

Allegato 10: PROTOCOLLO STUDIO OSSERVAZIONALE PROSPETTICO RETE
TERAPIE INTENSIVE

ALLEGATO 10 ALLA
DETERMINAN. 816/05
DEL 24 DIC. 2011

INTRODUZIONE

Le UU.OO. di Terapia Intensiva (UTI) richiedono un elevato utilizzo di risorse dovuto a diverse ragioni, quali ad esempio il livello di complessità della tecnologia impiegata, l'esteso utilizzo di farmaci, prodotti nutrizionali e infusionali e il carico assistenziale dei pazienti ricoverati.

L'utilizzo delle risorse da parte delle diverse UU.OO. è molto variabile e dipende dalla dotazione tecnologica, dalla differente casistica dei pazienti ricoverati e dal diverso approccio diagnostico e terapeutico (Boffelli S, 2007).

Le vigenti normative nazionali e regionali (Decreto Ministeriale 70, del 02/04/2015; DGR 1345/13 e 1219/14) hanno ridefinito l'offerta assistenziale ospedaliera in un'ottica di Rete al fine di migliorare l'appropriatezza, l'efficacia, l'efficienza, la qualità e la sicurezza delle cure.

Nell'ambito del Tavolo di Lavoro interaziendale per la Rete delle Terapie Intensive, si è ritenuto opportuno pianificare uno Studio Osservazionale Prospettico per l'analisi della casistica dei pazienti ricoverati nelle Terapie Intensive della Regione Marche, per la valutazione del carico assistenziale e per il monitoraggio della performance dell'attività delle UU.OO.

OBIETTIVI

1. valutare la complessità della casistica dei pazienti ricoverati nelle ICU della Regione Marche;
2. valutare il carico assistenziale nelle ICU della Regione Marche;
3. valutare la performance e l'appropriatezza delle ICU della Regione Marche nella gestione dei pazienti ricoverati e nell'utilizzo delle risorse.

MATERIALI E METODI

La complessità della casistica dei pazienti ricoverati nelle ICU della Regione Marche, la valutazione del carico assistenziale e la valutazione della performance e dell'appropriatezza nella gestione dei pazienti e nell'utilizzo delle risorse saranno effettuate mediante uno studio osservazionale prospettico condotto in tutte le ICU della Regione Marche (ASUR, AOU Ospedali Riuniti di Ancona e AO Marche Nord).

1. Popolazione in Studio

Saranno oggetto dello studio tutti i pazienti ammessi nelle ICU della Regione Marche, con esclusione della SOD UTIP di AOU, arruolati consecutivamente a partire dal 1 novembre 2015 al 30 giugno 2016; nello specifico lo studio prevederà due fasi: fase pilota dal 1 novembre al 31 dicembre 2015 e fase attuativa dal 1 gennaio al 30 giugno 2016.

2. Variabili oggetto dello studio

Verranno raccolte variabili relative alla casistica dei pazienti ricoverati, al carico assistenziale e variabili di performance e di appropriatezza della UO, di seguito elencate:

1. numero di registro interno di rianimazione, iniziali del nome e del cognome, data di nascita e sesso dei pazienti ricoverati nel mese di osservazione;
2. punteggio Nine Equivalents of Nursing Manpower Score (NEMS) (Allegato 1): tale punteggio verrà rilevato una sola volta a settimana, nella giornata di giovedì alle ore 10 del mattino secondo la scala allegata. Il punteggio, inserito nella casella alla lettera A della scheda di rilevazione (una casella per ogni giovedì del mese), corrisponde al valore medio dello score calcolato sui pazienti ricoverati nella giornata di rilevazione;
3. Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) score: la rilevazione di tale score dovrà essere effettuata per ciascun paziente una sola volta entro 24 ore dall'ammissione;
4. punteggio Simplified Acute Physiology Score (SAPS II): la rilevazione del punteggio dovrà essere effettuata per ciascun paziente una sola volta entro 24 ore dall'ammissione;
5. indice di complessità terapeutica (Iapichino G., 2001): la rilevazione di tale indice verrà effettuata per ciascun paziente una sola volta entro 24 ore dall'ammissione;
6. numero dei pazienti ricoverati in conseguenza di interventi chirurgici nel mese di rilevazione, ovvero di pazienti ammessi in terapia intensiva o in preparazione o in conseguenza di intervento chirurgico entro 24 ore dall'effettuazione dello stesso
7. data di inizio osservazione nel mese di rilevazione, intesa come il primo giorno all'interno del mese in esame in cui il paziente è presente sul posto letto (se il paziente è stato ricoverato nel mese precedente a quello di rilevazione, questa data coincide con il primo giorno del mese di rilevazione);
8. data di fine osservazione nel mese di rilevazione, intesa come l'ultimo giorno all'interno del mese in esame in cui il paziente è presente sul posto letto (se il paziente è ancora presente e non verrà dimesso nel mese di rilevazione, questa data coincide con l'ultimo giorno del mese di rilevazione);
9. giorni di degenza totali del ricovero, calcolati manualmente dalla data di ammissione alla data di dimissione/trasferimento dall'UTI (il primo e l'ultimo giorno di permanenza in UO fanno parte dei giorni di degenza);
10. tasso occupazione dei posti letto nel mese di rilevazione, calcolato come rapporto percentuale tra il numero delle giornate di degenza totali (GD) e il numero dei posti letto autorizzati (PL) moltiplicato per i giorni considerati (GG), [Tasso di occupazione = $(GD/PL \times GG) \times 100$];
11. numero di giornate di "ricovero prolungato cumulate", calcolata come somma delle giornate di degenza oltre la dimissibilità dei pazienti ricoverati nel mese di rilevazione;
12. numero delle riammissioni precoci entro 48 ore in terapia intensiva nel mese di rilevazione;
13. numero delle reintubazione durante la degenza.

3. Rilevatori, strumenti di rilevazione e invio dati

Ciascuna UTI partecipante allo studio nominerà un referente che si occuperà della rilevazione e dell'invio mensile dei dati.

La raccolta dei dati dovrà essere effettuata mediante la scheda di rilevazione appositamente predisposta (Allegato 2) che dovrà essere inviata al Coordinatore dello Studio, Dr. Massimo

Palazzo, mezzo mail al eseguite indirizzo di posta elettronica: massimo.palazzo@sanita.marche.it; entro il 5 del mese successivo al mese di rilevazione dai referenti delle UU.OO. per lo studio. Nel corso del mese di dicembre i referenti saranno convocati per un confronto sulla raccolta dati nel periodo relativo alla fase pilota.

4. Privacy

I dati verranno raccolti in forma anonima e trattati con mezzi informatici nel rispetto della normativa vigente, ai sensi del Codice della Privacy, D.Lgs. 196/2003.

BIBLIOGRAFIA

1. Boffelli S, Pegoraro M, Bertolini G. Progetto ToDo- Anno 2005, Rapporto Generale. Disponibile all'indirizzo: <http://www.giviti.marionegri.it/Download%5CRapportoToDo.pdf>
2. Decreto Ministeriale 70, 02/04/2015
3. DGR 1345/13: "Riordino delle reti Cliniche nella Regione Marche";
4. DGR 1219/14: "Modifica della deliberazione n. 1345 del 30/09/2013 concernente il riordino delle reti cliniche della Regione Marche e della deliberazione n. 551 del 17/4/2013 concernente la definizione dei parametri per la riduzione delle strutture complesse e semplici del SSR"
5. Iapichino G. et al. Daily classification of the level of care. A method to describe clinical course of illness, use of resources and quality of intensive care assistance. *Intensive Care Medicine* 27,131-6, 2001.

Allegato 1: NEMS

NEMS

Nine Equivalent of Nursing Manpower use Score

Attività	Descrizione	Punteggio
Monitoraggio di base	Parametri vitali orari, calcolo e registrazione regolare del bilancio idrico	9
Farmaci endovenosi	Somministrazione continua o in bolo escluso i farmaci vasoattivi	6
Supporto ventilatorio	Qualsiasi metodo di ventilazione meccanica/assistita con o senza PEEP (es CPAP) con o senza bloccanti neuromuscolari	12
Assistenza ventilatoria supplementare	Respirazione spontanea con tubo a T; supplementazione di Ossigeno	3
Singolo farmaco vasoattivo	Qualsiasi farmaco vasoattivo	7
Farmaci multipli vasoattivi	Più di un farmaco vasoattivo indipendentemente dal dosaggio e dal tipo	12
Tecniche dialitiche	Tutte	6
Interventi specifici in ICU	Come intubazione, posizionamento PM, cardioversione, endoscopia, interventi in emergenza nelle 24 ore precedenti, gastrolusi. L'intervento procedura è correlata alla gravità della malattia e determina una maggiore richiesta di risorse umane in ICU. Non sono inclusi gli interventi di routine come ecocardiografia, indagini radiologiche, ECG, medicazioni, posizionamento di cateteri arteriosi o venosi	5
Interventi specifici fuori dall'ICU	Come interventi o procedure diagnostiche. L'intervento/procedura è correlato alla severità della malattia del paziente e determina un'ulteriore richiesta di lavoro in ICU	6



Att.
Rett.
de Marche
Att. 10

DIRETTORE GENERALE

Regione Marche
Azienda Sanitaria Unica Regionale
70019 Reggiano ASUR ANCONA

0023953 30/10/2014
ASUR | DG | P

Ai Direttori di Area Vasta
Ai Direttori Dipartimento Emergenza e Accettazione
Ai Direttori delle UOC di Anestesia e Rianimazione
Ai Direttori Medici di Presidio Ospedaliero

E, p.c.

Al Dott. Paolo Galassi
Direttore Generale AOU Ospedali Riuniti di Ancona

Al Dott. Aldo Ricci
Direttore Generale
Azienda Ospedali Marche Nord

Al Dott. Giuseppe Zuccatelli
Direttore Generale INRCA

Al Dott. Piero Ciccarelli
Dirigente Servizio Sanità
Regione Marche

Loro sedi

Oggetto: Attuazione DGR 1345/2013

Con riferimento all'oggetto, come concordato nell'incontro del Coordinamento degli Enti del SSR nella seduta del 17 ottobre u.s., si trasmette per l'avvio il protocollo sottoscritto dalle Direzioni Sanitarie delle aziende del SSR, con le modalità in esso descritte, a partire dal 1° Novembre 2014. Il protocollo è il risultato del Tavolo tecnico dei Direttori delle SOD di Anestesia e Rianimazione, dei quattro Direttori Sanitari e dell'Agenzia Sanitaria Regionale i cui contenuti sono stati condivisi e approvati dal Coordinamento degli Enti negli incontri del 25/06/2014 e 8/07/2014. Si individuano i Direttori di Dipartimento di Emergenza e Accettazione, i Direttori delle UOC di Anestesia e Rianimazione ed i Direttori Medici di Presidio di ciascuna Area Vasta di definire formalmente le modalità operative di applicazione del protocollo stesso e di darne opportuna informazione al personale interessato. Ad ogni buon fine si allega inoltre la Determina del Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti di Ancona di avvio del protocollo in oggetto.

Distinti saluti.

Il Direttore Generale
Dr. Gianni Ganga

DETERMINA DEL DIRETTORE
GENERALE
N. S37/DG DEL 23 OTT. 2014

Oggetto: DGR 1345/2013 "Riordino delle reti cliniche della Regione Marche" – attuazione Rete Anestesia e Rianimazione

IL DIRETTORE
GENERALE

VISTO il documento istruttorio, riportato in calce alla presente determina, dal quale si rileva la necessità di provvedere a quanto in oggetto specificato;

RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di adottare il presente atto;

ACQUISITI i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario, per quanto di rispettiva competenza;

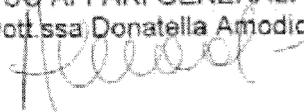
- D E T E R M I N A -

1. Approvare il protocollo sottoscritto dalle Direzioni Sanitarie delle Aziende del SSR, che si allega al presente atto quale parte integrante e sostanziale, in esecuzione della DGR Marche n. 1345 del 30/9/2013, relativamente alla disciplina di Anestesia e Rianimazione.
2. Disporre l'avvio del protocollo predetto, con le modalità in esso descritte, a partire dal 1° novembre 2014.
3. Dare mandato al Prof. Paolo Pelaia – Direttore Dipartimento di Emergenza e Accettazione – di provvedere ad avviare quanto previsto nel protocollo di che trattasi, nei tempi e nei modi in esso stabiliti.
4. Dare atto che quanto disposto ai precedenti punti non comporta oneri aggiuntivi a carico dell'Azienda.

5. Dare atto che la presente determina non è soggetta al controllo della Giunta Regionale ai sensi dell'art. 4 della Legge 412/91 e dell'art. 28 della L.R. 26/96 e s.m.i. e diventerà esecutiva dalla data di pubblicazione all'albo pretorio dell'Azienda (art. 28, comma 6, L.R. 26/96 e s.m.i.)".
6. Trasmettere copia del presente atto al Collegio Sindacale a norma dell'art.17 della L.R. 26/96 e s.m.i.

Il Direttore della SO Affari Generali attesta la regolarità del presente atto e ne certifica la conformità alle disposizioni vigenti.

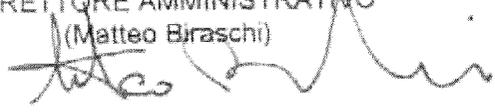
IL DIRETTORE
SO AFFARI GENERALI
(Dott.ssa Donatella Amodio)



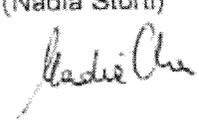
IL DIRETTORE GENERALE
(Paolo Galassi)



IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Matteo Biraschi)



IL DIRETTORE SANITARIO
(Nadia Storti)



- DOCUMENTO ISTRUTTORIO -

(S.O. Affari Generali)

Premesso che la Giunta Regionale con deliberazione n. 1345 del 30/09/2013 avente ad oggetto "Riordino delle reti cliniche della Regione Marche" ha stabilito, tra l'altro, quanto segue:

- a) di riorganizzare l'offerta sanitaria regionale attraverso il riordino delle reti cliniche come da documento allegato alla medesima deliberazione;
- b) di stabilire che tale riorganizzazione verrà conclusa nell'ambito del periodo di vigenza del PSSR 2012-2014;
- c) di incaricare il Coordinatore degli Enti del SSR di effettuare, con cadenza annuale, il monitoraggio sullo stato di applicazione della delibera stessa al fine di proporre le modifiche e/o implementazioni che si rendessero necessarie;

Richiamata la determina n. 724/DG del 30/12/2013 con la quale:

- si è preso atto di quanto disposto dalla Giunta Regionale delle Marche con deliberazione richiamata DGR n. 1345 del 30/9/2013;
- si è dato atto che il percorso diagnostico terapeutico nell'ambito delle reti cliniche è stato avviato con nota prot. n. 51108 del 15/11/2013 a firma del Presidente del Coordinamento degli Enti del SSR.

Preso atto del protocollo sottoscritto dai Direttori Sanitari delle Aziende, che in attuazione alla richiamata DGRM n. 1345/2013, su mandato del Coordinamento degli Enti del SSR (di cui alla DGR Marche n. 1823/2012), supportati dall'Agenzia Regionale Sanitaria, in data 17 ottobre u.s., hanno incontrato i direttori delle varie SOD di Anestesia e Rianimazione condividendo quanto di seguito riportato:

- 1) Sono stati individuati (allegato 1)
 - I principali percorsi per i quali si rende necessaria la centralizzazione del paziente
 - I percorsi clinici per i quali è necessario uno standard e una implementazione.
 - I criteri da definire per il Back Transfer del paziente stabilizzato.
 - Gli obiettivi di miglioramento
- 2) Successivamente, sono state scelte le priorità da avviare (allegato2)
 - Utilizzo in rete di posti letto della Terapia Intensiva.
 - Criteri di centralizzazione e delocalizzazione del paziente.
 - Implementazione del Trauma maggiore e teleconsulto.
 - Implementazione della Terapia del dolore.
 - Integrazione Terapia Intensiva/UTIC
- 3) È stato concordato di procedere nell'immediato con:

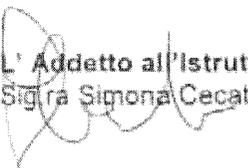
- Attivazione di un posto letto/die in area geograficamente intesa a disposizione del DEA di 2° livello.
- Avvio di studio sull'utilizzo appropriato ed omogeneo della Terapia Intensiva. Lo sviluppo del progetto, la realizzazione della scheda di monitoraggio è demandata al Prof. Pelaia.
- Implementazione del teleconsulto.

Preso atto, inoltre, che i contenuti del predetto protocollo sono stati condivisi e approvati dal Coordinamento degli Enti del SSR negli incontri del 25/6/2014 e 8/7/2014;

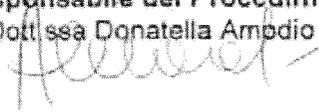
Si propone l'adozione di apposita determina, al fine di:

- Approvare il protocollo sottoscritto dalle Direzioni Sanitarie delle Aziende del SSR, che si allega al presente atto quale parte integrante e sostanziale, in esecuzione della DGR Marche n. 1345 del 30/9/2013, relativamente alla disciplina di Anestesia e Rianimazione;
- Disporre l'avvio del protocollo predetto, con le modalità in esso descritte, a partire dal 1° novembre 2014;
- Dare mandato al Prof. Paolo Pelaia – Direttore Dipartimento di Emergenza e Accettazione – di provvedere ad avviare quanto previsto nel protocollo di che trattasi, nei tempi e nei modi in esso stabiliti;
- Dare atto che quanto disposto ai precedenti punti non comporta oneri aggiuntivi a carico dell'Azienda.

L'Addetto all'Istruttoria
Sig.ra Simona Cecati



Il Responsabile del Procedimento
Dott.ssa Donatella Amadio



- ALLEGATI -
Protocollo



Reti cliniche DGR 1345/2013

Anestesia e Rianimazione

In attuazione alla DGR 1345/2013, su mandato del coordinamento della Direzione Generale (DGR n. 1823/2012) i Direttori Sanitari delle Aziende, supportati dall'Agenzia regionale Sanitaria, hanno incontrato i direttori delle varie SOD di Anestesia e Rianimazione condividendo quanto di seguito riportato.

Sono stati individuati (allegato 1)

- I principali percorsi per i quali si rende necessaria la centralizzazione del paziente
- I percorsi clinici per i quali è necessario uno standard e una implementazione.
- I criteri da definire per il Back Transfer del paziente stabilizzato.
- Gli obiettivi di miglioramento .

Successivamente sono state scelte le priorità da avviare (allegato2)

- Utilizzo in rete di posti letto della Terapia Intensiva.
- Criteri di centralizzazione e delocalizzazione del paziente.
- Implementazione del Trauma maggiore e teleconsulto.
- Implementazione della Terapia del dolore.
- Integrazione Terapia Intensiva/UTIC .

Si è stato concordato di procedere nell'immediato con:

- Attivazione di un posto letto/die in area geograficamente intesa a disposizione del DEA di 2° livello.
- Avvio di studio sull'utilizzo appropriato ed omogeneo della Terapia Intensiva. Lo sviluppo del progetto, la realizzazione della scheda di monitoraggio è demandata al Prof. Pelala.
- Implementazione del teleconsulto.

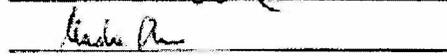
Le attività di cui sopra possono essere avviate da subito, si trasmette pertanto il presente documento alle Direzioni Generali per i provvedimenti di competenza.

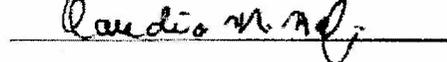
ASUR: Dott. Alessandro Marini

Ospedali Riuniti: Dott.ssa Nadia Storti

Ospedali Marche Nord: Dott.ssa Maria Teresa Montella

INRCA: Dott. Claudio Maria Maffei



MODELLO SINTETICO PER L'IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE "Anestesia e Rianimazione"

- **Principali Percorsi per la Centralizzazione da standardizzare e implementare:**

- 1) Trauma Maggiore (attivazione del teleconsulto tra l'AOR sede del DEA di 2° livello e Presidio unico di Area Vasta)
- 2) Gestione del paziente neurochirurgico (integrato alla rete neurochirurgica) : ulteriore condivisione dopo la discussione nell'ambito della rete Neurologica-Neurochirurgica)
- 3) Gestione del paziente cardiocirurgico (integrato alla rete cardiologica-cardiocirurgica) ulteriore condivisione dopo la discussione nell'ambito della rete Cardiologica-Cardiocirurgica)
- 4) Gestione del paziente con problemi vascolari chirurgici (integrato con la rete vascolare) ulteriore condivisione dopo la discussione nell'ambito della rete della Chirurgia vascolare.

- **Percorsi clinici da standardizzare e implementare**

- 1) Criteri di ammissione nelle Terapie Intensive
- 2) Criteri di dimissione nelle Terapie Intensive
- 3) Gestione del paziente in stato sottico
- 4) Gestione dell'arresto cardiaco.
- 5) Strutture di Area Vasta polivalenti con implementazione di una specializzazione per macroarea.
- 6) Parto - analgesia ; da condividere dopo la discussione nell'ambito della rete Ostetricie e Ginecologia
- 7) Terapia del dolore: è stato istituito uno specifico tavolo regionale in base alla DGR 645/2013, che verrà integrato con i lavori della presente rete.

- **Indicazioni operative per il "Back Transfer" del paziente stabilizzato:**

- 1) Condivisione tra Hub e Spoke dei criteri di delocalizzazione (back transfer) ; messa a disposizione di almeno 1 letto di TI al giorno in ogni Area Vasta.
- 2) Costruzione percorsi a valle della Rianimazione all'interno dell'Ospedale spoke e sul territorio
- 3) Informatizzazione comune di tutte le strutture della rete, comprensiva del monitoraggio dei posti letto e della cartella clinica.

(I direttori presenti all'incontro faranno avere al tavolo dei direttori sanitari d'Azienda i criteri condivisi)

- **Obiettivi di miglioramento da definire tramite benchmarking**

- 1) Esiti: Indicatori del Piano Nazionale Esiti (PNE), ricoveri ripetuti etc.....
- 2) Efficienza: Degenza media, tasso di occupazione,
- 3) Appropriatazza: utilizzo post-intervento , etc.....

- 4) Centralizzazione traumi maggiori:
- 5) Economicità: costi per beni sanitari, farmaci, etc.....

(I direttori presenti all'incontro faranno avere al tavolo dei direttori sanitari d'Azienda gli obiettivi e gli indicatori condivisi)

- **Indicatori da utilizzare per il monitoraggio e la valutazione della Rete**

RETE ANESTESIA RIANIMAZIONE

- **Criteria di centralizzazione e delocalizzazione pazienti**
- **1 posto letto per AV geograficamente intesa (AV4+5) a disposizione del DEA 2° livello**
- **Trauma maggiore e teleconsulto**
- **Terapia del dolore**
- **Integrazione UTI/UTIC**

SINTESI RETI CLINICHE 2° FASE

1. POSTO LETTO AL GIORNO PER AREA GEOGRAFICAMENTE INTESA A DISPOSIZIONE DEL DEA 2° LIVELLO
2. CRITERI DI CENTRALIZZAZIONE E DELOCALIZZAZIONE PAZIENTI
3. TRAUMA MAGGIORE E TELECONSULTO
4. TERAPIA DEL DOLORE
5. INTEGRAZIONE UTI/UTIC

SINTESI RETI CLINICHE 3° FASE

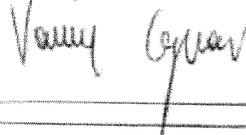
1. AV1 (AMN, Urbino, Fano); AV2 (Fabriano, Senigallia, Jesi) ; AV3 (Camerino, Macerata, Civitanova) ; AV4-AV5 (San Benedetto, Ascoli Piceno, Fermo). Per ogni area così individuata ci sono 3 strutture eroganti che insieme, alternativamente, mettono a disposizione 1 posto letto giornaliero, per la delocalizzazione del DEA 2° livello con modalità che verranno concordate internamente alle singole Aziende. La disponibilità del posto letto sarà per una fascia oraria (indicativamente fino alle ore 12) poi ritorna a disposizione della struttura. Al fine di facilitare tale sistema si ritiene necessario riattivare il vecchio sistema informatico di monitoraggio dei posti letto di TI regionali. A tal fine il DS dell'ASUR e la dott.ssa Di Furia hanno individuato nelle persone di Luigi Lella e David Barchiesi le persone che andranno ad approfondire e sviluppare il sistema.
2. Al fine di avere un utilizzo appropriato ed omogeneo in tutte le TI verrà fatto uno studio in una giornata campione (da estendere o meno a seconda della significatività) sulle caratteristiche dei pazienti ricoverati. Lo sviluppo del progetto, la realizzazione della scheda di monitoraggio e la valutazione dei risultati avrà come referente il prof. Pelaia
3. Il direttore della centrale operativa 118 dell'AOR ha inviato i dati relativi all'utilizzo del teleconsulto e la dott.ssa Sisti ha fornito indicazioni circa il sistema acquisito dalla gara ASUR e il suo imminente utilizzo da parte di tutte le strutture aziendali
4. La bozza della DGR relativa la terapia del dolore sarà inviata, per una valutazione, agli anestesisti e rianimatori della rete prima della formalizzazione, in essa è prevista, sulla base delle indicazioni fornite dalla L.38/2010 e accordo Stato Regioni del 25 /07/2012 la realizzazione di un sistema Hub & Spoke dove l'Hub è il Centro ospedaliero del dolore e gli spoke comprendono le attività ambulatoriali nei presidi di AV e il coinvolgimento dei MMG

Conclusioni : operativo da subito

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

La determina n. 534/DG del 23 OTT, 2014 viene pubblicata all'Albo Pretorio Informatico dell'Azienda Ospedaliera "Azienda Ospedali Riuniti Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi" il 23 OTT, 2014 ai sensi dell'art. 32, c. 1, Legge n. 69/2009, ove rimarrà per 15 giorni consecutivi.

IL DIRIGENTE RESPONSABILE

**COLLEGIO SINDACALE**

La presente determina è stata inviata al Collegio Sindacale con nota n. 45392 del 23 OTT, 2014.

REGIONE MARCHE

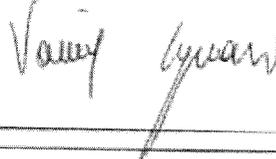
La presente determina, soggetta a controllo preventivo ai sensi dell'art. 28 della L.R. n. 26/1996 e s.m.i., è stata inviata alla Giunta Regionale delle Marche con nota n. _____ del _____ e da questa ricevuta in data _____.

ESECUTIVITA'

La presente determina:

- è stata dichiarata esecutiva ai sensi dell'art. 28, sesto comma, della L.R. n. 26/1996 e s.m.i.
- è stata (approvata/annullata parzialmente/annullata) dalla Giunta Regionale delle Marche con deliberazione n. _____ del _____.

IL DIRIGENTE RESPONSABILE

**CERTIFICATO DI CONFORMITA' ALL'ORIGINALE**

La presente copia composta da n. _____ pagine è conforme all'originale esistente agli atti di questa Azienda Ospedaliera.

Ancona, _____

IL DIRIGENTE RESPONSABILE