



seduta del 10/12/2018
delibera 1695

pag. 1
-----------

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. 226 LEGISLATURA N. X

DE/PR/ARS 0 NC  
 Oggetto: Integrazioni alla DGR n. 1282/16: "Legge nazionale 662/96, art. 1 comma 34 e 34 bis - Recepimento Intesa del 30 luglio 2015 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (Rep. Atti n. 146/CSR) e approvazione del "Progetto della Regione Marche", nell'ambito degli Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale previsitati nel PSN 2006-2008, in tema di ottimizzazione dell'assistenza sanitaria nelle isole minori e nelle località caratterizzate da eccezionali difficoltà di accesso"

Prot. Segr. 1808

Lunedì 10 dicembre 2018, nella sede della Regione Marche, ad Ancona, in via Gentile da Fabriano, si è riunita la Giunta regionale, regolarmente convocata.

Sono presenti:

- LUCA CERISCIOLI Presidente
- ANNA CASINI Vicepresidente
- MANUELA BORA Assessore
- LORETTA BRAVI Assessore
- FABRIZIO CESETTI Assessore
- ANGELO SCIAPICHETTI Assessore

E' assente:

- MORENO PIERONI Assessore

Constatato il numero legale per la validità dell'adunanza, assume la Presidenza il Presidente della Giunta regionale, Luca Ceriscioli. Assiste alla seduta, in assenza del Segretario e del Vicesegretario della Giunta regionale, la sostituta, Nadia Giuliani.

Riferisce in qualità di relatore il Presidente Luca Ceriscioli. La deliberazione in oggetto è approvata all'unanimità dei presenti.

NOTE DELLA SEGRETERIA DELLA GIUNTA

Inviata per gli adempimenti di competenza

- alla struttura organizzativa: \_\_\_\_\_
- alla P.O. di spesa: \_\_\_\_\_
- al Presidente del Consiglio regionale
- alla redazione del Bollettino ufficiale

Il \_\_\_\_\_

L'INCARICATO

Proposta o richiesta di parere trasmessa al Presidente del Consiglio regionale il \_\_\_\_\_

prot. n. \_\_\_\_\_

L'INCARICATO



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**OGGETTO: Integrazioni alla DGR n. 1282/16: “Legge nazionale 662/96, art.1 comma 34 e 34bis – Recepimento Intesa del 30 luglio 2015 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (Rep. Atti n. 146/CSR) e approvazione del “Progetto della Regione Marche”, nell’ambito degli Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale previsti nel PSN 2006-2008, in tema di ottimizzazione dell’assistenza sanitaria nelle isole minori e nelle località caratterizzate da eccezionali difficoltà di accesso”**

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio riportato in calce alla presente deliberazione, predisposto dalla PF “HTA e tecnologie biomediche”, dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

TENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di deliberare in merito;

VISTO il parere favorevole di cui all’art. 16 bis della Legge Regionale 15 ottobre 2001, n. 20, sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica del Dirigente della P.F. “HTA e tecnologie biomediche” e l’attestazione dello stesso che dalla deliberazione non deriva né può derivare alcun impegno di spesa a carico della Regione;

VISTA la proposta del Direttore dell’Agenzia Regionale Sanitaria;

VISTO l’articolo 28 dello statuto della regione;

Con la votazione, resa in forma palese, riportata a pagina 1

DELIBERA

1. di integrare il Progetto “Rete Telematica per la Gestione delle Sindromi Coronariche Acute della Regione Marche”, allegato A della DGR n. 1282/16: “Legge nazionale 662/96, art.1 comma 34 e 34bis – Recepimento Intesa del 30 luglio 2015 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (Rep. Atti n. 146/CSR) e approvazione del “Progetto della Regione Marche”, nell’ambito degli Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale previsti nel PSN 2006-2008, in tema di ottimizzazione dell’assistenza sanitaria nelle isole minori e nelle località caratterizzate da eccezionali difficoltà di accesso”, così come riportato nell’allegato 1, parte integrante della presente deliberazione.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

(Deborah Giraldi)

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA

(Luca Ceriscioli)



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

## DOCUMENTO ISTRUTTORIO

## Normativa di riferimento

- **Intesa** tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante “Telemedicina – Linee di Indirizzo) (Rep. Atti 16/CSR del 20 febbraio 2014);
- **Intesa** ai sensi dell'art. 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003 n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016 (Rep. Atti 82/CSR del 10 luglio 2014);
- **Intesa**, ai sensi dell'art. 1, comma 34 e 34-bis, della legge 23 dicembre 1996 n. 662, sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione CIPE relativa all'assegnazione alle Regioni della quota accantonata sulle somme vincolate delle disponibilità per il Servizio sanitario nazionale per gli obiettivi prioritari e di rilievo nazionale previsti dal Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, per la realizzazione di progetti in tema di ottimizzazione dell'assistenza sanitaria nelle isole minori e nelle località caratterizzate da eccezionali difficoltà di accesso, a valere sul FSN 2011, 2012, 2013 (Rep. Atti n. 146/CSR del 30 luglio 2015);
- **DGR n. 1034 del 15/09/14** “*Recepimento Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della Legge 05.06.2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante “Telemedicina – Linee di Indirizzo;*”
- **DGR n. 954 del 08/08/2016** “*Programmazione 2014-2020 Strategia delle Aree Interne -Approvazione della proposta di strategia e delle schede di intervento ad essa collegate, presentate dall'area interna pilota “Basso Appennino Pesarese e Anconetano.*”
- **DGR n. 1282 del 24/10/2016:** “*Legge nazionale 662/96, art.1 comma 34 e 34bis – Recepimento Intesa del 30 luglio 2015 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (Rep. Atti n. 146/CSR) e approvazione del “Progetto della Regione Marche”, nell’ambito degli Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale previsti nel PSN 2006-2008, in tema di ottimizzazione dell’assistenza sanitaria nelle isole minori e nelle località caratterizzate da eccezionali difficoltà di accesso”.*”

## Motivazioni ed esito dell'istruttoria

La Regione Marche, con DGR n. 1282/16 ha provveduto a dar seguito a quanto stabilito dall'Accordo del 30 luglio 2015 tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano (Rep. Atti n. 146/CSR) approvando il progetto, di durata triennale, relativo alla rete telematica per la gestione delle sindromi coronariche acute della Regione Marche. Tale progetto, in coerenza con gli obiettivi della programmazione socio-sanitaria regionale, è inserito nell'ambito degli Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale previsti nel PSN 2006-2008, in tema di ottimizzazione dell'assistenza sanitaria nelle isole minori e nelle località caratterizzate da eccezionali difficoltà di accesso.

Nello specifico, è stato previsto un modello organizzativo e di processo per i percorsi delle Sindromi Coronariche Acute (SCA), nell'ambito della rete di emergenza/urgenza regionale imperniata sul Servizio di Emergenza Territoriale (SET) 118, finalizzato all'abbattimento del tempo intercorrente tra l'insorgenza dell'emergenza cardiologica e l'intervento delle cure più appropriate, a particolare vantaggio delle aree disagiate della Regione Marche.

Il modello si propone di implementare una infrastruttura regionale di teleconsulto cardiologico volta a:

- efficientare la diagnosi pre-ospedaliera precoce dell'Infarto Miocardico Acuto (SCA STEMI), tramite acquisizione, trasmissione e lettura specialistica del tracciato ECG;
- ottimizzare il percorso terapeutico del paziente con SCA STEMI, tramite un maggior coordinamento funzionale tra centri Hub (laboratori di emodinamica regionali), centri spoke (UTIC, PS) e SET 118 (Mezzi di Soccorso Avanzato e Infermieristico impegnati sul territorio);



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- ridurre i tempi di centralizzazione verso l'emodinamica (door-to-balloon-time) del paziente con SCA STEMI che viene soccorso in zone a maggior distanza e/o difficoltà logistica di accesso all'hub di riferimento (aree disagiate).

Al fine di ottemperare a quanto disposto dal citato Accordo Stato Regioni e predisporre in maniera più puntuale ed esplicativo un documento redatto secondo i modelli di miglioramento previsti nel Progetto Pilota Nazionale (allegato B dell'Accordo Stato Regioni), e secondo le indicazioni fornite dagli uffici del Ministero della Salute, con il presente atto si intende integrare il Progetto: "Rete Telematica per la Gestione delle Sindromi Coronariche Acute della Regione Marche", allegato A della DGR n. 1282/16, con quanto riportato nell'allegato 1, parte integrante della presente deliberazione.

Nello specifico, il Ministero, presa visione della scheda di progetto approvata con la richiamata deliberazione, aveva richiesto di fornire ulteriori specificazioni al Progetto deliberato relativamente a: modalità di erogazione del finanziamento, lo studio epidemiologico delle zone disagiate e della popolazione residente (analisi di contesto), l'indicazione sulla sostenibilità del progetto ed infine, i riferimenti del referente scientifico e amministrativo.

Questi elementi, oltre ad una più esplicitata analisi del Progetto richiamato, sono riportati nell'Allegato 1 della presente deliberazione che integra l'allegato A della DGR n. 1282/16.

Inoltre, per quanto concerne le modalità di erogazione delle risorse economiche, stabilite sulla base dei criteri per la ripartizione delle somme destinate alle Regioni (nota n. 8475 del 29 settembre 2015 del Ministero della Salute), si specifica ulteriormente quanto già disposto nel documento istruttorio della DGR n. 1282/16 e segnatamente:

- primo acconto pari a 88.882 euro, da erogare all'atto della deliberazione CIPE di approvazione,
- secondo acconto pari a 53.330 euro, da erogare in seguito a positiva valutazione del progetto da parte del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA di cui all'art. 9 dell'Intesa SR del 23 marzo 2005;
- saldo pari a 99.742 euro, da erogare a seguito di valutazione positiva dei risultati ottenuti, da trasmettere al Ministero della Salute entro 3 anni dalla data di approvazione della suddetta delibera CIPE, e della dimostrata sostenibilità a regime degli interventi previsti nel progetto.

Per tutto quanto sopra si propone alla Giunta l'adozione della presente deliberazione.

*Il sottoscritto, in relazione al presente provvedimento, dichiara, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del DPR 62/2013 e della DGR 64/2014.*

**Il Responsabile del Procedimento**

Giancarlo Conti

Y

EM



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**PARERE DEL DIRIGENTE DELLA P.F. "HTA E TECNOLOGIE BIOMEDICHE"**

Il sottoscritto, considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica della presente deliberazione e dichiara, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'articolo 6 bis della legge 241/1990 e degli articoli 6 e 7 del D.P.R. 62/2013 e della Deliberazione della Giunta regionale n. 64/2014.

Attesta, infine, che dalla presente deliberazione non deriva né può derivare impegno di spesa a carico della Regione

**Il Dirigente**  
Giancarlo Conti.

**PROPOSTA E DEL DIRETTORE DELL'AGENZIA REGIONALE SANITARIA**

Il sottoscritto, in relazione al presente provvedimento, dichiara, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'articolo 6 bis della legge 241/1990 e degli articoli 6 e 7 del D.P.R. 62/2013 e della Deliberazione della Giunta regionale n. 64/2014 e propone alla Giunta regionale l'adozione della presente deliberazione.

**Il Direttore**  
Rodolfo Pasquini

La presente deliberazione si compone di n° 75 pagine, di cui n° 10 pagine dell'allegato che costituisce parte integrante e sostanziale della stessa.

**Il Segretario della Giunta**  
Deborah Giraldi



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Allegato 1

**“Rete Telematica per la Gestione delle Sindromi Coronariche Acute della Regione Marche.  
Integrazioni”**

**SINTESI DEI CONTENUTI**

L'aumento dell'età media e il conseguente incremento delle patologie croniche rende sempre più necessaria l'implementazione di azioni per garantire l'assistenza sanitaria in situazioni in cui, anche a seguito della riduzione della frammentazione ospedaliera, professionisti ed utenti non si trovino nello stesso luogo.

A tal fine diventa strategico l'utilizzo delle tecnologie per il rafforzamento della continuità assistenziale e di nuove modalità erogative delle prestazioni a distanza. La telemedicina si caratterizza quindi lo strumento elettivo per il raggiungimento degli obiettivi di salute nelle aree disagiate. Il progetto infatti è rivolto ai cittadini residenti nei Comuni montani dell'entroterra marchigiana, caratterizzati da difficoltà di accesso e viabilità non adeguata, con l'obiettivo di ottimizzare l'assistenza sanitaria di tali popolazioni.

Nello specifico, il progetto prevede la creazione di una piattaforma informatica comune e l'implementazione di risorse tecnologiche per l'erogazione dei servizi di telemedicina.

Il progetto intende, in particolare, avviare un modello organizzativo e di processo, nell'ambito della rete di Emergenza/Urgenza regionale per i percorsi delle Sindromi Coronariche Acute (SCA), finalizzato all'abbattimento del tempo intercorrente tra l'insorgenza dell'emergenza cardiologica e l'intervento delle cure più appropriate (door-to-balloon-time).

L'intervento ha un impatto su scala regionale, interessando tutto il Sistema Emergenza Territoriale 118, ma comporta, chiaramente, maggior vantaggio funzionale per le aree disagiate della Regione Marche.

La Rete Telematica per la Gestione delle Sindromi Coronariche Acute ha l'obiettivo di:

- ridurre al minimo i tempi per il trasferimento dei pazienti ai centri *hub* di II livello (per angioplastica primaria);
- ottimizzare la rete per i ricoveri nei centri *spoke* di I livello (UTIC e degenze cardiologiche);
- ridurre il numero dei decessi in PS;
- evitare costi impropri per diagnosi/terapie inappropriate.

**ANALISI DEL CONTESTO**

**Motivazioni e criticità da superare**

Il progetto nasce dal bisogno di superare le disparità nella opportunità di accesso alle procedure salvavita di riperfusione coronarica a svantaggio, prioritariamente, della popolazione residente in zone caratterizzate da difficoltà di accesso.

**Analisi epidemiologica**

Dall'analisi delle caratteristiche geografiche e viarie del territorio regionale, emerge che sono indicate, come aree di interesse del progetto, le zone territoriali caratterizzate da tempi di accesso alla rete ospedaliera superiori ai sessanta minuti, scarsamente compatibili con l'erogazione di prestazioni di emergenza-urgenza in grado di garantire una risposta efficace ai bisogni della popolazione residente. Tali aree, situate prevalentemente in zona montana e pre-montana, con specifiche difficoltà di accesso, alcune di esse ulteriormente svantaggiate dagli eventi sismici del 2016.

Le caratteristiche demografiche relative alla popolazione marchigiana, al 1/1/2017, sono riportate di seguito:

- Totale: 1.538.055
- Maschi: 745.486 (48,50%)
- Femmine: 792.569 (51,50%)



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

di cui:

- > 65 anni: 373.853 (24,31% del totale rispetto al 22,33% nazionale)
- > 75 anni: 203.249 (13,11% del totale rispetto a 11,44% nazionale).

La nostra Regione è caratterizzata da un progressivo e costante invecchiamento della popolazione che in proiezione nel 2047 sarà così composta:

- Totale: 1.430.370
- Maschi: 695.237 (48,61%)
- Femmine: 735.133 (51,39%)

di cui

- > 65 anni: 514.080 (35,94% del totale rispetto al 24,31% del 2017)
- > 75 anni: 302.909 (21,18% del totale rispetto a 13,21% del 2017).

L'aspettativa di vita alla nascita (numero medio di anni che una persona può aspettarsi di vivere), nelle Marche è aumentata negli ultimi 15 anni di circa 2 anni per le femmine e di circa 3 per gli maschi, arrivando nel 2017 a 85,8 anni per le femmine e 81,1 per i maschi. Tutto ciò comporta un incremento delle patologie età-correlate, tra cui quelle cardiovascolari. Le principali cause di morte sono rappresentate dalle malattie del sistema circolatorio (38,1%) e dai tumori (24,5%), mentre le cause di decesso per malattie ischemiche del cuore è pari a 12,9%, dati in linea con quelli nazionali.

Per ciò che attiene le aree con particolari difficoltà di accesso, si precisa che la popolazione complessiva dei territori delle aree disagiate è di 368.156 abitanti (rilevazione ISTAT al 1° Gennaio 2017). La popolazione di 65 anni ed oltre è pari al 26,0% del totale, mentre gli abitanti con età  $\geq 75$  anni costituiscono il 14,5% della popolazione. La presenza di popolazione anziana risulta maggiore rispetto al livello regionale, con percentuali rispettivamente del 24,3% per gli abitanti con età  $\geq 65$  anni e del 13,1% per quelli con età  $\geq 75$  anni.

Dall'analisi delle schede di dimissione ospedaliera, il tasso di ospedalizzazione (ricoveri ordinari e diurni) grezzo per acuti, nell'anno 2017, è pari a 137 ricoveri per 1000 abitanti e risulta superiore al tasso complessivo regionale di 121 ricoveri per 1000 abitanti. I ricoveri complessivi dei residenti provenienti dalle aree disagiate sono stati pari a 60.689 nel 2015, 58.981 nel 2016 e 55.018 nel 2017. Tra questi, i dimessi per malattie e disturbi del sistema cardiocircolatorio risultano essere, in tutto il triennio, circa il 13% del totale. Tale categoria diagnostica risulta essere tra le più importanti cause di ospedalizzazione dell'intera area, preceduta solamente dalle malattie e disturbi dell'apparato osteo-muscolare e del tessuto connettivo (15% di ricoveri rispetto al totale).

Al fine di descrivere i principali aspetti epidemiologici delle zone interessate dal progetto, e precisare meglio i bisogni sanitari in ambito di emergenza-urgenza cardiologica, è stata condotta un'analisi dei dati registrati dal flusso EMUR-118 e presi in considerazione il totale degli accessi in urgenza dei soggetti residenti in zona disagiata.

Anteriormente all'emanazione della DGR 139/2016, in tali aree disagiate insistevano 13 piccoli ospedali che la suddetta delibera ha riconvertito in Ospedali di Comunità, perdendo pertanto le funzioni di strutture ospedaliere di ricovero per acuti e post-acuti.

I dati registrati evidenziano una afferenza pari a 17.326 soggetti nel 2015 e pari a 14.625 nel 2016 (ridotto per via dell'inagibilità post-sismica di molte strutture che insistono in zona montana e pre-montana e dislocazione della popolazione in aree costiere).

Per ciò che attiene l'emergenza territoriale, sono state analizzate le missioni effettuate dai mezzi di soccorso della regione marche nei comuni delle aree con specifico disagio e codice di invio Gravità presunta Rosso o Giallo, per la casistica riconducibile a problematiche rientranti in diagnosi differenziale con quelle in ambito più strettamente cardiologico: C02, C03 o a problematiche non correttamente identificate: C19, C20.



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Classe di Patologia Presunta	Missioni 2015	Missioni 2016	Missioni 2017
Totale pazienti C02-C03-C19-C20	12.479	12.666	16.846

Successivamente, si è proceduto a verificare quante missioni di soccorso sono state effettivamente concluse con codice di gravità Giallo/Rosso e patologia cardiaca.

Classe di Patologia Ricontrata	Missioni 2015	Missioni 2016	Missioni 2017
Totale pazienti con Patologia Cardiaca	1.211	1.741	2.874

**OBIETTIVI QUALITATIVI DA CONSEGUIRE**

Gli obiettivi che sottendono al presente intervento progettuale si sostanziano nel supporto alla gestione della rete SCA STEMI, ossia:

- garantire l'operatività su tutto il territorio regionale della tele ECGrafia, con particolare riguardo alle PoTES e ai PPI/PAT afferenti alle aree a maggior difficoltà di accesso agli hub di riferimento;
- garantire l'operatività in tutto il territorio regionale di procedure nel sistema dell'emergenza territoriale che consentano la centralizzazione al centro Hub del paziente con SCA STEMI;
- garantire in tutti gli stabilimenti ospedalieri con sede di emodinamica l'attivazione immediata per la gestione/centralizzazione dei casi;
- definire protocolli di trasferimento di ritorno dei pazienti dai centri Hub a quelli Spoke;
- attivazione del registro regionale delle SCA STEMI.

Il modello organizzativo che va così definendosi, prevede, conformemente a quanto delineato dal DM 70/15, il potenziamento e lo sviluppo di un servizio di emergenza territoriale tecnologicamente avanzato, in grado di affrontare le emergenze e di condividere le procedure con l'attività del distretto e con la rete ospedaliera, garantendo la reale continuità dell'assistenza nell'interesse della popolazione, anche attraverso la gestione tempestiva dei trasferimenti secondari urgenti in carico al 118 e la trasmissione di immagini e dati.

Tali obiettivi possono essere perseguiti esclusivamente tramite l'implementazione, su scala regionale, di una rete strutturata per il teleconsulto cardiologico in emergenza-urgenza, prevedendo da un lato l'ammodernamento dell'intero parco defibrillatori presenti a bordo dei MSA e MSI e dall'altro l'installazione e configurazione di una rete informatica deputata alla trasmissione, ricezione, lettura, gestione e archiviazione dei tracciati ECG e di tutti i dati acquisiti dai dispositivi sul territorio.

Come specificato al paragrafo 8.2.1 del DM 70/15, 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 ospedali a diversa complessità assistenziale, con interconnessione assicurata da un adeguato sistema di trasporto".

**OBIETTIVI QUANTITATIVI DA CONSEGUIRE**

Gli obiettivi di impatto prettamente clinico potranno essere misurati tramite alcuni indicatori di efficacia quali:

- *numero di accessi diretti*: valutando l'effettivo aumento nel numero di accessi diretti in emodinamica di pazienti con STEMI provenienti dal territorio (rete 118) o dai PPI/PAT e la contemporanea eventuale riduzione degli accessi in Pronto Soccorso di pazienti con STEMI non riconosciuta provenienti dal territorio (rete 118) o dai PPI/PAT;
- *tempi di intervento e trattamento*: analizzando il cosiddetto "door-to-balloon-time", al fine di riconoscere l'effettivo abbattimento nei tempi di trattamento grazie al tempestivo e appropriato riconoscimento dell'evento acuto in un maggior numero di casi;





## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- *numero false/true positive*: confrontando il numero di tracciati trasmessi dal territorio, in quanto ritenuti sospetti dai medici dei MSA, ma poi verificatisi negativi rispetto a quelli effettivamente confermati positivi dallo specialista cardiologo; tale valutazione può evidenziare l'eventuale necessità di periodici e mirati re-training e approfondimenti formativi, per il personale medico del 118, sulle metodologie di lettura e interpretazione dei tracciati, al fine di efficientare il sistema massimizzando il numero dei casi di immediata ed efficace diagnosi sul territorio.

A questi si affiancano, poi, indicatori volti alla verifica del livello di implementazione e di *compliance* del sistema di teleconsulto implementato, anche questi richiamati all'Allegato 1 della DGRM 1282/2016:

- *numero ECG trasmessi*: monitorando l'effettiva trasmissione, e il relativo tasso di crescita, dei tracciati inviati dai MSA/MSI, nonché dai PPI/PAT;
- *numero invii falliti/tempi di trasmissione*: valutando la percentuale di casi di trasmissione fallita per mancanza di copertura di rete e i tempi di effettivo invio.

## ARTICOLAZIONE DEL PROGETTO - PIANO OPERATIVO

## ✓ Individuazione dei punti di trasmissione dei tracciati ECG

I principali punti trasmettenti della costituenda rete di teleconsulto ECG in emergenza-urgenza sono necessariamente, come già specificato, le PoTES del SET 118, caratterizzate sia dalle postazioni afferenti direttamente ad ASUR che da quelle in concessione alle Organizzazioni di Volontariato (OdV), di cui alla DGR 139/2016:

AAVV ASUR	PoTES	Ubicazione	Tipologia MS	Operatività	
AV1	Marotta	c/o CRI Marotta	Jolly	H24	
AV1	Pesaro	AO "Marche Nord"	MSA	H24	
AV1	Pesaro	AO "Marche Nord"	MSI	H12	D
AV1	Montecchio	Distretto Sanitario	MSA	H12	D
AV1	Mercatino Conca	Sede CA Comune	MSI	H24	
AV1	Urbino	POU AV1 - Stabilimento Urbino	MSA	H24	
AV1	Urbania	Territorio AV1	MSA	H24	
AV1	Sassocorvaro	OdC	MSA	H24	
AV1	Fano	AO "Marche Nord" - Fano	MSA	H24	
AV1	Fano	AO "Marche Nord" - Fano	MSI	H12	D
AV1	Calcinelli	Distretto Sanitario	MSI	H24	
AV1	Fossombrone	OdC	MSA	H24	
AV1	Cagli	OdC	MSA	H24	
AV1	Pergola	POU AV1 - Stabilimento Pergola	MSA	H24	
AV2	CO 118 - Ancona	Territorio AV2	Jolly	H12	N
AV2	Ancona Centro	Distretto Sanitario (c/o ex Crass)	MSA	H24	
AV2	Ancona Torrette	AOU "Ospedali Riuniti"	MSA	H24	
AV2	Chiaravalle	OdC	MSI	H12	D
AV2	Chiaravalle	OdC	MSA	H12	N
AV2	Falconara M.ma	c/o Croce Gialla	MSA	H12	D
AV2	Osimo	INRCA - PO Osimo	MSA/MSI	H24	MSA-D / MSI-N
AV2	Loreto	OdC	MSI/MSA	H24	MSA-N / MSI-D
AV2	Senigallia	POU AV2 - Stabilimento Senigallia	MSA	H24	
AV2	Senigallia	POU AV2 - Stabilimento Senigallia	MSI	H24	
AV2	Jesi	POU AV2 - Stabilimento Jesi	MSA	H24	
AV2	Filottrano	Distretto Sanitario	MSI	H12	D
AV2	Cingoli	OdC	MSA	H24	



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

AV2	Fabriano	POU AV2 - Stabilimento Fabriano	MSA	H24	
AV2	Fabriano	POU AV2 - Stabilimento Fabriano	MSI	H12	D
AV2	Arcevia	OdC	MSA	H24	
AV2	Sassoferrato	OdC	MSA	H24	
AV3	CO 118 - Macerata	POU AV3 - Stabilimento Macerata	Jolly	H24	
AV3	Macerata	POU AV3 - Stabilimento Macerata	MSA	H24	
AV3	Macerata	POU AV3 - Stabilimento Macerata	MSI	H24	
AV3	Tolentino	OdC	MSA	H24	
AV3	Civitanova Marche	POU AV3 - Stabilimento Civitanova	MSA	H24	
AV3	Recanati	OdC	MSA	H24	
AV3	Camerino	POU AV3 - Stabilimento Camerino	MSA	H24	
AV3	Matelica	OdC	MSA	H24	
AV3	San Severino	POU AV3 - Stabilimento San Severino	MSA	H12	D
AV3	San Severino	POU AV3 - Stabilimento San Severino	MSI	H12	N
AV3	Passo S. Angelo	Territorio AV3	MSI	H24	
AV4-5	CO 118	POU AV4 - Stabilimento Fermo	Jolly	H12	N
AV4-5	Fermo	POU AV4 - Stabilimento Fermo	MSA	H12	D
AV4-5	Porto S. Giorgio	Distretto Sanitario	MSA	H12	N
AV4-5	Montegiorgio	OdC	MSA	H24	
AV4-5	Amandola	POU AV4 - Stabilimento Amandola	MSA	H24	
AV4-5	CO 118 - Ascoli Piceno	POU AV5 - Stabilimento Ascoli Piceno	Jolly	H12	D
AV4-5	Ascoli Piceno	POU AV5 - Stabilimento Ascoli Piceno	MSA	H24	
AV4-5	Ascoli Piceno	POU AV5 - Stabilimento Ascoli Piceno	MSI	H12	N
AV4-5	Offida	Distretto Sanitario	MSA	H24	
AV4-5	San Benedetto	POU AV5 - Stabilimento S. Benedetto	MSA	H24	
AV4-5	San Benedetto	POU AV5 - Stabilimento S. Benedetto	MSI	H24	
AV4-5	S. Elpidio a mare	Territorio AV4	MSA	H12	D
AV4-5	Petricoli	c/o Croce Arcobaleno	MSI	H24	

Nell'implementazione della rete per il teleconsulto ECG nel percorso STEMI, non va trascurata la casistica di accessi autonomi dei pazienti con presunto dolore toracico presso le strutture ospedaliere e territoriali. La casistica clinica insegna, infatti, come più del 50% dei ricoveri per dolore toracico avvengano proprio tramite accesso diretto alle strutture ricettive (Pronto Soccorso, PPI, PAT) piuttosto che attraverso il 118; questo perché molti pazienti sintomatologici tendono a recarsi autonomamente presso il presidio più vicino anziché allertare la rete dell'emergenza-urgenza. Nei casi di accesso ai Pronto Soccorso dei DEA di I° e II° livello, si attiva un percorso di consulenza specialistica interna che garantisce al paziente l'accesso tempestivo al più appropriato iter di cura in relazione al quadro clinico del caso. Più critica, invece, è la casistica degli utenti con sintomatologia in atto che accedono ai PPI o ai PAT territoriali, ove non sussistono UUOO di Cardiologia che possano fungere da filtro diagnostico specialistico; in queste situazioni può essere determinante il ricorso al teleconsulto ECG da remoto, parimenti a quanto previsto per gli interventi delle PoTES sul territorio.

Pertanto, nell'intervento progettuale vengono ricompresi tra i punti trasmettenti, oltre alle PoTES del SET 118, anche i seguenti centri ASUR:

Struttura	Servizio
POU AV1 - Stabilimento Pergola	PPI
AV1 - OdC Sassocorvaro	ACAP
AV1 - OdC Cagli	ACAP
AV1 - OdC Fossombrone	ACAP
AV2 - OdC Cingoli	PPI
AV2 - OdC Sassoferrato	PAT
AV2 - OdC Chiaravalle	PAT



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

AV2 - OdC Loreto	PAT
POU AV3 - Stabilimento San Severino	PPI
AV3 - OdC Recanati	PPI
AV3 - OdC Tolentino	PPI
AV3 - OdC Treia	PAT
AV3 - OdC Matelica	PAT
POU AV4 - Stabilimento Amandola	PPI
AV4 - OdC Montegiorgio	PAT
AV4 - OdC Sant'Elpidio a Mare	PAT

Tra tutti i sopra-citati punti trasmettenti, se ne identificano alcuni caratterizzati per la maggior difficoltà di accesso ai centri hub (in termini di tempi di percorrenza e di facilitazioni logistico-infrastrutturali e viarie):

Struttura	Servizio
<b>PUNTI TRASMITTENTI SET 118</b>	
MSA Urbania	SET 118
MSA Cagli	
MSA Arcevia	
MSA Sassoferrato	
MSA Cingoli	
MSA Matelica	
MSA Camerino	
MSI Passo S. Angelo	
MSA Amandola	
<b>PUNTI TRASMITTENTI TERRITORIALI</b>	
AV1 - OdC Sassocorvaro	ACAP
AV1 - OdC Cagli	ACAP
AV2 - OdC Cingoli	PPI
AV2 - OdC Sassoferrato	PAT
AV3 - OdC Matelica	PAT
POU AV4 - Stabilimento Amandola	PPI





## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Pertanto, nell'ambito degli interventi volti all'ottimizzazione dell'assistenza sanitaria nelle località caratterizzate da maggiori difficoltà di accesso, saranno direttamente coinvolti nel presente progetto i comuni di Urbania, Cagli, Sassocorvaro, Arcevia, Sassoferrato, Cingoli, Matelica, Camerino, Passo S. Angelo, Amandola.

#### ✓ Individuazione dei punti di lettura dei tracciati ECG

Il primo step riguarda inevitabilmente l'individuazione dell'operatore cui spetta l'onere di leggere il tracciato ECG trasmesso dal territorio e fornirne una consulenza in tempo reale. La scelta non può che ricadere sullo specialista cardiologo che, per competenze e specificità professionali, è chiaramente il soggetto più indicato nell'apportare un efficace contributo decisionale al medico del 118.

In seconda istanza, vanno identificati i centri di lettura dei tracciati trasmessi dal territorio, che devono necessariamente essere dotati di specialisti cardiologi in guardia attiva h24, per consentire di dare riscontri e risposte in qualsiasi momento alle richieste di consulenza provenienti dai medici delle PoTES operativi sul territorio. La scelta non può che ricadere sulle UTIC dotate, nella medesima struttura, di un servizio di emodinamica, al fine di poter coordinare in modo più diretto e tempestivo la presa in carico e il trattamento dei pazienti con STEMI, agevolando l'immediata allerta del personale e la predisposizione di tutte le attività propedeutiche alla procedura interventistica da attuarsi in emodinamica. Agli Hub primari si affiancano, comunque, diversi centri Spoke, caratterizzati dai Pronto Soccorso e dalle relative UTIC (prive di cath lab) dei DEA di I° livello afferenti ad ASUR e INRCA, ove poter dirottare i pazienti, provenienti dal territorio, che presentino un quadro clinico tale da non richiedere l'immediato trattamento interventistico emodinamico ma per cui sussista, in ogni caso, la necessità di un approfondimento diagnostico e di un periodo di osservazione o di un trattamento terapeutico specifico. Ne consegue che anche i centri Spoke debbano essere in grado di poter ricevere e leggere i tracciati per un primo approccio diagnostico al caso clinico in arrivo dal territorio.

Il sistema ospedaliero di emergenza afferente alla rete di teleconsulto ECG per il percorso del paziente STEMI va, pertanto, a essere strutturato come di seguito:

Ente	Struttura	UU.OO.
<b>PUNTI RICEVENTI PRIMARI (HUB)</b>		
AO "Marche Nord"	PO Pesaro	UTIC/emodinamica
AOU "Ospedali Riuniti"	PO "Umberto I-Lancisi"	UTIC/emodinamica
ASUR	POU AV3 - Stabilimento Macerata	UTIC/emodinamica
ASUR	POU AV5 - Stabilimento Ascoli Piceno	UTIC/emodinamica
<b>PUNTI RICEVENTI SECONDARI (SPOKE)</b>		
ASUR	POU AV1 - Stabilimento Urbino	UTIC/pronto soccorso
AO "Marche Nord"	PO Fano	UTIC/pronto soccorso
ASUR	POU AV2 - Stabilimento Senigallia	UTIC/pronto soccorso
ASUR	POU AV2 - Stabilimento Jesi	UTIC/pronto soccorso
ASUR	POU AV2 - Stabilimento Fabriano	UTIC/pronto soccorso
AOU "Ospedali Riuniti"	PO "Salesi"	UTIC/pronto soccorso pediatrici
IRCSS INRCA	PO Ancona	UTIC/PPI
IRCSS INRCA	PO Osimo	Pronto soccorso
ASUR	POU AV3 - Stabilimento Civitanova	UTIC/pronto soccorso
ASUR	POU AV3 - Stabilimento Camerino	UTIC/pronto soccorso
ASUR	POU AV4 - Stabilimento Fermo	UTIC/pronto soccorso
ASUR	POU AV5 - Stabilimento S. Benedetto del T.	UTIC/pronto soccorso



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

✓ **Individuazione del fabbisogno tecnologico**

Una volta identificati i nodi funzionali della rete di teleconsuto ECG in emergenza-urgenza è importante garantire la strutturazione del relativo asset tecnologico.

Il progetto prevede, dunque, l'espletamento di una procedura di gara per la fornitura di beni e servizi, comprendente l'approvvigionamento di:

- monitor-defibrillatori, abilitati alla trasmissione del tracciato ECG;
- infrastruttura hardware/software per la trasmissione, ricezione, visualizzazione, elaborazione e archiviazione dei dati acquisiti dai monitor-defibrillatori.

Nello specifico, per i monitor-defibrillatori si prevede la fornitura di:

Num. dispositivi	di cui afferenti ad aree disagiate	Sede di destinazione
35	8	MSA
13	1	MSI
4	-	Jolly
10	4	PAT/ACAP
6	2	PPI

di cui, nello specifico delle aree a maggior difficoltà di accesso, si prevede l'acquisizione di un monitor-defibrillatore, da integrare nella rete regionale di teleconsulto ECG, rispettivamente per i Comuni di:

- Urbania, Cagli, Arcevia, Sassoferrato, Cingoli, Matelica, Camerino, Amandola (postazioni MSA);
- Passo S. Angelo (postazione MSI);
- Sassocorvaro, Cagli (ACAP);
- Cingoli, Amandola (PPI);
- Sassoferrato, Matelica (PAT);

acquisizioni che trovano copertura finanziaria, per la quasi totalità, nell'ambito dei fondi destinati con DGRM 1282/16 e, per la restante quota parte, nell'ambito dei fondi destinati con DGRM 1250/17: considerando il costo per singolo dispositivo pari a un importo stimato, in fase progettuale, per € 16.000,00 + IVA (€ 19.520,00 IVA inclusa), l'impatto complessivo per le aree disagiate si attesta sui seguenti valori economici:

Comune	Postazione	Num. dispositivi previsti	Importo (IVA inclusa)	Finanziamento ex DGRM 1282/16	Finanziamento ex DGRM 1250/17
Urbania	MSA	1	€ 19.520,00	€ 19.520,00	-
Cagli	MSA ACAP	2	€ 39.040,00	€ 39.040,00	-
Sassocorvaro	ACAP	1	€ 19.520,00	€ 19.520,00	-
Arcevia	MSA	1	€ 19.520,00	€ 19.520,00	-
Sassoferrato	MSA PAT	2	€ 39.040,00	€ 39.040,00	-
Cingoli	MSA PPI	2	€ 39.040,00	€ 39.040,00	-
Matelica	MSA PAT	2	€ 39.040,00	€ 39.040,00	-
Camerino	MSA	1	€ 19.520,00	€ 19.520,00	-
Passo S. Angelo	MSI	1	€ 19.520,00	€ 7.715,00	€ 11.805,00
Amandola	MSA PPI	2	€ 39.040,00	-	€ 39.040,00
<b>TOTALE</b>			<b>€ 292.800,00</b>	<b>€ 241.955,00</b>	<b>€ 50.845,00</b>



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Per l'infrastruttura informatica si prevedono varie ipotesi realizzative, configurabili come sistemi informativi in housing o in cloud, comprendenti in ogni caso i seguenti punti di lettura dei tracciati ECG:

- centri di lettura primaria (hub):

Sede hub	Struttura	UU.OO.
AO "Marche Nord"	PO Pesaro	UTIC/emodinamica
AOU "Ospedali Riuniti"	PO "Umberto I-Lancisi"	UTIC/emodinamica
ASUR	POU AV3 - Stabilimento Macerata	UTIC/emodinamica
ASUR	POU AV5 - Stabilimento Ascoli Piceno	UTIC/emodinamica

- centri di lettura secondaria (spoke):

Sede spoke	Struttura	UU.OO.
ASUR	POU AV1 - Stabilimento Urbino	UTIC/pronto soccorso
AO "Marche Nord"	PO Fano	UTIC/pronto soccorso
ASUR	POU AV2 - Stabilimento Senigallia	UTIC/pronto soccorso
ASUR	POU AV2 - Stabilimento Jesi	UTIC/pronto soccorso
ASUR	POU AV2 - Stabilimento Fabriano	UTIC/pronto soccorso
AOU "Ospedali Riuniti"	PO "Salesi"	UTIC/pronto soccorso pediatrici
IRCSS INRCA	PO Ancona	UTIC/PPI
IRCSS INRCA	PO Osimo	Pronto soccorso
ASUR	POU AV3 - Stabilimento Civitanova	UTIC/pronto soccorso
ASUR	POU AV3 - Stabilimento Camerino	UTIC/pronto soccorso
ASUR	POU AV4 - Stabilimento Fermo	UTIC/pronto soccorso
ASUR	POU AV5 - Stabilimento S. Benedetto del T.	UTIC/pronto soccorso

#### ✓ Individuazione del fabbisogno formativo

L'intervento progettuale vede il coinvolgimento di una pluralità di figure professionali:

- personale medico afferente alle UTIC/emodinamica (Hub);
- personale medico afferente alle PoTES;
- personale infermieristico afferente alle PoTES (sia MSA che MSI);
- personale medico e infermieristico afferente ai PPI e PAT ASUR;
- personale medico afferente alle UTIC/pronto soccorso dei DEA di I° livello (Spoke);
- personale afferente alle CCOO 118.

Fondamentale sarà, dunque, l'espletamento di un massivo programma di training così stratificato:

Tipologia intervento formativo	Skills da perseguire	Destinatari
Formazione avanzata utilizzo applicativo software	Consultazione ECG, gestione dati acquisiti, consultazione reports, elaborazioni statistiche dei dati	- personale medico UTIC/emodinamica; - personale medico UTIC/PS DEA I° livello
Formazione base utilizzo applicativo software	Consultazione reports, elaborazioni statistiche dei dati	- personale CCOO 118
Formazione avanzata utilizzo defibrillatori	Gestione dei dispositivi in tutte le loro funzioni e modalità diagnostiche e terapeutiche	- personale medico PoTES; - personale infermieristico PoTES; - personale medico e infermieristico PPI e PAT
Formazione base utilizzo defibrillatori	Panoramica generale su gestione, funzionalità, moduli e accessori dei dispositivi	- autisti PoTES

#### RISORSE FINANZIARIE

Le modalità di erogazione delle risorse economiche, stabilite sulla base dei criteri per la ripartizione delle somme destinate alle Regioni (nota n. 8475 del 29 settembre 2015 del Ministero della Salute), vengono di



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

seguito riportate:

- primo acconto pari a 88.882 euro, da erogare all'atto della deliberazione CIPE di approvazione,
- secondo acconto pari a 53.330 euro, da erogare in seguito a positiva valutazione del progetto da parte del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA di cui all'art. 9 dell'Intesa SR del 23 marzo 2005;
- saldo pari a 99.742 euro, da erogare a seguito di valutazione positiva dei risultati ottenuti, da trasmettere al Ministero della Salute entro 3 anni dalla data di approvazione della suddetta delibera CIPE, e della dimostrata sostenibilità a regime degli interventi previsti nel progetto.

**SOSTENIBILITA' DEGLI INTERVENTI**

L'intervento progettuale presenta un impatto su scala regionale e trova piena copertura tramite un doppio fondo di finanziamento:

Rif. atto di approvazione regionale	Denominazione progetto	Importo
DGRM 1250/2017	Realizzazione della rete regionale di gestione dell'emergenza cardiologica territoriale	€ 1.708.245,00
DGRM 1282/2016	Rete Telematica per la Gestione delle Sindrome Coronariche Acute della Regione Marche	€ 241.955,00

**REFERENTE SCIENTIFICO ED AMMINISTRATIVO:**

- **Ing. Giancarlo Conti**  
Riferimenti telefonici:071-8064093  
Indirizzo mail: giancarlo.conti@regione.marche.it

Y