriate su più livelli di complessità, sempre attenta alle peculiarità ed alle problematiche locali.
Assumendo i principi sopradetti, l'ASUR, attraverso la costante consultazione con le istituzioni locali, con le organizzazioni sindacali, con le associazioni degli utenti e con il terzo settore promuove, anche per il tramite delle Aree Vaste, modalità di lavoro di rete ed il concetto di sussidiarietà con un livello di confronto e consultazione che permetta di verificare il livello dei servizi rispetto alla evoluzione della domanda e alle aspettative della comunità locale.
La visione strategica dell'ASUR è rivolta a consolidare un sistema organizzativo improntato sull'adeguatezza, sulla continuità e sulla qualità dei servizi offerti ai cittadini rispetto ai loro bisogni ed attese. Tale sistema è rivolto alla ricerca della soddisfazione dei cittadini e degli operatori, in un contesto di efficiente gestione delle risorse disponibili su soluzioni condivise dei problemi, di miglioramento continuo della qualità dei servizi offerti e di valorizzazione delle risorse professionali.
In particolare, l'azione dell'ASUR è prioritariamente indirizzata sia alla promozione della salute e non solo all'erogazione di servizi, sia alle politiche per la qualità e l'innovazione, ricercando l'integrazione in rete delle competenze e professionalità.
L'ASUR assume come valore strategico e quindi come obiettivo da perseguire la continuità assistenziale dei percorsi di cura. Questa è da intendersi come quell'insieme di processi assistenziali che permettono, la presa in carico globale dell'assistito e la massima integrazione dei singoli momenti del percorso di cura.
Attraverso queste procedure viene migliorata l'accessibilità ai servizi e viene garantita un'adeguata successione temporale degli interventi, senza soluzione di continuità ed orientando il paziente ed i familiari verso le soluzione più adeguate ai problemi presentati.
Con Determina del Direttore Generale ASUR n. 940 del 31/12/2013, avente ad oggetto *"Riconversione piccoli ospedali ai fini dell'integrazione funzionale e del coordinamento operativo Ospedale-Territorio per "soggetti fragili (Case della Salute)"*, in attuazione delle indicazioni della Regionali, viene avviato il processo di riduzione della frammentazione della Rete ospedaliera, riconversione delle piccole strutture ospedaliere e riorganizzazione della rete territoriale della emergenza – urgenza della Regione Marche. Il medesimo provvedimento approva le azioni necessarie alla completa riconversione piccoli ospedali ai fini dell'integrazione funzionale e del coordinamento operativo per la prevenzione secondaria delle patologie cronico - degenerative degli anziani (Case della Salute). L'obiettivo è lo sviluppo di reti cliniche integrate, tra ospedale e territorio, con la nascita di un nuovo nodo della rete dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, la Casa della Salute, punto di riferimento certo per i cittadini, cui ci si può rivolgere in ogni momento per trovare una risposta ai propri problemi di salute.
La Direzione Generale ritiene che detto obiettivo possa essere raggiunto con il coinvolgimento delle diverse professionalità, delle istituzioni e delle associazioni sindacali e di categoria interessate e ponendo in essere, le azioni coerenti individuate tempo per tempo, mediante le quali intende procedere alla riconversione dei piccoli ospedali ai fini dell'integrazione funzionale e del coordinamento operativo Ospedale -Territorio per "soggetti fragili" (Case della Salute). Con

Determina della Area Vasta n. 2 n. 1882/2014, questa Azienda ha approvato la sperimentazione di servizi di monitoraggio da remoto e di tele-monitoraggio domiciliare di pazienti cronici affetti da diabete di tipo 2 e BPCO, motivando la assoluta validità della sperimentazione, mediante la quale riuscire a monitorare - da remoto -12 ore su 24 per 6 giorni alla settimana, fino a 150 pazienti cronici, garantendo, in tal modo, una continua assistenza infermieristica qualificata e, nel contempo, una specifica formazione settoriale nei confronti del personale medico e paramedico della ASUR Marche.

ANALISI NORMATIVA DI RIFERIMENTO

In merito alla coerenza del progetto con la **programmazione regionale** possono essere richiamati i seguenti atti:

PIANO SOCIO-SANITARIO REGIONALE 2012/2014 (di seguito anche PSSR) approvato in data 16 dicembre 2011, con Deliberazione n. 38 della Assemblea Legislativa Regionale Marche - Il PSSR 2012-1014 si sviluppa in continuità con i precedenti Piano sanitario regionale 2007-2009 e Piano sociale regionale 2008-2010 in una logica di sviluppo integrato e rappresenta il principale strumento di indirizzo strategico per la realizzazione del "sistema salute" della Regione Marche. La pianificazione regionale è rivolta a garantire un sistema integrato di servizi sociali, sociosanitari e sanitari per la realizzazione di un nuovo welfare universalistico ed equo, radicato nelle comunità locali e nella regione. Il Piano vuole sviluppare, in sintonia con gli indirizzi nazionali, l'integrazione socio sanitaria a livello della programmazione a cui far seguire le azioni di monitoraggio e valutazione, in relazione alle ricadute che si verificano sull'organizzazione e sull'erogazione dei servizi. Il miglioramento dell'appropriatezza costituisce una esigenza prioritaria della Regione, nella duplice accezione di appropriatezza clinico/prescrittiva e appropriatezza nell'ambito di cura e del regime assistenziale, al fine di rendere sempre più efficaci i processi di diagnosi e cura a cui è sottoposto il paziente, riducendo al contempo i tempi di attesa. L'appropriatezza guida la riorganizzazione dei processi operativi del sistema attraverso la ridefinizione dei percorsi assistenziali e lo sviluppo dei processi di cura. Il PSSR prevede:

- L'orientamento alla ricerca e all'innovazione quale condizione capitale per il progresso medico-scientifico. La attivazione, in collaborazione con enti di ricerca, di interventi sperimentali sul territorio per l'assistenza domiciliare, costituisce elemento fondamentale per contribuire all'istituzione di percorsi virtuosi fra ricerca, formazione e strutture cliniche territoriali, con l'obiettivo di integrazione e di sviluppo delle conoscenze.
- Il corretto utilizzo di strumenti innovativi, oltre a garantire marginalità positive più che proporzionali all'investimento economico, apporta sensibili benefici in termini di qualità ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie migliorando nel contempo i livelli di sicurezza per pazienti ed operatori e riducendo, frequentemente, i costi ed i tempi di processo.
- Rete dell'ICT - La costituzione di un modello a rete per l'assistenza sociale e sanitaria trova nell'ICT (Information Communication Technology) la dotazione naturale per il supporto ai nuovi processi che si vengono a istituire in un contesto di crescita e sviluppo.
- La presa in carico e la continuità assistenziale - La presa in carico rappresenta una opzione strategica attraverso cui il distretto "competente" esercita la funzione di governo della domanda riducendo le "vie di fuga". La continuità assistenziale è la funzione per indirizzare, aiutare ed assistere il paziente/utente nel percorso all'interno della rete di cura che insiste sul suo territorio e nell'intero sistema sanitario. Nella definizione e nell'articolazione dei percorsi e dei processi di presa in carico e continuità dell'assistenza la dimensione dell'integrazione socio-sanitaria è essenziale. Per perseguire una corretta integrazione nella presa in carico e continuità dell'assistenza è necessario superare da un lato gli ostacoli interni alla organizzazione spesso in balia di variabili di contesto che ne strumentalizzano e deviano le potenzialità, dall'altro da una consolidata autoreferenzialità dei gruppi professionali che tendono a riconoscersi nella loro

identità professionale più che nel sistema integrato dei servizi sanitari e sociali. È necessario quindi ritornare a modalità compartecipate di programmazione strategica ove la funzione di direzione definisca linee entro cui la pianificazione venga portata a termine con la piena collaborazione e condivisione degli operatori che devono condividere e conoscere le strategie e gli obiettivi a questi sottesi, attraverso una lettura non solo economicistica ma anche prestazionale del setting assistenziale. La valorizzazione economica dei percorsi consolidati, la loro comparazione e la loro reingegnerizzazione promuoverà l'adozione delle migliori pratiche e determinerà un trend verso cui assestare la produzione in una proiezione che coniughi qualità ed efficienza.

- Nuovi scenari:
  - forte spinta complessiva del sistema verso un'informatizzazione "spinta";
  - indirizzo alla deospedalizzazione precoce e relativa riduzione dei posti letto con carico "aggiuntivo" verso la competenza territoriale, sia in forma residenziale che domiciliare;
  - ricodifica del ruolo della medicina generale e della pediatria di libera scelta verso ruoli di presa in carico dell'assistenza e dell'evoluzione verso la medicina di iniziativa (promossa nel livello regionale dagli accordi integrativi con i medici di medicina generale che hanno favorito ed implementato la migliore organizzazione degli studi medici attraverso l'incentivazione della presenza di personale di studio e infermieristico);
  - avvio dell'esperienza delle Equipe Territoriali, sulla base dell'accordo integrativo sottoscritto, con la possibilità di una aggregazione su un definito territorio attraverso gli strumenti del governo clinico. Tale migliore organizzazione è derivata da un percorso di aggregazione di professionisti in forme associative di diversa tipologia (associazione, rete, gruppo), con l'obiettivo di superare gradualmente la figura del "medico singolo". Tale processo ha oggi raggiunto livelli interessanti: per quanto riguarda l'associazionismo medico, dai dati ASUR 2008, lo stesso copre il 78.3% dei medici e l'86.12% di assistiti; per i collaboratori di studio 34.56% di medici e corrispondenti 37.45%di assistiti;
  - competenze all'interno dei LEA sempre meglio definite e vincolanti con impossibilità alla compensazione dei nuovi bisogni derivanti dalla riduzione dei servizi erogati a carico del fondo sociale.
- Definizione delle funzioni - Il ruolo del distretto ambisce a definire un modello operativo peculiare, proprio della nostra Regione , che rifugga dalla dicotomia committenza / produzione, esaltando invece la coesistenza delle due funzioni. Il tema emergente della cronicità è il minimo comun denominatore di questa azione che si sviluppa sia con un intervento di gestione diretta nella rete domiciliare e residenziale del socio sanitario che con un intervento di committenza verso le reti cliniche ospedaliere, i cui dipartimenti dovranno in ragione appunto della progressiva cronicizzazione dei pazienti assumere un ruolo e una valenza trans murale definendo link specifici con il territorio garanzia appunto di una corretta presa in carico e di un ottimizzazione della continuità dell'assistenza.
- L'ampliamento degli ambiti territoriali dei Distretti realizzato dalla L.R.17/2011 necessiterà dello sviluppo di un modello organizzativo in grado di supportare adeguatamente il ruolo di governo distrettuale. Il distretto è quindi il livello territoriale di base capace di raccogliere gli input del territorio e di mediare la sostenibilità del sistema in ottica di co-programmazione, pianificazione strategica e controllo degli output che sono sintetizzabili negli indicatori previsti nell'Allegato 2 del Patto della salute 2010-2012.
- Governo della domanda - La spinta a strutture "leggere" che derivano dalla condivisione dell'informazione e dalla semplificazione della relativa gestione derivata dalla tecnologia ICT, sottolineano il ruolo di gestore della governance nell'ambito territoriale di competenza del Distretto, specificatamente in capo alla sua Direzione, riducendo sostanzialmente le competenze burocratico-amministrative e riposizionando la funzione di erogazione diretta delle prestazioni nelle strutture ad hoc dedicate. Pertanto questa funzione di erogazione diretta viene trattata in altra parte. Inoltre, la possibilità di avere in breve periodo strumenti di informazione

dell'andamento della domanda e dell'offerta, indicatori di processo e, per alcuni settori, indicatori di outcome, consentono alla Direzione di distretto di attuare un governo della gestione e non un semplice rendiconto della situazione nel momento in cui la stessa è giunta a compimento.

- La rete delle cure domiciliari - La rivisitazione del sistema delle cure domiciliari in un'ottica di rete parte dal Punto Unico di Accesso e modula l'accesso ai servizi attraverso la Unità Valutativa Integrata sino al Piano di Assistenza Individualizzato.
- Sulla base della DGR 273/08 sono stati attivati i percorsi per definire le competenze e la strutturazione della Casa della salute/H24, tenendo presenti sia i vincoli di progettazione nazionali che la variabilità dei territori da servire e quindi la necessaria flessibilità del modello rispetto alla diversità della domanda. L'obiettivo è quello di far diventare le Case della salute lo strumento attraverso il quale il sistema assistenziale delle cure primarie acquisisce una identità strutturale compiuta, con la quale esplicitare, attraverso il conferimento di adeguati mezzi organizzativi, la propria mission.

La DGRM 735 del 20/05/2013 "Riduzione della frammentazione della Rete Ospedaliera, Riconversione delle piccole strutture ospedaliere e Riorganizzazione della Rete Territoriale della Emergenza-Urgenza della Regione Marche in attuazione della Delib.G.R. n. 1696/2012" ha previsto:

1 -LA NUOVA ORGANIZZAZIONE DEL NETWORK TERRITORIALE: l'assistenza territoriale è suddivisa in Cure primarie e Cure intermedie (cure domiciliari, cure residenziali e semiresidenziali) ed è organizzata in stretta connessione con il network ospedaliero e l'alta specializzazione. Caposaldo della nuova organizzazione del network territoriale è la Casa della Salute, realizzata attraverso la riqualificazione dei piccoli ospedali, per rafforzare presidi socio-sanitari dedicati alla post acuzie e alle fragilità. La Casa della Salute rappresenta il luogo ove si sviluppano le cure primarie e le cure intermedie:

Le cure primarie devono essere sostenute da sistemi di riferimento integrati, funzionali e di supporto reciproco, che consentano ai diversi professionisti di raccordare le loro attività, con un progressivo miglioramento dell'assistenza globale per tutti, prioritariamente per coloro che hanno bisogni sociali e sanitari complessi: in tal modo si mette il cittadino al centro del sistema sanitario.

Le cure intermedie costituiscono l'area delle cure che si trovano a metà strada fra l'intensività assistenziale delle cure ospedaliere e l'estensività assistenziale per la cronicità, garantita a domicilio o nelle strutture residenziali. Essa è, pertanto, un'area di servizi integrati, sanitari e sociali, domiciliari, residenziali e semiresidenziali finalizzati a:

- garantire la continuità assistenziale dopo la dimissione ospedaliera;
- favorire il recupero funzionale e la massima autonomia dei pazienti;
- soddisfare i bisogni dei cittadini che presentano una patologia che richiede un elevato grado di protezione,
- evitare ricoveri impropri e potenzialmente dannosi nelle persone anziane.

I percorsi che consentono l'accesso alle prestazioni assistenziali possono essere diversi, potendo il paziente provenire da strutture ospedaliere, residenziali e dal domicilio.

La costruzione in rete dei servizi ha l'obiettivo fondamentale di garantire al cittadino con bisogni sanitari complessi e ai suoi familiari la continuità delle cure grazie all'utilizzo appropriato delle strutture e degli interventi sanitari, liberandolo dal peso di dover individuare l'intervento più adatto ai suoi bisogni.

L'efficacia di un modello costruito a rete non risiede solo nella validità degli elementi che la costituiscono, in particolare dei "nodi della rete", vale a dire i servizi e le strutture, ma anche nella capacità di attivare di volta in volta i percorsi più idonei da un servizio all'altro all'interno delle possibili alternative.

A tal fine il Distretto provvede alle procedure di inserimento nelle strutture residenziali o a ciclo diurno, previa verifica dell'appropriatezza effettuata sulla base di criteri di valutazione

multidimensionale del bisogno, utilizzando scale e schede di valutazioni uniformi nella Regione Marche.
La valutazione periodica dell'ospite costituisce il parametro per valutare la proroga del trattamento in quello specifico livello assistenziale.

2. LA CASA DELLA SALUTE

È a tutti noto che il Servizio sanitario nazionale sta spostando sempre di più l'attenzione dall'ospedale al territorio, per offrire una risposta adeguata ai bisogni attuali di salute, conseguenti all'aumento delle patologie cronico-degenerative.
Per le Marche questa è una necessità ancor più stringente, visto che la popolazione residente ha un'aspettativa di vita alla nascita tra le più alte in Italia. La realizzazione di questa nuova visione del Servizio sanitario regionale impone un cambiamento culturale radicale, che punta anzitutto allo sviluppo di reti cliniche integrate, tra ospedale e territorio, con la nascita di un nuovo nodo nella rete dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, la Casa della Salute, punto di riferimento certo per i cittadini, cui ci si può rivolgere in ogni momento per trovare una risposta ai propri problemi di salute. In tale tipologia di struttura sono ricollocati i servizi distrettuali, sociali e di prevenzione, le attività ambulatoriali specialistiche, anche facilitando l'aggregazione da sedi periferiche, al fine di ridurre la frammentazione ed aumentare le fasce orarie di apertura al pubblico e facilitare l'integrazione multi professionale.
Rafforzare la rete territoriale e le cure intermedie è un aiuto concreto alle famiglie che ogni giorno assistono i loro cari in strutture sanitarie o socio-sanitarie che non corrispondono per livello assistenziale alle reali esigenze del cittadino, costretto ad utilizzarle per la mancanza di alternative più appropriate.
Funzioni:
Come gli ospedali, anche queste strutture possono avere diversa complessità, tenuto conto delle caratteristiche oro-geografiche del territorio e della densità della popolazione, ma in generale esse hanno il compito di:

- Assicurare un punto unico di accesso ai cittadini;
- Garantire la continuità assistenziale nelle 24 ore 7 giorni su 7;
- Organizzare e coordinare le risposte da dare al cittadino;
- Rafforzare l'integrazione con l'ospedale soprattutto in relazione alle dimissioni protette;
- Sviluppare programmi di prevenzione rivolti al singolo, alla comunità e a target specifici di popolazione;
- Gestire le patologie croniche attraverso l'integrazione dell'assistenza primaria con i servizi specialistici presenti e con la possibilità di ricovero residenziale;
- Offrire un'assistenza specialistica extra ospedaliera di livello qualitativo, atta a ridurre la richiesta di prestazioni ospedaliere;
- Promuovere e valorizzare la partecipazione dei cittadini;
- Offrire formazione permanente agli operatori.

Pertanto le Case della Salute sono un punto di accoglienza e orientamento ai servizi per tutti i cittadini, ma anche un ambito nel quale erogare assistenza sanitaria in particolare per la gestione delle patologie croniche ed il completamento dei principali percorsi diagnostici che non necessitano di ricorso all'ospedale.
La Casa della Salute è strutturata come un sistema integrato di servizi che si prende cura delle persone fin dal momento dell'accesso attraverso: l'accoglienza dei cittadini, la collaborazione tra i professionisti, la condivisione dei percorsi assistenziali, l'autonomia e la responsabilità professionale, la valorizzazione delle competenze.
Nei vari livelli è garantita l'assistenza infermieristica, nonché quella di supporto H24, consolidando competenze e professionalità.
La continuità dell'assistenza in tal caso è garantita dai Medici dell'emergenza territoriale dipendenti del SSR, con l'eventuale ausilio della pronta disponibilità integrativa, mentre per i pazienti ricoverati nel territoriale essa è assicurata dai medici della Continuità Assistenziale (CA).

L'emergenza territoriale nell'area in cui è collocata questa tipologia di struttura è garantita dal sistema di emergenza territoriale, con adeguata tipologia di mezzi di soccorso (mezzi di soccorso avanzati, mezzi di soccorso intermedi, mezzi di soccorso di base), che sono collocati presso la struttura.

Con DGRM 452 del 14/04/2014 "Linee giuda organizzazione funzionale Case della salute" sono state predisposte da parte di Agenzia Sanitaria Regionale le linee guida organizzative, condivise con l'ASUR al fine di favorire la diffusione di una rete territoriale di strutture che, riunendo in un unico contenitore funzionale le opzioni di offerta di servizi presenti sul territorio, attivi le sinergie operative per autonomizzare il complesso delle cure primarie e quindi primariamente le equipe territoriali della Medicina Generale, nella gestione dei percorsi di diagnosi e cura per le patologie a maggiore impatto epidemiologico. Gli assetti organizzativi sono definiti tenendo presente che se da un lato i Medici di Medicina Generale (MMG) sono nella posizione migliore per garantire l'assistenza primaria, dall'altro la costituzione di team multidisciplinari e multiprofessionali, che coinvolgendo sia i medici che le professioni sanitarie e tutto il necessario personale di supporto, rappresenta la soluzione migliore per fornire risposte coerenti ai bisogni assistenziali, in particolar modo per i pazienti affetti da polipatologie di tipo cronico. In tal senso la Casa della salute rappresenta il nodo fondamentale nella rete dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, e per lo sviluppo di reti cliniche integrate. Questa area deve essere sostenuta da sistemi di riferimento integrati, funzionali e di supporto reciproco, che consentano ai diversi professionisti di raccordare le loro attività, con un progressivo miglioramento dell'assistenza sanitaria globale per tutti, prioritariamente per colore che hanno bisogni sociali e sanitari complessi.
In tutte le Case della salute risulta essenziale il ruolo dei professionisti delle Cure Primarie, prevedendo l'attività dei Medici di medicina generale nelle 12 ore diurne e dei Medici della continuità assistenziale nelle 12 ore notturne, festivi e prefestivi.
Gli obiettivi generali della casa della Salute sono:

- assicurare un punto unico di accesso ai cittadini;
- garantire la continuità assistenziale e la prossimità delle cure;
- organizzare e coordinare le risposte da dare al cittadino;
- rafforzare l'integrazione/connessione con l'ospedale soprattutto in relazione alle dimissioni protette;
- sviluppare programmi di prevenzione;
- gestire le patologie croniche;
- offrire una assistenza specialistica territoriale di livello qualitativo;
- favorire l'integrazione funzionale delle attività;
- promuovere e valorizzare la partecipazione dei cittadini;
- offrire formazione permanente agli operatori;
- mettere in atto sistemi di valutazione della performance e dei risultati;
- realizzare un sistema informatico in grado di aggregare, standardizzare e rendere accessibili le informazioni con un livello di condivisione sicura dei dati, favorendo anche progetti di TELEMEDICINA E TELECONSULTO.

La Regione Marche, con DGRM 791 del 30/06/2014, ha emanato le "Linee guida per l'organizzazione delle cure domiciliari" finalizzate a consolidare gli interventi di presa in carico precoce soprattutto nei confronti delle persone in condizioni di non autosufficienza al fine di qualificare ulteriormente la risposta di assistenza domiciliare. All'interno del continuum assistenziale sociosanitario previsto da questi modelli, le cure domiciliari integrate forniscono un'opzione assistenziale alternativa al ricovero ospedaliero, laddove la presenza di patologie cronico-degenerative e le condizioni familiari e socio-ambientali consentono l'erogazione di un trattamento sociosanitario a domicilio.

In merito alla coerenza del progetto con la normativa nazionale possono essere richiamati i seguenti atti:

- Legge 8 novembre 2012, n. 189 - Le regioni organizzano l'assistenza primaria secondo modalità operative monoprofessionali denominate aggregazioni funzionali territoriali (AFT) e forme organizzative multiprofessionali denominate unità complesse di cure primarie (UCCP) che erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il Ssn, degli infermieri, delle ostetriche, delle tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria. Le unità complesse di cure primarie sono costituite in reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata, nonché nei giorni prefestivi e festivi con idonea turnazione. Le unità complesse operano in coordinamento e in collegamento telematico con le strutture ospedaliere. Le regioni, attraverso sistemi informatici, assicurano l'adesione obbligatoria dei medici all'assetto organizzativo e al sistema informativo nazionale, compresi gli aspetti relativi al sistema della tessera sanitaria nonché la partecipazione attiva all'implementazione della ricetta elettronica. Le aggregazioni funzionali territoriali (AFT) e le unità complesse di cure primarie (UCCP) erogano l'assistenza primaria attraverso personale convenzionato con il Ssn. Le Regioni possono, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, prevedere la presenza, nelle medesime strutture sulla base della convenzione nazionale, anche di personale dipendente del Ssn in posizione di comando ove il soggetto pubblico incaricato dell'assistenza territoriale sia diverso dalla struttura di appartenenza.
- ATTO DI INDIRIZZO PER L'ANNO 2014 Ministero della Salute – con le seguenti previsioni:
  a) impulso all'azione di riorganizzazione dell'assistenza primaria secondo una logica di rete, in modo da consentire la presa in carico globale del paziente, costantemente nel tempo, da parte di un team con competenze diversificate..... andranno consolidati i legami tra ospedale e territorio, anche attraverso l'accelerazione dell'attuazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) da parte delle regioni, per garantire l'assistenza primaria in un'ottica di complementarietà con le strutture ospedaliere e per l'accrescimento della capacità di presa in carico del cittadino assistito..... Per gli assistiti che vengono dimessi dall'ospedale e presi in carico sul territorio la continuità delle cure deve essere garantita già durante il ricovero da un'attività di valutazione multidimensionale, che prenda in esame le condizioni cliniche e socioassistenziali del paziente al fine di definire, in accordo con il medico di medicina generale e durante il ricovero stesso, il percorso assistenziale più idoneo, in coerenza con la rete dei servizi sociali e distrettuali esistente. La riorganizzazione dell'assistenza territoriale per poter garantire la continuità delle cure durante le 24 ore e per 7 giorni alla settimana deve inoltre prevedere l'individuazione di modelli organizzativi assistenziali, diversificati e adattabili ai diversi contesti territoriali, per evitare il ricorso eccessivo e improprio (diretto e telefonico) ai servizi di emergenza – urgenza..... Per quanto concerne la continuità assistenziale dei livelli preventivo, ospedaliero e territoriale, la stessa dovrà realizzarsi con le opportunità offerte dalla telematica, attraverso progetti di telemedicina. Allo scopo di disporre di adeguati strumenti di monitoraggio e valutazione dell'erogazione dell'assistenza primaria in termini di qualità ed equità su tutto il territorio italiano, dovranno essere definiti opportuni modelli di interrogazione, integrazione e interconnessione delle fonti informative, necessari per costruire idonei e validi sistemi di indicatori;
  b) definizione di strumenti che favoriscano efficienza, appropriatezza e qualità degli interventi sanitari, garantendone l'appropriata valutazione, soprattutto in relazione all'assistenza primaria, alla pediatria di base, alla psichiatria, alla gestione degli anziani e dei disabili nel territorio, alla terapia del dolore e alle cure palliative, alla creazione di percorsi preferenziali per l'oncologia e per il trattamento delle patologia cardiovascolare, al diabete e alle malattie metaboliche, anche tramite la messa in atto di un Programma nazionale per la promozione della qualità e della sicurezza delle cure;

c) progressiva variazione del contesto socio-demografico e necessità di assicurare in ogni caso la sostenibilità del sistema sanitario portano alla considerazione che anche in sanità è ormai necessario puntare sull'innovazione. L'e-Health rappresenta una leva strategica che può contribuire fattivamente a conciliare la qualità del servizio con il controllo della spesa. Un piano d'innovazione digitale per la sanità è una priorità per il rilancio del Paese. Ma per evitare processi d'innovazione frammentari, com'è accaduto negli anni precedenti, tale piano dovrà essere sistemico e dovrà essere sostenuto da una capacità di governance complessiva a livello nazionale. .... Il Ministero - già da tempo promotore in collaborazione con le regioni di molteplici interventi volti allo sviluppo dell'e-Health a livello nazionale, quali i sistemi di centri unici di prenotazione, il fascicolo sanitario elettronico, i certificati di malattia telematici, l'e-Prescription, la dematerializzazione dei documenti sanitari, la telemedicina – proseguirà nell'azione di sostegno alla diffusione dell'ICT in sanità. Perchè ciò avvenga sarà necessario porre in essere azioni che superino gli ostacoli che ancora si frappongono a tale sviluppo, tra i quali in particolare quelli di tipo economico (rapporto costi-benefici dei nuovi servizi), di tipo professionale (condivisione di responsabilità) e infine di tipo culturale (formazione e aggiornamento degli operatori sanitari). .... Anche la telemedicina, che rappresenta uno dei principali ambiti di applicazione della sanità in rete, offre potenzialità di grande rilevanza, soprattutto in termini di accresciuta equità nell'accesso ai servizi sanitari oltre che a competenze di eccellenza, grazie al decentramento e alla flessibilità dell'offerta di servizi resi. Saranno portate a termine le attività per l'adozione delle Linee di indirizzo nazionale sulla telemedicina, predisposte dal Ministero della salute e attualmente in corso di condivisione con le regioni, finalizzate alla definizione di modalità tecnico-organizzative comuni a supporto dello sviluppo della telemedicina a livello nazionale e per un impiego sistematico della stessa nell'ambito del SSN;

d) iniziative attraverso l'utilizzo dei più innovativi strumenti di comunicazione, basati sulle tecnologie dell'Information and Communication Technology (ICT), idonei a sperimentare un nuovo modo di comunicare dell'amministrazione incentrato sull'"ascolto" delle esigenze del cittadino e sull'utilizzo proattivo delle informazioni;

e) miglioramento continuo delle cure e della qualità della vita dei malati, obiettivo da perseguire stimolando l'innovazione.

- PATTO PER LA SANITA' DIGITALE – il documento, frutto di un intenso lavoro tra Ministero della Salute, Ministero dell' Economia e Regioni, pone le basi per una riorganizzazione globale del SSN e identifica tra le priorità di intervento: "teleconsulto, telerefertazione, teledignosi, telemonitoraggio, teleriabilitazione, telemedicina e integrazione con il FSE".
- Linee di indirizzo nazionali Telemedicina del Ministero della Salute (recepite inoltre con DGR Marche 1034 del 15/09/2014) nelle quali si prevede che l'innovazione tecnologica può contribuire a una riorganizzazione della assistenza sanitaria, in particolare sostenendo lo spostamento del fulcro dell'assistenza sanitaria dall'ospedale al territorio, attraverso modelli assistenziali innovativi incentrati sul cittadino e facilitando l'accesso alle prestazioni sul territorio nazionale. Le modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie abilitate dalla telemedicina sono fondamentali in tal senso, contribuendo ad assicurare equità nell'accesso alle cure nei territori remoti, un supporto alla gestione delle cronicità, un canale di accesso all'alta specializzazione, una migliore continuità della cura attraverso il confronto multidisciplinare e un fondamentale ausilio per i servizi di emergenza-urgenza.

DESTINATARI DELLE AZIONI

Principali destinatari sono le persone che presentano patologia di tipo cronico (BPCO, diabete, scompenso) e che necessitano di interventi di cure domiciliari integrate. Per patologia cronica si intende una situazione permanente che necessita di trattamenti continui e tende a sviluppare un

tasso di disabilità variabile. Nelle cronicità l'obiettivo è il miglioramento della qualità di vita, attraverso la prevenzione dell'insorgenza delle complicanze correlate e la loro corretta gestione.
In Italia, nel 2011, la popolazione che ha dichiarato di essere affetta da una patologia cronica è stata pari al 38,4%, il 20,0% invece da due patologie croniche. La fascia di popolazione che presenta una maggiore incidenza di patologie croniche è quella dai 65 anni e più: 76,4% (65-74 anni) e 86,2% (75 e più anni). I cronici in buona salute si attestano al 42,2%. Lo stato di buona salute dei cronici diminuisce vistosamente all'aumentare dell'età: si passa dall'82,8% della fascia 18-19 anni al 30,7% della fascia 65-74 anni. Nell'ambito del target vengono selezionate patologie a forte impatto sociale, cioè quelle che comportano situazioni di non autosufficienza e forte disagio individuale, necessitano un impegno assistenziale della famiglia e della collettività. Il porre queste aree di fragilità al centro degli interventi di tutela della salute rappresenta l'impegno etico primario.
Nella regione Marche la prevalenza delle persone con una o più patologie croniche è del 14,2% (intervallo di confidenza al 95%: ± 0,1%). Ciò significa che ci sono circa 190.000 persone con almeno una patologia cronica. Ogni persona è affetta in media da 1,4 patologie. La distribuzione percentuale delle patologie per singolo caso mette in evidenza che le persone con più di una patologia cronica sono circa un terzo del totale (32,6%) tale valore sale al 46% tra i casi di età > 75 anni.
Le persone con patologie croniche ad elevato impatto sociale sono soprattutto anziani ed il sesso femminile è quello più rappresentato: 54%. Inoltre il 75% del target vive in casa. La percentuale aumenta notevolmente dopo i 70 anni verosimilmente perché una parte delle persone che viveva con il coniuge, alla morte di questo ultimo, viene accolta nella famiglia dei figli. I legami familiari costituiscono il primo riferimento per il supporto materiale ed emotivo in tutte le fasi dell'età senile. Una parte, anche se minore, passa a vivere sola. Il 19% dei soggetti con 75 anni o più vive in casa solo (4 su 5 sono donne). Le donne ultrasettantaquattrenni sole, hanno maggior rischio d'ingresso in istituto o di vivere in condizioni di grave disagio l'ultima parte della vecchiaia.
L'intervento si pone inoltre come fondamentale per dare piena attuazione alle previsioni delle DGR Marche 735 del 20/05/2013 e n. 452 del 14/04/2014 ed in particolare per i seguenti punti:

- assicura sistemi di riferimento integrati, funzionali e di supporto reciproco, che consentano ai diversi professionisti di raccordare le loro attività, con un progressivo miglioramento dell'assistenza globale per tutti, prioritariamente per coloro che hanno bisogni sociali e sanitari complessi: in tal modo si mette il cittadino al centro del sistema sanitario;
- favorisce il coordinamento delle risposte da dare al cittadin e lo sviluppo di programmi di prevenzione;
- favorisce i sistemi di valutazione della performance e dei risultati;
- integra un sistema informatico in grado di aggregare, standardizzare e rendere accessibili le informazioni con un livello di condivisione sicura dei dati, favorendo anche progetti di TELEMEDICINA.

OBIETTIVI

Il progetto intende favorire una migliore gestione ed organizzazione dei servizi di assistenza domiciliare anche grazie all'utilizzo di nuovi modelli organizzativi e di tecnologie innovative per erogare i servizi di tele-monitoraggio.

La strategia d'intervento permette di raggiungere i seguenti obiettivi generali:

- potenziare l'assistenza territoriale rivolta alla popolazione con patologie che possano richiedere una diversa intensività assistenziale, per migliorare l'efficienza del sistema sanitario;

- migliorare la qualità di vita dei pazienti cronici attraverso il monitoraggio remoto a domicilio, dando la possibilità alla rete delle cure territoriali di intervenire prima di un'eventuale riacutizzazione;
- favorire l'individuazione delle best practices in termini di costo e appropriatezza delle prestazioni.

Obiettivi specifici:

- favorire l'integrazione di diversi "strumenti di cura" e qualificare l'operato di tutti gli interventi a domicilio;
- fornire servizi di telemonitoraggio che tengano in considerazione i reali bisogni dei pazienti e degli operatori professionali, le loro capacità, i rischi e i benefici, implementando soluzioni a sostegno dell'empowerment dei pazienti e l'aumento della loro soddisfazione;
- creare e valutare un modello organizzativo di telemedicina che garantisca un percorso di cura sicuro ed efficiente atto a ottimizzare l'impiego delle risorse e rafforzare la collaborazione tra i diversi operatori sanitari;
- implementare un nuovo modello di assistenza dal quale ci si attende una riduzione dei costi di cura dei pazienti cronici attraverso una progressiva diminuzione dei ricoveri, del ricorso a servizi di emergenza e cure specialistiche;
- sviluppare piani di formazione per il personale sanitario che si occupa della gestione a domicilio rispetto al gruppo target individuato e per caregiver/familiari e loro associazioni;
- sensibilizzare gli operatori dei servizi socio assistenziali alla assistenza e teleassistenza rispetto alle patologie individuate.

Il progetto è innovativo e non relativo ad interventi già realizzati presso la ASUR Marche, utilizzando applicazioni di telemonitoraggio. In particolare il sistema di telemonitoraggio domiciliare può:

- dimostrare i vantaggi dell'autogestione con la tecnologia di supporto, risparmiando costi e difficoltà e comunque garantendo buona cura e la vita indipendente della persona.
- ridurre i giorni di degenza o i ricoveri impropri.
- permettere l'individuazione precoce di problemi di salute quindi di attivare gli interventi in modo da prevenire lo sviluppo di complicanze e assicurare la promozione della salute

Il sistema proposto consente 1) il controllo e la misurazione sistematici dei risultati di salute 2) la documentazione e raccolta dei dati per il miglioramento della qualità dell'assistenza 3) il follow-up delle visite 4) la partecipazione degli utenti nel processo decisionale che riguarda la loro cura e la salute.

Il Modello si presenta innovativo in quanto il sistema di organizzazione delle Cure Territoriali si integra in "Rete" e organizza a domicilio l'assistenza sanitaria attraverso la telemedicina, coinvolgendo nel processo tutti gli attori interessati.

L'approccio che si intende implementare per la realizzazione è di tipo continuo ed incrementale: nella fase di analisi verranno definiti requisiti, caratteristiche e setting assistenziale. La fase di dimostrazione vedrà l'implementazione di un numero limitato di domiciliarizzazioni allo scopo di sviluppare una prima fase di testing, monitoraggio e verifica. A questo punto si potrà intervenire con le necessarie azioni correttive e/o integrative per avviare le successive fasi incrementando il numero di domiciliarizzazioni, con l'obiettivo di realizzare un modello 'ottimo' di tipo 'learning-by-doing' per quanto concerne la configurazione del servizio.

PROGRAMMA DI LAVORO

In progetto si inserisce in modalità organizzative definite a livello di programmazione regionale e condivise con il territorio di riferimento in oltre due anni di tempo, nel sistema di riorganizzazione della sanità regionale e delle reti di servizio.

Il Centro Servizi ed il coordinamento del sistema di telemonitoraggio viene posto presso la Casa della Salute (nodo fondamentale della nuova organizzazione del network territoriale) punto di riferimento certo per i cittadini. In tale struttura sono ricollocati i servizi distrettuali, sociali e di prevenzione, le attività ambulatoriali specialistiche, al fine di ridurre la frammentazione ed aumentare le fasce orarie di apertura al pubblico e facilitare l'integrazione multi professionale. La Casa della Salute è strutturata come un sistema integrato di servizi che si prende cura delle persone fin dal momento dell'accesso attraverso: l'accoglienza dei cittadini, la collaborazione tra i professionisti, la condivisione dei percorsi assistenziali, l'autonomia e la responsabilità professionale, la valorizzazione delle competenze. Nei vari livelli è garantita l'assistenza infermieristica, nonché quella di supporto H24, consolidando competenze e professionalità.

Le componenti fondamentali di tale organizzazione sono coinvolte ed impegnate nella realizzazione di ogni fase del progetto, ciascuna per la propria competenza definita:

- La continuità dell'assistenza in tal caso è garantita dai Medici dell'emergenza territoriale dipendenti del SSR, con l'eventuale ausilio della pronta disponibilità integrativa, mentre per i pazienti ricoverati nel territoriale essa è assicurata dai medici della Continuità Assistenziale (CA).
- L'emergenza territoriale nell'area in cui è collocata questa tipologia di struttura è garantita dal sistema di emergenza territoriale, con adeguata tipologia di mezzi di soccorso (mezzi di soccorso avanzati, mezzi di soccorso intermedi, mezzi di soccorso di base), che sono collocati presso la struttura.
- In tutte le Case della salute risulta essenziale il ruolo dei professionisti delle Cure Primarie, prevedendo l'attività dei Medici di medicina generale nelle 12 ore diurne e dei Medici della continuità assistenziale nelle 12 ore notturne, festivi e prefestivi.
- La Medicina Generale si articola secondo una scelta organizzativo – funzionale che ha portato alla formazione delle Equipe Territoriali (ET). Le ET, con tutte le funzioni professionali che le compongono, in collaborazione ed integrazione con i servizi e personale della casa della Salute, assicurano lo svolgimento delle attività proprie delle cure primarie.

La rivisitazione del sistema delle cure domiciliari in un'ottica di rete parte dal Punto Unico di Accesso e modula l'accesso ai servizi attraverso la Unità Valutativa Integrata sino al Piano di Assistenza Individualizzato

Gli assetti organizzativi sono definiti tenendo presente che, se da un lato i Medici di Medicina Generale (MMG) sono nella posizione migliore per garantire l'assistenza primaria, dall'altro la costituzione di team multidisciplinari e multiprofessionali, con medici, professioni sanitarie e tutto il necessario personale di supporto,rappresenta la soluzione migliore per fornire risposte coerenti ai bisogni assistenziali, in particolar modo per i pazienti affetti da polipatologie di tipo cronico. In tal senso la Casa della salute rappresenta il nodo fondamentale nella rete dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, e per lo sviluppo di reti cliniche integrate.

Il progetto si concentrerà sulla produzione di nuove conoscenze nel sistema di organizzazione delle Cure Territoriali, per la realizzazione di servizi di telemonitoraggio di parametri biometrici nella articolazione dei diversi livelli delle cure domiciliari in relazione al bisogno di salute dell'assistito e al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale.

Ci si avvale di un periodo limitato di sperimentazione, con circa 150 utenti in cura a domicilio, che presentano diverse situazioni cliniche. Gli utenti saranno individuati e selezionati in collaborazione con gli operatori sanitari. La valenza di servizi di telemedicina, le possibilità che offrono, il loro costo-efficacia saranno identificati e sviluppati ulteriormente per sostenere lo sviluppo dei servizi di assistenza.

Il piano di lavoro prevede:

FASE 0 - MANAGEMENT

Le attività di coordinamento verranno garantite dalla ASUR Marche attraverso professionisti di comprovata esperienza nella gestione di progetti complessi. La ASUR assicura le attività di gestione amministrativa e finanziaria, gestione strategica del progetto, definizione del sistema di rilevazione e monitoraggio, comunicazione, formazione del personale. Verrà inoltre costituito un Comitato Scientifico che rappresenta le diverse professionalità coinvolte nel sistema.

FASE 1 - ANALISI

a) Analisi dei bisogni/requisiti da soddisfare in relazione alle diverse condizioni in termini di parametri da monitorare e tempi di monitoraggio/collegamento.
b) Definizione dei criteri di selezione del gruppo di sperimentazione (criteri di stabilità clinica/stato/caratteristiche per i pazienti e caratteristiche/specifiche minime caregiver/familiari/individuazione della figura del caregiver), e dei criteri per individuare i soggetti a rischio per le complicanze-comorbilità o caratteristiche familiari (a favore della ospedalizzazione)
c) Selezione dei pazienti da arruolare.
d) Individuazione del migliore setting assistenziale
e) Definizione caratteristiche del sistema di telemonitoraggio
f) Definizione Piani di Assistenza a distanza e paramentri in base ai quali la rete delle cure territoriali deve intervenire prima di un'eventuale riacutizzazione.

FASE 2 – IMPLEMENTAZIONE - DIMOSTRAZIONE

- Nell'organizzazione delle Cure Territoriali- Casa della Salute, si realizza la gestione di un servizio di telemonitoraggio;
- Rispetto al campione individuato si forniscono i mezzi (medical device) e il setting assistenziale per gestire le condizioni di salute nel comfort della propria casa;
- Vengono create, un numero presunto di 150 configurazioni domiciliari nelle quali attuare il modello. La realizzazione verrà monitorata fin dall'inizio allo scopo di apportare eventuali correzioni/ottimizzazioni nelle successive implementazioni, in modo da avere un campione di valutazione maggiormente rappresentativo;
- Vengono attivate iniziative di comunicazione e formazione, nei confronti degli operatori sanitari e socio assistenziali e di familiari, caregiver e loro associazioni.

FASE 3 – MONITORAGGIO - VALUTAZIONE - VALIDAZIONE

L'esecuzione del progetto sarà monitorata durante tutta la sua durata attraverso la raccolta periodica di dati e informazioni finalizzati a valutare l'andamento delle attività e a migliorare l'impatto del progetto. Le modalità vengono definite nelle sezione "Modalità di valutazione interna del progetto da parte dell'ente richiedente". La valutazione del progetto in termini di efficacia e di impatto delle soluzioni adottate sulla gestione del paziente cronico a domicilio sarà condotta sulla base di indicatori che saranno definiti nella prima fase del progetto.

In questo sistema sempre più complesso, generalmente definito dal termine "rete", accanto a un potenziale notevole che sta emergendo in materia di assistenza domiciliare, una parte dei cittadini spesso trova difficoltà all'avvio di un programma di trattamento, e tra i vari operatori non c'è sempre un adeguato scambio di informazioni. Gli operatori sanitari che operano a domicilio fino ad oggi non sono stati agevolati nei rapporti e comunicazioni con i pazienti e con gli altri operatori del sistema socio-sanitario. Infatti la mancanza di comunicazione e delle relazioni in alcuni contesti hanno avuto un'influenza negativa per la continuità dell'assistenza e una riduzione della potenzialità dei servizi di rete. La programmazione, progettazione e erogazione di appositi piani di formazione ed informazione per pazienti ed operatori risulta quindi fondamentale.

A seguito dello sviluppo del progetto, una volta resi disponibili i risultati del sistema di valutazione la ASUR può operare la replicabilità del modello sull'intero territorio regionale provvedendo a riservare allo sviluppo dei modelli di assistenza domiciliare ed all'innovazione un budget per i tre anni successivi alla conclusione del progetto.

Per assicurare la realizzazione dell'intervento, considerata la complessità insita nella realizzazione del progetto, si è definito un programma di lavoro suddiviso in macrofasi di intervento

Obiettivi	Fase nr.	Azioni	Risultati attesi	Outcomes	Tempi	Responsabile
obiettivi generali: • potenziare l'assistenza territoriale rivolta alla popolazione con patologie che possano richiedere una diversa intensività assistenziale, per migliorare l'efficienza del sistema sanitario; • migliorare la qualità di vita dei pazienti cronici attraverso il monitoraggio remoto a domicilio, dando la possibilità alla rete delle cure territoriali di intervenire prima di un'eventuale riacutizzazione; • favorire l'individuazione delle best practices in termini di costo e appropriatezza delle prestazioni.	FASE 0	Entro 25 giorni dalla comunicazione in materia di approvazione del progetto, un gruppo di coordinamento per la gestione sarà allestito presso ASUR. Sarà composto da esperti nella gestione dei progetti. Il gruppo si riunirà a cadenza mensile fino al termine del progetto.	Gestione amministrativa e finanziaria e acquisizioni necessarie - svolgimento procedure - Monitoraggio e valutazioni sull'andamento	buona amministrazione del progetto	1 - 36 mesi	Direzione ASUR
	FASE 0	Entro 45 giorni dalla comunicazione in materia di approvazione del progetto sarà nominato un comitato scientifico che rappresenta tutte le professionalità coinvolte nel progetto, regolato da un protocollo specifico e presieduto dal responsabile di progetto.	Protocollo, al fine di garantire la partecipazione di tutti i professionisti e di garantire risultati condivisi	piena partecipazione di tutti gli operatori	1,5 - 36 mesi	Direzione ASUR

Obiettivi	Fase nr.	Azioni	Risultati attesi	Outcomes	Tempi	Responsabile
fornire servizi di telemonitoraggio che tengano in considerazione i reali bisogni dei pazienti e degli operatori professionali, le loro capacità, i rischi e i benefici, implementando soluzioni a sostegno dell'empowerment dei pazienti e l'aumento della loro soddisfazione	FASE 1	a) Analisi dei bisogni/requisiti da soddisfare in relazione alle diverse condizioni in termini di parametri da monitorare e tempi di monitoraggio/collegamento. b) Definizione dei criteri di selezione del gruppo di sperimentazione (criteri di stabilità clinica/stato/caratteristiche per i pazienti e caratteristiche/specifiche minime caregiver/familiari/individuazione della figura del caregiver), e i criteri per individuare i soggetti a rischio per le complicanze-comorbilità o caratteristiche familiari (a favore della ospedalizzazione) c) Selezione dei pazienti da arruolare. d) Individuazione del migliore setting assistenziale e) Definizione caratteristiche del sistema di telemonitoraggio f) Definizione Piani di Assistenza a distanza e paramentri in base ai quali la rete delle cure territoriali deve intervenire prima di un'eventuale riacutizzazione.	definizione capitolati di gara criteri di selezione pazienti definizione piani di assistenza e responsabilità	presupposti per erogazione di servizi di telemonitoraggio di parametri biometrici e di telemedicina nella articolazione dei diversi livelli delle cure domiciliari in relazione al bisogno di salute dell'assistito e al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale	3 - 8 mese	Direzione ASUR e Comitato Scientifico
sensibilizzare gli operatori dei servizi socio assistenziali alla assistenza e teleassistenza rispetto alle patologie individuate	FASE 1	programmi di formazione	capacità di attivare di volta in volta i percorsi più idonei da un servizio all'altro all'interno delle possibili alternative	Qualificazione della capacità di presa in carico territoriale	3 - 8 mese	Direzione ASUR e Comitato Scientifico

Obiettivi	Fase nr.	Azioni	Risultati attesi	Outcomes	Tempi	Responsabile
creare e valutare un modello organizzativo di telemedicina che garantisca un percorso di cura sicuro ed efficiente atto a ottimizzare l'impiego delle risorse e rafforzare la collaborazione tra i diversi operatori sanitari	FASE 2	• Nell'organizzazione delle Cure Territoriali- Casa della Salute, si realizza la gestione di un servizio di telemonitoraggio; • Rispetto al campione individuato si forniscono i mezzi (medical device) e il setting assistenziale per gestire le condizioni di salute nel comfort della propria casa; • Vengono create, un numero presunto di 150 configurazioni domiciliari nelle quali attuare il modello. La realizzazione verrà monitorata fin dall'inizio allo scopo di apportare eventuali correzioni/ottimizzazioni nelle successive implementazioni, in modo da avere un campione di valutazione maggiormente rappresentativo	erogazione di servizi di telemonitoraggio di parametri biometrici e di telemedicina nella articolazione dei diversi livelli delle cure domiciliari in relazione al bisogno di salute dell'assistito e al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale	potenziare il servizio di cure domiciliari sia in termini di risposta ai nuovi bisogni di salute sia in termini di riqualificazione della intera filiera assistenziale	7 - 36 mese	Ciascuno per la propria competenza definita: - Medici dell'emergenza territoriale e medici della Continuità Assistenziale (CA). - Iprofessionisti delle Cure Primarie (Medici di medicina generale nelle 12 ore diurne e Medici della continuità assistenziale nelle 12 ore notturne, festivi e prefestivi). - Equipe Territoriali (ET)
creare e valutare un modello organizzativo di telemedicina che garantisca un percorso di cura sicuro ed efficiente atto a ottimizzare l'impiego delle risorse e rafforzare la collaborazione tra i diversi operatori sanitari	FASE 2	gestione dei flussi informativi, del servizio di telemonitoraggio, e dei servizi di Call Center	Centro Servizi a supporto dei diversi attori del sistema Sviluppare programmi di prevenzione	supporto attivo per il coordinamento della cura sistemi di riferimento integrati, funzionali e di supporto reciproco, che consentano ai diversi professionisti di raccordare le loro attività, con un progressivo miglioramento dell'assistenza globale per tutti, prioritariamente per coloro che hanno bisogni sociali e sanitari complessi	8 - 36 mese	Ciascuno per la propria competenza definita: - Medici dell'emergenza territoriale e medici della Continuità Assistenziale (CA). - Iprofessionisti delle Cure Primarie (Medici di medicina generale nelle 12 ore diurne e Medici della continuità assistenziale nelle 12 ore notturne, festivi e prefestivi). - Equipe Territoriali (ET)

Obiettivi	Fase nr.	Azioni	Risultati attesi	Outcomes	Tempi	Responsabile
sviluppare piani di formazione Per il personale sanitario che si occupa della gestione a domicilio rispetto al gruppo target individuato e Per caregiver/familiari e loro associazioni	FASE 2	Vengono attivate iniziative di comunicazione e formazione, nei confronti degli operatori sanitari e socio assistenziali e di familiari, caregiver e loro associazioni	Promuovere e valorizzare la partecipazione dei cittadini	Potenziamento dell'assistenza domiciliare e degli strumenti di supporto alla famiglia	6 - 18 mese	Ciascuno per la propria competenza definita: - Medici dell'emergenza territoriale e medici della Continuità Assistenziale (CA). - Iprofessionisti delle Cure Primarie (Medici di medicina generale nelle 12 ore diurne e Medici della continuità assistenziale nelle 12 ore notturne, festivi e prefestivi). - Equipe Territoriali (ET)
favorire l'integrazione di diversi "strumenti di cura" e qualificare l'operato di tutti gli interventi a domicilio	FASE 2	modello organizzativo di telemedicina che garantisca un percorso di cura sicuro ed efficiente atto a ottimizzare l'impiego delle risorse e rafforzare la collaborazione tra i diversi operatori sanitari	modello organizzativo	integrazione di diversi "strumenti di cura"	12-36 mese	Ciascuno per la propria competenza definita: - Medici dell'emergenza territoriale e medici della Continuità Assistenziale (CA). - Iprofessionisti delle Cure Primarie (Medici di medicina generale nelle 12 ore diurne e Medici della continuità assistenziale nelle 12 ore notturne, festivi e prefestivi). - Equipe Territoriali (ET)

Obiettivi	Fase nr.	Azioni	Risultati attesi	Outcomes	Tempi	Responsabile
favorire l'integrazione di diversi "strumenti di cura" e qualificare l'operato di tutti gli interventi a domicilio	FASE 2	sistema integrato di interventi e servizi sanitari e sociali erogati a domicilio, volti al mantenimento del massimo livello di salute e benessere della persona	Piattaforma – software di telecomunicazione e personalizzazioni per gli operatori dell'assistenza	integrazione di diversi "strumenti di cura"	6 - 36 mese	Ciascuno per la propria competenza definita: - Medici dell'emergenza territoriale e medici della Continuità Assistenziale (CA). - Iprofessionisti delle Cure Primarie (Medici di medicina generale nelle 12 ore diurne e Medici della continuità assistenziale nelle 12 ore notturne, festivi e prefestivi). - Equipe Territoriali (ET)
creare e valutare un modello organizzativo di telemedicina che garantisca un percorso di cura sicuro ed efficiente atto a ottimizzare l'impiego delle risorse e rafforzare la collaborazione tra i diversi operatori sanitari	FASE 3	Definitzione del processo uniforme di valutazione indipendente e validazione	piano per il monitoraggio e la valutazione	monitoraggio e la valutazione utilizzando criteri comuni di valutazione e indicatori per regolare l'attività e stima e valutare i risultati e verificare l'impatto del progetto anche in termini economici	3 - 36 mese	Direzione ASUR e Comitato Scientifico

Obiettivi	Fase nr.	Azioni	Risultati attesi	Outcomes	Tempi	Responsabile
favorire l'integrazione di diversi "strumenti di cura" e qualificare l'operato di tutti gli interventi a domicilio	FASE 3	revisione trimestrale sulle attività svolte	Relazioni di valutazione intermedie e finale del progetto	- facilitare l'attuazione del progetto - identificare e valutare gli indicatori di performance e di impatto adeguati - valutare l'impatto del progetto in relazione alle finalità e degli obiettivi previsti - identificare i fattori che hanno contribuito o ostacolato il raggiungimento degli obiettivi - prevedere l'uso di output e outcome nelle strategie del sistema sanitario regionale - verificare l'impatto in termini economici	6 - 36 mese	Direzione ASUR anche avvalendosi di soggetti terzi competenti della materia presso Regione Marche (tipo centri servizi per l'innovazione regionali)
creare e valutare un modello organizzativo di telemedicina che garantisca un percorso di cura sicuro ed efficiente atto a ottimizzare l'impiego delle risorse e rafforzare la collaborazione tra i diversi operatori sanitari	FASE 3	raccolta periodica di dati e informazioni	realizzare un sistema informatico in grado di aggregare, standardizzare e rendere accessibili le informazioni con un livello di condivisione sicura dei dati, favorendo anche progetti di TELEMEDICINA E TELECONSULTO	valutare l'andamento delle attività e a migliorare l'impatto del progetto sistemi di riferimento integrati, funzionali e di supporto reciproco, che consentano ai diversi professionisti di raccordare le loro attività, con un progressivo miglioramento dell'assistenza globale per tutti, prioritariamente per coloro che hanno bisogni sociali e sanitari complessi: in tal modo si mette il cittadino al centro del sistema sanitario	3 - 36 mese	Direzione ASUR anche avvalendosi di soggetti terzi competenti della materia presso Regione Marche (tipo centri servizi per l'innovazione regionali)

Obiettivi	Fase nr.	Azioni	Risultati attesi	Outcomes	Tempi	Responsabile
favorire l'integrazione di diversi "strumenti di cura" e qualificare l'operato di tutti gli interventi a domicilio	FASE 3	applicazione metodologia di valutazione multidisciplinare e comune dei servizi di telemedicina. il MAST (Model for Assessment of Telemedicine)	data base e questionari analizzati	La valutazione articolata nei seguenti domini: 1. descrizione della patologia e caratteristiche dell'applicazione; 2. sicurezza; 3. efficacia clinica; 4. percezione del paziente; 5. aspetti economici; 6. aspetti organizzativi; 7. aspetti socio-culturali. etici e legali.	3 - 36 mese	Direzione ASUR anche avvalendosi di soggetti terzi competenti della materia presso Regione Marche (tipo centri servizi per l'innovazione regionali)

MODALITÀ DI VALUTAZIONE INTERNA DEL PROGETTO

I meccanismi di controllo e valutazione giocheranno un ruolo importante nel cogliere ed identificare le lezioni del progetto e le loro implicazioni nel piano d'azione e nella pratica. Uno dei punti cardine del progetto è essenzialmente una sperimentazione/dimostrazione locale. Proprio per questo, il principale lavoro nella valutazione sarà quello di identificare un set di metodologie e procedure appropriate che riescano ad ideare e cogliere i percorsi più conformi per l'introduzione del modello elaborato, al fine di diffondere le soluzioni fattibili.
Sarà sviluppato un Piano di Monitoraggio e Valutazione condiviso con il Comitato Scientifico, con criteri di valutazione e indicatori comuni per aggiustare l'attività e stimare e valutare i risultati conseguiti. Il piano di monitoraggio conterrà criteri di valutazione con indicatori comuni per aggiustare prontamente l'attività e stimare e valutare i risultati conseguiti.
L'esecuzione del progetto sarà monitorata durante tutta la sua durata attraverso la raccolta periodica di dati e informazioni finalizzati a valutare l'andamento delle attività e a migliorare l'impatto del progetto. La valutazione del progetto in termini di efficacia e di impatto delle soluzioni adottate sulla gestione del paziente cronico a domicilio sarà condotta sulla base di indicatori che saranno definiti nella fase 0 del progetto.
I principali strumenti da utilizzare riguardano analisi di processo e percorso, con valutazioni di impatto economico-e valutazioni di impatto tra diverse alternative.
L'applicazione innovativa delle metodologie individuate in una ambito tanto rilevante sarà comunque sempre seguita e monitorata grazie alla presenza di professionisti (figure di riferimento a livello regionale e nazionale per i settori interessati) molto esperti nelle materie progettuali e nel ordinamento di progetti nazionali ed internazionali, che andranno a costituire il Gruppo di Coordinamento del progetto ed il Comitato Scientifico. Tali organi dei quali si tratterà nella macrofase di coordinamento, si riuniranno periodicamente per prendere le decisioni strategiche e di indirizzo generale, approvare periodicamente l'andamento del progetto, applicare i correttivi e le azioni necessarie a garantire il perseguimento degli obiettivi progettuali nei termini assegnati

Per la valutazione dei risultati in termini di salute si intende adottare una metodologia di valutazione multidisciplinare e comune dei servizi di telemedicina, il MAST (Model for Assessment of Telemedicine), previsto dalla Commissione Europea. Il MAST ha lo scopo di fornire risultati oggettivi sull'utilità, l'efficacia e il contributo effettivo alla qualità di cura dei servizi di monitoraggio che utilizzano soluzioni di telemedicina. La valutazione è articolata nei seguenti domini:
1. descrizione della patologia e caratteristiche dell'applicazione;
2. sicurezza;
3. efficacia clinica;
4. percezione del paziente;
5. aspetti economici;
6. aspetti organizzativi;
7. aspetti socio-culturali, etici e legali.

Rilevanti fonti di dati che saranno utilizzate sono:
- database amministrativo regionale della Regione Marche che raccoglie i dati sulle prestazioni sanitarie (ricoveri, farmaci, visite specialistiche, esami di laboratorio e strumentali) erogate da strutture pubbliche e private accreditate per conto del Servizio Sanitario Regionale, linkabili con le caratteristiche demografiche. La variabile dipendente sarebbe stata definita o come ricorso al ricovero per condizioni nelle quali è potenzialmente evitabile
- SIAD - fonte dei dati si è resa disponibile a seguito dell'emanazione del DM 17 dicembre 2008, "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare () "

pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 6 del 9 gennaio 2009, con il quale è stata istituita, nell'ambito del NSIS, una banca dati finalizzata a rilevare le prestazioni assistenziali erogate in ambito domiciliare. Il citato decreto rappresenta l'avvio, a livello aziendale, di una raccolta di informazioni omogenea sull'assistenza territoriale che permette di avere un visione complessiva sull'attività svolta.

Lo svolgimento della FASE 3 permette di integrare i dati già disponibili presso la Regione Marche con le informazioni raccolte nel corso delle azioni, in modo da valutare l'andamento delle attività e migliorare l'impatto del progetto.

ANALISI DEI COSTI

Le acquisizioni di beni e servizi saranno regolate dal D.Lgs. 163/06 e s.m.i. . I preventivi allegati sono stati acquisiti mediante indagine di mercato esplorativa pubblicata nel sito ASUR, sezione bandi e appalti. Le migliori quotazioni saranno poste a base d'asta quindi ci si attende economia dal processo di gara. La possibilità di ottenere quotazioni migliori sarà utilizzata per poter avere un numero maggiore di pazienti arruolati nella sperimentazione. In sede di progettazione delle singole procedure la definizione degli ulteriori elementi di dettaglio

Di seguito vengono riportati tutti i preventivi pervenuti:

Descrizione del bene	Preventivo 1			Preventivo 2			Preventivo 3		
	Q.tà	P.unit	P.Compl	Q.tà	P.unit	P.Compl	Q.tà	P.unit	P.Compl
Servizio di tele monitoraggio - Centro Servizi, che supporta la Centrale Operativa Territoriale	30	2500	75000	30	60	1800	30	16500	495000
Kit Telemonitoraggio Domiciliare Scompenso	25	1599	39975	25	730	18250	25	1753	43825
Kit Telemonitoraggio Domiciliare Scompenso con Diabete	20	1749	34980	20	745	14900	20	1753	35060
Kit Telemonitoraggio Domiciliare Diabete	15	400	6000	15	385	5775	15	460	6900
Kit Telemonitoraggio Domiciliare Diabete+Ipertensione	15	599	8985	15	455	6825	15	630	9450
Kit Telemonitoraggio Domiciliare Diabete+BPCO	15	960	14400	15	570	8550	15	1175	17625
Kit Telemonitoraggio Domiciliare Ipertensione	25	449	11225	25	455	11375	25	630	15750
Kit Telemonitoraggio Domiciliare BPCO	20	810	16200	20	545	10900	20	1115	22300
Kit Telemonitoraggio Domiciliare Polmonare Specialistico	15	1599	23985	15	745	11175	15	1753	26295
Accessori offerti	10	1000	10000						
TOTALE			240750			89550			672205
TOTALE per tipologia									
Servizio – piattaforma di tele monitoraggio - Centro Servizi, che supporta la Centrale Operativa Territoriale			75000			1800			495000
Dispostivi Medici e di comunicazione (acquisto di almeno 150 kit per le diverse patologie)			165750			87750			177205

Descrizione del bene	Preventivo 4			Preventivo 5			Preventivo 6			Preventivo 7		
	Q.tà	P.unit	P.Compl	Q.tà	P.unit	P.Compl	Q.tà	P.unit	P.Compl	Q.tà	P.unit	P.Compl
Servizio di tele monitoraggio - Centro Servizi, che supporta la Centrale Operativa Territoriale	30	6000	180000	30	9800	294000	30	5000	150000	30	17000	510000
Kit Telemonitoraggio Domiciliare Scompenso	25	895	22375	25	717	17925	25	1790	44750	25	2731,4	68285
Kit Telemonitoraggio Domiciliare Scompenso con Diabete	20	958,7	19174	20	811	16220	20	1900	38000	20	2864,4	57288
Kit Telemonitoraggio Domiciliare Diabete	15	536,2	8043	15	346,25	5193,75	15	525	7875	15	1925	28875
Kit Telemonitoraggio Domiciliare Diabete+Ipertensione	15	653,2	9798	15	471,25	7068,75	15	985	14775	15	2093	31395
Kit Telemonitoraggio Domiciliare Diabete+BPCO	15	601,2	9018	15	461,25	6918,75	15	1145	17175	15	2301,6	34524
Kit Telemonitoraggio Domiciliare Ipertensione	25	589,5	14737,5	25	377,5	9437,5	25	860	21500	25	2168,6	54215
Kit Telemonitoraggio Domiciliare BPCO	20	537,5	10750	20	367,5	7350	20	1020	20400	20	2168,6	43372
Kit Telemonitoraggio Domiciliare Polmonare Specialistico	15	895	13425	15	717,5	10762,5	15	1790	26850	15	2731,4	40971
Accessori offerti										10	160,5	1605
TOTALE			287320,5			374876,25			341325			870530
TOTALE per tipologia												
Servizio – piattaforma di tele monitoraggio - Centro Servizi, che supporta la Centrale Operativa Territoriale			180000			294000			150000			510000
Dispostivi Medici e di comunicazione (acquisto di almeno 150 kit per le diverse patologie)			107320,5			80876,25			191325			358925

Descrizione del bene	Preventivo 8			Preventivo 9			Preventivo 10			Preventivo 11		
	Q.ta	P.unit	P.Compl	Q.tà	P.unit	P.Compl	Q.tà	P.unit	P.Compl	Q.tà	P.unit	P.Compl
Servizio di tele monitoraggio - Centro Servizi, che supporta la Centrale Operativa Territoriale	30	59,99	1799,7	30	280	8400	30	90	2700	30	21000	630000
Kit Telemonitoraggio Domiciliare Scompenso	25	1011,24	25281	25	995	24875	25	1500	37500	25	1370	34250
Kit Telemonitoraggio Domiciliare Scompenso con Diabete	20	1044,94	20898,8	20	1075	21500	20	2000	40000	20	1500	30000
Kit Telemonitoraggio Domiciliare Diabete	15	539,33	8089,95	15	340	5100	15	200	3000	15	590	8850
Kit Telemonitoraggio Domiciliare Diabete+Ipertensione	15	640,45	9606,75	15	568	8520	15	500	7500	15	720	10800
Kit Telemonitoraggio Domiciliare Diabete+BPCO	15	797,75	11966,25	15	1138	17070	15	1800	27000	15	1150	17250
Kit Telemonitoraggio Domiciliare Ipertensione	25	640,45	16011,25	25	488	12200	25	250	6250	25	590	14750
Kit Telemonitoraggio Domiciliare BPCO	20	775,28	15505,6	20	1058	21160	20	1500	30000	20	1020	20400
Kit Telemonitoraggio Domiciliare Polmonare Specialistico	15	1044,94	15674,1	15	1665	24975	15	500	7500	15	1370	20550
Accessori offerti							10		0			
TOTALE			124833,4			143800			161450			786850
TOTALE per tipologia												
Servizio – piattaforma di tele monitoraggio - Centro Servizi, che supporta la Centrale Operativa Territoriale			1799,7			8400			2700			630000
Dispositivi Medici e di comunicazione (acquisto di almeno 150 kit per le diverse patologie)			123033,7			135400			158750			156850

Descrizione del bene	Preventivo I2		
	Q.tà	P.unit	P.Compl
Servizio di tele monitoraggio - Centro Servizi, che supporta la Centrale Operativa Territoriale	30	8500	255000
Kit Telemonitoraggio Domiciliare Scompenso	25	400	10000
Kit Telemonitoraggio Domiciliare Scompenso con Diabete	20	460	9200
Kit Telemonitoraggio Domiciliare Diabete	15	115	1725
Kit Telemonitoraggio Domiciliare Diabete-Ipertensione	15	195	2925
Kit Telemonitoraggio Domiciliare Diabete+BPCO	15	180	2700
Kit Telemonitoraggio Domiciliare Ipertensione	25	135	3375
Kit Telemonitoraggio Domiciliare BPCO	20	120	2400
Kit Telemonitoraggio Domiciliare Polmonare Specialistico	15	400	6000
Accessori offerti			
TOTALE			293325
TOTALE per tipologia			
Servizio – piattaforma di tele monitoraggio - Centro Servizi, che supporta la Centrale Operativa Territoriale			255000
Dispostivi Medici e di comunicazione (acquisto di almeno 150 kit per le diverse patologie)			38325

ALLEGATI

	Descrizione	Note
	PIANO SOCIO-SANITARIO REGIONALE 2012/2014 (di seguito anche PSSR) approvato in data 16 dicembre 2011, con Deliberazione n. 38 della Assemblea Legislativa Regionale Marche	All. 1
	DGRM 735 del 20/05/2013 "Riduzione della frammentazione della Rete Ospedaliera, Riconversione delle piccole strutture ospedaliere e Riorganizzazione della Rete Territoriale della Emergenza-Urgenza della Regione Marche in attuazione della Delib.G.R. n. 1696/2012"	All. 2
	DGRM 452 del 14/04/2014 "Linee giuda organizzazione funzionale Case della salute"	All. 3
	DGRM 791 del 30/06/2014 "Linee guida per l'organizzazione delle cure domiciliari"	All. 4
	DGR Marche 1034 del 15/09/2014	All. 5
	Avviso/informativa IDAGINE DI MERCATO ESPLORATIVA	All. 6
	DETERMINA DEL DIRETTORE GENERALE ASUR N. 566/ASURDG DEL 15/07/2013	All. 7A e 7B
	DETERMINA DEL DIRETTORE GENERALE ASUR N. 940/2013	All. 8
	DETERMINA DEL DIRETTORE GENERALE ASUR N. 311/ASURDG DEL 16/05/2014 Oggetto: [Linee Guida per il corretto inserimento degli eventi di Cure Domiciliari nel SIAD]	All. 9A e 9B
	Legge 8 novembre 2012, n. 189	All. 10
	TELEMEDICINA Linee di indirizzo nazionali	All. 11
	ATTO DI INDIRIZZO PER L'ANNO 2014 Ministero della Salute	All. 12
	PATTO PER LA SANITA' DIGITALE	All. 13

IL DIRETTORE GENERALE
Dr. Gianni Genga

PIANO DI INVESTIMENTO ANNUALE E PIANO PLURIENNALE

		anno 2015 (dal 01/06/2015)	anno 2016	anno 2017	anno 2018 (fino al 31/05/2018)
DETTAGLIO COSTI	IMPORTO COSTI				
Servizio – piattaforma di tele monitoraggio - Centro Servizi, che supporta la Centrale Operativa Territoriale	€ 340.000,00	€ 40.000,00	€ 100.000,00	€ 100.000,00	€ 100.000,00
Dispostivi Medici e di comunicazione (acquisto di almeno 150 kit per le diverse patologie)	€ 150.000,00		€ 60.000,00	€ 70.000,00	€ 20.000,00

IL DIRETTORE GENERALE
Dr. Gianni Genga

STAMPA DEFINITIVA

FONDAZIONE Cariverona

SCHEDA PRESENTAZIONE PROGETTO

Da utilizzare da parte di:

Ente Pubblico	Ente Privato
Azienda Sanitaria/Ospedaliera	Ospedale Classificato e Parificato di Ente Ecclesiastico o Religioso riconosciuto
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico	

Sulla base delle indicazioni del Documento Programmatico Previsionale della Fondazione, per l'anno 2015, è stato predisposto il seguente modulo per la presentazione della richiesta di contributo.
L'istanza dovrà essere strettamente afferente a quanto previsto dalle linee programmatiche all'interno dello specifico settore, limitatamente riferita alle "progettualità dai territori".
La partecipazione a cofinanziamento da parte del soggetto proponente non potrà, di norma, risultare inferiore al 30% del valore complessivo del progetto presentato.

Il presente modulo è composto dalle seguenti parti che vanno lette attentamente prima della compilazione:
Allegato 1 - Premesse generali
Sezione A - Dati generali sulla Organizzazione richiedente
Sezione B - Informazioni sul progetto e quadro economico finanziario
Sezione Dichiarazioni -in calce- n.4 dichiarazioni da compilare e sottoscrivere singolarmente dal rappresentante legale
Allegato 2 - Elenco della documentazione obbligatoria - da allegare alla presentazione della richiesta

---

Modalità di invio e consegna della documentazione

Il presente modulo, opportunamente compilato, dovrà essere trasmesso on-line

entro il 27 febbraio 2015

il cartaceo, firmato dal rappresentate legale dell'ente proponente, con la documentazione necessaria per la valutazione del progetto deve essere inviata all'indirizzo della Fondazione, in via Forti 3/A – 37121 Verona

e pervenire entro il 6 marzo 2015

ai fini della validità del termine di trasmissione non fa fede il timbro postale.

Alla Fondazione, potranno essere consegnate personalmente le istanze complete,

nei giorni 5 e 6 marzo 2015, ai seguenti indirizzi ed orari:

Località	Indirizzo	Orario
Verona	Via Forti, 3/A	9.00 – 13.00 e 15.00-17.00
Vicenza	Pal. Giustiniani Baggio Contrà San Francesco, 41	9.00 – 13.00 e 15.00-17.00
Belluno	Piazza Mercato, 27	9.00 – 13.00 e 15.00-17.00

Questo modulo potrà essere nel tempo soggetto a modifiche e/o integrazioni da parte della Fondazione.
Ne va pertanto utilizzata la versione ultima, che è resa acquisibile dal sito internet della Fondazione (www.fondazionecariverona.org).
Non devono pertanto venire utilizzate versioni precedenti in qualsiasi forma acquisite e stampate.

ALLEGATO 1
Premesse Generali

INFORMAZIONI UTILI PER LA COMPILAZIONE
DA LEGGERE ATTENTAMENTE PRIMA DELLA COMPILAZIONE DELLA RICHIESTA

Il modulo di richiesta è finalizzato a fornire sistematicamente tutte le informazioni rilevanti sul soggetto richiedente e sul progetto proposto, nonché ad inquadrare l'istanza nei precisi limiti operativi definiti, anno per anno, dalla Fondazione per la propria attività istituzionale. Si invita pertanto a leggere attentamente ed osservare tutte le indicazioni qui fornite e quelle dell'Allegato 2, relative alla documentazione da presentare. **La carenza nella compilazione del presente modulo costituisce elemento negativo nella valutazione di merito sulla richiesta presentata.**
Per la corretta individuazione dei settori operativi della Fondazione e della possibilità di presentare istanza di contributo, è indispensabile una preventiva ed attenta lettura del **Documento Programmatico Previsionale nella forma di estratto, formato Acrobat/pdf**, pubblicato sul sito **www.fondazionecariverona.org**.

Particolare attenzione dovrà essere posta:

- alla distinzione tra le tematiche relative al bando generale con scadenza il **27 febbraio 2015**, per le quali ha valore il modulo di richiesta, e quelle che sono invece oggetto di "iniziativa diretta" della Fondazione oppure che vengono indicate come oggetto di "specifici bandi" che saranno programmati separatamente in tempi diversi e con modalità proprie ed opportunamente pubblicati sul sito;
- alla sezione 6 del Dpp in versione PDF, sub "Presentazione delle domande" e sub "Criteri Generali" per verificare la sussistenza di tutti i requisiti di soggetto e oggetto ed i vincoli e le condizioni di esclusione per la presentazione delle istanze;
- le richieste formulate alla Fondazione dovranno pertanto riguardare esclusivamente programmi rientranti strettamente negli indirizzi della "progettualità dai territori" del richiamato Documento Programmatico Previsionale per l'anno 2015 e saranno escluse dall'esame quelle che non corrisponderanno ai requisiti segnalati;
- qualora la Fondazione, nel Documento Programmatico Previsionale, per lo specifico settore di intervento, abbia previsto la quota di autofinanziamento, questa deve essere indicata almeno nel limite minimo espresso. Tale indicazione e la sottoscrizione del modulo impegnano il richiedente, in caso di ammissione al beneficio di contributo, a mantenere la disponibilità segnalata. Il contributo deliberato dalla Fondazione sarà erogato proporzionalmente all'utilizzo del cofinanziamento dichiarato in sede di istanza dal beneficiari;
- non sono ammissibili richieste da parte di Enti o Organizzazioni che si interpongano per conto di altri soggetti di qualsiasi natura giuridica, di persone private o gruppi di privati; non sono altresì ammissibili istanze da parte di Enti o Organizzazioni che intendano attivare in proprio una raccolta fondi a favore di soggetti terzi anche se per specifiche organiche iniziative di carattere culturale, umanitario o comunque ascrivibili agli indirizzi della Fondazione.

1. Il presente modulo dovrà essere compilato e sottoscritto esclusivamente dal legale rappresentante dell'Ente o Organizzazione che intenda attuare il programma proposto avendone la piena titolarità o essendone tenuto per disposizione normativa o contratto. Così come le dichiarazioni di responsabilità dell'ultima pagina del modulo dovranno essere dallo stesso compilate e sottoscritte singolarmente.
2. Il modulo va inoltre accompagnato da una richiesta, redatta dal legale rappresentante dell'Ente richiedente, corredata da una relazione dettagliata del progetto che, oltre a presentare i presupposti, definisca il processo e le modalità operative, i tempi dei relativi passaggi e l'analisi dettagliata dei costi.
3. Nel caso l'istanza riguardi una progettazione complessa, all'interno della quale solo alcune parti possano strettamente riguardare gli ambiti operativi della Fondazione (si veda al riguardo artt. 2 e 3 statuto della Fondazione sul sito Internet ed i contenuti del Documento Programmatico Previsionale), oltre al progetto generale atto a definire il quadro complessivo dell'iniziativa, vanno chiaramente evidenziati tali precise limitate parti, che saranno confermate da specifiche allegate relazioni tecniche ed economico-finanziarie afferibili alla stessa. In mancanza delle sopra indicate specifiche, l'istanza non potrà essere esaminata.
4. In caso di richiesta per programmi di intervento sui beni sottoposti a tutela ai sensi del D.Lgs 490/99, ora D.Lgs 42/04 (Codice dei Beni Culturali e del Paesaggio), e successive integrazioni, essa deve essere accompagnata dalle prescritte preventive autorizzazioni della competente Autorità.
5. Le istanze provenienti da Enti di diritto ecclesiastico dovranno essere previamente autorizzate con nulla osta dell'ordinario e/o superiore competente che autorizzi il progetto sul piano finanziario.

6. Le istanze provenienti da Enti di diritto diocesano dovranno essere formalmente trasmesse dalla Diocesi di riferimento, con sottoscrizione del Vescovo o del Vicario generale, e accompagnate da un'indicazione di priorità.
7. Si precisa che le sezioni della scheda che fanno richiamo al valore storico dell'immobile e ad autorizzazione di competenti Autorità (es. Sovrintendenze), devono essere compilate anche se in funzione di progetti di semplice ristrutturazione funzionale e/o adeguamento normativo ecc. previsti dalla programmazione (ad esempio: adeguamento normativo di immobile strettamente connesso al progetto), allegando la relativa documentazione.
8. Per ogni progetto andranno fornite copie delle documentazioni che sono segnalate nell'elenco in calce al modulo - vedi Allegato 2 - (tale elenco può essere integrato da documentazione afferibile a contenuti specifici del singolo progetto presentato e relazionata a quanto richiesto dalla Fondazione nell'ambito degli specifici settori di operatività con riferimento al Documento Programmatico Previsionale).
9. I bilanci dell'ente o organizzazione allegati all'istanza prodotta, oppure ove richiesti successivamente dalla Fondazione in sede di istruttoria, vanno sempre trasmessi in copia, corredati da verbale di approvazione dell'organo di amministrazione e dell'organo di controllo (ove dovuto per norma, statuto e/o regolamento). A tal proposito si rammenta che il Documento Programmatico Previsionale precisa: "tutte le domande dovranno essere corredate da copia degli ultimi due bilanci/rendiconti approvati oltreché dalla bozza di quello riferito al 2014, ancorché in forma provvisoria ed in attesa di produrre il definitivo. Da tale obbligo rimangono esclusi gli enti pubblici (fatta eccezione per le IPAB) gli enti pubblici territoriali, gli enti locali, le aziende sanitarie/ospedaliere, gli istituti di istruzione e ricerca pubblici, le Università e gli enti che abbiano funzione di coordinamento e sviluppo degli Studi universitari".
10. Anche dopo l'ammissione a contributo e la relativa comunicazione, il beneficiario dovrà informare la Fondazione sull'entità della disponibilità di ulteriori risorse successivamente intervenute per contributi e/o partecipazioni al programma di altri soggetti o comunque a qualsiasi altro titolo.
11. La Fondazione si riserva, sin dal momento dell'eventuale assunzione di un impegno a favore dei progetti presentati, di attuare un monitoraggio sulle azioni finanziate per conoscerne i risultati e valutarne l'efficacia, i punti di forza e di debolezza oltreché la potenziale replicabilità.
12. La presentazione dell'istanza di contributo tramite il modulo di richiesta non comporta in alcun modo impegno erogativo da parte della Fondazione.

AVVERTENZE:
Si precisa che, in caso di contributi a favore di opere edilizie, devono essere tenute presenti le seguenti inderogabili indicazioni del Regolamento per le Attività istituzionali della Fondazione Cariverona:
"Qualora l'intervento abbia ad oggetto opere edilizie, il richiedente è tenuto ad indicare l'esistenza di atti giudiziari diretti a contestare la titolarità del bene o la realizzazione dell'opera. Tale circostanza costituisce elemento di valutazione nell'istruttoria di per sé non preclusivo all'erogazione. Analogamente il beneficiario deve comunicare tempestivamente alla Fondazione la notifica di azioni giudiziarie aventi ad oggetto l'immobile o l'intervento, successive alla domanda presentata. In ogni caso, la Fondazione potrà condizionare l'erogazione alla prestazione di garanzie fideiussorie efficaci fino alla definizione del contenzioso e, in caso di erogazione già avvenuta, potrà procedere al recupero della stessa in ragione dell'esito del contenzioso."
"Qualora la domanda di contributo riguardi programmi di acquisto di immobili o di realizzazione di opere immobiliari finalizzati ad uno specifico utilizzo del bene, il mutamento anche parziale della destinazione dell'immobile prima di 15 anni dall'erogazione, se ritenuto dalla Fondazione estraneo ai propri fini statutari, obbliga il beneficiario alla restituzione della stessa ancorché non più proprietario."

STAMPA DEFINITIVA

Sezione A – DATI GENERALI SULLA ORGANIZZAZIONE RICHIEDENTE

1. Denominazione dell'Ente richiedente

AZIENDA SANITARIA UNICA REGIONALE MARCHE (ASUR MARCHE)

2. Natura giuridica (specificare)

Ente pubblico

Organizzazione legalmente costituita:

[ ] con atto pubblico [ ] con scrittura privata [X] con provvedimento legislativo

3.Forma giuridica

[X] Ente Pubblico

[X]Azienda Sanitaria

[]Azienda Ospedaliera

[] Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

[ ] Ente Privato

[] Ente Ecclesiastico o Religioso riconosciuto

4. Sede legale Indirizzo VIA CADUTI DEL LAVORO, 40

Località/ Comune **ANCONA** prov **AN** CAP **60131**

Telefono 071.2911511 Telefax 071.2911500

E-mail nella diretta disponibilità del legale rappresentante gianni.genga@sanita.marche.it

Sito internet http://www.asur.marche.it/home.asp

Codice fiscale 02175860424 Partita IVA

Coordinate bancarie IBAN IT78D0605502600000000004487

Nel caso di più rapporti bancari, indicare il conto principale abilitato ufficialmente al servizio di cassa dell'Ente/Organizzazione

Specificare se: [X] Conto Corrente [ ] Conto di Tesoreria

5. Rappresentante legale pro tempore

Cognome Genga Nome Gianni

Carica Direttore Generale dell'ASUR Data di nomina o elezione 13/01/2014

Organismo nominante o eleggente Giunta Regionale Marche DGRM n. 9 del 13/01/2014 Durata della carica 3

Sezione B – INFORMAZIONI SUL PROGETTO

1 . Titolo del progetto per il quale viene richiesto il sostegno della Fondazione

TELEMONITORAGGIO DOMICILIARE

2 . Descrizione sintetica del progetto

(descrivere analiticamente il progetto; analizzare la situazione ed esporre le informazioni che supportano l'esigenza di realizzare il progetto e gli eventi o i fattori contingenti che hanno determinato l'ideazione dello stesso; indicare gli obiettivi prioritari del progetto e le ipotesi di ricaduta misurabili, in termini quali-quantitativi, di benefici attesi in relazione a obiettivi innovativi, miglioramento organizzativo, impatto sociale)

Nel sistema di organizzazione delle Cure Territoriali ed in attuazione alle previsioni delle DGR Marche 735 del 20/05/2013 e DGR n. 452 del 14/04/2014, si intende proporre un progetto per la erogazione di servizi di telemonitoraggio di parametri biometrici e di telemedicina nella articolazione dei diversi livelli delle cure domiciliari in relazione al bisogno di salute dell'assistito e al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale. Questo si colloca nel piano strategico della Regione Marche di potenziare il servizio di cure domiciliari sia in termini di risposta ai nuovi bisogni di salute sia in termini di riqualificazione della intera filiera assistenziale.

Si prevede l'utilizzo di un Centro Servizi a supporto dei diversi attori del sistema e in particolare delle Equipe Territoriali per la gestione dei flussi informativi, del servizio di telemonitoraggio, e dei servizi di Call Center. In particolare, il Centro Servizi può dare un supporto attivo per il coordinamento della cura ossia per la gestione dell'insieme dei processi e delle procedure che garantiscono la continuità del percorso e della presa in carico dei pazienti, interagendo con tutti gli attori coinvolti nella gestione della patologia e garantendo le necessarie competenze di tipo amministrativo, organizzativo e gestionale. Nel dare attuazione ed un pieno coordinamento del programma di gestione del paziente a domicilio, il Centro Servizi si avvale di strumenti tecnologici, procedure, protocolli operativi.

La strategia d'intervento permette di raggiungere i seguenti obiettivi generali:

- potenziare l'assistenza territoriale rivolta alla popolazione con patologie che possano richiedere una diversa intensività assistenziale, per migliorare l'efficienza del sistema sanitario;
- migliorare la qualità di vita dei pazienti cronici attraverso il monitoraggio remoto a domicilio, dando la possibilità alla rete delle cure territoriali di intervenire prima di un'eventuale riacutizzazione;
- favorire l'individuazione delle best practices in termini di costo e appropriatezza delle prestazioni.

Obiettivi specifici:

- favorire l'integrazione di diversi "strumenti di cura" e qualificare l'operato di tutti gli interventi a domicilio;
- fornire servizi di telemonitoraggio che tengano in considerazione i reali bisogni dei pazienti e degli operatori professionali, le loro capacità, i rischi e i benefici, implementando soluzioni a sostegno dell'empowerment dei pazienti e l'aumento della loro soddisfazione;
- creare e valutare un modello organizzativo di telemedicina che garantisca un percorso di cura sicuro ed efficiente atto a ottimizzare l'impiego delle risorse e rafforzare la collaborazione tra i diversi operatori sanitari;
- implementare un nuovo modello di assistenza dal quale ci si attende una riduzione dei costi di cura dei pazienti cronici attraverso una progressiva diminuzione dei ricoveri, del ricorso a servizi di emergenza e cure specialistiche;
- sviluppare piani di formazione per il personale sanitario che si occupa della gestione a domicilio rispetto al gruppo target individuato e per caregiver/familiari e loro associazioni;
- sensibilizzare gli operatori dei servizi socio assistenziali alla assistenza e teleassistenza rispetto alle patologie individuate

3 . Settore nel quale si realizza il progetto: Salute pubblica, Medicina preventiva e riabilitativa

4.1 Progettualità dai territori del DPP 2015 (Barrare la linea programmatica afferente al progetto da presentare)

[] a) *interventi a sostegno dell'acquisizione di strumentazioni/attrezzature diagnostiche e terapeutiche finalizzate a migliorare la qualità e l'efficacia delle prestazione, con particolare attenzione alla dotazione tecnologica per la radioterapia oncologica. Tali strumentazioni/attrezzature dovranno risultare coerenti con gli indirizzi di politica e di pianificazione sanitaria regionale.*
Il contributo massimo concedibile per singola istanza è pari a euro 500.000.

[X] b) *con riferimento alla costituzione delle Centrali Operative Territoriali o di strutture ad esse assimilabili, la Fondazione sosterrà gli Enti preposti nell'acquisto delle necessarie dotazioni funzionali all'attivazione del servizio.*
Il contributo massimo concedibile per singola istanza è pari a euro 250.000.

4 . Localizzazione del progetto

Comune CAP Provincia (sigla) Ancona

Altro Territorio Provincia di Ancona

5 . Tempi di realizzazione dell'intervento

5.1 Durata dell'intervento . Mesi 36 Data inizio presunta 6/2015 Data fine 5/2018

5.2 Tempi necessari per rendere l'intervento fruibile dai destinatari

mesi 6

6. Coerenza del progetto con la programmazione del richiedente

L'azione dell'ASUR è prioritariamente indirizzata sia alla promozione della salute e non solo all'erogazione di servizi, sia alle politiche per la qualità e l'innovazione

7 . Coerenza del progetto con gli indirizzi di politica e di pianificazione sanitaria (indicare il livello di coerenza - alto, medio, basso - del presente progetto e le relative motivazioni, allegando anche la documentazione di supporto)

alto [X] medio [] basso []

motivazioni:

- illustrare la coerenza del progetto con la programmazione regionale;
- illustrare la coerenza con l'eventuale normativa nazionale.
- specificare, ed allegare in copia, gli atti amministrativi regionali e/o la normativa nazionale di riferimento per il progetto di cui al precedente punto 2. Nel caso in cui gli stessi non fossero stati assunti, occorre specifica dichiarazione in merito

programmazione regionale:
PSSR 2012/2014
DGRM 735 del 20/05/2013, 452 del 14/04/2014 e DGRM 791 del 30/06/2014
normativa nazionale:

Legge 189/2012
ATTO DI INDIRIZZO 2014 Min Salute
PATTO SANITA' DIGITALE
Linee di indirizzo Telemedicina (recepite DGR Marche 1034 del 15/09/2014)

8 . Carattere di urgenza nella realizzazione dell'intervento (indicare se la realizzazione del progetto ricopra carattere di urgenza e, in caso positivo, specificare se l'urgenza è dettata da necessità organizzative interne, da necessità di rispondere a bisogni espressi dal territorio o da specifiche normative di riferimento)
Principali destinatari sono le persone che presentano patologia di tipo cronico (BPCO, diabete, scompenso) e che necessitano di interventi di cure domiciliari integrate
Nella regione Marche ci sono circa 190.000 persone con almeno una patologia cronica
L'intervento si pone inoltre come fondamentale per dare piena attuazione alle previsioni delle DGR Marche 735 del 20/05/2013 e n. 452 del 14/04/2014

9. Incidenza migliorativa rispetto ad interventi già realizzati o in fase di completamento
Il progetto è innovativo e non relativo ad interventi già realizzati presso la ASUR Marche, utilizzando applicazioni di telemonitoraggio

10. Strategia d'intervento (modalità organizzative ed eventuali attività formative necessarie; strutture e strumenti per la realizzazione, fasi di realizzazione; punti di criticità per l'utenza nelle fasi di realizzazione; modalità finanziarie; modalità di sostenibilità del progetto nel tempo, una volta esaurito l'eventuale sostegno della Fondazione, inteso come copertura finanziaria, personale addetto, ecc.)
Il progetto si inserisce in modalità organizzative definite a livello di programmazione regionale e condivise con il territorio di riferimento in oltre due anni di tempo, nel sistema di riorganizzazione della sanità regionale e delle reti di servizio.
Il Centro Servizi ed il coordinamento del sistema di telemonitoraggio viene posto presso la Casa della Salute

11. L'Ente richiedente ha presentato il progetto per l'affiancamento contributivo a:

- **Regione** [] Si [X] No
  Data di presentazione Entità della richiesta
- **Altro Ente** (indicare) [] Si [X] No
  Data di presentazione Entità della richiesta

11.1 La richiesta è stata accolta? [] Si [X] No
In caso negativo specificare se [] in attesa di risposta [] risposta negativa
In caso positivo specificare se
Ente erogatore Entità del contributo
Ente erogatore Entità del contributo
Ente erogatore Entità del contributo
Motivazioni ed eventuali vincoli

(In caso positivo è necessario esporre l'entità del contributo assegnato anche nel relativo rigo "importo cofinanziamento certo del "Dettaglio piano finanziario del progetto").

12. Il progetto si pone come ripetizione, evoluzione o sviluppo di iniziativa già realizzata in passato?
(evidenziare l'incidenza migliorativa del presente progetto rispetto ai programmi di cui risulta l'evoluzione/sviluppo)
NO

12.1 Indicare l'anno nel quale è già stato eventualmente finanziato

- Descrizione del progetto
- Importo del contributo

13. Il progetto necessita di specifica autorizzazione regionale ai sensi delle normative di riferimento vigenti?

[] SI [] NO

(in caso affermativo occorre trasmettere in fase di presentazione dell'istanza almeno copia della richiesta di autorizzazione formulata ai competenti organismi regionali; nel caso in cui la Regione invece abbia già rilasciato l'autorizzazione, occorre inviare copia della delibera di Giunta regionale. ***Si precisa che, in caso***

di mancato rilascio della necessaria autorizzazione e della relativa trasmissione in Fondazione durante la fase istruttoria dell'istanza, non sarà possibile deliberare alcun contributo)

14. Responsabile del progetto e incaricato di tenere i contatti (se non indicato verrà assunto il responsabile legale)

Cognome Orlandi Nome Martina

Indicazione della funzione Project manager

Appartenenza all'ente [X] Si [ ] No

Telefono 07332572666 Telefax 07332572670 E-mail Martina.Orlandi@sanita.marche.it

15. Presentazione della popolazione cui è destinato il progetto e numero dei potenziali destinatari (indicare le patologie trattabili o diagnosticabili con la realizzazione del programma e le tipologie di pazienti interessati, illustrandone anche la recente evoluzione epidemiologica e la possibile previsione futura, indicare il numero delle prestazioni aggiuntive potenzialmente erogabili in seguito alla realizzazione del progetto)

Numero dei destinatari prima 0 dopo 150

Bacino d'utenza	Numero di prestazioni annue erogate prima della realizzazione del presente programma	Numero di prestazioni prevedibili dopo la realizzazione del presente programma	DIFFERENZA
Aziendale	0	0	0
Provinciale	0	150	150
Regionale	0	0	0
Extraregionale	0	0	0
Totale	0	150	150

16. Altri enti coinvolti nel progetto e loro ruolo (In caso positivo descrivere le modalità di svolgimento della collaborazione e produrre copie conformi degli accordi già formalizzati o impegnarsi a trasmetterle, qualora non ancora conclusi, prima dell'avvio della fase erogativa dell'eventuale contributo)

17. Modalità di valutazione interna del progetto da parte dell'ente richiedente:

- forme previste di valutazione del progetto
- monitoraggi previsti e relativa tempistica durante lo svolgimento
- soggetti responsabili della valutazione del progetto
- valutazione del progetto in termini di efficacia ed indicatori previsti
- sistemi di misurazione della soddisfazione dell'utenza

Sarà sviluppato un Piano di Monitoraggio e Valutazione condiviso con il Comitato Scientifico, con criteri di valutazione e indicatori comuni per aggiustare l'attività e stimare e valutare i risultati conseguiti. Il piano di monitoraggio conterrà criteri di valutazione con indicatori comuni per aggiustare prontamente l'attività e stimare e valutare i risultati conseguiti.
L'esecuzione del progetto sarà monitorata durante tutta la sua durata attraverso la raccolta periodica di dati e informazioni finalizzati a valutare l'andamento delle attività e a migliorare l'impatto del progetto

DETTAGLIO DEL PIANO FINANZIARIO DEL PROGETTO

Ai fini dell'eventuale contributo della Fondazione rileva solamente il contenuto delle tabelle 1 e 2, che dovranno essere compilate esclusivamente per le voci di costo ammesse per la linea programmatica a cui si riferisce il progetto da presentare.
I costi diretti devono riferirsi al progetto, nella tipologia, quantità e documentabilità a programma concluso (ex post).
Per l'acquisizione di **"attrezzature diagnostiche e terapeutiche"** o **"dotazioni tecnologiche"** previsti dal progetto è richiesto che siano allegati all'istanza più preventivi, per tipologia di bene da acquisire, per consentire le opportune comparazioni ai fini di un giudizio di merito. Tali preventivi dovranno essere inseriti nella tabella comparativa dei preventivi e raccordati con il piano finanziario.
Di seguito alcune indicazioni per la compilazione delle Tabelle 1 e 2:
- non saranno valutate istanze il cui piano finanziario non garantisca la completa copertura dell'acquisizione richiesta, tenendo conto del limite massimo concedibile da Fondazione per ciascuna istanza di contributo
- Le voci della colonna 1 sono da considerare in relazione allo specifico progetto indicato all'interno di ogni singolo settore nel documento programmatico, evitando così di inserire voci di spesa non sostenibili. Altri oneri strettamente connessi al progetto generale rimarranno comunque a carico dell'Ente richiedente e non concorreranno alla determinazione della quota di cofinanziamento.
- Nella colonna 2 va specificato l'importo per ogni voce relativa al dettaglio dei costi
- Nella colonna 3 va indicato l'importo del cofinanziamento certo - **almeno nel minimo del 30%** e con le garanzie sopra riportate;
  - le risorse indicate, inoltre devono essere già acquisite o di futura certa acquisizione;
  - come più sopra indicato tali risorse dovranno essere attribuite a tutte le voci di spesa ammesse dalla programmazione in vigore e **saranno considerate in proporzione all'eventuale contributo della Fondazione**;
  - in caso di contributo infatti, la documentazione complessiva di spesa da fornite per l'acquisizione dello stesso sarà determinata dalla somma delle risorse dichiarate ed il contributo assegnato, raggiungendo il valore complessivo di progetto attribuito dalla Fondazione, a suo insindacabile giudizio.
- Nella colonna 4 vanno indicate le fonti del cofinanziamento proprie, o da altri soggetti.
- La colonne 3 e 4 consentono al richiedente di esporre nel dettaglio le proprie risorse, di assegnarle specificatamente alle voci ammesse dalla programmazione, ed ai contributi di terzi.
- Nella colonna 5 va segnalato l'importo richiesto alla Fondazione.
- La colonna 6 è riservata agli uffici della Fondazione

Precisare, per i beni preventivati, il regime di assoggettamento all'IVA

[ ] l'IVA **viene recuperata** e non rappresenta un costo -> inserire in tabella il costo del bene **senza IVA**

[X] l'IVA **non viene recuperata** e rappresenta un costo -> inserire in tabella il costo del bene **comprensivo dell' IVA**

PIANO FINANZIARIO

⚠ Non saranno valutate istanze il cui piano finanziario non garantisca la completa copertura dell'acquisizione richiesta, tenendo conto del limite massimo concedibile da Fondazione per ciascuna istanza di contributo

TABELLA 1 – Linea programmatica "b) Acquisto dotazioni per attivazione del servizio"

con riferimento alla costituzione delle Centrali Operative Territoriali o di strutture ad esse assimilabili, la Fondazione sosterrà gli Enti preposti nell'acquisto delle necessarie dotazioni funzionali all'attivazione del servizio.Il contributo massimo concedibile per singola istanza è pari a euro 250.000

COSTI DIRETTI DEL PROGETTO DA PRESENTARE ALLA FONDAZIONE

1	2	3	4	5	6
DETTAGLIO COSTI	IMPORTO COSTI	IMPORTO COFINANZIAMENTO CERTO (*) (compilare obbligatoriamente almeno nella misura minima del 30% per lo specifico settore della programmazione)	FONTI DEL COFINANZIAMENTO (**)	RICHIESTO ALLA FONDAZIONE (***) (max € 250000)	RISERVATO UFFICI FONDAZIONE
Acquisto dotazioni hardware	0,00	0,00		0,00	manca il cofinanziamento
Acquisto dotazioni software	250.000,00	90.000,00	risorse proprie già disponibili	160.000,00	160.000,00
Acquisto altre dotazioni tecnologiche	150.000,00	60.000,00	risorse proprie già disponibili	90.000,00	90.000,00
TOTALE GENERALE	400.000,00	150.000,00		250.000,00	Soglia cofinanziamento rispettata

Note
(*) si precisa che le risorse esposte dall'Ente richiedente come cofinanziamento dovranno essere preventivate con i necessari supporti documentali e dovranno essere utilizzate secondo le indicazioni contenute nella comunicazione di impegno dell'eventuale contributo della Fondazione. Si ricorda che la percentuale di cofinanziamento deve essere, di norma, **almeno del 30%**

(**) indicare i soggetti conferenti e le modalità di intervento:

FONTE COFINANZIAMENTO	IMPORTO	SOGGETTI E MODALITA' DI INTERVENTO
risorse proprie già disponibili	150.000,00€	fonte di finanziamento principale è costituita dai contributi da Regione
donazioni e contributi già raccolti	0,00€	
donazioni e contributi da raccogliere	0,00€	
mutui	0,00€	
ricavi da cessioni di beni e servizi	0,00€	
contributi da Enti in conto gestione	0,00€	
contributi da Enti in conto investimenti	0,00€	
leasing	0,00€	
altro (specificare)	0,00€	
	0,00€	

Brevi ulteriori note esplicative (max. 2 righe)

Tabella comparativa dei preventivi

Criteri di raccordo dei beni da acquisire espressi nel piano finanziario.
Nella seguente tabella vanno riportati i preventivi acquisiti per singola tipologia di bene.

Descrizione del bene	Preventivo 1			Preventivo 2			Preventivo 3			Valore inserito nel piano finanziario
	Q.tà	P.unit	P.Compl	Q.tà	P.unit	P.Compl	Q.tà	P.unit	P.Compl	
Servizio di tele monitoraggio - Centro Servizi, che supporta la Centrale Operativa Territoriale	30	2.500,00 €	75.000,00 €	30	60,00 €	1.800,00 €	30	16.500,00 €	495.000,00 €	340.000,00 €
Kit Telemonitoraggio Domiciliare Scompenso	25	1.599,00 €	39.975,00 €	25	730,00 €	18.250,00 €	25	1.753,00 €	43.825,00 €	30.000,00 €
Kit Telemonitoraggio Domiciliare Scompenso con Diabete	20	1.749,00 €	34.980,00 €	20	745,00 €	14.900,00 €	20	1.753,00 €	35.060,00 €	20.000,00 €
Kit Telemonitoraggio Domiciliare Diabete	15	400,00 €	6.000,00 €	15	385,00 €	5.775,00 €	15	460,00 €	6.900,00 €	10.000,00 €
Kit Telemonitoraggio Domiciliare Diabete+Ipertensione	15	599,00 €	8.985,00 €	15	455,00 €	6.825,00 €	15	630,00 €	9.450,00 €	10.000,00 €
Kit Telemonitoraggio Domiciliare Diabete+BPCO	15	960,00 €	14.400,00 €	15	570,00 €	8.550,00 €	15	1.175,00 €	17.625,00 €	15.000,00 €
Kit Telemonitoraggio Domiciliare Ipertensione	25	449,00 €	11.225,00 €	25	455,00 €	11.375,00 €	25	630,00 €	15.750,00 €	15.000,00 €
Kit Telemonitoraggio Domiciliare BPCO	20	510,00 €	10.200,00 €	20	545,00 €	10.900,00 €	20	1.115,00 €	22.300,00 €	20.000,00 €
Kit Telemonitoraggio	15	1.599,00 €	23.985,00 €	15	745,00 €	11.175,00 €	15	1.753,00 €	26.295,00 €	20.000,00 €

STAMPA DEFINITIVA

Domiciliare Polmonare Specialistico										
Accessori offerti	10	1.000,00 €	10.000,00 €		0,00 €	0,00 €		0,00 €	0,00 €	10.000,00 €
		0,00 €	0,00 €		0,00 €	0,00 €		0,00 €	0,00 €	0,00 €
		0,00 €	0,00 €		0,00 €	0,00 €		0,00 €	0,00 €	0,00 €
		0,00 €	0,00 €		0,00 €	0,00 €		0,00 €	0,00 €	0,00 €
		0,00 €	0,00 €		0,00 €	0,00 €		0,00 €	0,00 €	0,00 €
		0,00 €	0,00 €		0,00 €	0,00 €		0,00 €	0,00 €	0,00 €
TOTALE	190	11.665,00 €	240.750,00 €	180	4.690,00 €	89.550,00 €	180	25.769,00 €	672.205,00 €	490.000,00 €

Le quotazioni insente devono essere comprensive di Iva ad esclusione dei soggetti che hanno dichiarato diversamente nelle pagine precedenti

Specificare nelle righe sottostanti quali siano i criteri di individuazione dei costi, relativi ai beni da acquisire, che hanno costituito il piano finanziario.
Le acquisizioni di beni e servizi saranno regolate dal D.Lgs. 163/06 e s.m.i. . i preventivi allegati sono stati acquisiti mediante indagine di mercato. Le quotazioni saranno poste a base d'asta. La possibilità di ottenere quotazioni miglior sarà utilizzata per poter avere un numero maggiore di pazienti. In sede di capitolato la definizione degli ulteriori elementi di dettaglio

DICHIARAZIONI DEL LEGALE RAPPRESENTANTE DELL'ORGANIZZAZIONE (parte integrante del modulo)

Le seguenti dichiarazioni di responsabilità vanno compilate in tutte le loro parti e sottoscritte singolarmente dal legale rappresentante

1. Assoggettamento a ritenuta del contributo

Si dichiara che il contributo oggetto di questa domanda:

[] è [X] **non è** soggetto a ritenuta fiscale

In caso di risposta positiva a quanto sopra si precisa che tale ritenuta va applicata ai sensi della seguente norma

(a titolo di esempio si richiama l'art. 28 del D.P.R. 600/73)

Ulteriori eventuali precisazioni (facoltative):

(Firma del legale rappresentante dell'organizzazione)

2. Deducibilità/detraibilità fiscale dei contributi erogati

Indicare se l'eventuale contributo concesso dalla Fondazione sia per la stessa fiscalmente deducibile dal reddito o detraibile sull'imposta, nella misura consentita dalle agevolazioni fiscali vigenti all'atto della presentazione e da aggiornare al momento dell'eventuale fase erogativa dell'impegno (considerando la tipologia dell'intervento e il soggetto beneficiario)

I contributi assegnati a questa organizzazione:

[X] Non sono fiscalmente deducibili/detraibili
[] Sono fiscalmente deducibili ai sensi della Legge (specificare normativa di riferimento)
[] Sono fiscalmente detraibili ai sensi della Legge (specificare normativa di riferimento)

(Firma del legale rappresentante dell'organizzazione)

3. Tutela dei dati personali – Decreto Legislativo n. 196/2003 – Informativa a sensi articolo 13

Ai sensi dell'articolo 13 del Decreto Legislativo n. 196/2003, in materia di informativa preventiva al trattamento dei dati personali, La informiamo che i dati personali da Lei forniti a codesta Fondazione saranno dalla stessa trattati mediante strumenti manuali, informatici e telematici idonei a memorizzarli, gestirli e trasmetterli anche a società di gestione di sistemi informatici in uso presso la Fondazione, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza ed in ogni caso nel rispetto della normativa vigente e per il perseguimento delle proprie finalità istituzionali. In particolare l'indirizzo di posta elettronica comunicato potrà essere utilizzato per l'invio di informative sull'attività della Fondazione. In presenza di dati sensibili, secondo la definizione ai sensi dell'articolo 4, comma 1, lettera d) del Decreto Legislativo 196/2003, la scrivente adotterà le ulteriori cautele e si atterrà alle disposizioni ivi contenute. Relativamente ai suddetti dati, all'Organizzazione, in qualità di interessato, vengono riconosciuti i diritti di cui all'articolo 7 e seguenti del citato Decreto Legislativo 196/2003. Titolare del trattamento è la FONDAZIONE CASSA DI RISPARMIO DI VERONA VICENZA BELLUNO E ANCONA, con sede in via Forti, n. 3/A – 37121 – Verona (VR).

Il sottoscritto legale rappresentante dell'organizzazione, preso atto della informativa di cui sopra, autorizza il trattamento sia dei dati personali che di quelli relativi alla organizzazione.

(Firma del legale rappresentante dell'organizzazione)

4. Sottoscrizione generale

Il sottoscritto Genga Gianni , in qualità di legale rappresentante della organizzazione, dichiara, sotto la propria responsabilità, che tutto quanto sopra affermato relativamente all'intero modulo corrisponde al vero.

27/02/2015
(Data)

(Firma del legale rappresentante dell'organizzazione)

ALLEGATO 2

ELENCO DELLA DOCUMENTAZIONE OBBLIGATORIA IN RELAZIONE AL TIPO DI ENTE

Le "copie" sotto indicate devono essere sottoscritte dal legale rappresentante con dichiarazione, sotto la propria responsabilità, di conformità al documento originale.

	Descrizione	Note
X	Fotocopia del documento di identità del legale rappresentante ove non già trasmesso	
	Copia degli ultimi due bilanci approvati corredati dai verbali di approvazione dell'organo amministrativo e dell'organo di controllo (esclusi Enti pubblici)	
X	Copia di più preventivi commerciali e capitolati per ciascun bene o attrezzatura da acquisire elencati nella tabella comparativa dei preventivi	Note: nr. 11
	Copia dell'autorizzazione regionale all'investimento (se necessaria)	
	In caso le risorse disponibili (cofinanziamento, colonna 3 della tabella 1 e 2 "costi diretti del progetto") rivengano da contributi di Enti e/o Istituzioni e siano sancite da atti formali specificamente indirizzati al sostegno del progetto, tali atti devono essere allegati in copia, sia se già esistenti all'atto della formulazione dell'istanza, sia se successivi alla stessa	
X	Copia del piano di investimento annuale e piano pluriennale	
	Copia delle delibere specifiche relative al più generale progetto che viene presentato alla Fondazione	

ALLEGATI FACOLTATIVI

	Descrizione	Note