

**DETERMINA DEL DIRETTORE GENERALE
ASUR
N. DEL**

Oggetto: Rete integrata dei servizi ASUR per l'assistenza alle persone con malattie infettive/contagiose finalizzata al miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure e della prescrizione farmaceutica.

**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, ciascuno per quanto di rispettiva competenza;

- D E T E R M I N A -

1. di disporre l'attivazione della rete infettivologica ASUR, descritta in allegato 1, per le motivazioni tutte riportate in istruttoria, in via sperimentale per 12 mesi, fino a verifica del gruppo di lavoro;
2. di trasmettere la presente determina ai Direttori di AAVV, ai Direttori DMO, ai Direttori PS, ai Direttori/Dirigenti SPS, ai Direttori UO/UOSD malattie Infettive, ai Direttori UUOO Medicina, affinché trasmettano il documento a tutto il personale interessato ed attivino i percorsi previsti;
3. di dichiarare che dal presente atto non derivano costi a carico del bilancio ASUR;
4. di dare atto che la presente determina non è sottoposta a controllo ai sensi dell'art. 4 della Legge 412/91 e dell'art. 28 della L.R. 26/96 e s.m.i.;

5. di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale a norma dell'art. 17 della L.R. 26/96 e s.m.i..
6. di dichiarare il presente atto immediatamente esecutivo a norma dell'art.28, comma 6, della L.R. 26/96 e s.m..

Ancona, sede legale ASUR.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dott. Pierluigi Gigliucci)



IL DIRETTORE SANITARIO
(Dr.ssa Nadia Storti)



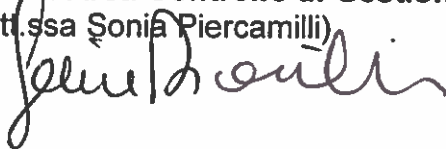
IL DIRETTORE GENERALE
(Dr. Alessandro Marini)



AREA CONTABILITA' BILANCIO E FINANZA E AREA CONTROLLO DI GESTIONE:

Visto quanto dichiarato dal Responsabile del Procedimento, si attesta che dall'adozione del presente provvedimento non derivano oneri a carico dell'Azienda.

Il Direttore dell'Area Controllo di Gestione
(Dott.ssa Sonia Piercamilli)



**Il Direttore dell'Area
Contabilità Bilancio e Finanza**
(Dott. Luigi Stortini)



- DOCUMENTO ISTRUTTORIO -

STAFF DIREZIONE SANITARIA

□ Normativa di riferimento

DM 70/2015, regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera;

DGRM 1345/2013, riordino delle reticliniche della Regione Marche;

DGRM 1219/14, modifica della deliberazione n.1354/13 concernente il riordino delle reti cliniche della regione Marche e della deliberazione n.551/13 concernente la definizione parametri per la riduzione delle strutture complesse e semplici degli enti SSR;

ASUR DG 361/17, adeguamento dell'assetto organizzativo definito con Determina ASUR DG 481/16;

AGENAS Linee Guida per la revisione delle Reti Cliniche d.M. 70/15;

Decreto del Commissario ad acta regione Lazio n.U00540/15 adozione del documento: "Percorso assistenziale per la gestione dei casi con patologia infettiva primaria o associata a comorbilità".

□ Motivazione:

Numerose malattie infettive emergenti sono arrivate all'attenzione dell'opinione pubblica durante il 20° e 21° secolo, causando spesso paura nella popolazione, come ad esempio la variante della malattia di Creutzfeld-Jakob (vCJD), malattia neurologica cronica degenerativa causata da un "agente infettivo" responsabile dell'encefalopatia spongiforme bovina. Il più noto tra i virus che hanno generato una pandemia nel XX secolo è quello dell'immunodeficienza umana (HIV). Anche l'influenza aviaria ha rappresentato un'importante malattia emergente, infatti dal 2003 ad aprile 2011 l'OMS ha segnalato 530 casi e 313 decessi nell'uomo in tutto il mondo, senza dimenticare che il 24 aprile 2009 l'OMS ha lanciato l'allerta sul possibile rischio connesso alla diffusione di un nuovo virus influenzale di tipo A/H1N1 nell'uomo e al suo potenziale pandemico. Tra le malattie infettive ri-emergenti vi è la tubercolosi. Negli ultimi anni si è registrato un lento ma progressivo aumento delle resistenze ai farmaci antitubercolari. La percentuale di TBC multiresistente (MDR) in Italia nel 2008 è lievemente aumentata rispetto al 2007, attestandosi al 3,7% del totale dei ceppi analizzati. Da alcuni decenni i cambiamenti climatici e i fenomeni legati alla globalizzazione hanno portato anche in Italia all'aumento del rischio di introduzione e di trasmissione autoctona di alcune malattie trasmesse da vettori come la malattia da West Nile, la Dengue e la Chikungunya e si è osservato un incremento del numero di casi importati di Dengue, che da 10 casi nel 2009 sono passati a 45 nel 2010. Lo

strumento valido per monitorare l'introduzione delle malattie emergenti e ri-emergenti è rappresentato dalla sorveglianza epidemiologica che consente, grazie alla sua flessibilità, di individuare e fronteggiare le emergenze sanitarie.

Per la prima volta è presentata in Italia, per gli anni 2003-2014, la serie storica completa dei dati di mortalità per causa, che consente una lettura approfondita della dinamica del fenomeno nel lungo periodo. **Un dato significativo è che tra le cause di morte in aumento, la prima è la setticemia (1,3% del totale dei decessi).** Nel 2014 i decessi si sono triplicati rispetto al 2003 soprattutto per effetto della maggiore presenza nella popolazione di anziani multicronici.

Con il Decreto Ministeriale 70/15 sono stati definiti gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, che dovranno fornire risposte effettive alle nuove esigenze del mutato quadro di riferimento sanitario, così come delineato dalle tre principali transizioni degli ultimi decenni: l'epidemiologia, la demografia ed il sociale. Merita una particolare attenzione il punto 10 dell'allegato 1 del DM70/15, dedicato alla continuità tra le reti dell'assistenza ospedaliera e quella del territorio. La riorganizzazione della rete ospedaliera potrà essere sufficiente esclusivamente in una logica di continuità assistenziale, potenziando le strutture territoriali ed organizzando le reti assistenziali specialistiche.

"Il modello organizzativo di Rete adottato deve garantire equità e tempestività di accesso alle cure affinché si conseguano i migliori risultati in termini di qualità ed umanizzazione delle cure erogate ai cittadini con conseguente maggiore soddisfacimento dei bisogni di salute. Deve essere basato sul quadro epidemiologico, sull'analisi dei bisogni e sui bacini di utenza. Deve comprendere la precisa descrizione dei nodi e delle componenti della Rete, i cui criteri di individuazione devono tener conto della tempistica dei trasporti, al fine della capillare copertura territoriale e delle risorse disponibili. Il modello organizzativo deve essere coerente con gli standard definiti dalla normativa nazionale vigente con particolare riferimento a quanto previsto dal DM 70/15 nel suo complesso e, nello specifico, dal punto 5 dello stesso decreto."

Il Libro Bianco delle Malattie Infettive, redatto dalla SIMIT (Società Italiana Malattie Infettive e Tropicali), approfondisce numerose tematiche: il problema delle nuove infezioni emergenti, quello dell'HIV e dell'epatite, la preoccupazione delle infezioni da germi multiresistenti. Inoltre il Libro affronta due argomenti di grande interesse: come gestire al meglio, in un'ottica di ottimizzazione delle risorse, i pazienti infetti nei reparti di malattie infettive, e la creazione di una vera e propria rete infettivologica nazionale in grado di confrontarsi con tali urgenti problematiche.

Il futuro della salute globale deve tener conto dell'emergenza di infezioni quali Ebola, SARS, Influenza Aviaria, Chikungunya e H1N1, senza dimenticare la pandemia dell'AIDS, né altre

patologie infettive diffuse nell'altro emisfero, quali l'Encefalite da morso di zecca, la West Nile Fever, la Dengue e il Monkeypox. I dati Istat evidenziano che in Italia più di 20mila decessi ogni anno sono causati da epatiti croniche, cirrosi ed epatocarcinoma. Ogni anno l'1-2% di soggetti con epatite cronica va incontro a cirrosi e il 4% dei cirrotici muore, nel 75% dei casi in seguito allo sviluppo di un epatocarcinoma. Urgenti anche gli interventi sulle infezioni correlate all'assistenza: in Italia sono stimati 5-7mila decessi annui, con un costo annuo di circa 100 milioni di euro, l'impatto delle infezioni nosocomiali è superiore a quello dell'insieme di altre malattie infettive.

Obiettivi principali di un modello di Rete Infettivologica ASUR sono:

- Ottimizzazione dell'uso delle risorse assistenziali (personale, posti letto e loro distribuzione, tecnologie diagnostiche e capacità terapeutiche);
- Valutazione dell'assistenza erogata in termini di appropriatezza, efficienza ed esito;
- Predisposizione ed implementazione di protocolli operativi;
- Stabilire un collegamento funzionale con le strutture appartenenti ai distretti sanitari di base, consultori familiari e servizi di igiene pubblica, servizi di medicina preventiva, SerT e Servizi Veterinari;
- Salvaguardare le funzioni dell'infettivologo, esclusive e non, in ospedale, sul territorio ed in compartecipazione con le altre reti di patologia (es: rete epatite da HCV), possibilmente inserendo la professionalità dell'infettivologo nelle AAVV che non hanno in organico tale figura professionale.
- Migliorare la qualità delle prescrizioni farmaceutiche per attenuare l'impatto dell'antibiotico resistenza e delle infezioni correlate all'assistenza

Il modello di rete è quello tipo Hub e Spoke bilanciato, che si basa sul concetto di "continuità assistenziale" dove il ruolo del paziente con patologie infettive/contagiose è centrale e la rete assiste il paziente all'interno di un percorso che prevede tutti i necessari setting assistenziali, l'ospedale, le strutture di continuità assistenziale, l'ADI, i MMG.

Organizzazione ASUR:

- Sede di Hub ASUR l'UOC di Fermo;
- Ulteriori sedi di erogazione di assistenza e ricovero infettivologico le UOSD di Ascoli e Macerata (con caratteristiche organizzative diverse) e la UO di Medicina di Jesi dove è presente un infettivologo e stanze a pressione negativa.

Prevista una forte integrazione con il territorio e con le realtà assistenziali e di prevenzione, in particolare se con presenza di infettivologi.

Caratteristiche, requisiti e funzioni delle sedi ASUR di erogazione di assistenza e ricovero infettivologico:

- Erogano prestazioni diagnostiche clinico-strumentali, anche in regime di urgenza (PD), attraverso la definizione dell'eziologia e della gravità della malattia (Fermo e Macerata);
- Favoriscono la crescita delle competenze specialistiche ed assicurano l'interdisciplinarietà: ruolo nel controllo delle infezioni correlate all'assistenza, gestione dell'antibiotic stewardship, epatologia,....(Fermo, Macerata, Ascoli e Jesi);

- Creano una sinergia d'azione con altre strutture di degenza ospedaliere (se non presenti UOC o UOSD di Malattie Infettive) e territoriali e con le realtà esistenti di continuità assistenziale, quali RSA, riabilitazione, ambulatori di patologia, ad es: HIV, STD, epatologia (Fermo, Macerata, Ascoli e Jesi);
- Creano una sinergia d'azione con gli specialisti di Malattie Infettive non collocati in UOC o UOSD di Malattie Infettive ma in altre strutture o nel territorio e che lavorano come consultant;
- Collaborano alla gestione dell'infettivologia correlata al disagio: carceri (Fermo), immigrati (Fermo, Macerata, Ascoli), etc;
- Si integrano con l'HUB regionale (AOUOORRAN) per la didattica e le attività di ricerca: formazione continua degli operatori (L.135/90) ed insegnamento.

Il Responsabile del Procedimento dichiara che dal presente atto non derivano costi a carico del Bilancio ASUR

□ Esito dell'istruttoria:

Alla luce di quanto sopra esposto, si propone al Direttore Generale l'adozione del seguente schema di determina:

1. di disporre l'attivazione della rete infettivologica ASUR, descritta in allegato 1, per le motivazioni tutte riportate in istruttoria, in via sperimentale per 12 mesi, fino a verifica del gruppo di lavoro;
2. di trasmettere la presente determina ai Direttori di AAVV, ai Direttori DMO, ai Direttori PS, ai Direttori/Dirigenti SPS, ai Direttori UO/UOSD malattie Infettive, ai Direttori UUOO Medicina, affinché trasmettano il documento a tutto il personale interessato ed attivino i percorsi previsti;
3. di dichiarare che dal presente atto non derivano costi a carico del bilancio ASUR;
4. di dare atto che la presente determina non è sottoposta a controllo ai sensi dell'art. 4 della Legge 412/91 e dell'art. 28 della L.R. 26/96 e s.m.i.;
5. di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale a norma dell'art. 17 della L.R. 26/96 e s.m.i..

6. di dichiarare il presente atto immediatamente esecutivo a norma dell'art.28, comma 6, della L.R. 26/96 e s.m..

Il Responsabile del Procedimento

(Dr.ssa Maria Rita Mazzocanti)



- ALLEGATI -

ALLEGATO 1

Rete integrata di servizi ASUR per l'assistenza alle persone adulte con malattie infettive/contagiose