

DETERMINA DEL DIRETTORE GENERALE
ASUR
N. DEL

Oggetto: Attuazione DGRM 1345/2013; DGRM 1219/2014; DGRM 665/2015; DGRM 666/2015; DGRM 541/2015; Reti cliniche: attivazione

IL DIRETTORE GENERALE
ASUR

.....

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 Sanitario e del Direttore Amministrativo, del Direttore della Integrazione Socio Sanitaria, ciascuno per quanto di rispettiva competenza;

- D E T E R M I N A -

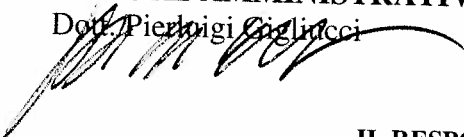
1. di recepire l'allegato documento istruttorio le cui motivazioni si intendono integralmente richiamate e trascritte e per l'effetto, in ottemperanza a quanto disposto con determina DGRM n. 1345/2013, DGR 1219/2014, DGRM 665/2015, procedere all'approvazione del riassetto organizzativo delle Reti Cliniche dell'ASUR;
2. di dare atto e adottare gli elaborati allegati alla presente Determina sub 1), sub 2), sub 3); sub 4), sub 5), sub 6), sub 7), sub 8), sub 9), sub 10), sub 11), di seguito riepilogati nei quali sono contenute le motivazioni a supporto del riassetto organizzativo delle Reti Cliniche dell'ASUR:

- ✓ **Allegato 1: AZIONI PREVISTE PER LO STEMI**
- ✓ **Allegato 2: CENTRALIZZAZIONE SECONDO LE LINEE GUIDA DELLA SOCIETÀ DI CH. VASCOLARE E PROPOSTA ORGANIZZATIVA ASUR**
- ✓ **Allegato 3: PROTOCOLLO PER LA GESTIONE DELLA GRAVIDANZA A BASSO RISCHIO**
- ✓ **Allegato 4: RETE VULNOLOGIA ASUR**
- ✓ **Allegato 5: ORGANIZZAZIONE RETE DEI LABORATORI**

- ✓ **Allegato 6: ORGANIZZAZIONE TRAUMATOLOGIA DELLA MANO IN INTEGRAZIONE CON AOU OSPEDALI RIUNITI**
 - ✓ **Allegato 7: ORGANIZZAZIONE PRESA IN CARICO PAZIENTI CON STROKE**
 - ✓ **Allegato 8: ORGANIZZAZIONE RETE NEUROCHIRURGICA**
 - ✓ **Allegato 9: RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE**
 - ✓ **Allegato 10: PROTOCOLLO STUDIO OSSERVAZIONALE PROSPETTICO RETE TERAPIE INTENSIVE**
 - ✓ **Allegato 11: RETE DEA, PRONTO SOCCORSO, CO 118**
3. di dare atto che dalla presente determina non derivano costi aggiuntivi per il Bilancio di esercizio dell'anno 2015 e che per l'anno 2016 eventuali costi aggiuntivi dovranno essere previsti nei budget delle Aree Vaste interessate alla riorganizzazione;
4. di trasmettere la presente determina al Dirigente del Servizio Sanità per ogni consequenziale valutazione di coerenza rispetto alla programmazione regionale;
5. di trasmettere altresì il presente atto:
- ai Direttori delle Aree Vaste per ogni seguito e adempimento operativo di competenza da adottare in conformità alle decisioni assunte con la presente determina e nel rispetto dei percorsi necessari a garantire la tutela della salute;
 - all'Assessore alla Sanità e Servizi Sociali;
 - alla PO Assistenza Ospedaliera dell'Agazia Sanitaria Regionale;
6. di trasmettere copia del presente atto al Collegio Sindacale a norma dell'art. 17 della L.R. 26/96 e s.m.i.;
7. di dichiarare che il presente atto non è soggetto al controllo regionale ed è efficace dal giorno della pubblicazione nell'albo pretorio informatico, a norma dell'art. 28 L.R. 26/96, come sostituito dall'art. 1 della L.R. 36/2013.

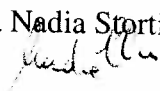
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dot. Pierluigi Ciglietti



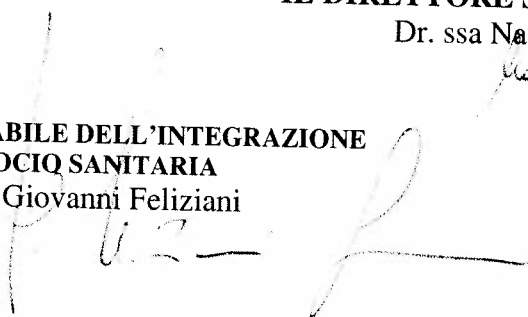
IL DIRETTORE SANITARIO

Dr. ssa Nadia Storti



**IL RESPONSABILE DELL'INTEGRAZIONE
SOCIO SANITARIA**

Dr. Giovanni Feliziani



IL DIRETTORE GENERALE

Dr. Alessandro Marini



La presente determina consta di n. 240 pagine di cui n. 210 pagine di allegati che formano parte integrante della stessa.

- DOCUMENTO ISTRUTTORIO -

(STAFF ALLA DIREZIONE SANITARIA)

I. RIFERIMENTI NORMATIVI NAZIONALI E REGIONALI

- ✓ **Legge 135/2012:** "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini"
- ✓ **DGR 1696/2012** Direttiva vincolante per i direttori generali delle Aziende del servizio sanitario regionale per l'attuazione della legge 135/2012
- ✓ **Determina DG ASUR 639/2012** con la quale sono stati definiti i Piani di Area Vasta
- ✓ **DGR 1403/2012:** "Individuazione dei Distretti dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale ai sensi dell'art. 30, comma 2, della Legge Regionale 01/08/2011 n. 17"
- ✓ **DGR 478/2013** Individuazione del numero di presidi ospedalieri per Area Vasta
- ✓ **DGR 551/2013 Articolo 12, lettera b) Patto per la Salute 2010-2012.** Definizione parametri per la riduzione delle strutture complesse e semplici degli enti del Servizio Sanitario regionale in esecuzione della deliberazione della Giunta regionale n. 1696/2012
- ✓ **DGR 735/2013:** "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 DGR 1696/2012"
- ✓ **DGR 826/2013:** "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 DGR 1696/2012. Modifiche ed integrazioni"
- ✓ **DGR 920/2013:** "L.R. n. 36/98 - Individuazione del numero, tipologia, dislocazione e disponibilità oraria delle Potes nel territorio regionale"

- ✓ **DGR 1200/2013:** "Art. 3 l.r. n. 20/2001, artt. 5, 2° comma, 1° periodo e 6, comma 3, l.r. n. 36/1998, art. 6, comma 2, l.r. n. 13/2003 - Disposizioni per la riorganizzazione territoriale del sistema di allarme sanitario"
- ✓ **Legge Regionale n.17** del 9 luglio 2013 ha apportato modifiche alla Legge Regionale n.36 del 30 Ottobre 1998 istituendo i Punti di Primo Intervento Territoriale
- ✓ **DGR 1287/2013:** "Indirizzi all'ASUR per l'adeguamento dei Dipartimenti di Prevenzione alla L.R. 20 giugno 2003 n. 13"
- ✓ **DGR 1345/2013:** "Riordino delle Reti Cliniche della Regione Marche"
- ✓ **DGR 1219/2014:** "Modifica della Deliberazione n. 1345 del 30/9/2013 concernente il riordino delle reti cliniche della Regione Marche e della deliberazione n 551 del 17/4/2013 concernente la definizione parametri per la riduzione delle strutture complesse e semplici degli enti del SSR"
- ✓ **DGR 452/2014** "Linee guida per l'organizzazione funzionale delle Case della salute. Approvazione"
- ✓ **DGR 960/2014** "Regolamentazione Cure Intermedie. Approvazione"
- ✓ **Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n. 70:** "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera".
- ✓ **DGRM n. 541/2015** recepimento del DM n. 70/2015, "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"

A queste vanno aggiunte disposizioni specifiche di settore quali

- ✓ **Accordo approvato dalla Conferenza Unificata del 16 dicembre 2010 concernente** " Linee di indirizzo per la Promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo "
- ✓ **DGR 1088/2011 "recepimento dell'Accordo approvato dalla Conferenza Unificata del 16 dicembre 2010 concernente** " Linee di indirizzo per la Promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo"
- ✓ **DGR 1405/ 2011 " Modifiche ed integrazioni della DGR 25 luglio 2011, n.1088 avente come oggetto approvato dalla Conferenza Unificata del 16 dicembre 2010 concernente** " Linee di indirizzo per la Promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesario"

2. MOTIVAZIONI

La regione Marche, in considerazione della produzione sanitaria storica e sulla base **dei volume minimi indicati dall'Agenas, inseriti nella cosiddetta "bozza del decreto Balduzzi"**, ha ridisegnato il modello delle reti cliniche con le DGRM 1345/2013 e 1219/2014 e ha dato mandato alle Aziende del SSR di attuarle.

Con specifici atti ha normato la riduzione della frammentazione della rete di offerta ospedaliera; ha definite le modalità di riduzione dei Punti Nascita in considerazione della necessità di garantire nelle strutture dedicate i requisiti strutturali, organizzativi, di personale e di volumi previsti dall'accreditamento e norme di settore.

La DGRM 665/2015 ha assegnato gli obiettivi alle Aziende del SSR, tra questi l'attuazione entro il 31/12/2015 del 35% delle reti cliniche previste nella DGRM 1345/2013 e DGRM 1219/2014.

A tal fine sono state individuate le reti di maggiore rilievo sanitario, all'interno delle quali è stata data priorità alle patologie tempo-dipendenti. Sono state considerate, inoltre, quelle reti per le quali la citata DGRM 665/2015 ne prevedeva uno specifico obiettivo (Percorso nascita, laboratori analisi, Dipartimenti di Prevenzione, Presidio Unico di Area Vasta).

Considerato che nel corso dell'anno è stato emanato il D.M. n. 70 del 02/04/2015, "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", che ha recepito quanto riportato nella cosiddetta "bozza del decreto Balduzzi", si è provveduto a comparare il modello regionale delle reti cliniche con quanto previsto nel citato decreto.

Nella tabella seguente si riporta un confronto tra le reti previste dal D.M. n°70 del 02/04/2015 e la strutturazione prevista per la Regione Marche delle singole reti DGRM 1345/13 e DRGM 1219/14.

DECRETO STANDARD OSPEDALIERI	NORMATIVA REGIONALE (DGRM 1345/13 e DGRM 1219/14)
rete infarto	DGRM 1345/13 e DGRM 1219/14: rete cardiologica (1SOC AOU, 1 SOC AMN, 1 SOC+1SOSD riabilitativa a Fermo per INRCA, 10 SOCper ASUR: 7 con degenza integrata PL Terapia intensiva e sub intensiva di cui 1 in AV1, 2 in AV2, 2 in AV3, 1 in AV4 e 1 in AV5; 3 ad indirizzo riabilitativo 1 in AV2, 1 in AV3 e 1 in AV5) + emodinamica (1 SOS AOU, 1 SOC AMN e 2 sedi ASUR con attività H24: 1 in AV3 e 1 in AV5) + aritmologia [1 SOC AOU per procedure selezionate di elevata complessità, 1 AMN in AFO e 2 per ASUR (1 in AV2 e 1 in AV3) all'interno della SOC di Cardiologia].
rete ictus	DGRM 1345/13 E 1219/14: rete neurologica [1 SOC AOU, 1 SOC AMN, 1 SOC INRCA, 5 SOC ASUR di cui 2 con STROKE UNIT e 2 con STROKE TEAM (2 in AV2, 1 in AV3, AV4 e AV5). Nell'AV2 1 SOC a indirizzo malattie neurologiche degenerative. Nell'AV3 e AV4 possibilità di avviare il percorso STROKE UNIT 1 LIVELLO]
rete traumatologica	DGRM 1345/13 E 1219/14: ortopedia ambito traumatologico [1 SOC AOU, 1 SOC e 1 SOSD AMN, 10 sedi ASUR (1 in AV1, 3 in AV2, 3 in AV3, 1 in AV4 e 2 in AV5)]

rete neonatologica e punti nascita	DGRM 1345/13 E 1219/14: punti nascita/ostetricia [1 SOC AOU, 1 SOC AMN, 5 SOC ASUR di cui 1 per AV)+ neonatologia (1 SOC II livello AOU, 1 SOC Ib AMN, 4 SOC Ib ASUR (senza struttura autonoma ma integrate nella pediatria) di cui 1 AV2, 1 in AV3, 1 in AV4 e 1 in AV5. Restanti punti nascita ASUR 1a]
rete medicine specialistiche	DGRM 1345/13 E 1219/14: rete dermatologica; medicina interna; LPA; reti chirurgiche; rete gastroenterologica; rete pneumologica; nefrologia; urologia....
rete oncologica	DGRM 1345/13 E 1219/14: oncologia (1 SOC AOU, 2 SOC AMN 5 SOC ASUR con PL di tipo DH in AFO medica. Chemioterapia anche nelle sedi dei 5 POU senza SOC) + ematologia (1 SOC AOU, 1 SOC AMN, 2 sedi ASUR di cui 1 in AV3 in AFO e 1 in AV5) + oncoematologia pediatrica (1 SOS AOU) + radioterapia (1 SOC AOU per brachiterapia, 1 SOC AMN e 1 SOC ASUR con 2 sedi di erogazione con attività distribuita almeno su 2 turni al giorno) + oncologia tiroide e gh. endocrine (1 in AFO AOU in Chir gen, 1 in AFO AMN in Chir gen, 1 in AFO INRCA/OSIMO e 4 in AFO per ASUR)
rete pediatrica	DGRM 1345/13 E 1219/14: pediatria (2 SOC AOU, 1 SOC AMN, 6 SOC ASUR di cui 1 per AV1, 3, 4 e 5 e 2 per AV2.)
rete trapiantologica	DGRM 1345/13 E 1219/14: rete trapianti (1SOC AOU)
rete terapia del dolore	DGRM 1345/13 e 1219/14 e 325/15: strutturazione rete con 1 HUB regionale in AV3 e spoke almeno 1 per AV
rete malattie rare	DGRM 1345/13 E 1219/14: rete malattie rare (1SOS AOU, ASUR individua spoke nelle pediatrie e nei servizi territoriali, AMN centro di riferimento screening neonatale. PO AV3 riferimento per quanto previsto dalla DGRM1031/06

Inoltre nel Decreto Ministeriale si riportano requisiti specifici per le reti definite "tempo dipendenti" che di seguito vengono riportati:

✓ **Rete per le emergenze cardiologiche**

"... I documenti di consenso delle Società scientifiche e la Società Europea di Cardiologia sottolineano come, per la gestione ottimale del paziente con infarto miocardico acuto (IMA), sia necessario un modello organizzativo coordinato di assistenza territoriale in rete.

La rete per l'infarto miocardico acuto (IMA) rappresenta, pertanto, l'attuale standard di cura per l'infarto del miocardio con sopra-slivellamento del tratto ST (STEMI).

La rete rappresenta il sistema organizzativo per la gestione dell'emergenza IMA, che integra i sistemi di intervento di emergenza-urgenza con il territorio e con ospedali a diversa complessità assistenziale, la cui interconnessione è assicurata da un adeguato sistema di trasporto.

La rete ha lo scopo di garantire a tutti i pazienti con STEMI pari opportunità di accesso alle procedure salvavita di ripercussione coronarica, adottando strategie diagnostico-terapeutiche condivise e modulate, da un lato sul profilo di rischio del paziente e dall'altro sulle risorse strutturali e logistiche disponibili.

Le principali finalità sono:

- ottenere il numero più elevato possibile di riperfusioni coronariche nell'IMA attraverso l'utilizzo di angioplastica coronarica o trombolisi;
- assicurare al paziente il sistema di riperfusione più efficace, disponibile su tutto il territorio regionale;
- assicurare il trattamento interventistico con angioplastica al maggior numero di pazienti, in particolare a quelli con shock cardiogeno ed a più alto rischio ed ai pazienti con controindicazioni alla trombolisi;
- ottimizzare i percorsi diagnostico-terapeutici dei pazienti con IMA attraverso una diagnosi precoce e l'utilizzo ottimale dei sistemi di teletrasmissione elettrocardiografica a distanza, in primis, da parte del 118;
- migliorare la prognosi dei pazienti con IMA;
- razionalizzare l'impiego delle risorse.

Il modello organizzativo adottato è quello di una rete di intervento territoriale imperniato sul Servizio di Emergenza del 118 cui si affianca una rete inter-ospedaliera coordinata, di tipo hub and spoke, con adeguamento agli standard previsti, ovvero una unità di emodinamica per un bacino di utenza di 300.000 - 600.000 abitanti.

Questo modello è già consolidato in numerose realtà italiane ed è suggerito dal documento di consenso delle Società scientifiche italiane di Cardiologia. Si tratta di una rete di intervento che parte dal territorio e si coniuga efficacemente con un'organizzazione inter-ospedaliera, applicando protocolli diagnostico-terapeutici e percorsi differenziati (diretti, intra-ed inter-ospedalieri) concordati, utilizzando servizi ed ospedali con funzioni differenziate per livelli di competenza e di risorse e valorizzando l'importanza e la "pari dignità" di ogni ruolo e di ogni intervento..."

✓ **Rete per il Trauma**

"... Al fine di ridurre i decessi evitabili è necessario attivare un Sistema integrato per l'assistenza al trauma (SIAT), costituito da una rete di strutture ospedaliere tra loro funzionalmente connesse e classificate, sulla base delle risorse e delle competenze disponibili, in: Presidi di pronto soccorso per traumi (PST), Centri traumi di zona (CTZ), Centri traumi di alta specializzazione (CTS).

Tale classificazione si basa sul modello di rete integrata "hub and spoke", che prevede la concentrazione della casistica più complessa in un numero limitato di centri (hub), fortemente integrati con i centri periferici (spoke). Sono integrati, inoltre, con centri che svolgono funzioni particolarmente specifiche, concentrate in un unico Centro regionale o in centri sovra-regionali: Centro Grandi Ustionati, Unità Spinali Unipolari e Riabilitazione del Cranioleso, Camera Iperbarica, Centro per il Trattamento delle Amputazioni traumatiche e Microchirurgia, Centro Antiveneni.

Presidio di Pronto soccorso per traumi (PST): si colloca in un ospedale con pronto soccorso generale e garantisce, prima d'un eventuale trasferimento ad una struttura di livello superiore, il trattamento immediato, anche chirurgico, delle lesioni con instabilità cardio-respiratoria.

Centro traumi di zona (CTZ): si colloca in una struttura sede di DEA (I o II livello) e garantisce h.24, il trattamento, in modo definitivo, di tutte le lesioni tranne quelle connesse con tutte o alcune alte specialità. Deve essere dotato dei seguenti standard:

- Personale addestrato alla gestione del trauma;
- Area attrezzata di accettazione per il trauma (shock room), comprendente almeno due postazioni per la stabilizzazione respiratoria e circolatoria e per le procedure chirurgiche di emergenza di controllo della via aerea, dello pneumotorace e delle emorragie;

- Chirurgia generale;
- Anestesia e Rianimazione;
- Medicina d'urgenza;
- Ortopedia;
- Radiologia dotata di sistemi di trasmissione a distanza delle immagini per consentire le attività di teleconsulenza previste nell'ambito del SIAT;
- Laboratorio d'urgenza e Centro trasfusionale;
- Due sale operatorie contigue multifunzionali, per interventi di Chirurgia generale d'urgenza, Chirurgia ortopedica e eventuali interventi connessi con il trattamento del traumatizzato.

Centro Traumi di Alta Specializzazione (CTS): ha un bacino di utenza ottimale di 2.000.000-4.000.000 di abitanti e, laddove non si raggiunga, devono essere realizzate aggregazioni che coinvolgono più Regioni. Deve registrare un volume di attività per trauma di almeno 400-500 casi/anno e una quota di traumi gravi superiore al 60% dell'intera casistica trattata.

Afferisce anche funzionalmente ad una struttura sede di DEA di II livello con Team del Dipartimento di Emergenza-urgenza dedicato alla gestione del trauma maggiore, in grado di accogliere pazienti con problematiche polidistrettuali o che necessitino di alte specialità, qualora non presenti presso gli altri Ospedali della rete (CTZ, PST). Identifica e tratta sulle 24 ore, in modo definitivo, qualsiasi tipo di lesione mono o poli-distrettuale e garantisce le cure intensive necessarie, salvo alcune funzioni particolarmente specifiche, svolte in centri regionali/sovra regionali (Centro Grandi Ustionati, Unità Spinale Unipolare e Riabilitazione del Cranioleso, Camera Iperbarica, Trattamento delle Amputazioni traumatiche e Microchirurgia, Centro Antiveneni).

Deve essere dotato dei seguenti standard:

- Sala di emergenza con possibilità in loco di stabilizzazione ed esami radiologici ed ecografici
- T.A.C., angiografia interventistica nelle immediate adiacenze
- Sale operatorie h.24
- Attivazione sulle 24 ore della Chirurgia di controllo del danno, c.d. Damage Control Surgery

Medicina d'Urgenza

- Chirurgia Generale e d'Urgenza
- Anestesia-Rianimazione
- Rianimazione pediatrica, laddove prevista l'accettazione pediatrica
- Ortopedia
- Neurochirurgia
- Radiologia con possibilità interventistica
- Laboratorio e Centro trasfusionale

Inoltre devono essere presenti specialità quali cardiocirurgia, chirurgia maxillo-facciale, chirurgia plastica e previste (anche con accordi interaziendali) le funzioni di: urologia, neurologia ed elettrofisiologia, chirurgia vascolare, Chirurgia toracica, Chirurgia pediatrica, chirurgia vertebrale, endoscopia digestiva e broncoscopia, cardiologia, nefrologia e dialisi, diabetologia. .."

✓ **Rete per l'ictus**

"... Per garantire il miglior approccio alle problematiche dell'ictus e pervenire ad una presa in carico complessiva del paziente, si individua un percorso che prevede 3 fasi:

- fase pre-ospedaliera
- fase ospedaliera
- fase post-ospedaliera

Vengono in questo decreto definiti gli standard delle Unità ospedaliere per il trattamento dei pazienti con ictus (Stroke unit) e le strutture dedicate alla gestione dei pazienti con ictus cerebrale acuto, prevedendo 2 livelli.

Unità ospedaliere per il trattamento dei pazienti con ictus, c.d. Stroke Unit (SU) di I livello o area stroke

Sono necessarie per rispondere diffusamente, a livello territoriale, al fabbisogno di ricovero e cura della maggior parte dei pazienti con ictus cerebrale. Si caratterizzano per la presenza, in area di degenza specializzata per pazienti con ictus, dei seguenti standard:

- Competenze multidisciplinari incluse o presenti nella struttura
- Un neurologo dedicato e Personale infermieristico dedicato
- Almeno un posto letto con monitoraggio continuo
- Riabilitazione precoce (fisioterapia, logopedia, terapia occupazionale)
- Terapia fibrinolitica endovenosa
- Pronta disponibilità neurochirurgica (anche in altra sede con supporto tecnologico telediagnostico)
- Disponibilità h.24 di Tomografia computerizzata (TC) cerebrale e/o angio-TC con apparecchio volumetrico multistrato ad almeno 16 strati e/o Risonanza magnetica (RM) encefalo, Risonanza magnetica con immagini pesate in diffusione (RM DWI), angio-RM
- Diagnostica neurosonologica epiaortica e intracranica, ecodoppler dei tronchi sovra-aortici (TSA) ed ecocardiografia
- Collegamento operativo con le Stroke Unit di II livello per invio immagini e consultazione collegamento operativo (protocolli condivisi di valutazione del danno e della disabilità,..”

Unità ospedaliere per il trattamento dei pazienti con ictus, c.d. Stroke Unit di II livello.

“... La Stroke Unit di II livello deve trattare almeno 500 casi/anno di ictus e, oltre a quanto previsto per le Stroke Unit di I livello, deve garantire i seguenti standard:

- Personale dedicato h.24
- Neuroradiologia h.24 con TC volumetrica multistrato a 64 strati, con programmi di ricostruzione angiografica e perfusionale. Apparecchio da 1,5 Tesla per Risonanza magnetica (RM), Risonanza magnetica con immagini pesate in diffusione (RM DWI), Risonanza magnetica con immagini pesate in perfusione (RM-PWI) e angio-RM con pacchetto a rapida effettuazione
- Interventistica endovascolare con camera con angiografo digitale con arco a C e con Flat Panel h.24
- Neurochirurgia h.24
- Chirurgia vascolare h.24
- Angiografia cerebrale
- Fibrinolisi intra-arteriosa (urgenza), trombectomia meccanica (urgenza), stent extra- e intracranico,
- Embolizzazione di malformazioni artero-venose, aneurismi, endoarteriectomia (urgenza)
- Craniotomia decompressiva
- Clipping degli aneurismi ...”

1. PERCORSO DI ATTUAZIONE DELLA DGRM 1345/13 E DGRM 1219/14

Il percorso di implementazione della normativa regionale sulle Reti Cliniche si è realizzato attraverso l'istituzione di gruppi di lavoro per le diverse reti e con il coinvolgimento di un elevato numero di professionisti ASUR e delle altre Aziende del SSR, che hanno predisposto un documento tecnico condiviso in data 14/12/2015. Per ogni gruppo di lavoro si sono confrontati professionisti con diverse specializzazioni ed esperienze, permettendo in questo modo una valutazione multidisciplinare e compiuta. Nel corso delle riunioni intraziendali, in ambito Asur, e interaziendali, con altri enti del SSR, sono stati:

- Individuati i percorsi prioritari da implementare,
- Valutate le modalità di integrazione a rete,
- Definite le attività/funzioni da centralizzare,
- Concordata la tipologia di committenza ASUR-AA.OO;
- Definiti i gruppi di monitoraggio e gli indicatori per i percorsi clinico-assistenziali,
- Valutate e condivise le *best practice* e i protocolli avviati e/o in fase di sperimentazione,
- Definite le principali criticità specifiche della disciplina.

I professionisti hanno prodotto protocolli e linee guida, hanno individuato le sedi nelle quali dovranno essere erogate le diverse prestazioni e la tipologia di personale coinvolto; sono stati valutati anche gli aspetti strutturali e organizzativi tenendo conto della presenza di U.O.C. (Unità Operative Complesse) o U.O.S. (Unità Operative Semplici) relative alle diversi reti.

Il lavoro dei vari tavoli tecnici, rielaborati e sintetizzati in specifiche tabelle, è stato presentato alle Conferenze dei Sindaci delle Area Vaste nelle seguenti date:

AV1: 24 settembre 2015;
AV2: 27 agosto 2015;
AV3: 11 settembre 2015;
AV4: 9 settembre 2015;
AV5: 2 settembre 2015;

AV1: 10 novembre 2015;
AV2: 11 novembre 2015;
AV3: 13 novembre 2015;
AV4: 9 novembre 2015;
AV5: 3 novembre 2015.

Al fine di presentare i risultati dei lavori a tutti i professionisti interessati, anche quelli che non avevano partecipato ai gruppi, sono state organizzate delle consensus conference, nelle giornate 14 e 15 dicembre 2015.

Numero	816	Pag. 11
Data	24 DIC. 2015	

Le stesse risultanze sono state valutate e condivise con le Direzioni Sanitarie delle altre aziende del SSR, sottoscrivendo uno specifico documento.

Di seguito si elencano gli obiettivi, le attività per le Reti attivate e da avviare e il gruppo di coordinamento e monitoraggio previsto per ogni specifica rete. Le Direzioni di Area Vasta procederanno alla loro realizzazione e, ove necessario, alla implementazione delle stesse.

3. OBIETTIVI E ATTIVITA' RETI CLINICHE

I. RETE CARDIOLOGICA (IMA, ARITMIE)

La necessità di dare una risposta omogenea e idonea a tutti i cittadini ha indotto i tecnici individuati a lavorare a questa rete, a verificare lo stato di fatto nella Regione, a valutare le risorse presenti, le EBM – profili e linee guida delle società scientifiche, la possibilità in tempi brevi di implementare alcune attività (es. emodinamica) e a sintetizzare le azioni da mettere in atto.

OBIETTIVO (a)

- Revisione Percorso Diagnostico Terapeutico (PDTA) dell'Infarto miocardico acuto (IMA),
 - con arresto totale del flusso (STEMI)
 - con arresto parziale del flusso (non STEMI)

AZIONI PREVISTE PER LO STEMI (*Allegato 1*)

- Analisi delle criticità del percorso e necessarie soluzioni;
- Implementazione rete trasmissione dati 118-UTIC-emodinamica.

La rete regionale per l'IMA è stata ridisegnata nel modo rappresentato nelle successive tabelle: nella prima vengono individuati gli Hub in caso di trasporto secondario, nella seconda nei casi di trasporto primario dal parte del 118

PRESIDIO	STABILIMENTO	SEDE	STATO FUTURO
AV1	OSP. SANTA MARIA DELLA MISERICORDIA	URBINO	CENTRALIZZAZIONE AMN
	OSPEDALE SS DONNINO E CARLO	PERGOLA	CENTRALIZZAZIONE AMN
AV2	PRESIDIO OSPEDALIERO ZT4	SENIGALLIA	CENTRALIZZAZIONE AOU
	OSPEDALE "CARLO URBANI"	JESI	CENTRALIZZAZIONE AOU
	OSPEDALE SS. BENVENUTO E ROCCO	OSIMO	CENTRALIZZAZIONE AOU
	OSPEDALE CIVILE "E. PROFILI"	FABRIANO	CENTRALIZZAZIONE AOU
AV3	OSPEDALE GENERALE DI ZONA	CIVITANOVA	CENTRALIZZAZIONE MC
	OSPEDALE GENERALE PROVINCIALE	MACERATA	CENTRALIZZAZIONE MC

	OSPEDALE S. MARIA DELLA PIETA'	CAMERINO	CENTRALIZZAZIONE MC
	OSPEDALE B. EUSTACCHIO	SAN SEVERINO MARCHE	CENTRALIZZAZIONE MC
AV4	OSPEDALE DI FERMO	FERMO	CENTRALIZZAZIONE ASCOLI/ANCONA
	OSPEDALE VITTORIO EMANUELE II	AMANDOLA	CENTRALIZZAZIONE ASCOLI/ANCONA
AV5	MADONNA DEL SOCCORSO	SAN BENEDETTO	CENTRALIZZAZIONE ASCOLI
	OSPEDALE GEN.LE PROV.LE C.G. MAZZONI	ASCOLI	CENTRALIZZAZIONE ASCOLI

AV 1	Laboratorio di angioplastica di riferimento h 24 AO Marche Nord
AV 2	Laboratorio di angioplastica di riferimento h 24 AOU Ospedali Riuniti di Ancona
AV 3	Laboratorio di angioplastica di riferimento h 24 S. Ospedaliero di Macerata
AV 4	Laboratorio di angioplastica di riferimento h 24 S. Ospedaliero Ascoli Piceno / AOU Ospedali Riuniti di Ancona secondo disponibilità a gravità
AV 5	Laboratorio di angioplastica di riferimento h 24 S. Ospedaliero Ascoli Piceno

OBIETTIVO (b)

- Centralizzazione estrazione cateteri, ablazioni tachicardia ventricolare e procedure con possibile intervento cardiocirurgico.

AZIONI

- Effettuata analisi di attività delle UU.OO. relativamente alle procedure di elettrofisiologia sulla base dei dati SDO.

GRUPPO DI COORDINAMENTO

Direttore o suo delegato della DMO ASUR + coordinatore
 Direttore o suo delegato cardiologia ASUR
 Direttore o suo delegato cardiologia INRCA
 Direttore o suo delegato cardiologia AMN
 Direttore o suo delegato cardiologia AOR

II. RETE CHIRURGIA VASCOLARE, RADIOLOGIA INTERVENTISTICA

Le patologie cardiocerebrovascolari sono la prima causa di morte e di invalidità in Italia. In questo ambito le malattie vascolari periferiche rappresentano una causa importante diretta e indiretta di mortalità e invalidità, essendo fortemente correlate alle altrettanto diffuse patologie cardiache e cerebrovascolari. Nella Regione Marche, esiste una sola S.O.C. di chirurgia vascolare presso l'AOR e attività specialistiche all'interno delle AMN e INRCA, nonché nelle chirurgie generali dell'ASUR. Con il gruppo tecnico si sono studiati i criteri e le patologie da centralizzare e le attività che possono essere effettuate a livello periferico.

OBIETTIVI

- Progetto ASUR struttura unica chirurgia vascolare in ambito di AAVV 3,4,5;
- Condivisione di criteri per la definizione di interventi eseguibili presso ASUR con integrazione dell'equipe della S.O.D. Chirurgia Vascolare dell'AOU;
- Centralizzazione delle urgenze e della chirurgia di II livello presso AOU;
- Attività di base per AAVV ASUR, attività svolte dalle AMN e INRCA.

La rete della chirurgia vascolare viene così definita:

INTERVENTI IN ELEZIONE

Definizione di un pacchetto di prestazioni che consenta l'integrazione dei chirurghi vascolari, e gli esperti di chirurgia vascolare, nelle AV 3, 4 e 5 con l'equipe della UO Chirurgia vascolare dell'AOU che consenta l'accreditamento chirurgico delle equipe e riduca la mobilità passiva verso la stessa AO e fuori regione.

INTERVENTI IN URGENZA

Invio dei pazienti all'UO Chirurgia Vascolare di Ancona direttamente dai PS, quando le risorse locali non riescano a garantire l'urgenza.

Centralizzazione secondo le Linee guida della società di Chirurgia Vascolare e proposta organizzativa **(Allegato 2)**

III. RETE OSTETRICA E GINECOLOGIA

OBIETTIVO

- Definizione del protocollo per la gestione della gravidanza a basso rischio in ambito ospedaliero e consultoriale (**Allegato 3**)
- Gestione della donna gravida all'interno dei reparti di ostetricia e ginecologia.

ORGANIZZAZIONE PERCORSO GESTIONE GRAVIDANZA A BASSO RISCHIO

PRESIDIO	STABILIMENTO	SEDE	STATO FUTURO
AV1	OSP. SANTA MARIA DELLA MISERICORDIA	URBINO	SI
AV2	PRESIDIO OSPEDALIERO ZT4	SENIGALLIA	SI
	OSPEDALE "CARLO URBANI"	JESI	SI
	OSPEDALE SS. BENVENUTO E ROCCO	OSIMO	SI
	OSPEDALE CIVILE "E. PROFILI"	FABRIANO	SI
AV3	OSPEDALE GENERALE DI ZONA	CIVITANOVA	SI
	OSPEDALE GENERALE PROVINCIALE	MACERATA	SI
	OSPEDALE B. EUSTACCHIO	SAN SEVERINO MARCHE	SI
AV4	OSPEDALE DI FERMO	FERMO	SI
AV5	MADONNA DEL SOCCORSO	SAN BENEDETTO	SI
	OSPEDALE GEN.LE PROV.LE C.G. MAZZONI	ASCOLI	SI

OBIETTIVO

- Protocollo Sistema di trasporto Neonatale (STEN) e Sistema di trasporto Materno (STAM): monitoraggio della riorganizzazione e conduzione di AUDIT su eventi significativi.

UU.OO. PER LE QUALI E' PREVISTO AUDIT SU APPLICAZIONE PROTOCOLLO STAM/STEN.

PRESIDIO	STABILIMENTO	SEDE	STATO FUTURO
AV1	OSP. SANTA MARIA DELLA MISERICORDIA	URBINO	SI
AV2	PRESIDIO OSPEDALIERO ZT4	SENIGALLIA	SI
	OSPEDALE "CARLO URBANI"	JESI	SI
	OSPEDALE SS. BENVENUTO E ROCCO	OSIMO	NO
	OSPEDALE CIVILE "E. PROFILI"	FABRIANO	NO
AV3	OSPEDALE GENERALE DI ZONA	CIVITANOVA	SI
	OSPEDALE GENERALE PROVINCIALE	MACERATA	SI
	OSPEDALE B. EUSTACCHIO	SAN SEVERINO MARCHE	NO
AV4	OSPEDALE DI FERMO	FERMO	SI
AV5	MADONNA DEL SOCCORSO	SAN BENEDETTO	SI
	OSPEDALE GEN.LE PROV.LE C.G. MAZZONI	ASCOLI	SI

In tutte le sedi destinate alla sola gestione della gravidanza a basso rischio, si prevede il mantenimento dell'attività ambulatoriale ostetrico-ginecologica, che caratterizza il "Percorso di presa in carico della gravidanza fisiologica", con visite ostetriche, ecografie, prelievi, corso di preparazione al parto, oltre ad attività medica e chirurgica ginecologica. In prossimità della scadenza della gravidanza, il prericovero verrà organizzato nella sede idonea prescelta dalla gestante, ove si prevede l'espletamento del parto, con un totale accompagnamento e presa in carico dello specialista di riferimento e dell'ostetrica.

Per la definizione dei percorsi sanitari sopraindicati il Comitato Percorso Nascita Aziendale ha prodotto il Protocollo per la Gravidanza Fisiologica in data 14/12/2015, mentre il Gruppo Comitato Percorso Nascita Regionale ha realizzato il protocollo STEN (Sistema Trasporto di Emergenza Neonatale) e STAM (Sistema di Trasporto Assistito Materno) che sono stati recepiti con la DGRM 847/14 con l'obiettivo di mettere in sicurezza il sistema di trasferimento sia del bambino

in utero che del neonato con grave prematurità o patologico presso la sede di 2° livello. Il modello di assistenza predisposto dall'ASUR risulta coerente in quanto recepisce le indicazioni contenute negli atti della Regione.

GRUPPO DI COORDINAMENTO

- Direttore o suo delegato della DMO ASUR + coordinatore
- Direttore o suo delegato ostetricia + direttore o suo delegato pediatria ASUR
- Direttore o suo delegato ostetricia + direttore o suo delegato pediatria AMN
- Direttore o suo delegato ostetricia + direttore o suo delegato pediatria AOR

IV. RETE NEONATOLOGICA

In coerenza con la rete dei punti nascita è necessario mettere in rete le neonatologie di 1° e 2° livello in modo da garantire a tutti i neonati che ne hanno bisogno il livello adeguato alle loro complessità cliniche.

OBIETTIVI

- Condivisione criteri di centralizzazione per il neonato con grave prematurità e/o con patologie congenite e neonatali tali da richiedere il supporto della neonatologia di 2° livello
- Condivisione criteri di delocalizzazione del neonato stabilizzato nei centri con neonatologia di 1° livello b- a
- Valutazione della corretta gestione dello STEN

V. LABORATORIO UNICO DI AREA VASTA

La frammentazione delle reti dei laboratori ha determinato nel tempo moltiplicazione delle tecnologie, dei costi per personale e materiale di consumo. Considerato che gli ospedali per acuti necessitano di alcuni servizi, tra i quali il laboratorio analisi, che la centralizzazione di alcune prestazioni di laboratorio non crea disagi al cittadino, ma permette il recupero di costi e conseguentemente risparmi da reinvestire per migliorare quantitativamente e qualitativamente le attività, che i punti prelievo vengono mantenuti e sono solo le provette che viaggiano, il gruppo di lavoro ha predisposto la seguente sintesi.

OBIETTIVI

- Definizione laboratorio unico di AV per attività programmata con sistema logistico unico e integrato;
- Definizione delle attività da garantire negli stabilimenti con ricoveri per acuti e relative modalità;

- Definizione delle attività da garantire nelle strutture di ricovero territoriale;
- Definizione sistema integrato di trasporti;
- Definizione punti prelievo per esterni

ORGANIZZAZIONE RETE DEI LABORATORI (Allegato 5)

PRESIDIO	STABILIMENTO	SEDE	STATO ATTUALE IN AV	STATO FUTURO sede unica laboratorio di AV
AV1	OSP. SANTA MARIA DELLA MISERICORDIA	URBINO	URBINO, SASSOCORVARO, CAGLI, FOSSOMBRONE E PERGOLA	URBINO PERGOLA (a garanzia dell'urgenza, con efficientamento delle linee produttive) Rimangono attività di laboratorio ad URBANIA per acque della Dialisi ed il laboratorio di tossicologia a Pesaro*
	OSPEDALE SS DONNINO E CARLO	PERGOLA		
AV2	PRESIDIO OSPEDALIERO ZT4	SENIGALLIA	FABRIANO, JESI, CINGOLI, OSIMO, LORETO, SENIGALLIA	JESI FABRIANO, OSIMO, SENIGALLIA, (a garanzia dell'urgenza, con efficientamento delle linee produttive) LORETO (Supporto delle attività della citologia di Fabriano)
	OSPEDALE "CARLO URBANI"	JESI		
	OSPEDALE SS. BENVENUTO E ROCCO	OSIMO		
	OSPEDALE CIVILE "E. PROFILI"	FABRIANO		
AV3	OSPEDALE GENERALE DI ZONA	CIVITANOVA	MACERATA, CIVITANOVA, CAMERINO, SAN SEVERINO	MACERATA CIVITANOVA, CAMERINO, SAN SEVERINO (a garanzia dell'urgenza con efficientamento delle linee produttive)
	OSPEDALE GENERALE PROVINCIALE	MACERATA		
	OSPEDALE S. MARIA DELLA PIETA'	CAMERINO		
	OSPEDALE B. EUSTACCHIO	SAN SEVERINO MARCHE		
AV4	OSPEDALE DI FERMO	FERMO	FERMO, AMANDOLA	FERMO AMANDOLA (a garanzia dell'urgenza con efficientamento delle linee produttive)
	OSPEDALE VITTORIO EMANUELE II	AMANDOLA		
AV5	MADONNA DEL SOCCORSO	SAN BENEDETTO	SAN BENEDETTO, ASCOLI	ASCOLI SAN BENEDETTO (a garanzia dell'urgenza con efficientamento delle linee produttive)
	OSPEDALE GEN.LE PROV.LE C.G. MAZZONI	ASCOLI		

* in questa AV verrà garantito: il controllo delle acque della dialisi per l'intera ASUR (Urbania) e la tossicologia (Pesaro)

La completa centralizzazione di tutte le linee produttive in un unico laboratorio per Area Vasta avverrà in coerenza con la scadenza dei contratti relativi alle tecnologie e con la piena attuazione del sistema della logistica.

GRUPPO DI COORDINAMENTO

Direttore o suo delegato della DMO ASUR + coordinatore
Direttore o suo delegato Laboratorio analisi ASUR

Direttore o suo delegato Laboratorio AMN (per integrazione interaziendale AV1 geograficamente intesa)
Responsabile trasporti ASUR

VI. RETE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DELLA MANO

Nell'ambito della rete ortopedica si è scelto di iniziare con una linea produttiva che, così come per le altre patologie, è legata al tempo. I traumi della mano necessitano di un rapido intervento per permettere il miglior recupero funzionale dell'arto.

OBIETTIVI

- Condivisione criteri centralizzazione per la traumatologia della mano: II LIVELLO (attività chirurgica ortopedica della mano per lesioni con interessamento di 3 o più tessuti).
- Definizione attività delocalizzata nei presidi ospedalieri AAVV

ORGANIZZAZIONE TRAUMATOLOGIA DELLA MANO IN INTEGRAZIONE CON AOU OSPEDALI RIUNITI (Allegato 6)

PRESIDIO	STABILIMENTO	SEDE	I LIVELLO	II LIVELLO
AV1	OSP. SANTA MARIA DELLA MISERICORDIA	URBINO	SI	AOU
	OSPEDALE SS DONNINO E CARLO	PERGOLA	NO, CENTRALIZZA A URBINO	AOU
AV2	PRESIDIO OSPEDALIERO ZT4	SENIGALLIA	SI	AOU
	OSPEDALE "CARLO URBANI"	JESI	SI	AOU
	OSPEDALE SS. BENVENUTO E ROCCO	OSIMO	NO, CENTRALIZZA A JESI	AOU
	OSPEDALE CIVILE "E. PROFILI"	FABRIANO	SI	AOU
AV3	OSPEDALE GENERALE DI ZONA	CIVITANOVA	SI	AOU
	OSPEDALE GENERALE PROVINCIALE	MACERATA	SI	AOU
	OSPEDALE S. MARIA DELLA PIETA'	CAMERINO	SI	AOU

	OSPEDALE B. EUSTACCHIO	SAN SEVERINO MARCHE	NO, CENTRALIZZA A CAMERINO	AOU
AV4	OSPEDALE DI FERMO	FERMO	SI	AOU
	OSPEDALE VITTORIO EMANUELE II	AMANDOLA	NO, CENTRALIZZA A FERMO	AOU
AV5	MADONNA DEL SOCCORSO	SAN BENEDETTO	SI	AOU
	OSPEDALE GEN.LE PROV.LE C.G. MAZZONI	ASCOLI	SI	AOU

I criteri di centralizzazione sono stati, in questo caso, stabiliti da un Accordo Stato Regioni, che ha regolamentato i centri della chirurgia della mano, i professionisti hanno condiviso tale procedura e concordato le modalità di attuazione. Non si ritiene per questo, al momento di dare seguito alla formalizzazione del Gruppo di Coordinamento.

VII. RETE NEUROLOGICA

Per la rete neurologica il gruppo di lavoro ha scelto di occuparsi della malattia ischemica e di quella emorragica. Sono state concordate le modalità di intervento e le sedi nelle quali il paziente dovrà essere trasportato dal 118. A tal fine il gruppo ha ritenuto necessario ampliare le sedi di trattamento trombolitico, visto anche l'andamento della prevalenza della malattia ischemica e la necessità di garantire la prestazione agli aventi indicazione Sono state definite le sedi delle neurochirurgie dove verranno trattate le Emorragie subaracnoidee acute (ESA) e i traumi cerebrali .

OBIETTIVO

- Definizione percorso dell'Ictus cerebrale (Stroke) all'interno delle Stroke Unit;
- Definizione percorso della esecuzione della trombolisi finalizzato all'aumento dei pazienti trattati tra gli elegibili

ORGANIZZAZIONE PRESA IN CARICO PAZIENTI CON STROKE (Allegato 7)

PRESIDIO	STABILIMENTO	SEDE	STATO FUTURO
AV1	OSP. SANTA MARIA DELLA MISERICORDIA	URBINO	CENTRALIZZAZIONE PRESSO FANO
	OSPEDALE SS DONNINO E CARLO	PERGOLA	
AV2	PRESIDIO OSPEDALIERO ZT4	SENIGALLIA	CENTRALIZZAZIONE PRESSO ANCONA O JESI
	OSPEDALE "CARLO URBANI"	JESI	SEDE DI TROMBOLISI

	OSPEDALE SS. BENVENUTO E ROCCO	OSIMO	CENTRALIZZAZIONE PRESSO ANCONA O JESI
	OSPEDALE CIVILE "E. PROFILI"	FABRIANO	CENTRALIZZAZIONE PRESSO ANCONA O JESI
AV3	OSPEDALE GENERALE DI ZONA	CIVITANOVA	CENTRALIZZAZIONE MACERATA
	OSPEDALE GENERALE PROVINCIALE	MACERATA	SEDE DI TROMBOLISI
	OSPEDALE S. MARIA DELLA PIETA'	CAMERINO	CENTRALIZZA MACERATA
	OSPEDALE B. EUSTACCHIO	SAN SEVERINO MARCHE	CENTRALIZZA MACERATA
AV4	OSPEDALE DI FERMO	FERMO	SEDE DI TROMBOLISI
	OSPEDALE VITTORIO EMANUELE II	AMANDOLA	CENTRALIZZAZIONE FERMO
AV5	MADONNA DEL SOCCORSO	SAN BENEDETTO	SEDE DI TROMBOLISI
	OSPEDALE GEN.LE PROV.LE C.G. MAZZONI	ASCOLI	CENTRALIZZAZIONE SAN BENEDETTO

GRUPPO DI COORDINAMENTO

Direttore o suo delegato della DMO ASUR + coordinatore

Direttore o suo delegato neurologia ASUR

Direttore o suo delegato neurologia AMN

Direttore o suo delegato neurologia AOR

Direttore o suo delegato neurologia INRCA

VIII. RETE NEUROCHIRURGICA

OBIETTIVI

- Definizione delle emergenze urgenze neurochirurgiche, revisioni delle linee guida, verifica delle *clinical competence* e dei volumi minimi
- Definizione dei timing in base alle priorità delle urgenze e delle multidisciplinarietà necessaria
- Presenza della neuroradiologia diagnostica e interventistica h 24/h12

ORGANIZZAZIONE RETE NEUROCHIRURGICA (Allegato 8)

PRESIDIO	STABILIMENTO	SEDE	Trauma cerebrale	Condivisione criteri centralizzazione e delocalizzazione ESA
			STATO FUTURO	STATO FUTURO
AV1	OSP. SANTA MARIA DELLA MISERICORDIA	URBINO	CENTRALIZZAZIONE PRESSO AMN (SE NON POLITRAUMA)	CENTRALIZZAZIONE PRESSO AMN
	OSPEDALE SS DONNINO E CARLO	PERGOLA		
AV2	PRESIDIO OSPEDALIERO ZT4	SENIGALLIA	CENTRALIZZAZIONE PRESSO AOU	CENTRALIZZAZIONE PRESSO AOU
	OSPEDALE "CARLO URBANI"	JESI	CENTRALIZZAZIONE PRESSO AOU	
	OSPEDALE SS. BENVENUTO E ROCCO	OSIMO	CENTRALIZZAZIONE PRESSO AOU	
	OSPEDALE CIVILE "E. PROFILI"	FABRIANO	CENTRALIZZAZIONE PRESSO AOU	
AV3	OSPEDALE GENERALE DI ZONA	CIVITANOVA	CENTRALIZZAZIONE PRESSO AOU	
	OSPEDALE GENERALE PROVINCIALE	MACERATA	CENTRALIZZAZIONE PRESSO AOU	
	OSPEDALE S. MARIA DELLA PIETA'	CAMERINO	CENTRALIZZAZIONE PRESSO AOU	
	OSPEDALE B. EUSTACCHIO	SAN SEVERINO MARCHE	CENTRALIZZAZIONE PRESSO AOU	
AV4	OSPEDALE DI FERMO	FERMO	CENTRALIZZAZIONE PRESSO AOU	
	OSPEDALE VITTORIO EMANUELE II	AMANDOLA	CENTRALIZZAZIONE PRESSO AOU	

AV5	MADONNA DEL SOCCORSO	SAN BENEDETTO	CENTRALIZZAZIONE PRESSO AOU
	OSPEDALE GEN.LE PROV.LE C.G. MAZZONI	ASCOLI	CENTRALIZZAZIONE PRESSO AOU

GRUPPO DI COORDINAMENTO

Direttore o suo delegato della DMO AMN + coordinatore
 Direttore o suo delegato Neurologia ASUR
 Direttore o suo delegato Neurologia e Neurochirurgia AMN
 Direttore o suo delegato Neurologia e Neurochirurgia AOR
 Direttore o suo delegato Neurologia INRCA

IX. RETE TERAPIA DEL DOLORE

Nell'ambito delle rete della terapia del dolore si è ritenuto di lavorare inizialmente alla gestione, con un modello hub & spoke, del dolore all'interno delle strutture sanitarie.

OBIETTIVI

- Attuazione dell'intesa Stato Regioni del 25/07/2012, come da DGR 645/2013 e DGR 325/2015: rete per la terapia del dolore ASUR secondo un modello Hub&Spoke.
- Analisi dell'attuale organizzazione, capillarità del servizio, implementazione della cultura della dignità della sofferenza.

(Allegato 9)

Rete hub and spoke della terapia del dolore

PRESIDIO	STABILIMENTO	SEDE	STATO FUTURO IN AV
AV1	OSP. SANTA MARIA DELLA MISERICORDIA	URBINO	SPOKE URBINO FOSSOMBRONE
	OSPEDALE SS DONNINO E CARLO	PERGOLA	
AV2	PRESIDIO OSPEDALIERO ZT4	SENIGALLIA	SPOKE TRASVERSALE DI AREA VASTA ARTICOLATO SUI 4 STABILIMENTI DEL PRESIDIO UNICO
	OSPEDALE "CARLO URBANI"	JESI	
	OSPEDALE SS. BENVENUTO E ROCCO	OSIMO	

	OSPEDALE CIVILE "E. PROFILI"	FABRIANO	
AV3	OSPEDALE GENERALE DI ZONA	CIVITANOVA	SEDE DI HUB
	OSPEDALE GENERALE PROVINCIALE	MACERATA	
	OSPEDALE S. MARIA DELLA PIETA'	CAMERINO	
	OSPEDALE B. EUSTACCHIO	SAN SEVERINO MARCHE	
AV4	OSPEDALE DI FERMO	FERMO	SPOKE FERMO AMANDOLA
	OSPEDALE VITTORIO EMANUELE II	AMANDOLA	
AV5	MADONNA DEL SOCCORSO	SAN BENEDETTO	SPOKE ASCOLI SAN BENEDETTO
	OSPEDALE GEN.LE PROV.LE C.G. MAZZONI	ASCOLI	

X. RETE ANESTESIA E RIANIMAZIONE

La rete delle terapie intensive è stata avviata con Determina del Direttore Generale dell'Azienda Ospedali Riuniti di Ancona n. 537 del 23/10/2014 recepita con la Nota del Direttore Generale ASUR Marche n. 0023953 del 30/10/2014. L'ulteriore obiettivo che si sta perseguendo è quello di valutare il corretto utilizzo dei posti letto attraverso uno studio osservazionale prospettico.

OBIETTIVI

- Applicazione e implementazione del protocollo di centralizzazione al DEA di II livello e delocalizzazione dei pazienti dal DEA di II livello alle AAVV.
- Monitoraggio giornaliero dei posti letto disponibili nelle UTI di tutte le AA VV
- Attuazione di uno studio osservazionale prospettico sulla complessità della casistica dei pazienti ricoverati, sul carico assistenziale, sulla performance e sull'appropriatezza delle (Unità Terapie Intensiva) UTI della Regione Marche nella gestione dei pazienti ricoverati e nell'utilizzo delle risorse.

(Allegato 10)

GRUPPO DI COORDINAMENTO

Direttore o suo delegato della DMO ASUR + coordinatore
Direttore o suo delegato Terapia Intensiva ASUR

Direttore o suo delegato Terapia Intensiva AOR (responsabile scientifico dello studio osservazionale)

Direttore o suo delegato Terapia Intensiva AMN

XI. RETE DEA PRONTO SOCCORSO CO 118

L'attuazione delle DGRM 1345/2013, DGRM 1219/2014 ridisegna il modello sanitario e individua vari percorsi clinici che potrebbero necessitare di graduale avvio e modifiche successive. Si rende pertanto necessario mettere in assoluta sicurezza il sistema della emergenza; al tal fine è stato formalizzato uno specifico gruppo tecnico per affrontare la riorganizzazione del sistema della emergenza urgenza che consente di adottare specifici e relativi provvedimenti.

OBIETTIVI

- Individuazione sedi Potes, CA, MSA, MSI, MSB
- Integrazione attività medici 118 e pronto soccorso
- Istituzione di protocolli infermieristici per provvedimenti salvavita (PIST)
- Uniformità dei DEA delle 5 AV
- Telemedicina e Teleconsulto (ECG, RMN e TAC neurotraumatologia)
- Numero unico 112

(Allegato 11)

XII. RETE ONCOLOGICA

All'interno della rete oncologica molte sono le linee produttive e le attività che dovranno essere messe in rete, in questa prima fase si è fatto un focus sulla terapia oncologica con due finalità: omogeneità dei comportamenti e corretta valutazione dei costi e degli incrementi dovuti all'inserimento dei nuovi farmaci oncologici.

OBIETTIVI

- Definizione metodologia revisione annuale budget farmaci oncologici, per le neoplasie a maggior incidenza con notevole impatto sociale ed economico.
- Definizione criteri di appropriatezza utilizzo farmaci.
- Preparazione centralizzata in AV dei farmaci oncologici con migliore qualità e riduzione dei costi

- Standardizzazione dei follow up sulla base delle linee guida nazionali

XIII. RETE ANATOMIA PATOLOGICA E CITOLOGIA

I laboratori di Anatomia patologica nella nostra regione necessitano di essere messi in rete, definendone la produzione e la tipologia di esami (es. molecolare ecc.). Come prima fase si è lavorato sulla tipologie di esami per diagnosi e follow up concordate con gli specialisti

OBIETTIVI

- Tipologia di esami per diagnosi e follow up da concordare con oncologi e specialisti
- Implementazione della centralizzazione degli esami citologici per tumore alla mammella e pap-test
- Centralizzazione delle indagini di medicina molecolare

XIV. RETE OTORINOLARINGOIATRIA

Sulla base dei presupposti che sono stati riportati sopra, anche per la rete otorino, è stato realizzato il percorso per la gestione delle urgenze che si possono manifestare in questo ambito specialistico.

OBIETTIVO

- Gestione delle urgenze con specifica afferenza per ogni AV geograficamente intesa

PROPOSTA ORGANIZZATIVA

In base ai volumi di attività emersi ed alle possibilità di implementazione del sistema hub e spoke possono essere definite le seguenti sedi:

- A.O.U. Ospedali Riuniti
- A.O. Marche Nord
- ASUR: una sede per urgenze per Area Vasta (con attività di degenza e copertura urgenza nella medesima sede tramite pronta disponibilità secondo calendario da parte di tutte le competenze specialistiche in organico al presidio ospedaliero unico)

GRUPPO DI COORDINAMENTO

Direttore o suo delegato della DMO AOR + coordinatore

Direttore o suo delegato otorino ASUR

Direttore o suo delegato otorino AMN

Direttore o suo delegato otorino AOR

XV. RETE GASTROENTEROLOGICA

Anche per la rete gastroenterologica vale quanto espresso per quella otorino.

OBIETTIVO

- Gestione delle urgenze-emergenze gastroenterologiche ed endoscopiche integrate con il Pronto Soccorso (almeno 1 in AV e/o integrata con AAOO)

PROPOSTA ORGANIZZATIVA

In base ai volumi di attività emersi ed alle possibilità di implementazione del sistema Hub&Spoke possono esser definite le seguenti sedi:

- A.O.U. Ospedali Riuniti
- A.O. Marche Nord (anche per AV1)

ASUR: una sede per urgenze per Area Vasta 2, 3, 4/5 (con attività di degenza e copertura urgenza nella medesima sede tramite pronta disponibilità secondo calendario da parte di tutte le equipe medico/infermieristiche in organico al presidio ospedaliero unico)

GRUPPO DI COORDINAMENTO

Direttore o suo delegato della DMO ASUR + coordinatore
Direttore o suo delegato gastro ASUR
Direttore o suo delegato gastro AMN
Direttore o suo delegato gastro AOR
Direttore o suo delegato gastro INRCA

Seguono alcune specialità per le quali è stato concordato di avviare in questa prima fase il percorso in rete

XVI. RETE OCULISTICA

OBIETTIVO

- Volumi minimi per patologia retinica (standard 200 nuovi casi/anno) e segmento posteriore dell'occhio

PROPOSTA ORGANIZZATIVA

In base ai volumi di attività emersi ed alle possibilità di implementazione del sistema Hub&Spoke possono esser definite le seguenti sedi:

- A.O.U. Ospedali Riuniti
- A.O. Marche Nord (anche per AV1)

- AA.VV. 2,3,4,5: Fabriano, Macerata/San Severino, Fermo, Ascoli Piceno

XVII. RETE MEDICINA INTERNA-GERIATRIA-LPA

OBIETTIVO

- Omogeneizzazione offerta di degenza delle Medicine Interne in tre livelli assistenziali decrescenti:
 - Patologia internistica complessa (posti letti monitorati e centralizzati)
 - Degenza ordinaria
 - Degenza post-acuzie (secondo unità di sede o satelliti all'U.O. stessa)
- Obiettivi di miglioramento:
 - omogeneizzazione della dotazione delle risorse tecnologiche/assistenziali
 - ricoveri ripetuti per riacutizzazioni principali patologie croniche
 - peso medio e degenza media
 - spesa beni sanitari per volumi di attività e peso medio
 - rapporto dotazione di personale/attività erogate
 - preparazione e somministrazione farmaci ad alto costo
- Definizione criteri di ammissione, dimissione, trasferimento all'interno della rete

AZIONI

Tavoli di lavoro per Committenza Aziende Ospedaliere ed integrazione INRCA

GRUPPO DI COORDINAMENTO

Direttore o suo delegato della DMO ASUR + coordinatore
Direttore o suo delegato medicina ASUR
Direttore o suo delegato medicina AMN
Direttore o suo delegato medicina AOR
Direttore o suo delegato medicina INRCA

XVIII. RETE NEFROLOGICA

OBIETTIVO

- Definizione referente degli accessi vascolari in ogni struttura e centralizzazione dei casi complicati in AOR;

- Sviluppo dialisi peritoneale domiciliare.

XIX. RETE VULNOLOGIA ASUR

OBIETTIVO

- Promuovere l'attività specialistica per la cura delle ferite difficili;
- Costituzione di una rete specialistica vulnologica ASUR articolata in AV;
- Definizione di percorsi condivisi per la presa in carico del paziente con ferite difficili;
- Definizione di documenti condivisi di supporto agli operatori coinvolti nella rete.

(Allegato 12)

Inoltre l'ASUR rientra nelle reti per le quali le Aziende ospedaliere rappresentano un punto HUB di rilievo, ma che, ai fini di garantire una completa e totale presa in carico del paziente diventa di fondamentale importanza l'integrazione e la sinergie con le strutture territoriali e precisamente per:

XX. RETE TRAPIANTO DI RENE

OBIETTIVO

- Condivisione dei criteri di inserimento dei pazienti nelle liste di attesa per trapianto da cadavere e da donatore vivente e veri
- Condivisione dei criteri di follow up dei pazienti operati di trapianto di rene
- Sviluppo della cultura della donazione.

XXI. RETE DELLA CHIRURGIA MAGGIORE

OBIETTIVO

- Condivisione dei criteri di centralizzazione del paziente da sottoporre a chirurgia maggiore dalle strutture di 1° livello sulla base dei Volumi minimi previsti dalla DGR 1345/2013 e DGR 1291/2014
- Condivisione del follow up dei pazienti sottoposti a chirurgia maggiore.

GRUPPO DI COORDINAMENTO

Direttore o suo delegato della DMO AOR + coordinatore
Direttore o suo delegato chirurgia ASUR

Direttore o suo delegato chirurgia AMN
Direttore o suo delegato chirurgia AOR
Direttore o suo delegato chirurgia INRCA

IX. RETE DELLE SINDROMI DA APNEA OSTRUTTIVA DEL SONNO (OSAS)

OBIETTIVO

- Gestire tale patologia sottostimata e causa di incidenti stradali e sul lavoro in maniera coordinata e omogenea nell'ambito di un percorso multidisciplinare sviluppato da professionisti delle diverse azienda.

GRUPPO DI COORDINAMENTO

Direttore o suo delegato della DMO ASUR + coordinatore
Direttore o suo delegato neurologo+otorino+pneumologo ASUR
Direttore o suo delegato neurologo+otorino+pneumologo AOR
Direttore o suo delegato neurologo+otorino+pneumologo AMN

Esito dell'istruttoria:

Per quanto sopra esposto, si sottopone al Direttore Generale, ai fini della relativa approvazione, il seguente schema di determina:

1. di recepire l'allegato documento istruttorio le cui motivazioni si intendono integralmente richiamate e trascritte e per l'effetto, in ottemperanza a quanto disposto con determina DGRM n. 1345/2013, DGR 1219/2014, DGRM 665/2015, procedere all'approvazione del riassetto organizzativo delle Reti Cliniche dell'ASUR;
2. di dare atto e adottare gli elaborati allegati alla presente Determina sub 1), sub 2), sub 3); sub 4), sub 5), sub 6), sub 7), sub 8), sub 9), sub 10), sub 11), di seguito riepilogati nei quali sono contenute le motivazioni a supporto del riassetto organizzativo delle Reti Cliniche dell'ASUR:
 - ✓ **Allegato 1: AZIONI PREVISTE PER LO STEM I**
 - ✓ **Allegato 2: CENTRALIZZAZIONE SECONDO LE LINEE GUIDA DELLA SOCIETÀ DI CH. VASCOLARE E PROPOSTA ORGANIZZATIVA ASUR**
 - ✓ **Allegato 3: PROTOCOLLO PER LA GESTIONE DELLA GRAVIDANZA A BASSO RISCHIO**
 - ✓ **Allegato 4: RETE VULNOLOGIA ASUR**
 - ✓ **Allegato 5: ORGANIZZAZIONE RETE DEI LABORATORI**

- ✓ **Allegato 6: ORGANIZZAZIONE TRAUMATOLOGIA DELLA MANO IN INTEGRAZIONE CON AOU OSPEDALI RIUNITI**
 - ✓ **Allegato 7: ORGANIZZAZIONE PRESA IN CARICO PAZIENTI CON STROKE**
 - ✓ **Allegato 8: ORGANIZZAZIONE RETE NEUROCHIRURGICA**
 - ✓ **Allegato 9: RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE**
 - ✓ **Allegato 10: PROTOCOLLO STUDIO OSSERVAZIONALE PROSPETTICO RETE TERAPIE INTENSIVE**
 - ✓ **Allegato 11: RETE DEA, PRONTO SOCCORSO, CO 118**
3. di dare atto che dalla presente determina non derivano costi aggiuntivi per il Bilancio di esercizio dell'anno 2015 e che per l'anno 2016 eventuali costi aggiuntivi dovranno essere previsti nei budget delle Aree Vaste interessate alla riorganizzazione;
4. di trasmettere la presente determina al Dirigente del Servizio Sanità per ogni consequenziale valutazione di coerenza rispetto alla programmazione regionale;
5. di trasmettere altresì il presente atto:
- ai Direttori delle Aree Vaste per ogni seguito e adempimento operativo di competenza da adottare in conformità alle decisioni assunte con la presente determina e nel rispetto dei percorsi necessari a garantire la tutela della salute;
 - all'Assessore alla Sanità e Servizi Sociali;
 - alla PO Assistenza Ospedaliera dell'Agenzia Sanitaria Regionale;
6. di trasmettere copia del presente atto al Collegio Sindacale a norma dell'art. 17 della L.R. 26/96 e s.m.i.;
7. di dichiarare che il presente atto non è soggetto al controllo regionale ed è efficace dal giorno della pubblicazione nell'albo pretorio informatico, a norma dell'art. 28 L.R. 26/96, come sostituito dall'art. 1 della L.R. 36/2013.

Il Responsabile del Procedimento

Dr. ssa Maria Rita Mazzocanti



- ALLEGATI -

- ✓ **Allegato 1: AZIONI PREVISTE PER LO STEMI**
- ✓ **Allegato 2: CENTRALIZZAZIONE SECONDO LE LINEE GUIDA DELLA SOCIETÀ DI CH. VASCOLARE E PROPOSTA ORGANIZZATIVA ASUR**
- ✓ **Allegato 3: PROTOCOLLO PER LA GESTIONE DELLA GRAVIDANZA A BASSO RISCHIO**
- ✓ **Allegato 4: RETE VULNOLOGIA ASUR**
- ✓ **Allegato 5: ORGANIZZAZIONE RETE DEI LABORATORI**
- ✓ **Allegato 6: ORGANIZZAZIONE TRAUMATOLOGIA DELLA MANO IN INTEGRAZIONE CON AOU OSPEDALI RIUNITI**
- ✓ **Allegato 7: ORGANIZZAZIONE PRESA IN CARICO PAZIENTI CON STROKE**
- ✓ **Allegato 8: ORGANIZZAZIONE RETE NEUROCHIRURGICA**
- ✓ **Allegato 9: RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE**
- ✓ **Allegato 10: PROTOCOLLO STUDIO OSSERVAZIONALE PROSPETTICO RETE TERAPIE INTENSIVE**
- ✓ **Allegato 11: RETE DEA, PRONTO SOCCORSO, CO 118**