

REPUBBLICA ITALIANA

# BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE MARCHE



## SOMMARIO

### ATTI REGIONALI

#### DELIBERAZIONI DELLA GIUNTA REGIONALE

##### **Seduta del 22 aprile 2024**

*N. 624..... pag. 8290*

##### **Seduta del 29 aprile 2024**

*N. 625..... pag. 8290*

*Dal n. 629 al n. 639..... pag. 8290*

*Dal n. 654 al n. 658..... pag. 8419*

*Dal n. 660 al n. 662..... pag. 8419*

## ATTI DELLA REGIONE

DELIBERAZIONI DELLA  
GIUNTA REGIONALE**Deliberazione della Giunta regionale del 22 aprile 2024, n. 624**

Articolo 42 Statuto di "UNI.CO. – Società Cooperativa". Nomina di un componente con funzione di Presidente del Collegio sindacale.

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERA

- Di nominare, quale componente in funzione di Presidente del Collegio sindacale di "UNI.CO. – Società cooperativa", il Dott. Marco Di Muzio il quale per le particolari doti professionali e personali è stato ritenuto idoneo e di fiducia per ricoprire l'incarico;
- L'incarico dura tre esercizi e scade alla data dell'assemblea convocata per l'approvazione del bilancio relativo all'ultimo esercizio della carica.

**Deliberazione della Giunta regionale del 29 aprile 2024, n. 625**

L.R. 7 del 20/05/2021 - art. 6 "Clausola Valutativa" - Trasmissione all'Assemblea Legislativa della relazione sullo stato di attuazione e sugli effetti della clausola valutativa di cui alla L.R. 7 del 2021 "Rimborso delle spese a supporto delle cure oncologiche".

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERA

- di trasmettere all'Assemblea legislativa la relazione di cui all'Allegato I, sullo stato di attuazione e sugli effetti della LR 7/2021, "Rimborso delle spese a supporto delle cure oncologiche", ai sensi dell'art. 6 "Clausola valutativa" della medesima LR.

## AVVISO

L'allegato è consultabile nel sito:  
[www.norme.marche.it](http://www.norme.marche.it)

**Deliberazione della Giunta regionale del 29 aprile 2024, n. 629**

DGR 2015/2002 – Aggiornamento dello Schema della convenzione da stipularsi tra i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Territoriali e i Medici Veterinari Liberi Professionisti per l'identificazione dei cani tramite l'applicazione dei microchips e determinazione della tariffa.

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERA

- **di modificare** la DGR n. 2015 del 19.11.2002 che prevedeva lo "Schema di convenzione tipo da stipularsi tra i Commissari Straordinari delle Aziende Sanitarie e i Medici Veterinari Liberi Professionisti per l'identificazione dei cani tramite l'applicazione dei microchips - determinazione tariffa" sostituendo gli allegati A e B con gli allegati A e B alla presente deliberazione relativi al nuovo schema di convenzione tipo, da stipularsi tra i Direttori delle Aziende Sanitarie Territoriali ed i Medici Veterinari Liberi Professionisti per l'identificazione dei cani tramite l'applicazione dei microchips (Allegato A) e al fac-simile di domanda che il Medico Veterinario Libero Professionista deve presentare al Servizio Sanità Animale del Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda Sanitaria Territoriale competente per territorio, per ottenere la stipula della succitata convenzione (Allegato B);
- **di stabilire** che il Medico Veterinario Libero Professionista pur avendo la convenzione nella AST di competenza è accreditato per inserire microchip in animali ubicati nell'intero territorio della Regione Marche;
- **di stabilire** che la tariffa e lo schema di convenzione, di cui sopra, vengano applicati a partire dal 15 giorno successivo alla adozione del presente atto e che restano efficaci le convenzioni già stipulate, alle quali si applica l'aggiornamento della tariffa di Euro 30,00 entro i termini di cui sopra.

## AVVISO

L'allegato è consultabile nel sito:  
[www.norme.marche.it](http://www.norme.marche.it)

**Deliberazione della Giunta regionale del 29 aprile 2024, n. 630**

*Piano Socio Sanitario Regionale 2023-2025. Linee di indirizzo per l'istituzione delle reti cliniche tempo-dipendenti, in recepimento dell'Accordo Stato-Regioni del 24/01/2018 (Rep. Atti n. 14/CSR)*

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERA

- di recepire l'Accordo Stato-Regioni del 24/01/2018 "Linee guida per la revisione delle reti cliniche - Le reti tempo dipendenti" (Rep. Atti n. 14/CSR), di cui all'allegato 1, parte integrante del presente provvedimento;
- di approvare il documento "Piano Socio Sanitario Regionale 2023-2025. Linee di indirizzo per l'istituzione delle reti cliniche tempo-dipendenti", di cui all'allegato 2, parte integrante del presente provvedimento;



*Presidenza del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI  
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME  
DI TRENTO E DI BOLZANO

Accordo, ai sensi del punto 8.1 dell'Allegato 1 al decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70, sul documento "Linee guida per la revisione delle reti cliniche - Le reti tempo dipendenti".

Rep. Atti n. 14/CSR del 24 gennaio 2018

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE  
AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Nella odierna seduta del 24 gennaio 2018:

PREMESSI

- il Decreto Legislativo del 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, il quale prevede che il Servizio sanitario nazionale assicuri i livelli essenziali e uniformi di assistenza nel rispetto tra l'altro, dei principi della qualità delle cure e della loro appropriatezza, da attuarsi attraverso linee guida e l'individuazione di percorsi diagnostici terapeutici;
- il Decreto del Presidente della Repubblica del 14 gennaio 1997, recante "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private", che definisce le attività di valutazione e miglioramento della qualità in termini metodologici e prevede che in ogni azienda debba esistere una struttura organizzativa che presieda all'attività di valutazione e miglioramento della qualità;
- il Decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali 17 dicembre 2008, pubblicato nella G. U. n. 9 del 13 gennaio 2009, recante «Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza» e s.m.i.;
- la Legge 7 agosto 2012, n.135, 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;
- l'Intesa sancita tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano in questa Conferenza il 10 luglio 2014 concernente il Nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016, che prevede, fra l'altro, il riordino della rete assistenziale nelle sue articolazioni, territoriale ed ospedaliera (Rep. n. 82/CSR del 10 luglio 2014);

SANCISCE ACCORDO

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome, sul documento "Linee guida per la revisione delle reti cliniche - Le reti tempo dipendenti" che, allegate al presente atto (All. A), ne costituiscono parte integrante, nei seguenti termini:

CONSIDERATO che:

AD





*Presidenza del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI  
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME  
DI TRENTO E DI BOLZANO

- il Decreto del Ministro della salute del 2 aprile 2015, n. 70, recante "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", ha previsto al punto 8 "Reti ospedaliere" dell'Allegato 1, che all'interno del disegno della rete ospedaliera sia necessaria l'articolazione delle reti per patologia che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale con specifico riferimento, tra l'altro, alle reti infarto, ictus, traumatologica, neonatologica e punti nascita;
- ai sensi del citato punto 8, relativamente alle reti sopra elencate, per le quali non sono disponibili linee guida e raccomandazioni, è istituito uno specifico tavolo tecnico presso Agenas composto da rappresentanti del Ministero della salute, della medesima Agenas, Regioni e Province autonome, con il compito di definire entro un anno dalla data di entrata in vigore del decreto citato n. 70, le relative linee guida e raccomandazioni, nonché di aggiornare quelle già esistenti, da sancire tramite accordi in questa Conferenza;
- dall'analisi dei dati ricavati dai questionari compilati dalle Regioni per le 4 reti tempo-dipendenti, emerge che vi sono alcuni aspetti organizzativi e gestionali che necessitano di una più puntuale definizione per garantire su tutto il territorio nazionale equità, qualità, sicurezza ed appropriatezza nell'accesso alle cure;
- la Formazione di Rete, con particolare riferimento alle modalità di lavoro multi professionale e multidisciplinare, all'integrazione ospedale-territorio, alle azioni di supervisione e tutoraggio dei nuovi assunti e all'utilizzo di audit clinico e training strutturati e continui, rappresenta un obiettivo prioritario;

VISTE:

- la nota del 30 ottobre 2017, con la quale l'Ufficio di Segreteria di questa Conferenza ha trasmesso alle Regioni lo schema di accordo in argomento, pervenuto dal Ministero della salute con nota del 25 ottobre 2017;
- la nota del 12 gennaio 2018, con la quale l'Ufficio di Segreteria di questa Conferenza ha convocato una riunione tecnica, tenutasi il 18 gennaio 2018, nel corso della quale i rappresentanti dell'Amministrazione centrale hanno accolto le osservazioni regionali pervenute all'Ufficio di Segreteria, arrivando in tal modo alla condivisione di un testo definitivo;
- la nota del 23 gennaio 2018, con la quale l'Ufficio di Segreteria di questa Conferenza ha trasmesso alle Regioni la versione dello schema di accordo in argomento, pervenuto in pari data dal Ministero della salute in via informale, che ha recepito le osservazioni regionali;
- la nota del 24 gennaio 2018, con la quale l'Ufficio di Segreteria di questa Conferenza ha trasmesso alle Regioni il testo definitivo dello schema di accordo in argomento, pervenuto in via ufficiale in pari data dal Ministero della salute;
- il documento consegnato in corso di seduta dalle Regioni, con il quale la Conferenza delle Regioni esprime avviso favorevole all'Accordo condizionato all'eliminazione del punto 3 del dispositivo come da Allegato B al presente atto;

ACQUISITO nel corso dell'odierna seduta, l'assenso del Governo, delle Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano;

RP





*Presidenza del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI  
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME  
DI TRENTO E DI BOLZANO

### SI CONVIENE

1. E' approvato il documento "Linee guida per la revisione delle reti cliniche - Le reti tempo dipendenti" che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale, che, Allegato A, è parte integrante del presente Accordo.
2. Le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano si impegnano, in materia di reti cliniche tempo-dipendenti, a recepire formalmente i contenuti del presente Accordo, entro sei mesi dalla data di approvazione dello stesso.
3. Gli indicatori specifici per le reti si intendono come orientativi di un percorso di miglioramento complessivo e di un processo riorganizzativo con una graduale implementazione: le Regioni e le Province autonome si impegnano per questo a rispettare il crono programma per l'adeguamento, come indicato al paragrafo 2.1.6 del presente Accordo.
4. Il Tavolo Istituzionale per la revisione delle reti cliniche, istituito ai sensi dell'Allegato 1, punto 8.1 del citato decreto ministeriale n. 70 e di cui al paragrafo 4 del documento in questione, elabora, entro 6 mesi dalla data di pubblicazione del presente Accordo, un manuale operativo per individuare strumenti specifici per il monitoraggio del funzionamento delle reti cliniche tempo-dipendenti, compreso la definizione delle funzioni di coordinamento e monitoraggio, da approvare con successivo Accordo.
5. Dall'attuazione del presente Accordo non derivano nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Le Amministrazioni interessate svolgono le attività ivi previste con le risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente.

IL SEGRETARIO  
Antonio Naddeo



IL PRESIDENTE  
Sottosegretario Gianclaudio Bressa

AP

AP

AU. 17



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

**Linee Guida per la Revisione delle Reti Cliniche**

**D.M. n.70/2015**

Le Reti tempo dipendenti

agenas.s.  AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI

Via Puglia 23 - 00187 Roma  
tel. 06 427491 - fax 06 42749488  
agenas@pec.agenas.it - www.agenas.it

Via Piemonte 60 - 00187 Roma  
tel. 06 55122 - fax 06 5512221  
agenas@pec.agenas.it - www.agenas.it





## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

### Sommario

1. ELEMENTI COMUNI DI RETE CLINICO–ASSISTENZIALE .....	5
1.1 Definizione di Rete clinico assistenziale .....	5
2. STRUTTURA DI BASE .....	5
2.1 Il modello di <i>governance</i> .....	5
2.1.1 Il modello organizzativo .....	5
2.1.2 Interrelazioni tra il livello programmatico regionale e quello organizzativo aziendale .....	6
2.1.3 Il Piano di Rete .....	6
2.1.4 La connessione tra i nodi di Rete .....	6
2.1.5 Aspetti di integrazione ospedale-territorio .....	7
2.1.6 Il monitoraggio: sistema informativo e indicatori di valutazione delle performance di attività di Rete, dell'appropriatezza, qualità e sicurezza dell'assistenza .....	8
2.2 Allocazione delle risorse .....	8
2.2.1 Il personale .....	8
2.2.2 Le strutture: monitoraggio dei requisiti autorizzativi e di Accreditamento istituzionale .....	9
2.2.3 Le tecnologie .....	9
2.2.4 Le risorse economiche .....	9
3. RISULTATI .....	9
3.1 Aree di criticità e azioni di miglioramento .....	9
3.2 Monitoraggio dei risultati di Rete e delle azioni di miglioramento .....	9
3.2.1 La mobilità sanitaria .....	9
3.2.2 L'esperienza del paziente nelle strutture sanitarie e il grado di umanizzazione .....	10
3.3 La comunicazione e le modalità di diffusione delle informazioni ai cittadini .....	10
3.4 I processi di supporto: la formazione .....	10
4. FUNZIONE DI COORDINAMENTO PERMANENTE PER LA REVISIONE DELLE RETI CLINICHE .....	11
5. LE RETI TEMPO DIPENDENTI .....	11
6. LA RETE CARDIOLOGICA PER L'EMERGENZA .....	12
6.1 I Meccanismi operativi: i processi assistenziali .....	12
6.1.1 Aspetti essenziali di tipo organizzativo legati all'emergenza-urgenza .....	12
6.2 I Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali: PDTA - <i>Clinical Pathway</i> .....	12
6.2.1 Elementi clinico-assistenziali fondamentali della <i>check list</i> per il cambio <i>setting</i> .....	12
6.2.2 <i>Timing</i> del cambio <i>setting</i> .....	13
6.2.3 Informazioni indispensabili da fornire per il cambio <i>setting</i> .....	14
6.3 Sistemi formalizzati di monitoraggio della qualità e della sicurezza delle prestazioni/servizi erogati .....	14
6.4 I processi di supporto: la formazione .....	14





## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

6.4.1 Rilevazione dei bisogni formativi clinico assistenziali ed organizzativi e sviluppo di programmi di formazione/aggiornamento per gli operatori della rete: sviluppo e potenziamento delle competenze ed abilità .....	14
7. LA RETE PER LA NEONATOLOGIA E I PUNTI NASCITA .....	16
7.1 I Meccanismi operativi: i processi assistenziali .....	16
7.1.1 Aspetti essenziali di tipo organizzativo legati all'emergenza-urgenza .....	18
7.2 I Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali: PDTA - <i>Clinical Pathway</i> .....	19
7.2.1 Elementi clinico-assistenziali fondamentali della <i>check list</i> per il cambio <i>setting</i> .....	19
7.2.2 <i>Timing</i> del cambio <i>setting</i> .....	20
7.2.3 Informazioni indispensabili da fornire per il cambio <i>setting</i> .....	21
7.3 Sistemi di monitoraggio della qualità e della sicurezza delle prestazioni/servizi erogati .....	21
7.4 I processi di supporto: la formazione .....	22
7.4.1 Rilevazione dei bisogni formativi clinico assistenziali ed organizzativi e sviluppo di programmi di formazione/aggiornamento per gli operatori della rete: sviluppo e potenziamento delle competenze ed abilità .....	22
8. LA RETE ICTUS .....	23
8.1 I Meccanismi operativi: i processi assistenziali .....	23
8.1.1 Aspetti essenziali di tipo organizzativo legati all'emergenza-urgenza .....	24
8.2 I Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali: PDTA - <i>Clinical Pathway</i> .....	25
8.2.1 Elementi clinico-assistenziali fondamentali della <i>check list</i> per il cambio <i>setting</i> .....	25
8.2.2 <i>Timing</i> del cambio <i>setting</i> .....	26
8.2.3 Informazioni indispensabili da fornire per il cambio <i>setting</i> .....	26
8.3 Sistemi formalizzati di monitoraggio della qualità e della sicurezza delle prestazioni/servizi erogati .....	27
8.4 I processi di supporto: la formazione .....	28
8.4.1 Rilevazione dei bisogni formativi clinico assistenziali ed organizzativi e sviluppo di programmi di formazione/aggiornamento per gli operatori della rete: sviluppo e potenziamento delle competenze ed abilità .....	28
9. LA RETE TRAUMA .....	29
9.1 I Meccanismi operativi: i processi assistenziali .....	29
9.1.1 Aspetti essenziali di tipo organizzativo legati all'emergenza-urgenza .....	30
9.2 I Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali: PDTA - <i>Clinical Pathway</i> .....	30
9.2.1 Elementi clinico-assistenziali fondamentali della <i>check list</i> per il cambio <i>setting</i> .....	31
9.2.2 <i>Timing</i> del cambio <i>setting</i> .....	32
9.2.3 Informazioni indispensabili da fornire per il cambio <i>setting</i> .....	32
9.3 Sistemi di monitoraggio della qualità e della sicurezza delle prestazioni/servizi erogati .....	33
9.4 I processi di supporto: la formazione .....	33





*Agencia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

9.4.1 Rilevazione dei bisogni formativi clinico assistenziali ed organizzativi e sviluppo di programmi di formazione/aggiornamento per gli operatori della rete: sviluppo e potenziamento delle competenze ed abilità .....	33
10. ALLEGATI .....	34
I- INDICATORI "CONNESSIONE NODI DI RETE" .....	34
II- RETE CARDIOLOGICA PER L'EMERGENZA - ELEMENTI CLINICO ASSISTENZIALI FONDAMENTALI DELLA CHECK LIST PER IL CAMBIO SETTING .....	35
III- RETE CARDIOLOGICA PER L'EMERGENZA- INDICATORI .....	37
IV- RETE PER LA NEONATOLOGIA E I PUNTI NASCITA – ELEMENTI CLINICO ASSISTENZIALI FONDAMENTALI PER LA CHECK LIST PER LA VALUTAZIONE DEI PDTA .....	41
V- RETE PER LA NEONATOLOGIA E I PUNTI NASCITA- INDICATORI .....	42
VI- RETE ICTUS - ELEMENTI CLINICO ASSISTENZIALI FONDAMENTALI PER LA CHECK LIST PER LA VALUTAZIONE DEI PDTA .....	46
VII- RETE ICTUS - INDICATORI .....	48
VIII - RETE TRAUMA - ELEMENTI CLINICO ASSISTENZIALI FONDAMENTALI PER LA CHECK LIST PER LA VALUTAZIONE DEI PDTA .....	50
IX - RETE TRAUMA - INDICATORI .....	52
X - GLOSSARIO DELLE DEFINIZIONI ED ABBREVIAZIONI .....	56
11. TAVOLI ISTITUZIONALI .....	62





## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

### 1. ELEMENTI COMUNI DI RETE CLINICO-ASSISTENZIALE

#### 1.1 Definizione di Rete clinico assistenziale

La Rete clinico-assistenziale è un modello organizzativo che assicura la presa in carico del paziente mettendo in relazione, con modalità formalizzate e coordinate, professionisti, strutture e servizi che erogano interventi sanitari e sociosanitari di tipologia e livelli diversi nel rispetto della continuità assistenziale e dell'appropriatezza clinica e organizzativa. La Rete individua i nodi e le relative connessioni definendone le regole di funzionamento, il sistema di monitoraggio, i requisiti di qualità e sicurezza dei processi e dei percorsi di cura, di qualificazione dei professionisti e le modalità di coinvolgimento dei cittadini<sup>1</sup>.

### 2. STRUTTURA DI BASE

#### 2.1 Il modello di governance

La Rete Regionale per ogni ambito assistenziale deve essere recepita e formalizzata attraverso un Atto regionale che espliciti le scelte di politica sanitaria volte anche alla realizzazione di modelli organizzativi innovativi, con la definizione degli aspetti programmatori e di indirizzo predisponenti le condizioni per la loro realizzazione, con l'obiettivo di migliorare la qualità dei servizi ai cittadini anche tramite opportune modalità di comunicazione.

##### 2.1.1 Il modello organizzativo

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 fabbisogni 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 D.M. n.70/2015 nel suo complesso e, nello specifico, dal punto 5 dello stesso Decreto.

La Rete è governata da un apposito organismo di livello regionale "Coordinamento regionale della Rete", rappresentativo delle componenti istituzionali e professionali e dei principali stakeholder. Tale organismo dovrà:

- garantire il governo e l'integrazione organizzativa e professionale di tutte le componenti e i professionisti coinvolti nella Rete di cui al punto 2.1.2;
- validare il Piano di Rete di cui al punto 2.1.3;
- definire le modalità organizzative volte a realizzare la connessione tra i nodi di Rete di cui al punto 2.1.4;

<sup>1</sup> Tavolo Istituzionale per la Revisione delle Reti cliniche seduta del 30 giugno 2016.





## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

- monitorare e validare i Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA) di cui al punto 2.1.5;
- verificare il raggiungimento degli obiettivi con gli strumenti di cui al punto 2.1.6;
- verificare il rispetto di parametri temporali, organizzativi, clinico assistenziali e di appropriatezza delle prestazioni erogate, al fine di garantire il mantenimento di adeguati livelli di qualità e sicurezza delle attività di Rete di cui al punto 2.1.6;
- redigere, sulla base degli esiti del monitoraggio della Rete, una relazione annuale sul funzionamento della stessa di cui al punto 2.1.6;
- definire, all'interno del Piano di Rete, le modalità operative e gli strumenti per l'ottimizzazione dell'uso delle risorse professionali, tecnologiche e di struttura di cui al punto 2.2;
- definire il piano delle attività formative di Rete avuto riguardo dei livelli di responsabilità e delle specifiche attività dei nodi (*Hub & Spoke*) di Rete e favorendo l'integrazione tra i professionisti dei diversi nodi di cui al punto 3.4.

### 2.1.2 Interrelazioni tra il livello programmatico regionale e quello organizzativo aziendale

Il modello di *governance* deve esprimere con chiarezza le interrelazioni tra il livello programmatico regionale (*Coordinamento regionale della Rete*) e quello organizzativo-gestionale delle Aziende sanitarie regionali.

In particolare deve essere garantita la massima coerenza tra la programmazione regionale, gli obiettivi della Rete e gli obiettivi dei Direttori Generali delle Aziende sanitarie regionali.

### 2.1.3 Il Piano di Rete

Il Piano di Rete, predisposto e validato dal Coordinamento regionale della Rete, deve essere coerente con gli obiettivi assegnati e relativi indicatori e con le risorse disponibili, nonché contenere le linee di indirizzo e operative per il loro raggiungimento. Il Piano deve essere sottoposto a revisione periodica, almeno annuale, sulla base dell'aggiornamento dei bisogni di salute e delle eventuali criticità, del grado di attuazione degli obiettivi generali di Rete e specifici per ciascuna rete clinico assistenziale, prevedendo azioni di miglioramento e relative tempistiche. Al raggiungimento degli obiettivi generali e specifici concorrono le diverse componenti di Rete a seconda dei relativi ruoli e livelli di responsabilizzazione.

### 2.1.4 La connessione tra i nodi di Rete

Per favorire l'efficienza della Rete e l'integrazione effettiva tra i vari nodi della stessa, è opportuno mettere in atto strumenti che consentano anche la condivisione delle risorse (tecnologiche, di personale ed economiche) nonché il loro utilizzo da parte dei nodi, secondo modalità organizzative flessibili ma ben definite che garantiscano:

- l'unitarietà del percorso di cura in maniera aderente al PDTA;
- la qualità dei livelli assistenziali tra i vari nodi della Rete;
- l'uniforme crescita professionale degli operatori;





## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

- l'ottimizzazione delle risorse;
- l'omogeneizzazione delle capacità di intervento della Rete attraverso l'attribuzione di specifici ruoli e livelli di responsabilizzazione nell'erogazione delle prestazioni ai differenti nodi della stessa, secondo criteri anche di alternanza temporale che tengano conto delle esigenze e dei bisogni assistenziali del territorio su cui i nodi insistono.

Tra gli strumenti già in parte utilizzati e che possono rispondere ad alcune delle finalità sopra indicate, vi è quello della costituzione di équipe multiprofessionali e multidisciplinari (*mobile team*) che, attraverso il reclutamento di professionisti, possano consentire l'erogazione di specifiche prestazioni sanitarie ad alta intensità assistenziale e per periodi di tempo definiti.

Tali modalità devono rispettare i requisiti previsti dalla normativa vigente in tema di sicurezza dei pazienti e del personale; preliminarmente, quindi, nella definizione del modello organizzativo di cui al punto 2.1.1 a cura del Coordinamento regionale di Rete, si deve tenere conto delle seguenti direttrici:

- assicurare la collaborazione con, dei e fra i professionisti anche tramite una ricognizione preventiva della loro disponibilità;
- prevedere strumenti per l'effettiva valorizzazione dell'attività professionale svolta secondo le nuove modalità organizzative in modo da favorirne l'attuazione, ad esempio anche su base volontaria;
- garantire l'informazione ai pazienti e la comunicazione ai cittadini;
- indicare le prestazioni oggetto di tali modalità organizzative sulla base del livello erogativo da assicurare;
- definire le caratteristiche multiprofessionali e multidisciplinari degli operatori coinvolti, attraverso un adeguato sistema di formazione ed aggiornamento continuo con verifiche sistematiche tramite audit condotti sui casi clinici oggetto di queste attività.

Ai fini delle attività di monitoraggio e verifica dell'effettiva realizzazione delle condizioni favorevoli le connessioni tra i nodi di Rete saranno utilizzati gli indicatori di cui all'**allegato I**.

### 2.1.5 Aspetti di integrazione ospedale-territorio

Una componente fondamentale del funzionamento della Rete è basata su specifici Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) relativi alle principali patologie della cui realizzazione la medesima Rete clinico-assistenziale si fa carico; a detti percorsi deve a sua volta essere conformato il piano di assistenza personalizzato relativo al singolo assistito. Particolare attenzione deve essere posta nella definizione di specifici protocolli e procedure per l'integrazione organizzativa e professionale tra i singoli nodi della Rete al fine di garantire la continuità assistenziale tra i vari nodi della Rete e tra ospedale e territorio, nonché nell'integrazione tra il Coordinamento regionale di Rete e il Coordinamento regionale dell'emergenza urgenza comunque denominato, oltre che nell'integrazione organizzativa con il Sistema 118 e 116, o numero unico europeo 112, ove attivato. Nel seguito del documento si farà riferimento al 118 per indicare il sistema di emergenza-urgenza.





## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

### 2.1.6 Il monitoraggio: sistema informativo e indicatori di valutazione delle performance di attività di Rete, dell'appropriatezza, qualità e sicurezza dell'assistenza

Al fine di una corretta gestione della Rete, questa deve dotarsi preliminarmente, fin dalla sua costituzione formale, di un idoneo sistema di raccolta dati finalizzato alla corretta valutazione e al monitoraggio dei livelli di efficienza, di efficacia, di qualità e sicurezza delle attività svolte.

Gli indicatori utilizzati e i relativi standard di riferimento, nonché le *check list* per la valutazione dei PDTA, devono interessare tutte le componenti ospedaliere e territoriali della Rete. I flussi informativi devono essere coerenti agli indicatori utilizzati. Questi ultimi devono essere aggiornati con cadenza almeno biennale, così come gli standard di riferimento e le *check list*, in quanto tali elementi hanno natura dinamica. Con particolare riferimento alle Reti tempo dipendenti, e quindi particolarmente vulnerabili a problematiche organizzative, è necessario lo stretto monitoraggio dei tempi dei passaggi di *setting* assistenziale e/o di esecuzione di alcune procedure. A riguardo ciascuna rete clinico-assistenziale di cui ai paragrafi seguenti è corredata da un set di indicatori distinti nelle presenti Linee Guida in:

- *indicatori di primo livello*, direttamente implementabili sulla base dei flussi informativi correnti e con l'uso integrato degli stessi, sono utilizzati anche ai fini del monitoraggio delle reti;
- *indicatori di secondo livello*, non sono direttamente calcolabili a partire dai flussi informativi correnti, ma possono essere integrati con ulteriori indicatori *proxy* della valutazione dell'assistenza territoriale.

Ulteriori informazioni possono essere ricavate dall'analisi dei dati derivanti dai Registri di patologia esistenti.

Le risultanze delle attività di monitoraggio e valutazione dovranno essere rese disponibili attraverso la redazione della relazione annuale di cui al punto 2.1.1 sul funzionamento delle reti.

## 2.2 Allocazione delle risorse

L'organizzazione dell'assistenza secondo il modello di Rete, come definita nel presente documento<sup>2</sup>, "*mettendo in relazione, con modalità formalizzate e coordinate, professionisti, strutture e servizi ....*" pone le condizioni per il superamento della prospettiva "statica" insita nel concetto di allocazione delle risorse, secondo il principio per il quale la relazione tra i nodi di Rete consente, oltre ad elevare la qualità delle attività erogate, anche di ottimizzare complessivamente, in ciascun nodo e a livello di sistema, l'impiego delle risorse professionali, strutturali, tecnologiche ed economiche.

### 2.2.1 Il personale

La dotazione organica quali-quantitativa delle strutture facenti parte della Rete deve essere coerente con i parametri e gli standard organizzativi stabiliti dalla normativa nazionale e regionale, come previsto dal punto 6 del D.M. n.70/2015.



<sup>2</sup> "Definizione di rete clinico assistenziale" par. 1 del presente Documento



## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

### 2.2.2 Le strutture: monitoraggio dei requisiti autorizzativi e di Accredimento Istituzionale

Le strutture della Rete debbono essere coerenti con i requisiti autorizzativi, compresi quelli strutturali e di Accredimento Istituzionale previsti dal Tavolo per la Revisione della normativa per l'Accreditamento (TRAC) di cui all'Intesa Stato – Regioni del 20 dicembre 2012 e come previsto dal punto 6 del D.M. n.70/2015. Per requisiti di autorizzazione si intendono anche quelli strettamente legati alla sicurezza delle strutture sotto i vari profili (antisismico, antincendio ecc.). Tali aspetti debbono essere periodicamente monitorati.

### 2.2.3 Le tecnologie

La dotazione tecnologica delle strutture della Rete deve essere coerente con la loro funzione all'interno delle Rete medesima. E' necessario prevedere, al fine di mantenere i livelli e gli standard di qualità e sicurezza delle attività sanitarie erogate, la verifica del loro utilizzo e dello stato di obsolescenza anche sulla base degli strumenti e delle modalità che saranno implementate nell'ambito del Programma nazionale HTA.

Nella dotazione tecnologica si intendono ricomprese le tecnologie informatiche (ICT) che costituiscano l'infrastruttura di Rete ovvero un efficiente e capillare sistema, coerente agli obiettivi e all'organizzazione della rete stessa, di trasmissione di dati e immagini tra i relativi nodi.

### 2.2.4 Le risorse economiche

L'atto regionale di adozione della Rete deve anche precisare se sono previsti nella programmazione regionale eventuali sistemi di finanziamento *ad hoc* per il funzionamento della Rete, al di fuori dei sistemi ordinari di finanziamento dei fattori produttivi e i relativi sistemi di tracciabilità, nonché eventuali sperimentazioni per la gestione degli aspetti economico-finanziari specificandone le peculiarità.

## 3. RISULTATI

### 3.1 Aree di criticità e azioni di miglioramento

I risultati delle attività svolte dalla Rete devono essere monitorati come indicato al punto 2.1.1, per verificare l'efficienza e l'efficacia della rete stessa nonché la percezione della qualità del servizio reso ai cittadini. L'attività di monitoraggio e di misurazione dei risultati deve consentire di mettere in evidenza eventuali aree di criticità, a cui vanno rivolte le attività di miglioramento, da sottoporre anch'esse periodicamente a verifica e monitoraggio.

### 3.2 Monitoraggio dei risultati di Rete e delle azioni di miglioramento

#### 3.2.1 La mobilità sanitaria

Per la misurazione e il monitoraggio dei risultati di Rete e delle azioni di miglioramento è necessario tenere conto anche di ulteriori elementi informativi che concorrono alla valutazione delle performance di Rete. Per ciascun ambito assistenziale di interesse della singola Rete è necessario monitorare l'andamento della mobilità passiva, attraverso i relativi indicatori ("indici di





## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

fuga”) ovvero l’analisi dei dati relativi alle prestazioni erogate ai cittadini al di fuori della Regione di residenza. Tali dati possono fornire infatti, insieme agli altri elementi di valutazione, informazioni significative sulla capacità o meno della Rete di assistere i cittadini del territorio di riferimento.

A riguardo l’Atto regionale di Rete deve specificare se sono stati definiti appositi Accordi “di confine” e/o interregionali per la gestione della mobilità sanitaria, la cui promozione è richiamata dal Patto per la Salute 2014-2016 e dal D.M. n.70/2015.

### 3.2.2 L’esperienza del paziente nelle strutture sanitarie e il grado di umanizzazione

Analogamente a quanto detto per gli indici di fuga, possono concorrere alle attività di monitoraggio le informazioni derivanti dagli esiti delle indagini sull’esperienza del paziente nelle strutture sanitarie e sul grado di umanizzazione delle strutture e delle attività della Rete, ottenute attraverso gli strumenti disponibili e funzionali a tale rilevazione e avuto riguardo di quanto previsto dall’Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 in tema di Accreditamento Istituzionale, dall’art.4, comma1 del Patto per la Salute 2014-2016, dal punto 5 dell’Allegato 1 al D.M. n.70/2015 e da Programma per la valutazione partecipata ed il miglioramento del grado di umanizzazione di AGENAS<sup>3</sup>.

### 3.3 La comunicazione e le modalità di diffusione delle informazioni ai cittadini

Particolare importanza rivestono per il funzionamento di Rete e il raggiungimento dei risultati attesi, la comunicazione interna tra i nodi e gli operatori coinvolti nelle attività di Rete nonché le modalità di diffusione delle informazioni ai cittadini. In tal senso, è indispensabile l’adozione di modelli e procedure condivisi per una fluida e corretta comunicazione interna ed esterna, alla cui efficacia concorre anche il pieno soddisfacimento degli obblighi di trasparenza e il miglioramento continuo delle modalità di coinvolgimento dei cittadini al percorso di cura. A tal scopo è richiesta la pubblicazione, sul sito istituzionale dell’amministrazione regionale competente, della relazione annuale predisposta a cura del Coordinamento regionale di Rete sul funzionamento della stessa.

### 3.4 I processi di supporto: la formazione

Per ciascuna Rete clinico assistenziale la formazione del personale coinvolto deve essere basata sulla rilevazione di bisogni formativi coerenti alla funzionalità della Rete stessa (criticità, eventi avversi, inserimento di personale, nuove tecnologie, ecc.) che comprenda anche i modelli e le procedure/protocolli organizzativi interni alla Rete. I programmi di formazione/aggiornamento, secondo quanto indicato per il Coordinamento di Rete, devono essere orientati anche allo sviluppo e al potenziamento delle competenze ed abilità, anche utilizzando tecniche di simulazione.

<sup>3</sup> Progetto di Ricerca Corrente 2012 “La valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino” con quale è stata realizzata la prima valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero in tutte le Regioni/PA)

<http://www.agenas.it/atti-valutazione-qualita-strutture-ospedaliere-prospettiva-cittadino>





### *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

nell'ottica del miglioramento continuo e del mantenimento dei livelli di qualità e di sicurezza delle attività erogate. In questa logica vanno considerati la formazione ECM, i percorsi formativi certificativi per il personale del 118 e tutti gli strumenti di accrescimento e di certificazione delle competenze come gli audit clinici e organizzativi e l'attribuzione dei privilegi (*privileges*).

#### **4. FUNZIONE DI COORDINAMENTO PERMANENTE PER LA REVISIONE DELLE RETI CLINICHE**

Al fine di un coordinamento permanente delle attività connesse alla completa attuazione di quanto previsto dalle presenti Linee Guida, sono attribuite al Tavolo Istituzionale per la revisione delle reti cliniche, istituito ai sensi dell'Allegato 1, punto 8.1 del D.M. 2 aprile 2015, n.70, funzioni di monitoraggio e verifica delle attività e di aggiornamento delle presenti Linee Guida. In tal senso, il Tavolo Istituzionale definirà, entro sei mesi dalla data di pubblicazione delle presenti Linee Guida, un manuale operativo che individui ruoli, competenze e strumenti specifici per il monitoraggio del funzionamento delle reti.

#### **5. LE RETI TEMPO DIPENDENTI**

Gli aspetti di cui ai paragrafi precedenti costituiscono gli elementi di base di ogni Rete clinico-assistenziale che ne caratterizzano la struttura e l'organizzazione. Per ciascuna Rete afferente agli ambiti specialistici di seguito descritti vengono differenziati, in ragione del contesto assistenziale di riferimento, i relativi meccanismi operativi, gli specifici processi e percorsi clinico-assistenziali sia in relazione agli aspetti organizzativi che, in particolare, a quelli diagnostico-terapeutici, al cambio *setting* (modalità e relativa tempistica), compresi i sistemi di monitoraggio della qualità e della sicurezza delle attività erogate e i processi di supporto (formazione e aggiornamento).

Le indicazioni fornite con le presenti Linee Guida non esauriscono tutti gli aspetti relativi alle necessarie interconnessioni tra l'attività ospedaliera per acuti e le attività territoriali, non potendo prescindere, l'efficiente ed efficace funzionamento delle reti tempo dipendenti dalla presenza, a titolo di esempio, di una rete riabilitativa che consenta la presa in carico precoce nei *setting* assistenziali-riabilitativi di ricovero e/o in struttura residenziale territoriale con modulo riabilitativo o al domicilio, secondo il piano individuale di trattamento personalizzato.





## *Agencia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

### **6. LA RETE CARDIOLOGICA PER L'EMERGENZA**

*La Rete Cardiologica per l'Emergenza (REC) è un'estensione della Rete per l'infarto STEMI già presente e prevista dal D.M. n.70/2015. Il motivo dell'estensione è l'intento di rendere il complesso sistema organizzativo di Rete utilizzabile anche per le patologie cardiologiche che possono andare incontro a condizioni di emergenza clinica (aneurismi dissecanti dell'aorta toracica, alcune aritmie, alcune forme di scompenso, ecc.). Obiettivi prioritari sono fornire una risposta adeguata ed appropriata dal punto di vista clinico ed organizzativo alle emergenze cardiologiche, ottimizzare le risorse esistenti, attuare una reale e maggiore integrazione tra ospedale e territorio in un ambito di percorso clinico.*

#### **6.1 I Meccanismi operativi: i processi assistenziali**

##### **6.1.1 Aspetti essenziali di tipo organizzativo legati all'emergenza-urgenza**

La Rete deve essere integrata con il Sistema 118. Il personale del Sistema 118, sia delle centrali operative che dei mezzi di soccorso, deve adottare protocolli e procedure condivise e validate dal Coordinamento regionale del sistema di emergenza urgenza comunque denominato, anche per le informazioni da raccogliere e fornire alla Rete nel corso delle attività di assistenza.

Deve essere assicurata la trasmissione, sulla base di protocolli condivisi e validati dal Coordinamento della Rete, delle informazioni relative a funzioni vitali compromesse o ad immediato rischio di compromissione, in modo da consentire l'identificazione di un paziente critico e l'attivazione dell'anestesista di guardia presso il DEA direttamente da parte della Centrale Operativa 118 al fine di facilitare la gestione del trattamento intensivo sin dalla fase iniziale in *emergency room*.

#### **6.2 I Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali: PDTA -Clinical Pathway**

I PDTA, come richiamati al punto 2.1 debbono prevedere quali elementi essenziali:

- gli indicatori di processo, di esito (ove possibile), di volume di attività ed i relativi flussi informativi, come esemplificati nell'**allegato III**;
- la programmazione degli Audit interni;
- la descrizione delle modalità di presa in carico dei pazienti;
- protocolli e procedure con la descrizione precisa dei criteri di passaggio tra i vari *setting* (comprese le dimissioni protette e/o assistite), il relativo *timing* ed i contenuti informativi indispensabili della relativa documentazione sanitaria;
- le modalità operative sottese all'attuazione del piano di assistenza personalizzato;
- la presenza di eventuali accordi "di confine" e/o interregionali per la gestione della mobilità sanitaria, previsti dal Patto per la Salute 2014-2016 e dal D.M. n.70/2015.

##### **6.2.1 Elementi clinico-assistenziali fondamentali della *check list* per il cambio *setting***

Devono essere presenti e periodicamente verificati, in un contesto multiprofessionale e multidisciplinare, sia nei contenuti che nella loro applicazione, i protocolli e le procedure operative





## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

per il passaggio dei pazienti e delle relative informazioni tra i vari *setting* assistenziali ed in particolare da quelli del territorio a quelli dell'ospedale e viceversa.

Si raccomanda, nello specifico, che la lettera di dimissione<sup>4</sup> contenga per il cambio *setting* un data set minimo condiviso con le Società scientifiche di settore, come da *check list* di cui all'**allegato II**.

### 6.2.2 *Timing del cambio setting*

Il Coordinamento regionale della Rete per la cardiologia di emergenza definisce e valida in specifici protocolli e procedure dei PDTA delle patologie interessate gli elementi principali del timing del cambio di *setting*.

Di seguito alcune raccomandazioni condivise con le Società Scientifiche di settore:

- il cambio di *setting* deve avvenire nel più breve tempo possibile anche quando gli elementi clinici a disposizione non sono tali da poter fare escludere una diagnosi di patologia di emergenza o di emergenza potenziale con ragionevole certezza.
- un trattamento interventistico entro le due ore (quindi analogo allo STEMI) è indicato per i pazienti ad altissimo rischio clinico (per es. con angina refrattaria, shock cardiogeno, aritmie ventricolari rischiose per la vita, con instabilità emodinamica);
- un trattamento interventistico entro le 24 ore è raccomandato in pazienti ad alto rischio (GRACE score >140 e/o incremento significativo della troponinemia e/o modifiche dinamiche del tratto ST e/o dell'onda T);
- un trattamento interventistico entro le 72 ore è raccomandato nei pazienti a profilo di rischio intermedio;
- se non tutte le problematiche cliniche sono risolte e/o il paziente è a rischio elevato, il passaggio al territorio deve essere preceduto da un periodo adeguato in centri intermedi di riabilitazione cardiaca specialistica, riabilitazione generale-geriatrica/lungodegenza riabilitativa e cure subacute;
- una volta tornati al domicilio la cardiologia territoriale di riferimento controllerà i pazienti a 3, 6 e 12 mesi secondo il profilo di rischio e il raggiungimento dei target terapeutici.
- dopo l'esecuzione della PTCA, l'iniziale destinazione del paziente è la Terapia intensiva Cardiologica (UTIC), fino al raggiungimento (generalmente 24-48 h) della stabilità emodinamica ed elettrica;
- si considera dimissibile dalla Terapia Intensiva/Subintensiva Cardiologica (UTIC) il paziente che non presenta più le condizioni comprese nei criteri di ammissione e che, secondo il giudizio clinico, non necessita di monitoraggio o trattamento intensivo. Il paziente, dopo la fase di ricovero in Terapia Intensiva/ Subintensiva Cardiologica, deve completare il ricovero in una degenza cardiologica dell'*Hub* o dell'ospedale *Spoke* di riferimento territoriale al fine di concludere l'iter diagnostico-terapeutico. La tempistica deve essere adeguata alle condizioni cliniche ed al profilo di rischio del paziente;



<sup>4</sup> La rilevazione di tali informazioni dovrà essere resa possibile attraverso l'automazione del processo in maniera informatizzata.



## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

- nei pazienti fragili può essere necessario, dopo la stabilizzazione clinica, il trasferimento presso il reparto di “lungodegenza” o di “riabilitazione cardiologica” per la riattivazione funzionale o per terminare iter terapeutici a ridotta intensità di cure;
- la dimissione a domicilio avviene nella maggior parte dei casi; in tale contesto questa viene discussa e concordata con il paziente ed i *care givers*. In casi specifici codificati dal PDTA deve essere attivata la “dimissione protetta”;
- il trasferimento dall’Ospedale per acuti alla U.O. di Cardiologia Riabilitativa deve avvenire, nei casi individuati dal PDTA, il più precocemente possibile scegliendo il *setting* riabilitativo più adeguato sulla scorta dei risultati della stratificazione prognostica. Per i pazienti a rischio clinico più alto è ragionevole, per motivi di sicurezza, assicurare l’intervento riabilitativo in continuità assistenziale, con un primo periodo di degenza in struttura riabilitativa e successivo passaggio ad un percorso riabilitativo ambulatoriale della durata di 1-2 mesi. I pazienti a rischio clinico intermedio vanno ammessi direttamente in un programma riabilitativo ambulatoriale.

### 6.2.3 Informazioni indispensabili da fornire per il cambio *setting*

Il Coordinamento regionale della Rete Cardiologica per l’Emergenza definisce e valida, in specifici protocolli e procedure, gli elementi principali per il cambio di *setting*.

In particolare deve essere assicurata la trasmissione, sulla base di protocolli condivisi e validati dal Coordinamento di Rete, delle informazioni relative a funzioni vitali compromesse o ad immediato rischio di compromissione, in modo da consentire l’identificazione di un paziente critico e l’attivazione dell’anestesista di guardia presso il DEA direttamente da parte della Centrale Operativa 118 al fine di facilitare la gestione del trattamento intensivo sin dalla fase iniziale in *emergency room*.

### 6.3 Sistemi di monitoraggio della qualità e della sicurezza delle prestazioni/servizi erogati

Deve essere attivo un livello di coordinamento centralizzato (regionale) o semicentralizzato (di macroarea) dei posti letto in particolare delle Terapie intensive e semi intensive cardiologiche integrata con il Sistema di emergenza urgenza 118, attraverso un sistema informatizzato che ne consenta il monitoraggio, oltre che adempiere agli obblighi informativi legati ai flussi dei sistemi informativi nazionale e regionale. Ai fini di consentire una corretta gestione della Rete devono essere raccolti dati che consentano il monitoraggio della qualità, della sicurezza e degli esiti dei servizi e delle attività erogate.



### 6.4 I processi di supporto: la formazione

#### 6.4.1 Rilevazione dei bisogni formativi clinico assistenziali ed organizzativi e sviluppo di programmi di formazione/aggiornamento per gli operatori della rete: sviluppo e potenziamento delle competenze ed abilità

La formazione del personale operante nella Rete deve essere basata sulla rilevazione di bisogni formativi coerenti alla funzionalità della Rete stessa (criticità, eventi avversi, inserimento di



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

personale, nuove tecnologie, ecc.) che comprenda anche i modelli e le procedure/protocolli organizzativi interni alla Rete. I programmi di formazione/aggiornamento devono essere orientati anche allo sviluppo e al potenziamento delle competenze ed abilità, anche utilizzando tecniche di simulazione, nell'ottica del miglioramento continuo e del mantenimento dei livelli di qualità e di sicurezza delle attività erogate. In questa logica vanno considerati la formazione ECM e tutti gli strumenti di accrescimento e di certificazione delle competenze come gli audit clinici e organizzativi e l'attribuzione dei privilegi (*privileges*).





## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

### **7. LA RETE PER LA NEONATOLOGIA E I PUNTI NASCITA**

*La Rete clinico-assistenziale per la Neonatologia ed i Punti Nascita (ReNPuN) è un modello organizzativo che deve assicurare la presa in carico della donna in gravidanza e del neonato, mettendo in relazione, con modalità formalizzate e coordinate, professionisti, strutture e servizi che erogano interventi sanitari e sociosanitari di tipologia e livelli diversi nel rispetto della continuità assistenziale e dell'appropriatezza e sostenibilità clinica e organizzativa.*

*La Rete individua i nodi e le relative connessioni definendone le regole di funzionamento, il sistema di monitoraggio, i requisiti di qualità e sicurezza dei processi e dei percorsi di cura, di qualificazione dei professionisti e le modalità di coinvolgimento dei cittadini.*

Essa è basata sulle previsioni dell'accordo Stato-Regioni del 16 Dicembre 2010, nonché del D.M. n.70/2015 e s.m.i. e sulla base di un atto programmatico regionale formalizzato, deve:

- definire le caratteristiche organizzative e funzionali dei diversi livelli di intensità di cura dei nodi di Rete, sia per l'assistenza alla donna gravida che al neonato;
- essere sostenuta dalla coerenza tra la programmazione regionale, gli obiettivi della Rete e gli obiettivi dei Direttori Generali delle Aziende sanitarie regionali;
- disporre di un Piano di Rete che indichi gli obiettivi assegnati, le risorse di personale, tecnologiche ed economiche, in coerenza con i requisiti autorizzativi e di Accredimento Istituzionale e sia sottoposto a revisione periodica;
- essere basata su specifici PDTA condivisi e scientificamente validati, che permettano l'integrazione tra le attività dei nodi ospedalieri e territoriali della Rete, come definiti per livelli di complessità, ivi compresa l'integrazione con il Sistema di emergenza urgenza 118;
- prevedere un sistema di raccolta dati per la valutazione ed il monitoraggio delle attività svolte, con indicatori e standard di riferimento della Rete.

I criteri per la riconversione della Rete si applicano a tutti i soggetti pubblici e privati accreditati, anche ai fini dell'accreditamento. Per le soglie di volume di attività, come da Accordo Stato-Regioni 16 dicembre 2010 come richiamato nel D.M. n.70/2015, è necessaria la progressiva riduzione dei punti nascita con parti inferiori 1000/anno, con l'abbinamento per pari complessità delle attività delle U.O. Ostetriche con quelle neonatologiche/pediatrie; in particolare sono previsti due livelli erogativi, il I livello che individua Punti Nascita con numero di parti compreso tra 500 e 1000/anno (centri Spoke) ed il II livello che caratterizza i Punti Nascita con numero di parti maggiore di 1000 parti/anno (centri Hub). Per le soglie di rischio di esito, come previsto nel PNE e richiamato nel D.M. n.70/2015, i valori soglia individuati sono rispettivamente  $\leq 15\%$  di Tagli Cesarei primari nei Punti Nascita di I livello (con numero di parti compreso tra 500 e 1000/anno) e nella misura massima del 25% nei Punti Nascita di II livello (con numero di parti maggiore di 1000 parti/anno). Ai fini della riorganizzazione della rete dei Punti Nascita è necessario che ciascuna Regione individui in modo chiaro e inequivocabile i centri Hub e i centri Spoke che afferiscono a ciascun Hub.

#### **7.1 I Meccanismi operativi: i processi assistenziali**

Il modello di *governance* regionale deve essere coerente con l'organizzazione della Rete come previsto dall'Accordo Stato Regioni del 16 dicembre 2010 e richiamato dal D.M. 70/2015 che





## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

individua soglie minime di volume di attività e soglie di rischio di esito riportate nelle seguenti tabelle:

Soglie di volume di attività	
Punti Nascita di I Livello con U. O. Pediatriche/Neonatologiche di I livello	500 - 1000 parti/anno 500 - 1000 nati/anno
Punti Nascita di II Livello U.O. Neonatologiche di II Livello - (Centri TIN)	>1000 parti/anno

Soglie di rischio di esito	
Proporzione di Tagli Cesarei primari in maternità di I livello o comunque con < 1000 parti/anno	massimo 15%
Proporzione di Tagli Cesarei primari in maternità di II livello o comunque con > 1000 parti/anno	massimo 25%

Per gli ospedali sedi di Punti Nascita in sedi orograficamente disagiate con volumi di attività inferiori ai 500 parti/annui, è previsto dal D.M. 11/11/2015, che il Comitato Percorso Nascita nazionale (CPNn) esprima un motivato parere, in base al protocollo metodologico da esso elaborato, in merito alle richieste di deroga per mantenere in attività tali punti nascita.

A livello regionale, la Rete Neonatologica e dei Punti Nascita è supportata dal Comitato Percorso Nascita regionale (CPNr) e dai Comitati Percorso nascita locali/aziendali (CPNI), organismi previsti al punto 10 dell'Accordo Stato Regioni 16 dicembre 2010, rappresentativi delle componenti istituzionali e professionali e dei principali stakeholder e che operano in relazione funzionale con il Comitato Percorso Nascita nazionale (CPNn).

I criteri per i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi per la riorganizzazione dei punti nascita e delle unità operative di pediatria/neonatologia e terapia intensiva neonatale (TIN) sono indicati nell'Allegato 1B del suddetto Accordo, per il quale è necessario che le Regioni e P.A. definiscano un sistema di verifica periodica per la rilevazione della presenza e del mantenimento dei requisiti per i livelli di cura (in base ai bacini di utenza), nonché per il loro accreditamento. Tali verifiche istituzionali possono basarsi su un sistema di valutazione/autovalutazione dei Punti Nascita (pubblici e privati) come previsto dal Manuale AGENAS per la sicurezza dei punti nascita - GINS<sup>5</sup>, nonché su una *check list* per la verifica degli standard per la riorganizzazione dei punti nascita di I livello, in deroga e di II livello, che renda il percorso di verifica tracciabile e individui le responsabilità della verifica.

Dovranno inoltre essere previsti, se non già in atto, audit clinico-organizzativi intraziendali, interaziendali e/o interregionali e/o con il coinvolgimento di enti terzi.

Con riferimento ai processi assistenziali è necessario che:

<sup>5</sup> Il Manuale è attualmente in uso in alcune regioni italiane.

<http://www.qualitasiciliassr.it/sites/default/files/field/download/Manuale%20Punti%20Nascita.pdf>





## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

- vi sia una piena integrazione tra ambito ostetrico-ginecologico e neonatale, in particolare per la condivisione delle indicazioni al trasporto, nonché dei criteri di definizione del livello di assistenza necessario durante il trasporto;
- la ReNPuN identifichi la capacità di trattamento delle complicanze della gravidanza da parte dei nodi della rete, al fine di poter definire criteri di centralizzazione primaria delle gravidanze a rischio verso i centri in grado di trattare la specifica patologia o di gestire eventualmente la patologia fetale o neonatale;
- si implementi l'adozione del modello assistenziale a conduzione ostetrica, ove applicato, al fine di promuovere la cultura della fisiologia della nascita e può contribuire a ridurre lo *overtreatment*;
- i protocolli di invio dei mezzi di soccorso/*dispatch* relativi alla gravidanza siano concordati con gli specialisti ostetrici, identificando le parole chiave correlate a situazioni di rischio.

### 7.1.1 Aspetti essenziali di tipo organizzativo legati all'emergenza-urgenza

La ReNPuN deve applicare al contesto regionale le linee di indirizzo dei servizi di trasporto assistito materno (STAM) e dei servizi di trasporto neonatale d'urgenza (STEN), prodotte dal Comitato Percorso Nascita nazionale, già divulgate, che esplicano il modello organizzativo, richiedendo il rispetto e la verifica della presenza nei Punti Nascita degli standard operativi, organizzativi, di sicurezza e tecnologici individuati nell'Accordo del 16.12.2010 e ribaditi dal D.M. n. 70/2015.

Il rispetto degli standard operativi, organizzativi, di sicurezza e tecnologici previsti negli atti legislativi disponibili, permette ai Punti Nascita di risultare idonei alla gestione delle condizioni di emergenza/urgenza, sia in ambito materno che neonatale.

E' necessario riconoscere precocemente le gravidanze ad alto rischio, nonché organizzare i livelli di cura per migliorare gli esiti perinatali. Nei punti nascita di II livello viene proposta e promossa l'attività di Medicina Materno Fetale (M.M.F.), che richiede elevati livelli di competenza ed esperienza multidisciplinare per erogare assistenza intensiva e post-intensiva. La funzione di tale attività di M.M.F. rappresenta all'interno della rete di assistenza il punto di riferimento per le gravide che presentano condizioni patologiche complesse e/o rare. L'attività di M.M.F. si colloca quindi nelle Unità Operative di Ostetricia e Ginecologia di II livello e negli ospedali dove esistono le Unità di Terapia Intensiva Neonatale (UTIN), per assicurare la coerenza dei livelli di complessità tra le Unità Operative ostetrico-ginecologiche e le Unità Operative neonatologiche/pediatriche, con un bacino di utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti, così come previsto per le UTIN. Devono inoltre essere definiti i requisiti strumentali e le competenze specialistiche necessarie per il monitoraggio materno-fetale durante il trasporto, in relazione alle condizioni cliniche materne e fetali ed all'epoca gestazionale. Il trasporto può e deve anche essere bidirezionale con il *back transport* in caso di ritorno della gravida ad un livello di rischio inferiore.

Si raccomanda in proposito alle Regioni di introdurre strumenti per la misura delle attività di scambio esistenti tra i diversi nodi della rete con valenza sempre bidirezionale: Hub-Hub, Hub-Spoke, Spoke-Spoke.

La concordanza, garantita attraverso la rete dei sistemi STAM e STEN, tra la presenza/assenza di patologie severe della gravidanza e/o perinatali ed il luogo di cura, garantisce un'elevata sicurezza





## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

della paziente ed un'ottimizzazione delle risorse, valorizzando e rispettando le peculiarità dei differenti livelli assistenziali dei Punti Nascita.

In presenza di un quadro caratterizzato da estrema variabilità con frammentata distribuzione dei centri nascita che generano un numero eccessivo di trasferimenti, è fondamentale assicurare che i livelli di cure del percorso nascita siano due, come previsto dall'Accordo Stato/Regioni del 16 Dicembre 2010, razionalizzare i Punti nascita che effettuano meno di 500 parti/anno, istituire il sistema di trasporto materno assistito (STAM) ~~per la~~ ai fini della centralizzazione delle gravidanze a rischio e riorganizzare le UTIN, riducendo quelle che assistono meno di 50 neonati/anno di peso < 1.500 gr., al fine di ottimizzare l'assistenza al neonato di basso peso alla nascita e/o patologico. Il rispetto di tali requisiti consente l'esecuzione di un taglio cesareo in condizioni di emergenza/urgenza.

### 7.2 I Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali: PDTA - *Clinical Pathway*

La rete dei servizi deve garantire che il modello di base del PDTA neonatologico e del PN, quale struttura portante della Rete stessa, sia adeguatamente conosciuto e noto all'Utenza.

Ogni PN, sul sito istituzionale, deve rendere accessibile e trasparente la propria offerta di servizi in area materno - infantile in condizione di elezione ed in urgenza/emergenza e rendere trasparente la % di Taglio Cesareo totale sul numero dei nati, la % di Taglio Cesareo declinata secondo le Classi di Robson, la % di Parto Spontaneo, la % di Parto Vaginale dopo Cesareo (*Vaginal Birth After Cesarean - VBAC*), nonché i dati relativi agli esiti materni e neonatali.

Per la valutazione dei PDTA è necessario prevedere gli elementi clinico-assistenziali fondamentali della *check list* di cui all'**allegato IV**.

#### 7.2.1 Elementi clinico-assistenziali fondamentali della *check list* per il cambio setting

- Devono essere presenti e periodicamente verificati, sia nei contenuti che nella loro applicazione, i protocolli e le procedure operative per il passaggio delle pazienti e/o dei neonati e le relative informazioni cliniche tra i vari *setting* assistenziali ed in particolare da quelli del territorio a quelli dell'ospedale e viceversa.
- Nell'elaborazione di protocolli e procedure operative relativi al passaggio di *setting* della madre e/o del neonato, deve essere chiaramente specificata la precisa responsabilità del centro Hub di riferimento di farsi carico dell'accoglienza della madre e/o del neonato proveniente dal proprio centro Spoke. E' necessario che nei suddetti protocolli e procedure sia definito l'eventuale Hub alternativo, ove trasferire la madre e/o il neonato, in assenza, dimostrabile, di posto disponibile presso il centro Hub di riferimento; ciò è importante al fine di ridurre al minimo i tempi di trasferimento della madre/neonato. Si suggerisce in tal senso la predisposizione di precisi e specifici accordi tra i diversi Hub, con la creazione di un collegamento funzionale tra questi, con il coinvolgimento, relativamente agli aspetti logistici e di trasporto, del servizio di emergenza-urgenza 118.
- Qualora la donna in gravidanza o la partoriente necessitino di cure intensive o di altre cure specialistiche o la gravidanza, inizialmente inquadrata a basso rischio, vada incontro a complicanze, il cambio *setting* organizzativo può avvenire nello stesso DEA, nel caso in cui



## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

siano presenti le strutture specialistiche necessarie al trattamento della condizione clinica della paziente. In caso contrario è necessario, mediante attivazione dello STAM, il trasferimento della donna in gravidanza presso strutture ospedaliere con caratteristiche adeguate. Il rispetto del D.M. n.70/2015 e dell'Accordo Stato-Regioni del 16/12/10 riduce al minimo il cambio di *setting*.

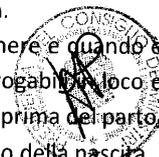
- La Regione deve definire, nel PDTA, i protocolli di gestione delle situazioni di saturazione dei posti letto nella UTIN di riferimento per area, che devono prevedere la garanzia di presa in carico appropriata della situazione di emergenza.
- E' fondamentale che siano definiti e individuati, sia nella fase del travaglio-parto che nella fase di adattamento neonatale, quei segni clinici che portano allo snodo decisionale dell'attivazione dello STAM per garantire adeguati livelli di cure alla nascita alle donne che presentano patologia in gravidanza o patologie per la gravidanza, ovvero all'attivazione dello STAM sulla base di appropriate valutazioni cliniche; risulta determinate che vi sia massima competenza nell'adozione del PDTA più appropriato al caso clinico, con gli strumenti di rilevazione e di rivalutazione clinica basati sulle evidenze, che favoriscono procedure omogenee e utilizzino un linguaggio condiviso.
- Le Centrali Operative 118 devono avere competenze e protocolli necessari per identificare il parto imminente o l'insorgenza di complicanze (eclampsia, distacco di placenta). Gli specialisti che seguono le gravidanze a rischio devono fornire alle pazienti adeguate informazioni circa la necessità di rivolgersi al 118 e le notizie da fornire all'operatore. I protocolli di invio dei mezzi di soccorso/*dispatch* relativi alla gravidanza devono essere concordati con gli specialisti ostetrici, identificare le parole chiave correlate a situazioni di rischio e contenere le indicazioni per il trasporto delle gravidanze a rischio al livello adeguato della Rete.

### 7.2.2 Timing del cambio *setting*

La Regione, anche sulla base di quanto elaborato dal Comitato Percorso Nascita nazionale e regionale, definisce e valida in specifici protocolli e procedure gli elementi principali per il *timing* del cambio di *setting* assistenziale, che richiede specifiche competenze nell'ambito del triage materno-fetale e neonatale.

Il *timing* del cambio di *setting* è sempre determinante nel caso di una gravida con condizioni che ne modificano il livello di rischio da basso ad alto e il cambio di *setting* deve essere immediatamente attivato all'interno dell'ospedale, ovvero verso l'*Hub* di riferimento, che attiverà l'approccio multidisciplinare specifico per la patologia. Analogamente, nel caso di neonato asfittico e candidabile al trattamento di ipotermia, l'attivazione dello STAM deve avvenire appena posta la diagnosi, per consentirne l'avvio della ipotermia entro le prime 6 ore dalla nascita.

L'attivazione dello STAM deve essere precoce per limitare i rischi del parto in itinere e quando è prevedibile la nascita di un neonato che richiede cure intensive neonatali non erogabili in loco e non è possibile il trasporto materno, l'attivazione dello STAM deve essere valutata prima del parto in modo da poter garantire un'adeguata assistenza neonatologica fin dal momento della nascita.





## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

### 7.2.3 Informazioni indispensabili da fornire per il cambio *setting*

La Regione, anche sulla base di quanto elaborato dal Comitato Percorso Nascita nazionale e regionale, definisce e valida in specifici protocolli e procedure gli elementi principali per il cambio di *setting*. In particolare:

- il personale del 118, sia delle centrali operative che dei mezzi di soccorso, deve adottare protocolli e procedure condivise e validate dal Coordinamento della Rete;
- i protocolli e percorsi assistenziali devono essere scritti, basati sulle prove di efficacia disponibili e condivisi tra tutti gli operatori sanitari coinvolti. Tali protocolli devono prevedere l'integrazione con il territorio, nell'ottica di favorire la continuità assistenziale al percorso nascita, la raccolta anamnestica completa, i ricoveri appropriati per livello di Punto Nascita e le modalità di trasporto materno e neonatale in caso di partoriente a rischio e/o in emergenza;
- la comunicazione nel cambio di *setting* deve essere esaustiva e garantire l'effettiva presa in carico da parte della struttura che accoglie;
- in caso di STAM è determinante che nel trasferimento, attraverso la rete delle emergenze, siano fornite in modo documentato tutte le informazioni relative al percorso nascita ed alle cure prestate presso il PN che trasferisce e in particolare dovrà essere condivisa la valutazione circa il rischio del parto in itinere e le conseguenti necessità assistenziali;
- in caso di STEN, la modulistica che gli operatori compilano all'atto della presa in carico del neonato, ad avvenuta stabilizzazione, deve essere completa ed inclusiva dei dati riguardante l'evento parto-nascita;
- al fine di un miglioramento continuo anche attraverso la diffusione delle buone prassi, è fondamentale che la neonatologia che trasferisce il neonato, riceva un *feedback* che consenta di valutare gli esiti delle procedure adottate e, se del caso, di correggerle al fine di imparare effettivamente dall'errore, tramite audit strutturati con la partecipazione di tutti gli operatori coinvolti;
- la valutazione rischio/beneficio dello STEN è fondamentale e deve essere condivisa tra i curanti e la struttura che organizza il trasporto. Solo una stretta interrelazione e cooperazione può consentire di identificare la soluzione più adeguata per il singolo caso;
- in caso di trasporto neonatale tramite STEN, la placenta segue il neonato per poter effettuare valutazioni istologiche approfondite.

### 7.3 Sistemi di monitoraggio della qualità e della sicurezza delle prestazioni/servizi erogati

Deve essere attivo un livello di coordinamento centralizzato (regionale) o semicentralizzato (di macroarea) dei posti letto delle Terapie intensive Neonatali (UTIN) e dei posti letto delle U.O. di ostetricia di II livello, integrata con il Sistema di emergenza urgenza 118, nell'ambito di protocolli condivisi tra Coordinamento Regionale dell'Emergenza e Coordinamento della ReNPuN; ciò deve essere garantito attraverso un sistema informatizzato che ne consenta il monitoraggio, oltre che adempiere agli obblighi informativi legati ai flussi dei sistemi informativi nazionale e regionale. Ai





## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

fini di consentire una corretta gestione della Rete devono essere raccolti dati che consentano il monitoraggio della qualità, della sicurezza e degli esiti dei servizi e delle prestazioni erogate.

### 7.4 I processi di supporto: la formazione

#### 7.4.1 Rilevazione dei bisogni formativi clinico assistenziali ed organizzativi e sviluppo di programmi di formazione/aggiornamento per gli operatori della rete: sviluppo e potenziamento delle competenze ed abilità

La formazione del personale operante nella Rete deve essere basata sulla rilevazione di bisogni formativi coerenti alla funzionalità della Rete stessa (criticità, eventi avversi, inserimento di personale, nuove tecnologie, ecc.) che comprenda anche i modelli e le procedure/protocolli organizzativi interni alla Rete.

I programmi di formazione/aggiornamento, secondo quanto indicato per il Coordinamento di Rete, devono essere orientati anche allo sviluppo e al potenziamento delle competenze ed abilità, anche utilizzando tecniche di simulazione, nell'ottica del miglioramento continuo e del mantenimento dei livelli di qualità e di sicurezza delle attività erogate. In questa logica vanno considerati la formazione continua in medicina (ECM) e tutti gli strumenti di accrescimento e di certificazione delle competenze come gli audit clinici e organizzativi e l'attribuzione dei privilegi (*privileges*).

La partecipazione del personale sanitario alla formazione, garantisce che l'intera organizzazione possa mantenere adeguati livelli di *performance* per la gestione di situazioni di urgenza-emergenza nei diversi livelli di cura secondo quanto previsto dal D.M.n.70/2015.





## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

### 8. LA RETE ICTUS

*La Rete clinico-assistenziale per l'Ictus (RIC) è un modello organizzativo che deve assicurare la presa in carico dei pazienti, mettendo in relazione, con modalità formalizzate e coordinate, professionisti, strutture e servizi che erogano interventi sanitari e sociosanitari di tipologia e livelli diversi nel rispetto della continuità assistenziale e dell'appropriatezza clinica e organizzativa.*

*La Rete individua i nodi e le relative connessioni definendone le regole di funzionamento, il sistema di monitoraggio, i requisiti di qualità e sicurezza dei processi e dei percorsi di cura, di qualificazione dei professionisti e le modalità di coinvolgimento dei cittadini.*

Essa è basata sulle previsioni dell'accordo Stato-Regioni del 3 febbraio 2005, nonché del D.M. n.70/2015 e s.m.i. e, sulla base di un atto programmatico regionale formalizzato, deve:

- assicurare la coerenza tra la programmazione regionale, gli obiettivi della Rete e gli obiettivi dei Direttori Generali delle Aziende sanitarie regionali;
- disporre di un Piano di Rete coerente con gli obiettivi assegnati, le risorse di personale, tecnologiche ed economiche, in coerenza con i requisiti autorizzativi e di Accreditamento Istituzionale e che sia sottoposto a revisione periodica;
- essere basata su specifici PDTA condivisi, che permettano l'integrazione tra le attività dei nodi ospedalieri e territoriali della rete, come definiti per livelli di complessità, compreso il Sistema di emergenza urgenza 118;
- avere un sistema di raccolta dati per la valutazione ed il monitoraggio delle attività svolte, con indicatori e standard di riferimento della Rete.

#### 8.1 I Meccanismi operativi: i processi assistenziali

Il modello di *governance* regionale deve essere coerente con l'organizzazione della Rete così come previsto dal D.M. n.70/2015, tenendo conto dell'Accordo Stato-Regioni del 3 febbraio 2005.

A livello regionale, la Rete ICTus (RIC) è governata da un Organismo di coordinamento (il Coordinamento regionale di Rete) che tiene conto della complessità tecnologica, culturale e gestionale relativa alla diagnosi e al trattamento del paziente con Ictus (ischemico ed emorragico), con funzione di governo in macroaree di significativa rilevanza epidemiologica socio sanitaria, ad indirizzo tecnico professionale di programmazione, di promozione delle azioni, di monitoraggio e valutazione degli esiti.

Le Regioni definiscono un sistema di verifica per la rilevazione della presenza dei requisiti per i livelli di cura (in base ai bacini di utenza), nonché per il loro accreditamento, nonché una *check list* per la verifica degli standard per le *stroke unit* di I livello e di II livello, che renda il percorso di verifica tracciabile e individui le responsabilità della verifica.

In particolare la Rete Ictus deve assicurare che:

- la Telemedicina e i dati informativi siano condivisi tra tutti i punti della Rete regionale Ictus (condivisione neuroimmagini e dati di interesse clinico) e con il Sistema di emergenza urgenza 118, tenendo presente che il coinvolgimento delle *stroke unit* di I e II livello è in relazione agli obiettivi assistenziali del singolo caso (terapia trombolitica endovenosa, trattamento endovascolare, riabilitazione specialistica neurologica strumentale). In questo





## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

senso una solida infrastruttura informatica orientata ad un teleconsulto rapido ed efficiente, consente di colloquiare a distanza con le varie figure specialistiche;

- sia garantito il seguente percorso di riferimento: Allarme → Presa in carico Emergenza Territoriale → stabilizzazione / trasporto e valutazione per centralizzazione → Presa in carico DEA / trattamento / valutazione per trasporto secondario.

E' fondamentale l'educazione dell'utenza a riconoscere i sintomi dello *stroke* ed a rivolgersi immediatamente ai servizi di emergenza.

E' necessario, per una precoce presa in carico e per il massimo efficientamento di Rete in termini di *outcome* di salute, promuovere campagne di comunicazione per i cittadini per la individuazione precoce dei sintomi con il diretto coinvolgimento dei MMG, individuare e definire, a cura degli specialisti neurologi, le parole chiave sui segni tipici iniziali di possibile ictus, attraverso le quali il paziente che chiama direttamente il sistema 118 venga correttamente identificato attribuendo, sin dal contatto telefonico, una indicazione di sospetto ictus. Con le stesse parole chiave il 118 invia il paziente nella struttura più idonea di primo o secondo livello a seconda del tempo trascorso dall'inizio dei sintomi e non al PS più vicino. La struttura idonea, allertata dal 118, deve essere pronta ad accogliere un paziente con sospetto ictus attivando meccanismi di allerta degli specialisti individuati dal PDTA per una precoce presa in carico del paziente con ictus.

La RIC deve identificare la capacità di trattamento delle complicità da parte dei nodi della rete, al fine di poter meglio definire criteri di centralizzazione primaria dei pazienti verso i centri in grado di trattare la specifica patologia. Per assicurare un omogeneo funzionamento dei nodi di Rete è necessario:

- aggiornare periodicamente le linee guida cliniche e assicurare le condizioni per uniformare i comportamenti;
- definire, se non presenti, o aggiornare i PDTA in uso nelle zone/distretto e progettare un PDTA di Bacino/Area Vasta;
- condividere i dati (volumi ed esiti) raccolti per zona di bisogno/domanda;
- analizzare l'offerta dei servizi e la modalità di risposta;
- definire un sistema di monitoraggio di processo;
- individuare i nodi della rete con le procedure che devono essere svolte in ogni singolo nodo e sinergiche con quelle degli altri nodi attivati.

### 8.1.1 Aspetti essenziali di tipo organizzativo legati all'emergenza-urgenza

La RIC deve applicare al contesto regionale quanto previsto dall'Accordo Stato-regioni del 3 febbraio 2015 e dal D.M. n.70/20105, che esplicano il modello organizzativo, richiedendo il rispetto e la verifica della presenza nelle *stroke unit* di I e II livello degli standard operativi, organizzativi, di sicurezza e tecnologici individuati nelle medesime fonti normative.

Devono inoltre essere definiti i requisiti strumentali e le competenze specialistiche necessarie per il monitoraggio durante il trasporto, in relazione alle condizioni cliniche.

In presenza di un quadro caratterizzato da forte variabilità con frammentata distribuzione delle *stroke unit*, è fondamentale ridurre da tre a due i livelli di cure dell'ictus.





## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

E' necessario che i protocolli di invio dei mezzi di soccorso/*dispatch* relativi ai pazienti siano concordati con gli specialisti neurologi e identifichino le parole chiave correlate a situazioni di rischio.

### 8.2.1 Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali: PDTA - *Clinical Pathway*

La rete dei servizi deve garantire che il modello di base del PDTA ICTUS, quale struttura portante della rete stessa, sia adeguatamente conosciuto e noto all'Utenza.

E' fondamentale l'adozione di protocolli per il "codice ictus" che prevedano l'attivazione del *ictus team* prima che il paziente arrivi in PS. I servizi ospedalieri, in particolare la neurologia e la radiologia, devono essere preallertati e pronti ad erogare le prestazioni necessarie immediatamente dopo l'arrivo in ospedale, in quanto il pre-allertamento consente di ridurre drasticamente i tempi diagnostici.

Ogni struttura, sul proprio sito istituzionale, deve rendere accessibile e trasparente la propria offerta di servizi in area Ictus. Ciò significa rendere trasparenti i criteri di valutazione, gli indicatori nonché i dati relativi agli esiti di cui **allegati VI e VII**.

#### 8.2.1 Elementi clinico-assistenziali fondamentali della *check list* per il cambio *setting*

- Devono essere presenti e periodicamente verificati, sia nei contenuti che nella loro applicazione, protocolli e procedure operative per il passaggio tra i vari *setting* assistenziali dei pazienti e le relative informazioni cliniche ed in particolare da quelli del territorio a quelli dell'ospedale e viceversa.
- La Regione deve definire, nel PDTA, i protocolli di gestione delle situazioni di saturazione dei posti letto nelle S.U. di riferimento per area, che devono prevedere la garanzia di presa in carico appropriata della situazione di emergenza.
- Devono essere previste procedure operative per la centralizzazione e per il trasporto secondario (*drip and ship*), integrate con le procedure di PS (radiologie di PS) nel caso di diagnostica Tac-AngioTac per la centralizzazione secondaria su Centro di Neurologia Interventistica. (Con consulto e invio immagini centro *Hub*).
- E' fondamentale che siano definiti e individuati, quei segni clinici che portano allo snodo decisionale dell'attivazione del trasporto II per garantire adeguati livelli di cure: risulta determinate che vi sia massima competenza nell'adozione del PDTA più appropriato al caso clinico, con gli strumenti di rilevazione e (ri-) valutazione clinica basati sulle evidenze, che favoriscono procedure omogenee ed un linguaggio comune, noto a tutti e riconosciuto.
- E' necessaria la presenza di team "neurovascolare" dedicato.
- Le Centrali Operative 118, devono disporre di protocolli di invio dei mezzi di soccorso/*dispatch*, relativi ai casi di ictus, concordati con gli specialisti neurologi, che identifichino le parole chiave correlate a situazioni di rischio e contengano le indicazioni per il trasporto dei pazienti al livello adeguato della rete.

Algoritmo per il cambio *setting*:







## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

- il personale del 118, sia delle centrali operative che dei mezzi di soccorso, deve adottare protocolli e procedure condivise e validate dal Coordinamento della rete;
- i protocolli e percorsi assistenziali tra i nodi di Rete devono essere scritti, basati sulle prove di efficacia disponibili e condivisi tra tutti gli operatori sanitari coinvolti. Tali protocolli devono prevedere l'integrazione con il territorio, nell'ottica di favorire la continuità assistenziale, la raccolta anamnestica completa, i ricoveri appropriati nelle strutture (*Stroke unit* di I e II livello) e le modalità di trasporto in emergenza;
- le informazioni essenziali sono quelle anamnestiche, i parametri vitali, i dati di *imaging*, le terapie praticate e in corso ed il trend dei segni neurologici;
- comunicare bene nel cambio di *setting* garantisce l'effettiva presa in carico da parte della struttura che accoglie;
- in caso di trasferimento secondario, è determinante che nel trasferimento, attraverso la rete delle emergenze, siano fornite in modo documentato tutte le informazioni relative al caso ed alle cure prestate presso l'ospedale che trasferisce;
- al fine di implementare buone prassi è fondamentale che l'ospedale che trasferisce riceva un *feedback* che consenta di valutare gli esiti delle procedure adottate e se del caso di correggerle al fine di imparare effettivamente dall'errore, tramite audit strutturati con la partecipazione di tutti gli operatori;
- devono essere elaborati accordi specifici tra i diversi attori coinvolti nella Rete Ictus per una efficace e rapida presa in carico del paziente, con tempi definiti in accordo ai diversi scenari del percorso clinico. In particolare va tenuto presente che il *timing* del cambio di *setting* dovrebbe essere condizionato dagli obiettivi del progetto assistenziale per discriminare come, dopo la fase di acuzie, siano possibili oltre alla dimissione a domicilio, il trasferimento in strutture per lungodegenza (codice 60) o in RSA, il trasferimento in strutture per la Riabilitazione neurologica (codice 56) o, più raramente, in struttura per la Riabilitazione intensiva ad alta specializzazione (codice 75) (appropriato solo nell'1-3% dei casi);
- dai primi giorni di ricovero in *Stroke Unit* è necessaria una valutazione fisiatica al fine di selezionare nel più breve tempo possibile i pazienti candidabili a trasferimento presso reparto riabilitativo. A tale scopo si ritiene opportuno che ogni reparto per acuti stabilisca relazioni operative con unità di riabilitazione dotate di equipe specializzata per il trattamento dei pazienti affetti da deficit neurologico secondario a patologia cerebrovascolare acuta;
- il cambio di *setting* deve avvenire ad avvenuta stabilizzazione dei parametri vitali e del deficit neurologico e al termine degli accertamenti necessari per identificare la patogenesi dell'ictus cerebrale.



### 8.3 Sistemi di monitoraggio della qualità e della sicurezza delle prestazioni/servizi erogati

Deve essere attivo un livello di coordinamento centralizzato (regionale) o semicentralizzato (di macroarea) dei posti letto delle *stroke unit*, in maniera integrata con il Sistema di emergenza urgenza 118, attraverso un sistema informatizzato che ne consenta il monitoraggio oltre che



## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

adempire agli obblighi informativi legati ai flussi dei sistemi informativi nazionale e regionale. Ai fini di consentire una corretta gestione della Rete devono essere raccolti dati che consentano il monitoraggio della qualità, della sicurezza e degli esiti delle attività e delle prestazioni erogate.

### 8.4 I processi di supporto: la formazione

#### 8.4.1 Rilevazione dei bisogni formativi clinico assistenziali ed organizzativi e sviluppo di programmi di formazione/aggiornamento per gli operatori della rete: sviluppo e potenziamento delle competenze ed abilità

La formazione del personale operante nella Rete deve essere basata sulla rilevazione di bisogni formativi coerenti alla funzionalità della Rete stessa (criticità, eventi avversi, inserimento di personale, nuove tecnologie, ecc.) che comprenda anche i modelli e le procedure/protocolli organizzativi interni alla rete.

La partecipazione del personale sanitario alla formazione continua in medicina (ECM) anche con tecniche di apprendimento in aula di simulazione, garantisce il mantenimento di adeguati livelli di performance per la gestione di situazioni di urgenza-emergenza nei diversi livelli di cura secondo quanto previsto dal D.M. n.70/2015 in ragione dei livelli di competenza del personale coinvolto. In tal senso vanno promossi percorsi di certificazione delle *clinical competence*, con l'attribuzione dei privilegi (*privileges*), quali processi che concorrono al miglioramento continuo del ciclo delle performance e all'accrescimento professionale degli operatori.





## *Agencia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

### 9. LA RETE TRAUMA

*La Rete clinico-assistenziale per il Trauma (ReTra) è un modello organizzativo che deve assicurare la presa in carico dei pazienti, mettendo in relazione, con modalità formalizzate e coordinate, professionisti, strutture e servizi che erogano interventi sanitari e sociosanitari di tipologia e livelli diversi nel rispetto della continuità assistenziale e dell'appropriatezza clinica e organizzativa.*

La Rete individua i nodi e le relative connessioni definendone le regole di funzionamento, il sistema di monitoraggio, i requisiti di qualità e sicurezza dei processi e dei percorsi di cura, di qualificazione dei professionisti e le modalità di coinvolgimento dei cittadini. Essa è basata sulle previsioni dell'accordo Stato-Regioni G.U. 7.12.2001, nonché del D.M. n.70/2015 e s.m.i. e, sulla base di un atto programmatico regionale formalizzato, deve:

- assicurare la coerenza tra la programmazione regionale, gli obiettivi della Rete e gli obiettivi dei Direttori Generali delle Aziende sanitarie regionali;
- disporre di un Piano di Rete coerente con gli obiettivi assegnati, le risorse di personale, tecnologiche ed economiche, in coerenza con i requisiti autorizzativi e di Accredimento Istituzionale e sia sottoposto a revisione periodica;
- essere basata su specifici PDTA condivisi, che permettano l'integrazione tra le attività dei nodi ospedalieri e territoriali della rete, come definiti per livelli di complessità, compreso il Sistema di Emergenza Urgenza 118;
- avere un sistema di raccolta dati per la valutazione ed il monitoraggio delle attività svolte, con indicatori e standard di riferimento della Rete.

#### 9.1 I Meccanismi operativi: i processi assistenziali

Il modello di *governance* regionale deve essere coerente con l'organizzazione della Rete, come previsto dal DM 70/2015, tenendo conto dell'Accordo Stato regioni del 3 febbraio 2005.

A livello regionale, la Rete clinico-assistenziale per il Trauma (ReTra) è governata da un Organismo di coordinamento (Coordinamento regionale di Rete) che tiene conto della complessità tecnologica, culturale e gestionale relativa alla diagnosi e al trattamento del paziente con Trauma con funzione di governo in macroaree di significativa rilevanza epidemiologica socio sanitaria, ad indirizzo tecnico professionale di programmazione, promozione delle azioni, monitoraggio e valutazione degli esiti.

Ciò richiede di 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, come indicato nell'**allegato VIII**, in:

- presidi di pronto soccorso per traumi (PST)
- centri traumi di zona (CTZ)
- centri traumi di alta specializzazione (CTS).

Tali strutture devono essere integrate con centri che svolgono funzioni particolarmente specifiche, concentrate in un unico Centro regionale o in centri sovra-regionali, quali Centro Grandi Ustionati, Unità Spinali Unipolari e Riabilitazione del Cranioleso, Camera Iperbarica, Centro per il Trattamento delle Amputazioni traumatiche e Microchirurgia, Centro Antiveleni.





## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

Le Regioni e P.A. definiscono un sistema di verifica per la rilevazione della presenza dei requisiti per i livelli di cura (in base ai bacini di utenza), nonché per il loro accreditamento. Tali verifiche possono basarsi su un sistema di valutazione nonché su una *check list* per la verifica degli standard, che renda il percorso di verifica tracciabile e individui le responsabilità della verifica.

In questo senso una solida infrastruttura informatica orientata ad un teleconsulto rapido ed efficiente, consente di colloquiare a distanza con le varie figure specialistiche.

Occorre definire i protocolli operativi che consentano di effettuare un filtro adeguato dei pazienti con sospetto trauma maggiore e l'invio dei mezzi di soccorso/*dispatch* adeguati che possano intervenire in modo tempestivo per iniziare il trattamento clinico e prevenire l'evoluzione delle lesioni e, utilizzando le parole chiave, effettuare il trasferimento nella struttura di primo o secondo livello considerata più appropriata per il paziente.

La ReTra deve identificare la capacità di trattamento delle complicità da parte dei nodi della rete, al fine di poter definire criteri di centralizzazione primaria dei pazienti verso i centri in grado di trattare la specifica patologia. Al riguardo è necessario:

- aggiornare periodicamente le linee guida cliniche e uniformare i comportamenti;
- definire se non presenti o aggiornare i PDTA in uso nelle zone/distretto e progettare un PDTA di Bacino/Area Vasta;
- condividere i dati (volumi ed esiti) raccolti per zona di bisogno/domanda;
- analizzare l'offerta dei servizi e la modalità di risposta;
- definire un sistema di monitoraggio di processo;
- individuare i nodi della rete con le procedure che devono essere svolte in ogni singolo nodo e sinergiche con quelle degli altri nodi attivati.

### 9.1.1 Aspetti essenziali di tipo organizzativo legati all'emergenza-urgenza

La ReTra deve applicare al contesto regionale quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 3 febbraio 2005 e dal D.M. n. 70/20105 che esplicano il modello organizzativo, richiedendo il rispetto e la verifica della presenza degli standard operativi, organizzativi, di sicurezza e tecnologici individuati nel suddetto Accordo.

Devono inoltre essere definiti i requisiti strumentali e le competenze specialistiche necessarie per il monitoraggio durante il trasporto, in relazione alle condizioni cliniche.

E' necessario che i protocolli di invio dei mezzi di soccorso/*dispatch* relativi ai pazienti siano concordati con gli specialisti, identificando le parole chiave correlate a situazioni di rischio e che quindi le centrali operative utilizzino tali protocolli condivisi per l'invio del mezzo più adeguato del paziente nella struttura più appropriata.

### 9.2 I Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali: PDTA - *Clinical Pathway*

La rete dei servizi deve garantire che il modello di base del PDTA della Rete Trauma, quale struttura portante della rete stessa, sia adeguatamente conosciuto e noto all'Utenza.

E' fondamentale l'adozione di protocolli per il "codice trauma" che prevedano l'attivazione del team trauma prima che il paziente arrivi in PS. I servizi ospedalieri devono essere preallertati e





## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

pronti ad erogare le prestazioni necessarie immediatamente dopo l'arrivo in ospedale, in quanto il pre-allertamento consente di ridurre drasticamente i tempi diagnostici.

Ogni struttura, sul sito istituzionale, deve rendere accessibile e trasparente la propria offerta di servizi per rendere trasparenti gli indicatori nonché dati relativi agli esiti.

I PDTA debbono prevedere quali elementi essenziali quelli indicati nell'allegato VIII.

### 9.2.1 Elementi clinico-assistenziali fondamentali della *check list* per il cambio *setting*

- Devono essere presenti e periodicamente verificati, sia nei contenuti che nella loro applicazione, protocolli e procedure operative per il passaggio tra i vari *setting* assistenziali dei pazienti e le relative informazioni cliniche ed in particolare da quelli del territorio a quelli dell'ospedale e viceversa. E' necessaria inoltre a verifica che i Centri Hub posseggano le infrastrutture di collegamento necessarie alla Rete
- La Regione deve definire, nel PDTA, i protocolli di gestione delle situazioni di saturazione dei posti letto nelle Terapie intensive di riferimento per area, che devono prevedere la garanzia di presa in carico del paziente anche nella situazione di emergenza (carenza posto letto in Terapia Intensiva) attraverso meccanismi di trasferimento dei pazienti al fine di liberare i posti letto necessari nei centri Hub.
- Devono essere previste procedure operative per la centralizzazione e per il trasporto secondario, integrate con le procedure di PS (radiologie di PS) nel caso di diagnostica Tac-AngioTac per la centralizzazione secondaria su Centro di Interventistica. (con consulto e invio immagini centro *hub*).
- E' fondamentale che siano definiti e individuati, quei segni clinici che portano allo snodo decisionale dell'attivazione del trasporto II per garantire adeguati livelli di cure: risulta determinate che vi sia massima competenza nell'adozione del PDTA più appropriato al caso clinico, con gli strumenti di rilevazione e (ri-) valutazione clinica basati sulle evidenze, che favoriscono procedure omogenee ed un linguaggio comune, noto a tutti e riconosciuto.
- E' necessaria la presenza di Trauma Team dedicato.
- Le Centrali Operative 118, devono disporre di protocolli di invio dei mezzi di soccorso/*dispatch*, relativi ai casi di trauma che devono essere concordati con gli specialisti ed identificare le parole chiave correlate a situazioni di rischio oltre che contenere le indicazioni per il trasporto dei pazienti al livello adeguato della Rete.
- Cambio *setting* da Ospedale vs. Riabilitazione: occorre prevedere specifici protocolli per la valutazione del paziente nella fase di degenza acuta e precoce presa in carico riabilitativa. Durante il ricovero l'equipe riabilitativa valuta il paziente con il responsabile del caso, secondo criteri clinici e valutazione funzionale di autonomia, per il passaggio nei *setting* assistenziali-riabilitativi di ricovero (~~cod. 56~~) appropriati o in struttura residenziale territoriale con modulo riabilitativo, o domicilio, secondo un piano individuale di trattamento personalizzato e monitorato dall'equipe riabilitativa. E' necessario venga attivato un programma di follow up anche attraverso sistemi di telemedicina.





## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

### 9.2.2 *Timing del cambio setting*

La Regione definisce e valida in specifici protocolli e procedure gli elementi principali per il *timing* del cambio di *setting* assistenziale, che richiede specifiche competenze.

Il *timing* del cambio di *setting* è sempre determinante, deve avvenire appena posta la diagnosi, per consentirne l'avvio dei trattamenti secondo i tempi trascorsi dall'esordio dei sintomi.

### 9.2.3 *Informazioni indispensabili da fornire per il cambio setting*

La Regione definisce e valida in specifici protocolli e procedure gli elementi principali per il cambio di *setting*. In particolare devono essere presenti i seguenti elementi:

- il personale del 118, sia delle centrali operative che dei mezzi di soccorso, deve adottare protocolli e procedure condivise e validate dal Coordinamento della rete;
- occorre dotarsi di protocolli e percorsi assistenziali scritti, basati sulle prove di efficacia disponibili e condivisi tra tutti gli operatori sanitari coinvolti. Tali protocolli devono prevedere l'integrazione con il territorio, nell'ottica di favorire la continuità assistenziale, la raccolta anamnestica completa, i ricoveri appropriati nelle strutture e le modalità di trasporto in emergenza;
- le informazioni essenziali sono quelle anamnestiche, i parametri vitali, i dati di *imaging*, le terapie praticate e in corso ed il trend dei segni neurologici;
- comunicare adeguatamente nel cambio di *setting* garantisce l'effettiva presa in carico da parte della struttura che accoglie;
- in caso di trasferimento secondario è determinante che nel trasferimento, attraverso la rete delle emergenze, siano fornite in modo documentato tutte le informazioni relative al caso ed alle cure prestate presso l'ospedale che trasferisce;
- al fine di adottare delle buone prassi è fondamentale che l'ospedale che trasferisce riceva un *feedback* che consenta di valutare gli esiti delle procedure adottate e, se del caso, di correggerle al fine di imparare effettivamente dall'errore, tramite audit strutturati con la partecipazione di tutti gli operatori;
- è necessario definire accordi specifici tra i diversi attori coinvolti nella Rete Trauma per una efficace e rapida presa in carico del paziente, con tempi definiti in accordo ai diversi scenari del percorso clinico. In particolare va tenuto presente che il *timing* del cambio di *setting* dovrebbe essere condizionato dagli obiettivi del progetto assistenziale per discriminare come, dopo la fase di acuzie, siano possibili, oltre alla dimissione a domicilio, il trasferimento in strutture per lungodegenza (codice 60) o in RSA, il trasferimento in strutture per la Riabilitazione neurologica (codice 56) o, più raramente, in strutture per la Riabilitazione intensiva ad alta specializzazione (codice 75) (appropriato solo nell'1-3% dei casi);
- è necessaria, dai primi giorni di ricovero, una valutazione fisiatrica al fine di selezionare nel più breve tempo possibile i pazienti candidabili a trasferimento presso reparto riabilitativo. A tale scopo è opportuno che ogni reparto per acuti stabilisca relazioni operative con unità di riabilitazione dotate di equipe specializzata per il trattamento dei pazienti affetti da deficit neurologico secondario trauma acuto;



## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

- il cambio di *setting* deve avvenire ad avvenuta stabilizzazione dei parametri vitali e del deficit neurologico.

### 9.3 Sistemi di monitoraggio della qualità e della sicurezza delle prestazioni/servizi erogati

Deve essere attivo un livello di coordinamento centralizzato (regionale) o semicentralizzato (di macroarea) dei posti letto delle Terapie intensive, in maniera integrata con il Sistema di emergenza urgenza 118, attraverso un sistema informatizzato che ne consenta il monitoraggio oltre che di adempiere agli obblighi informativi legati ai flussi dei sistemi informativi nazionale e regionale e con appropriati indicatori (**allegato IX**). Ai fini di consentire una corretta gestione della Rete devono essere raccolti dati che consentano il monitoraggio della qualità, della sicurezza e degli esiti dei servizi e delle prestazioni erogate.

### 9.4 I processi di supporto: la formazione

#### 9.4.1 Rilevazione dei bisogni formativi clinico assistenziali ed organizzativi e sviluppo di programmi di formazione/aggiornamento per gli operatori della rete: sviluppo e potenziamento delle competenze ed abilità

La formazione del personale operante nella Rete deve essere basata sulla rilevazione di bisogni formativi coerenti alla funzionalità della Rete stessa (criticità, inserimento di personale, nuove tecnologie, ecc.) che comprenda anche i modelli e le procedure/protocolli organizzativi interni alla Rete.

La partecipazione del personale sanitario alla formazione continua in medicina (ECM) anche con tecniche di apprendimento in aula di simulazione, garantisce il mantenimento di adeguati livelli di performance per la gestione di situazioni di urgenza-emergenza nei diversi livelli di cura secondo quanto previsto dal D.M. n.70/2015 in ragione dei livelli di competenza del personale coinvolto. In tal senso vanno promossi percorsi di certificazione delle *clinical competence*, con l'attribuzione dei privilegi (*privileges*), quali processi che concorrono al miglioramento continuo del ciclo delle performance e all'accrescimento professionale degli operatori.





*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

**10. ALLEGATI**

**I- INDICATORI "CONNESSIONE NODI DI RETE"**

LIVELLO	INDICATORE	DEFINIZIONE	FONTE	STANDARD
I	Ricognizione dei modelli organizzativi adottati dalle Regioni per la realizzazione della connessione dei nodi di Rete	Regioni e P.A. che hanno appositi provvedimenti/totali delle Regioni e P.A.	Linee Guida revisione reti cliniche e successivi aggiornamenti	1° anno: ≥ 10% 2° anno: ≥ 30% 3° anno: ≥ 80%
II	Strumenti adottati per la valorizzazione dell'attività professionale su base volontaria e/o di incentivazione	Regioni e P.A. che hanno deliberato apposite previsioni nell'atto regionale ( <i>punto 2.1</i> ) /totale delle Regioni e P.A.	Linee Guida revisione reti cliniche e successivi aggiornamenti	2° anno: ≥ 30% 3° anno: ≥ 80%
II	Ricognizione quali-quantitativa del personale per la realizzazione del modello organizzativo adottato	Numero del personale disponibile per profilo/totale del personale afferente al profilo considerato	Linee Guida revisione reti cliniche e successivi aggiornamenti	2° anno: ≥ 30% 3° anno: ≥ 80%
II	Informazione ai pazienti e comunicazione ai cittadini	Regioni e P.A. che hanno formalizzato apposite procedure/totale delle Regioni e P.A.	Linee Guida revisione reti cliniche e successivi aggiornamenti	2° anno: ≥ 30% 3° anno: ≥ 80%
II	Prestazioni oggetto delle modalità organizzative per la connessione dei nodi di rete	Regioni e P.A. che hanno formalizzato apposite direttive/totale delle Regioni e P.A.	Linee Guida revisione reti cliniche e successivi aggiornamenti	2° anno: ≥ 30% 3° anno: ≥ 80%
II	Definizione del Programma di formazione e aggiornamento	Regioni e P.A. che hanno formalizzato appositi Programmi/ totale delle Regioni e P.A.	Linee Guida revisione reti cliniche e successivi aggiornamenti	2° anno: ≥ 30% 3° anno: ≥ 80%





*Agencia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

**II- RETE CARDIOLOGICA PER L'EMERGENZA - ELEMENTI CLINICO ASSISTENZIALI  
FONDAMENTALI DELLA CHECK LIST PER IL CAMBIO SETTING**

**A) Per tutte le patologie:**

1. volumi di attività
2. indicatori (*vedi allegato III*)
3. *setting* di provenienza
4. diagnosi *setting* di provenienza
5. dati anagrafici
6. diagnosi di ricovero
7. ora insorgenza sintomi
8. sintomi concomitanti
9. patologie concomitanti rilevanti
10. farmaci assunti in cronico
11. parametri vitali (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, saturazione O2) ed eventuali variazioni significative durante il trasporto o la degenza
12. terapia effettuata dal momento della prima osservazione
13. eventuali complicanze e relativa gestione
14. ora del primo contatto medico
15. stratificazione prognostica
16. terapia alla dimissione
17. prevenzione secondaria
18. problematiche presenti al cambio *setting*
19. *timing* delle visite di controllo
20. dati clinici, di laboratorio e strumentali al momento del ricovero
21. indicazione su eventuali strategie terapeutiche presso il nuovo *setting* assistenziale.

**B) Per IMA:**

22. ora insorgenza dolore o sintomi equivalenti
23. sede e caratteristiche del dolore o sintomi equivalenti
24. orario della chiamata del 118
25. orario di arrivo del mezzo sul posto
26. orario di esecuzione del tracciato
27. orari eventuale teletrasmissione dell'ECG
28. orario della diagnosi elettrocardiografica
29. orario di partenza dell'ambulanza
30. orario di arrivo del mezzo in ospedale
31. orario di eventuale partenza dell'ambulanza dallo *Spoke* per centro Hub
32. orario di arrivo del mezzo in ospedale *Hub*
33. orario di arrivo al PS





*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

34. orario di esecuzione del tracciato in PS
35. DI-DO (dal primo contatto medico alla dimissione del PS o alla partenza dell'ambulanza verso l'emodinamica)
36. tempo dal primo contatto medico al gonfiaggio del palloncino in emodinamica (*door-to-balloon time*)
37. orario di ingresso in emodinamica
38. orario di gonfiaggio del palloncino
39. procedura eseguita

C) Cardiocirurgia:

40. decorso postoperatorio, durata e descrizione delle eventuali complicanze maggiori e minori, emotrasfusioni e condizioni cliniche pre-dimissione
41. dati clinici pre-dimissione (parametri vitali, elettrocardiogramma, radiografia del torace, ecocardiogramma transtoracico, esami ematochimici completi con eventuale indicazione dei parametri da monitorare)
42. Classe *Killip* massima
43. FEVS
44. FEVS  $\geq 40\%$  -  $< 45\%$  con: pattern di riempimento diastolico restrittivo e/o insufficienza mitralica  $> 1$  e/o WMSI elevato e ventricolo non dilatato
45. importante variazione del BNP/NTproBNP
46. arteriopatia periferica
47. storia di angina o pregresso infarto miocardico
48. malattia coronarica multivasale
49. rivascolarizzazione incompleta (es. motivi tecnici, PTCA primaria, aggravamento delle condizioni del paziente, ecc.)
50. paziente non rivascolarizzato.





*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

**III- RETE CARDIOLOGICA PER L'EMERGENZA- INDICATORI**

INDICATORI DI PRIMO LIVELLO

Rappresentano indicatori direttamente implementabili sulla base dei flussi informativi disponibili e riguardano la valutazione della Rete negli aspetti più strettamente legati all'ospedalizzazione, nonché sull'uso integrato degli stessi flussi informativi, quali ad esempio EMUR e SDO, che consentono anche una valutazione combinata dell'assistenza ospedale-territorio.

La maggior parte di questi indicatori vengono routinariamente calcolati dai flussi correnti e dal PNE e possono essere utilizzati anche ai fini del monitoraggio delle Reti.

INDICATORI DI SECONDO LIVELLO:

Non sono calcolabili direttamente a partire dai flussi informativi correnti ma possono essere implementati attraverso l'uso integrato di sistemi informativi già esistenti, quali ad esempio SDO, EMUR, con il Sistema Informativo Anagrafe Tributaria e possono altresì essere integrati con ulteriori indicatori proxy della valutazione dell'assistenza territoriale.





*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

LIVELLO	INDICATORE	DEFINIZIONE	FONTE	STANDARD	DIMENSIONE
I	Proporzione di infarti miocardici acuti (IMA) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 2 giorni dal ricovero	Numero di episodi IMA in cui il paziente ha eseguito una PTCA entro 2 giorni/ Numero totale di episodi di IMA	PNE		efficacia/ appropriatezza
I	Proporzione di STEMI (infarti miocardici con sopraslivellamento del tratto st) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 2 giorni	Numero di episodi STEMI in cui il paziente ha eseguito una PTCA entro 2 giorni/ Numero totale di episodi STEMI	PNE	>70%	efficacia/ appropriatezza
I	Proporzione di NSTEMI (infarti miocardici senza sopraslivellamento del tratto st) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 2 giorni	Numero di episodi NSTEMI in cui il paziente ha eseguito una PTCA entro 2 giorni/ Numero totale di episodi NSTEMI	PNE	>70%	efficacia/ appropriatezza
I	Mortalità a trenta giorni dal ricovero per IMA	Numero di decessi entro 30 giorni dal ricovero per IMA/Numero totale di episodi IMA	PNE	<9%	efficacia/ appropriatezza
I	Mortalità a trenta giorni dal ricovero per un episodio di STEMI	Numero di decessi entro 30 giorni dal ricovero per STEMI/Numero totale di episodi STEMI	PNE	<11%	efficacia/ appropriatezza
I	Mortalità a trenta giorni dal ricovero per un episodio di NSTEMI	Numero di decessi entro 30 giorni dal ricovero per NSTEMI/Numero totale di episodi NSTEMI	PNE	<6	efficacia/ appropriatezza
I	Proporzione di STEMI trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 90' dal primo contatto con il Servizio Sanitario (118, PS o struttura di ricovero)	Numero di episodi STEMI in cui il paziente ha eseguito una PTCA entro 90' dal primo contatto con il Servizio Sanitario/Numero totale di episodi STEMI	SDO EMUR	>60%	efficacia/ appropriatezza
I	Mortalità a 12 mesi dei sopravvissuti ad infarto acuto del miocardio	Numero di decessi entro 12 mesi dalla dimissione dal ricovero per IMA/Numero totale di dimessi vivi dal ricovero per IMA	PNE		territoriale





*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

LIVELLO	INDICATORE	DEFINIZIONE	FONTE	STANDARD	DIMENSIONE
1	<i>Proporzione di pazienti con STEMI ricoverati in un ospedale spoke e mai trasferiti in hub</i>	Numero di pazienti con evento STEMI ricoverati in spoke e mai trasferiti in hub/ Numero di pazienti con evento STEMI ricoverati in spoke	SDO	<20%	efficienza/ sicurezza
1	<i>Proporzione di ricoveri per IMA per destinazione</i>	Numero di episodi di IMA con almeno un passaggio in UTIC, TI, Cardiologia/Numero totale di episodi IMA	SDO	90%	efficienza/ sicurezza
1	<i>Mortalità intraospedaliera di pazienti con episodio di STEMI per stabilimento/cardiologia</i>	Numero di decessi entro il ricovero per STEMI per stabilimento/cardiologia /Numero totale di episodi STEMI per stabilimento/cardiologia	SDO	<12% e <8% rispettivamente	efficienza/ sicurezza
1	<i>Mortalità intraospedaliera di pazienti con episodio di NSTEMI per stabilimento/cardiologia</i>	Numero di decessi entro il ricovero per NSTEMI per stabilimento/cardiologia /Numero totale di episodi NSTEMI per stabilimento/cardiologia	SDO	<8% e <4% Rispettivamente	efficienza/ sicurezza
1	<i>Volume di ricoveri per IMA</i>	Numero di ricoveri per IMA	PNE	>200	efficienza/ sicurezza
1	<i>Ospedalizzazioni per PTCA</i>	Numero di ricoveri con intervento di PTCA	PNE	>200-400	efficienza/ sicurezza
1	<i>Volume di ricoveri per BPAC</i>	Numero di ricoveri con interventi di BPAC	PNE	>150	efficienza/ sicurezza
1	<i>Proporzione di pazienti STEMI che allertano il 118</i>	Numero di pazienti con evento STEMI che allertano il 118/totale dei pazienti con evento STEMI della rete	SDO EMUR	>70%	efficienza/ sicurezza
1	<i>Proporzione di pazienti trasferiti direttamente in emodinamica dal 118</i>	Numero di pazienti con evento STEMI che arrivano direttamente in emodinamica con il 118 (senza verbale di PS o con sosta in PS inferiore a 10') / totale dei pazienti con evento STEMI della rete	SDO EMUR	>70%	efficienza/ sicurezza
1	<i>Proporzione di pazienti direttamente trasferiti da PS Spoke ad Hub</i>	Numero di pazienti con evento STEMI che arrivano con qualsiasi mezzo in PS Spoke e che, senza essere ricoverati, vengono trasferiti in Hub / totale dei pazienti con evento STEMI della rete	SDO EMUR	>90%	efficienza/ sicurezza
1	<i>Tempo mediano di sosta in PS</i>	Tempo mediano di sosta in PS	SDO EMUR	<30'	efficienza/ sicurezza





*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

LIVELLO	INDICATORE	DEFINIZIONE	FONTE	STANDARD	DIMENSIONE
I	<i>Eventi maggiori cardiovascolari e cerebrovascolari (MACCE) entro 12 mesi da un ricovero per infarto acuto del miocardio</i>	Numero di re-ricoveri per eventi maggiori cardiovascolari e cerebrovascolari (MACCE) entro 12 mesi dalla dimissione dal ricovero per IMA/Numero totale di dimessi vivi dal ricovero per IMA	PNE		territoriale





*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*  
IV- RETE PER LA NEONATOLOGIA E I PUNTI NASCITA - ELEMENTI CLINICO  
ASSISTENZIALI FONDAMENTALI PER LA CHECK LIST PER LA VALUTAZIONE DEI PDTA

1. volumi di attività
2. indicatori (*vedi allegato V*)
3. la programmazione degli Audit interni
4. la descrizione delle modalità di presa in carico delle pazienti
5. i protocolli e le procedure con la descrizione precisa dei criteri di passaggio tra i vari *setting*, il relativo *timing* ed i contenuti informativi indispensabili della relativa documentazione sanitaria
6. il piano di assistenza personalizzato
7. la presenza di eventuali accordi "di confine" interregionali per la gestione della mobilità sanitaria
8. il personale medico ed infermieristico del Sistema di emergenza urgenza 118, deve possedere un'adeguata formazione in materia di assistenza al parto
9. le ambulanze devono avere a bordo dotazioni specifiche per l'assistenza neonatale e pediatrica, inclusi sistemi di ritenuta adeguati all'età ed alla dimensione dei pazienti
10. per il trasporto antenatale devono essere definiti specifici protocolli che identifichino le indicazioni e le controindicazioni al trasporto, nonché il livello di assistenza che deve essere garantito nelle diverse condizioni cliniche (in particolare: possibilità di parto in itinere e necessità assistenziali del neonato), prevedendo espressamente la presenza a bordo delle figure professionali e degli specialisti necessari a garantire l'adeguata assistenza alla madre e se necessario al bambino
11. deve essere garantita a bordo dell'ambulanza un'assistenza multidisciplinare adeguata alle necessità preventive, in quanto il trasporto antenatale presenta alcune criticità specifiche: il parto di un neonato potenzialmente critico a bordo dell'ambulanza è un evento che comporta elevati rischi e che deve essere evitato se possibile o comunque valutato con il rischio del parto espletato in loco e questa valutazione deve avvenire sulla base di criteri oggettivi, validati e condivisi
12. deve essere effettuata una corretta valutazione del rischio della donna in gravidanza, sulla base di criteri (fattori biologici, sociali, psicologici) condivisi dall'equipe assistenziale multi-professionale e multi-disciplinare, riportati nella documentazione clinica, che è la base per l'impostazione del piano di assistenza personalizzato appropriato e per la precoce individuazione delle potenziali complicanze
13. è necessario adottare appropriate modalità di comunicazione con la donna, per aiutarla a comprendere il significato del concetto di "rischio"
14. nell'ambito di un processo di rivalutazione continuo e dinamico che non sostituisce un'adeguata e continuativa sorveglianza della donna e del feto in travaglio, è necessario provvedere alla classificazione del rischio, durante il decorso della gravidanza, al momento del ricovero, durante il travaglio a cui devono conseguire specifici "percorsi assistenziali" differenziati per profilo di rischio e caratterizzati da definite responsabilità cliniche e organizzative.





*Agencia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

**V- RETE PER LA NEONATOLOGIA E I PUNTI NASCITA- INDICATORI**

**INDICATORI DI PRIMO LIVELLO**

Rappresentano indicatori direttamente implementabili sulla base dei flussi informativi disponibili e riguardano la valutazione della Rete negli aspetti più strettamente legati all'ospedalizzazione, nonché sull'uso integrato degli stessi flussi informativi, quali ad esempio CEDAP e SDO, che consentono anche una valutazione combinata dell'assistenza ospedale-territorio.

La maggior parte di questi indicatori vengono routinariamente calcolati dai flussi correnti e dal PNE e possono essere utilizzati anche ai fini del monitoraggio delle Reti.

**INDICATORI DI SECONDO LIVELLO:**

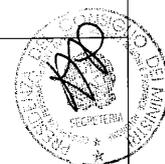
Non sono direttamente calcolabili a partire dai flussi informativi correnti ma possono essere implementati attraverso l'uso integrato di sistemi informativi già esistenti, quali ad esempio SDO, CEDAP, EMUR, con il Sistema Informativo Anagrafe Tributaria e possono altresì essere integrati con ulteriori indicatori proxy della valutazione dell'assistenza territoriale.





*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

LIVELLO	INDICATORE	DEFINIZIONE	FONTE	STANDARD	DIMENSIONE
I	Parti: volume di ricoveri		PNE	da PNE	efficacia/ sicurezza
I	Proporzione di parti con taglio cesareo primario		PNE	da PNE	efficacia/ sicurezza
I	Parto naturale: complicanze durante il parto e il puerperio (ASL di residenza)		PNE	da PNE	efficacia/ sicurezza
I	Parto naturale: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio (struttura di ricovero)		PNE	da PNE	efficacia/ sicurezza
I	Parto naturale: ricoveri successivi durante il puerperio		PNE	da PNE	efficacia/ sicurezza
I	Parto cesareo: complicanze durante il parto e il puerperio (ASL di residenza)		PNE	da PNE	efficacia/ sicurezza
I	Parto cesareo: complicanze durante il parto e il puerperio (struttura di ricovero)		PNE	da PNE	efficacia/ sicurezza
I	Parto cesareo: ricoveri successivi durante il puerperio		PNE	da PNE	efficacia/ sicurezza
I	Partoanalgesia	Proporzione di parti avvenuti in analgesia peridurale, rispetto a tutti i parti	CEDAP		efficacia/ sicurezza
I	Lacerazioni di III e IV grado	Proporzione di donne al primo parto vaginale che subiscono una lacerazione perineale di III - IV grado, rispetto a tutte le donne al primo parto per via vaginale	SDO		efficacia/ sicurezza
I	Isterectomie post partum	Numero donne con intervento di isterectomia entro 7 giorni dalla data del parto/ Ricoveri per parto per ASL	SDO		
I	Donne con emorragia > 1000 ml	Proporzione di donne con	SDO		





*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

		emorragia (entro 2 ore dal parto) > 1000 ml. rispetto a tutte le donne che partoriscono			
I	Numero di neonati ricoverati in TIN	Numero di neonati con transito in TIN (cod. 73) / tutti i neonati <i>inborn</i>	SDO		
I	Numero di donne trasferite	Numero di donne trasferite /numero di donne ricoverate in Ostetricia e Ginecologia	SDO		
I	Numero di neonati trasferiti	Numero di neonati trasferiti /bambini nati	SDO		
I	Numero di neonati trasferiti perché nati in luogo non appropriato	Numero di nati, in Punto Nascita senza TIN, con età gestazionale inferiore a 34 settimane compiute la cui madre sia stata ricoverata da più di 24 ore (1 giorno) = zero	SDO CEDAP	0%	
I	Percentuale di neonati, in PN senza TIN, trasferiti entro le prime 72 ore di vita	Numero neonati trasferiti entro le prime 72 ore di vita/totale neonati ricoverati	SDO CEDAP		
II	Volume dei <i>back transport</i> da hub a spoke per donne	Numero di donne con <i>back transport</i> /numero di donne trasferite da Spoke indice			
II	Volume dei <i>back transport</i> da hub a spoke per neonati	Numero di neonati con <i>back transport</i> /numero di neonati trasferiti da Spoke indice			
II	Supporto alle donne in sala parto ( <i>one to one</i> )	Proporzione di donne che hanno la presenza continua di un			





*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

		operatore sanitario in sala parto/ tutte le donne con diagnosi di parto.			
II	Proporzione di neonati che ricevono contatto "pelle a pelle" con la mamma, immediatamente dopo il parto rispetto a tutti i parti con le stesse caratteristiche.	Numero di nascite in cui avviene uno stretto contatto tra mamma e neonato (vivo da gravidanza singola Apgar $\geq 9$ a 5 min.) immediatamente dopo il parto/ tutti i parti con le stesse caratteristiche			





*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

**VI- RETE ICTUS - ELEMENTI CLINICO ASSISTENZIALI FONDAMENTALI PER LA CHECK LIST PER LA VALUTAZIONE DEI PDTA**

1. volumi di attività
2. indicatori (*vedi allegato VII*)
3. programmazione degli Audit interni
4. descrizione delle modalità di presa in carico dei pazienti
5. protocolli e procedure con la descrizione precisa dei criteri di passaggio tra i vari *setting*, il relativo *timing* ed i contenuti informativi indispensabili della relativa documentazione sanitaria;
6. il piano di assistenza personalizzato
7. presenza di eventuali accordi "di confine" interregionali per la gestione della mobilità sanitaria;
8. il personale medico ed infermieristico del sistema 118, deve possedere un'adeguata formazione in materia di assistenza per ictus
9. le ambulanze devono avere a bordo dotazioni specifiche per l'assistenza, inclusi sistemi di ritenuta adeguati all'età ed alla dimensione dei pazienti
10. specifici protocolli che identifichino le indicazioni e le controindicazioni al trasporto, nonché il livello di assistenza che deve essere garantito nelle diverse condizioni cliniche, prevedendo espressamente la presenza a bordo delle figure professionali e degli specialisti necessari a garantire l'adeguata assistenza
11. presenza di un'assistenza multidisciplinare a bordo dell'ambulanza adeguata alle necessità preventive, in quanto il trasporto presenta alcune criticità specifiche, con elevati rischi
12. appropriate modalità di comunicazione tra i professionisti e tra i diversi nodi di Rete
13. condivisione di un protocollo scritto fra il 118 ed i DEA di ospedali sede di stroke unit
14. monitoraggio dei tempi tra insorgenza ictus e arrivo in DEA sede di stroke unit
15. monitoraggio dei tempi tra arrivo in DEA e inizio trombolisi
16. presenza di un turno di infermieri dedicato ai letti di semi-intensiva
17. giornate di degenza in *stroke unit*
18. definizione di protocollo scritto DEA-*stroke unit*
19. definizione di riunioni di reparto <sup>TM</sup>
20. definizione di riunioni con i familiari ed i *caregivers*
21. accessibilità e completezza della diagnostica di neurosonologia
22. presenza della neuroradiologia diagnostica accanto alla neurochirurgia
23. N° di angiografie
24. N° di trattamenti endovascolari di aneurismi
25. N° di trattamenti endovascolari di ictus ischemici
26. N° di trattamenti di angioplastica
27. Formazione di nuovi operatori (neurologi o radiologi o neurochirurghi) per la neuroradiologia
28. Messa in rete delle neuroimmagini (sedi di *stroke unit*, reparti periferici, domicilio dei neuroradiologi)
29. definizione del territorio di competenza per le urgenze neurochirurgiche
30. presenza di protocollo scritto fra centro ictus e neurochirurgia di riferimento su modalità di trasferimento, trattamento dei pazienti in fase acuta, ritorno al centro inviante





*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

31. presenza di protocollo scritto tra centri ictus e chirurgie vascolari di riferimento in merito a trattamenti in emergenza, in urgenza e in elezione
32. esami diagnostici di competenza dei centri invianti e dei centri riceventi
33. valutazione del rispetto dei protocolli/procedure
34. istituzione di *stroke team* con neurologi, riabilitatori, internisti, fisioterapisti, infermieri
35. presenza di protocolli per la mobilitazione precoce, il trattamento della disfagia e la corretta alimentazione
36. presenza di protocolli per la stesura di progetti riabilitativi e logopedici individuali
37. presenza di protocolli di continuità terapeutica in fase subacuta (reparti di riabilitazione, cure domiciliari).





*Agencia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*  
VII- RETE ICTUS - INDICATORI

INDICATORI DI PRIMO LIVELLO:

Rappresentano indicatori direttamente implementabili sulla base dei flussi informativi disponibili e riguardano la valutazione della Rete negli aspetti più strettamente legati all'ospedalizzazione, nonché sull'uso integrato degli stessi flussi informativi, quali ad esempio EMUR e SDO, che consentono anche una valutazione combinata dell'assistenza ospedale-territorio.

La maggior parte di questi indicatori vengono routinariamente calcolati dai flussi informativi correnti e dal PNE e possono essere utilizzati anche ai fini del monitoraggio delle reti. La maggior parte di indicatori proposti in questo contesto sono riferiti esclusivamente alle forme ischemiche dell'ictus.

INDICATORI DI SECONDO LIVELLO:

Non sono calcolabili direttamente a partire dai flussi informativi correnti ma possono essere implementati attraverso l'uso integrato di sistemi informativi già esistenti, quali ad esempio SDO, EMUR, con il Sistema Informativo Anagrafe Tributaria e possono altresì essere integrati con ulteriori indicatori proxy della valutazione dell'assistenza territoriale, nonché con informazioni registrate in altri sistemi (ad esempio, registri regionali ove presenti).





*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

LIVELLO	INDICATORE	DEFINIZIONE	FONTE	STANDARD	DIMENSIONE
I	<i>Mortalità a trenta giorni dal ricovero per ictus ischemico</i>	Numero di decessi entro 30 giorni dal ricovero per ictus ischemico/Numero totale di ricoveri per ictus ischemico	PNE		efficacia / appropriatezza
I	<i>Proporzione di pazienti con ictus dimessi verso strutture di riabilitazione</i>	Numero di pazienti con ictus dimessi verso strutture di riabilitazione/numero di pazienti ricoverati con ictus (esclusi i deceduti)	SDO	100%	efficacia / appropriatezza
I	<i>Riammissioni ospedaliere a 30 giorni dal trattamento per ictus ischemico</i>	Numero di ricoveri con diagnosi principale di ictus seguiti entro 30 giorni dalla data di dimissione da almeno un ricovero ospedaliero ordinario per acuti/numero di ricoveri con ictus	PNE		efficacia / appropriatezza
I	<i>Terapia d'urgenza: Proporzione di pazienti che ricevono terapia trombolitica sistemica</i>	Numero di pazienti con ictus che ricevono terapia trombolitica sistemica/numero di pazienti con ictus eleggibili per terapia trombolitica sistemica	SDO EMUR	100%	efficacia / appropriatezza
I	<i>Proporzione di pazienti che effettuano una TAC oltre 60' dall'accesso in PS</i>	Numero di pazienti con ictus che effettuano una TAC oltre 60' dall'accesso in PS/numero di pazienti che accedono a PS per ictus	SDO EMUR	<5%	efficacia / appropriatezza
I	<i>Tempo di attesa per esecuzione di una TAC</i>	Tempo medio e mediano di attesa tra l'accesso in PS e l'esecuzione di una TAC	SDO EMUR	<30'	efficacia / appropriatezza
I	<i>Proporzione di pazienti con ictus inclusi nel programma riabilitativo Cod. 56 Cod. 75 ospedaliero</i>	Numero di pazienti con ictus inclusi nel programma riabilitativo Cod. 56 Cod. 75 ospedaliero /numero di pazienti ricoverati con ictus (esclusi i deceduti)	SDO EMUR	100%	efficacia / appropriatezza





*Agencia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

I	<i>Proporzione di pazienti Stroke che allertano il 118</i>	Numero di pazienti con evento STROKE che allertano il 118/totale dei pazienti con evento STROKE della rete	SDO EMUR	>70%	efficienza/ sicurezza
I	<i>Proporzione di pazienti direttamente trasferiti da PS Spoke ad Hub</i>	Numero di pazienti con evento STROKE che arrivano con qualsiasi mezzo in PS Spoke e che, senza essere ricoverati, vengono trasferiti in Hub / totale dei pazienti con evento STROKE della rete	SDO EMUR	>90%	efficienza/ sicurezza





*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

**VIII - RETE TRAUMA - ELEMENTI CLINICO ASSISTENZIALI FONDAMENTALI PER LA  
CHECK LIST PER LA VALUTAZIONE DEI PDTA**

1. Volumi di attività
2. indicatori di processo e di esito (*vedi allegato IX*)
3. programmazione degli Audit interni
4. descrizione delle modalità di presa in carico dei pazienti
5. protocolli e procedure con la descrizione precisa dei criteri di passaggio tra i vari *setting*, il relativo timing ed i contenuti informativi indispensabili della relativa documentazione sanitaria
6. il piano di assistenza personalizzato
7. presenza di eventuali accordi "di confine" interregionali per la gestione della mobilità sanitaria
8. il personale medico ed infermieristico del sistema 118, deve possedere un'adeguata formazione in materia di assistenza per trauma
9. le ambulanze devono avere a bordo dotazioni specifiche per l'assistenza, inclusi sistemi di ritenuta adeguati all'età ed alla dimensione dei pazienti
10. specifici protocolli che identifichino le indicazioni e le controindicazioni al trasporto, nonché il livello di assistenza che deve essere garantito nelle diverse condizioni cliniche, prevedendo espressamente la presenza a bordo delle figure professionali e degli specialisti necessari a garantire l'adeguata assistenza
11. presenza di un'assistenza multidisciplinare a bordo dell'ambulanza adeguata alle necessità preventive, in quanto il trasporto presenta alcune criticità specifiche, con elevati rischi
12. procedure che definiscano appropriate modalità di comunicazione
13. condivisione di un protocollo scritto fra il 118 ed i DEA di ospedali hub
14. messa in rete delle neuroimmagini per consulenza neurochirurgica per i centri Spoke
15. definizione del territorio di competenza per il trauma maggiore
16. esami diagnostici di competenza dei centri invianti e dei centri riceventi
17. valutazione del rispetto dei protocolli/procedure.





*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*  
IX - RETE TRAUMA - INDICATORI

INDICATORI DI PRIMO LIVELLO:

Rappresentano indicatori direttamente implementabili sulla base dei flussi informativi disponibili e riguardano la valutazione della Rete negli aspetti più strettamente legati all'ospedalizzazione, nonché sull'uso integrato degli stessi flussi informativi, quali ad esempio EMUR e SDO, che consentono anche una valutazione combinata dell'assistenza ospedale-territorio.

INDICATORI DI SECONDO LIVELLO

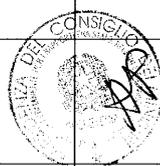
Non sono calcolabili direttamente a partire dai flussi informativi correnti e possono essere implementati attraverso l'uso integrato di sistemi informativi già esistenti quali SDO, EMUR con il Sistema Informativo Anagrafe Tributaria; possono altresì essere integrati con ulteriori indicatori *proxy* della valutazione dell'assistenza territoriale, nonché con informazioni reperibili anche in altri sistemi, quali ad esempio i registri regionali, ove esistenti. La peculiarità degli indicatori di questa specifica rete risiede nella necessità di utilizzare definizioni cliniche precise quali il Trauma Maggiore o grave (TM), lo score di gravità GCS ecc., attualmente non contemplati nei sistemi informativi disponibili.





*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

LIVELLO	INDICATORE	DEFINIZIONE	FONTI	STANDARD	DIMENSIONE
I	% ricoveri in TI sul totale ricoveri in ospedale per trauma	Numero di ricoveri con almeno un transito in TI/Numero di ricoveri per trauma	SDO		efficienza/ sicurezza
I	Mortalità a trenta giorni dal ricovero per trauma	Numero di decessi entro 30 giorni dal ricovero per trauma/Numero totale di ricoveri per trauma	SDO		efficacia/ appropriatezza
I	Tempo tra l'arrivo in PS e controllo dell'emorragia (intervento chirurgico o embolizzazione) nei TM	Differenza tra data/ora dell'intervento chirurgico o embolizzazione e data/ora di arrivo in PS nei TM	SDO/EMUR		efficacia/ appropriatezza
I	% interventi effettuati entro 1 giorno per fissazione di frattura delle ossa lunghe	Numero di TM con intervento per fissazione di frattura delle ossa lunghe entro 1 giorno dall'arrivo in PS/Numero di TM con intervento per fissazione di frattura delle ossa lunghe	SDO/EMUR		efficacia/ appropriatezza
I	% interventi effettuati entro 1 giorno/3 giorni per frattura della colonna vertebrale	Numero di TM con intervento per frattura della colonna vertebrale entro 1 giorno/3 giorni dall'arrivo in PS/Numero di TM con intervento per frattura della colonna vertebrale	SDO/EMUR		efficacia/ appropriatezza
I	Intervallo di tempo tra arrivo in PS e intervento di craniotomia	Differenza tra data/ora dell'intervento di craniotomia (per svuotamento massa) e data/ora dell'arrivo in PS	SDO/EMUR		efficacia/ appropriatezza
I	Tempo totale di medicalizzazione del paziente con Trauma maggiore	Differenza tra data/ora dell'arrivo del Mezzo di Soccorso Avanzato in PS e data/ora di chiamata alla Centrale Operativa del 118	SDO/EMUR		efficienza/ sicurezza
II	% TM con centralizzazione primaria nel SIAT	Numero di TM ricoverati in HUB oppure Spoke NCH con accesso diretto/Numero di TM ricoverati in TI del SIAT			efficienza/ sicurezza
II	% TM con centralizzazione primaria in Hub	Numero di TM ricoverati in Hub con accesso diretto/Numero di TM ricoverati in Hub			efficienza/ sicurezza
II	% TM con centralizzazione secondaria in Hub	Numero di TM trasportati in Spoke con trasferimento in Hub/Numero di TM trasportati in Spoke			efficienza/ sicurezza
II	% TM con GCS ≤ 8 in pre-H non centralizzati in ospedale con NCH (Hub e Spoke-NCH)	Numero di TM trasportati in Spoke senza NCH con GCS ≤ 8 in pre-H/Numero di TM con GCS ≤ 8 in pre-H			efficienza/ sicurezza
II	% TM con GCS ≤ 8 intubati in pre-h	Numero di TM con GCS ≤ 8 intubati in pre-			efficacia/ appropriatezza





*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

		H/Numero di TM con GCS $\leq 8$ in pre-H			
II	% AGF nei TM	% AGF nei TM/ Numero totale di TM			efficacia/ appropriatezza
II	% AGF nei TM in shock emorragico	% AGF nei TM in shock emorragico/ Numero di TG in shock emorragico			efficacia/ appropriatezza
II	Intervallo di tempo tra arrivo in PS e esecuzione TAC cranio nei TM con GCS $\leq 8$ e con GCS $\leq 8$ e anisocoria/midriasi	Differenza tra la data/ora di arrivo in PS e la data/ora di esecuzione della TAC cranio per i TM con GCS $\leq 8$ oppure con GCS $\leq 8$ e anisocoria/midriasi.			efficacia/ appropriatezza
II	% monitoraggio ICP nei TM con GCS $\leq 8$	Numero di TM sottoposti a monitoraggio ICP/Numero di TM con GCS $\leq 8$			efficacia/ appropriatezza
II	Giorni di ventilazione meccanica	Numero di giorni di Ventilazione Meccanica Assistita			efficacia/ appropriatezza





## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

### X - GLOSSARIO DELLE DEFINIZIONI ED ABBREVIAZIONI

**Accordi di confine:** Accordi inter-regionali che definiscono modalità per il cittadino residente in una Regione di ottenere l'erogazione di una prestazione sanitaria da un'Azienda sanitaria locale di un'altra Regione

**AGF:** Angiografia

**Audit:** Metodologia di analisi strutturata e sistematica per migliorare la qualità dei servizi sanitari, applicata dai professionisti attraverso il confronto sistematico con criteri espliciti dell'assistenza prestata, per identificare scostamenti rispetto a standard conosciuti o di *best practice*, attuare le opportunità di cambiamento individuato ed il monitoraggio dell'impatto delle misure correttive introdotte

**Back-transport:** Trasporto di rientro del neonato e della donna da un centro di livello superiore ad uno di livello inferiore

**BNP/NTproBNP:** Il Peptide natriuretico cerebrale (BNP) e i suoi prodotti (NTproBNP) forniscono una valutazione della funzione cardiaca e possono essere predittivi di mortalità intraospedaliera e di decesso e riospedalizzazione a distanza

**CEDAP (Certificato di Assistenza al Parto):** Prevede un Flusso informativo *ad hoc* (CeDAP), D. M. 16 luglio 2001 ed è la fonte a livello nazionale di informazioni di carattere sanitario ed epidemiologico e di carattere socio-demografico, relative all'evento nascita

**Centralizzazione primaria:** Indica il trasporto immediato del paziente al luogo di cura definitivo: in particolare tutti i traumi con criteri di triage indicativi di trauma maggiore devono essere trasportati al centro trauma che permette di contrarre i tempi di trattamento e di migliorare l'*outcome* finale.

**Centralizzazione secondaria:** In caso di impossibilità al controllo ed al trattamento in sede extraospedaliera dell'instabilità respiratoria o circolatoria da parte del personale sanitario, il paziente deve essere trasportato, indipendentemente dal tipo di lesioni, al più vicino centro della rete per poi essere trasferito, se necessario, alla struttura di livello superiore, una volta ottenuto il controllo della funzione cardio-respiratoria (*centralizzazione secondaria*): ciò comporta inevitabilmente un ritardo nei tempi di trattamento definitivo e deve pertanto rappresentare una motivata eccezione

**Classificazione di Killip:** E' una classificazione utilizzata nella stratificazione prognostica dell'infarto del miocardio con sopraslivellamento del tratto ST (STEMI) che divide i pazienti in quattro classi, al cui aumentare corrisponde una prognosi peggiore con più alta incidenza di disfunzione ventricolare ed una maggiore mortalità in relazione ad un quadro coronarografico peggiore ed un infarto più esteso

**Classi di Robson:** E' una classificazione che divide le pazienti sottoposte a Taglio Cesareo (TC) in 10 classi mutuamente esclusive definite in base alla parità, numero di feti, presentazione fetale, età gestazionale, decorso del travaglio e del parto e rappresenta uno strumento metodologico che permette di definire, monitorare e confrontare nel tempo i tassi di TC nei presidi ospedalieri e in diverse popolazioni di riferimento: un tasso di cesarei appropriato a livello di popolazione non può





## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

essere raccomandato come tasso ideale per qualsiasi struttura sanitaria senza tener conto della diversa composizione della popolazione che afferisce ai diversi centri nascita (*case-mix* ospedaliero). Gli ospedali cui afferiscono le gravidanze a maggiore complessità assistenziale ricorrono più frequentemente al TC rispetto a quelli dove si assistono le gravidanze fisiologiche, anche se in Italia i presidi ospedalieri di primo livello con basso numero di nati annui, specie se privati, effettuano una proporzione di TC maggiore rispetto alle strutture con un elevato flusso di parti e in grado di assistere le gravidanze patologiche

**Clipping:** Trattamento neurochirurgico che prevede l'esclusione dell'aneurisma dal circolo cerebrale mediante l'applicazione di una (o più) "*clip*" sul colletto dell'aneurisma, ossia sulla porzione di impianto dell'aneurisma sull'arteria di origine

**Ricoveri di riabilitazione:** Sono identificati come ricoveri di riabilitazione i ricoveri di pazienti dimessi da reparti appartenenti alle discipline UNITA' SPINALE (codice 28) nei modelli di rilevazione del Sistema informativo sanitario), RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE (codice 56), NEURORIABILITAZIONE (codice 75) e i ricoveri effettuati in istituti di sola riabilitazione (esclusa la LUNGODEGENZA, codice disciplina 60)

**Coiling:** Trattamento endovascolare che consiste nell'inserimento di un microcatetere a livello arterioso che raggiunge l'arteria cerebrale interessata dall'aneurisma ed in prossimità del colletto dell'aneurisma rilascia all'interno della sacca microspirali metalliche (*coils*), con lo scopo di obliterare la cavità aneurismatica

**CPNn (Comitato Percorso Nascita nazionale):** Previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 16.12.2010 che supporta le Regioni e Province Autonome nell'attuare le migliori strategie di riorganizzazione dei Punti nascita, verifica che esse siano coerenti con quanto definito nell'Accordo ed assicura il coordinamento permanente tra le istituzioni centrali e periferiche

**CPNr (Comitato Percorso Nascita regionale):** Governa il processo di riorganizzazione del percorso nascita a livello regionale

**CPNI (Comitato Percorso Nascita locale/aziendale):** Governa il processo di riorganizzazione del percorso nascita a livello locale/aziendale

**CTS (Centro Traumi di alta Specializzazione):** 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

**CTZ (Centro Traumi di Zona):** E' collocato 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 altre specialità

**Di-Do:** Primo contatto medico alla dimissione del PS o alla partenza dell'ambulanza del 118 verso l'emodinamica





## *· Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

**Dispatch:** Funzione della Centrale Operativa "118", che coordina tutte le chiamate riguardante l'emergenza sanitaria ed è basata sulla ricezione della richiesta di soccorso, raccolta dati da parte dell'operatore ed attivazione del mezzo di soccorso più idoneo

**Door to balloon time:** Tempo dal primo contatto medico al gonfiaggio del palloncino in emodinamica

**Drip and ship:** Procedura di trattamento nei pazienti con ictus, che prevede la somministrazione di plasminogeno tissutale ricombinante (rt-PA) per via endovenosa presso il dipartimento di emergenza di un ospedale *spoke*, seguita da trasferimento entro 24 ore presso un centro *hub* con *stroke unit*

**EMUR:** Flusso informativo afferente al Sistema informativo nazionale per il monitoraggio dell'assistenza in Emergenza-Urgenza

**ESA:** Emorragia subaracnoidea, dovuta a spandimento di sangue all'interno delle cisterne aracnoidee, che richiede una 'corsia preferenziale' che conduca il paziente in un centro idoneo, per la diagnosi e il trattamento il più precocemente possibile

**FEVS:** Frazione di eiezione ventricolare sinistra

**GCS (Glasgow Coma Scale):** Scala di valutazione neurologica utilizzata per monitorizzare l'andamento clinico del paziente in coma, valutare il livello di coscienza dopo un trauma cranico, nonché per tutti i pazienti acuti, sia con patologie di natura medica che traumatica

**GICR-IACPR:** Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva – *Italian Association for Cardiovascular Prevention, Rehabilitation and Epidemiology*

**Grace score:** E' uno dei sistemi di valutazione del rischio coronarico, sviluppato da un registro internazionale di pazienti con Sindrome Coronarica acuta che ha identificato 8 Fattori di rischio indipendenti di mortalità intra-ospedaliera e a 6 mesi dalla dimissione

**ICP:** Pressione Intra Cranica

**IMA:** infarto miocardico acuto

**IMA NSTEMI:** Infarto miocardico acuto nel quale l'occlusione della coronaria è parziale o transitoria, come evidenziato dalla presenza di sottoslivellamento del tratto ST all'esame elettrocardiografico

**IMA STEMI:** Infarto miocardico acuto nel quale l'ostruzione coronarica conduce all'arresto totale del flusso sanguigno nel territorio irrorato dall'arteria interessata, provocando all'esame elettrocardiografico un sopraslivellamento del tratto ST

**Indice di Apgar:** Valuta l'adattamento del neonato alla vita extrauterina, cioè la vitalità e l'efficienza delle funzioni vitali primarie, sulla base di controlli effettuati immediatamente dopo il parto e a tempi successivi

**ICM (Indice di case-mix):** Consente di confrontare la diversa complessità della casistica trattata ed è calcolato come rapporto fra il peso medio del ricovero di un dato erogatore ed il peso medio del





## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

ricovero nella casistica standard (nazionale): valori superiori all'unità indicano una casistica di complessità più elevata rispetto allo standard, mentre valori inferiori all'unità rappresentano una complessità minore

**Indici di fuga:** E' un indicatore di mobilità, che mette in relazione il numero di Dimissioni di residenti avvenute fuori Regione con il numero di dimissioni totali dei residenti (regione + extra-regione)

**Manuale GINS:** Manuale elaborato da AGENAS per la definizione degli Standard per la Valutazione dei Punti Nascita

**NCH:** Neurochirurgia

**Over-treatment:** Si verifica quando le persone ricevono trattamenti per malattie che ancora non hanno sviluppato oppure quando le persone ricevono trattamenti curativi per malattie che non sono più curabili; è possibile distinguere quattro tipologie di situazioni che contribuiscono all'eccesso di trattamento conseguente ad una diagnosi impropria: i programmi di screening che rilevano anomalie non necessariamente portatrici di malattia, le variazioni nei valori soglia dei test diagnostici che definiscono lo stato di malattia, lo sviluppo di tecnologie diagnostiche avanzate e le nuove definizioni di malattie

**PDTA (Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali):** Sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni erogate a livello ambulatoriale e/o di ricovero e/o territoriale, che prevede la partecipazione integrata di diversi specialisti e professionisti (oltre al paziente stesso), a livello ospedaliero e/o territoriale, al fine di realizzare la diagnosi e la terapia più adeguate per una specifica situazione patologica

**PNE (Programma Nazionale Valutazione Esiti):** Sviluppa nel Servizio Sanitario Nazionale la valutazione degli esiti degli interventi sanitari, che può essere definita come: Stima, con disegni di studio osservazionali (non sperimentali), dell'occorrenza degli esiti di interventi/trattamenti sanitari

**PREVALE:** Programma della Regione Lazio di Valutazione degli Esiti degli interventi sanitari, che contiene le informazioni relative alle cure erogate da tutte le strutture sanitarie regionali, parte integrante del Programma Nazionale di Valutazione di Esito (PNE), gestito da AGENAS per conto del Ministero della Salute

**Privileges:** Processo attraverso il quale l'organizzazione sanitaria autorizza un professionista medico ad eseguire determinate prestazioni sanitarie in termini di aree cliniche e contenuti delle prestazioni, sulla base di una valutazione delle credenziali e delle *performance* del professionista: rappresentano la base per la determinazione dei fabbisogni formativi degli operatori

**PS:** Parto spontaneo

**Presidio di Pronto Soccorso per Traumi (PST):** E' collocato in un ospedale con pronto soccorso generale e garantisce, prima di un eventuale trasferimento ad una struttura di livello superiore, il trattamento immediato, anche chirurgico, delle lesioni con instabilità cardio-respiratoria





## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

**PTCA:** Angioplastica coronarica, tecnica con la quale è possibile dilatare un ramo coronarico occluso, o significativamente ristretto, mediante il gonfiaggio di un "palloncino" al suo interno e contestualmente viene spesso posizionato uno stent, struttura metallica cilindrica a maglie che viene introdotta nel lume dell'arteria, consentendo di "conservare" la dilatazione ottenuta con il palloncino

**REC:** Rete clinico assistenziale Cardiologica per l'Emergenza

**ReNPuN:** Rete clinico-assistenziale per la Neonatologia ed i Punti Nascita

**Rete di continuità assistenziale:** Rete che, individuati i bisogni del paziente, garantisce la estensione non interrotta nel tempo degli obiettivi assistenziali, con appropriate modalità di erogazione dell'assistenza, secondo un approccio continuativo da un livello di cura ad un altro, sia esso domicilio, ospedale o altra realtà

**ReTra:** Rete clinico-assistenziale per il Trauma

**RIC:** Rete clinico-assistenziale per l'Ictus

**SCA:** Sindrome Coronarica acuta

**SIAT (Sistema Integrato di Assistenza al Trauma):** Sistema organizzativo e operativo che deve assicurare il collegamento dell'insieme dei servizi e delle strutture sanitarie operanti su un determinato territorio, per fornire una risposta complessiva e appropriata a tutti i pazienti traumatizzati, a qualsiasi livello di gravità

**STAM e STEN:** L'accordo Stato-Regioni del 16-12-2010 sul parto sicuro e di ridefinizione della rete di assistenza materna e neonatale, espressamente prevede, da parte delle Regioni, l'attivazione, il completamento e la messa a regime del sistema di trasposto assistito materno (STAM) e neonatale d'urgenza (STEN)

**Supporto One to One:** Indica la continuità dell'assistenza durante la gravidanza, il travaglio, il parto ed il post-partum da parte dell'ostetrica

**SU1:** Stroke unit di I livello

**SU2:** Stroke unit di II livello

**TM (Trauma maggiore o grave):** Evento che determina lesioni singole o multiple di entità tale da costituire un pericolo per la vita del paziente, al quale viene assegnato un Punteggio ISS (*Injury Severity Score*) > 15. L'identificazione del trauma maggiore nella fase di soccorso si basa su criteri di triage, quali la valutazione dei segni vitali e del livello di coscienza, la valutazione anatomica del trauma e la valutazione della meccanica del trauma e di altri fattori di rischio. Un paziente con Trauma Maggiore deve essere trasportato al Centro Traumi o in un ospedale della rete SIAT in base alla tipologia delle lesioni e quindi alla necessità di prestazioni specialistiche, tenendo presente il principio della centralizzazione primaria, cioè la necessità di trasportare il paziente nella sede di cura definitiva eliminando i passaggi intermedi che prolungano inutilmente i tempi di intervento.





*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

**TRAC:** Tavolo per la Revisione della normativa per l'Accreditamento (TRAC) con rappresentanti del Ministero della Salute, di AGENAS e delle Regioni e Province Autonome che ha individuato 8 Criteri e 28 requisiti essenziali per l'accREDITamento "istituzionale", comuni a tutti i sistemi regionali, tramite un disciplinare tecnico, che prevede 8 criteri: Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie, Prestazioni e servizi, Aspetti strutturali, Competenze del personale, Comunicazione, Appropriatazza clinica e sicurezza, Processi di miglioramento e innovazione ed Umanizzazione

**UTIN:** Unità di Terapia Intensiva Neonatale

**VBAC:** "Vaginal Birth After Cesarean", parto naturale dopo cesareo

**WMSI:** "Wall Motion Score Index", indice di motilità della parete miocardica.





*Agencia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*  
**11. TAVOLI ISTITUZIONALI**

**TAVOLO ISTITUZIONALE PER LA REVISIONE DELLE RETI CLINICHE (TI)**

<b>AGENAS</b>		
Bevere	Francesco	DIRETTORE GENERALE
Borsellino	Lucia	Coordinatore TI
Tozzi	Quinto	
Ghirardini	Alessandro	
<b>MINISTERO DELLA SALUTE</b>		
Enrichens	Francesco	DGPROGS
Bruno	Velia	DGPROGS
De Feo	Angela	DGPROGS
Panuccio	Angela Rita	DGPROGS
<b>REGIONI</b>		
Agnello	Mauro	Regione Lombardia
Bersani	Mauro	Regione Lombardia
Di Furia	Lucia	Regione Marche
Lagalla	Giovanni	Regione Marche
Sabatini	Paola	Regione Molise
D'Innocenzo	Marinella	Regione Molise
Mechi	Maria Teresa	Regione Toscana
Magneschi	Paola	Regione Toscana
Muraglia	Angelo	Regione Abruzzo
Tonutti	Giuseppe	Regione Friuli Venezia Giulia
<b>SUPPORTO ORGANIZZATIVO/AMMINISTRATIVO AGENAS</b>		
Calcò	Basilio	
Fusi	Teresa	
Gorietti	Simona	
Lelmi	Elisabetta	
Leomporra	Giorgio	
Petetti	Federica	
Sansolini	Tecla	
<b>SUPPORTO TECNICO AGENAS</b>		
Furfaro	Simone	





*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

Marvulli	Mariagrazia	
<b>SUPPORTO INFORMATICO AGENAS</b>		
Benedetti	Massimiliano	
Nucera	Carlo	
Rossetti	Vincenzo	
Siccardi	Giulio	
Sorrentino	Massimiliano	





*Agencia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*  
**COORDINAMENTO TECNICO SCIENTIFICO (CTS) PER LA REVISIONE DELLE RETI CLINICHE**

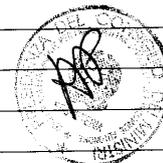
<b>AGENAS</b>		
Bevere	Francesco	DIRETTORE GENERALE
Tozzi	Quinto	Coordinatore CTS da maggio a dicembre 2016
Ghirardini	Alessandro	Coordinatore CTS da dicembre 2016
Borsellino	Lucia	
<b>MINISTERO DELLA SALUTE</b>		
Enrichens	Francesco	DGPROGS
Bruno	Velia	DGPROGS
De Feo	Angela	DGPROGS
Panuccio	Angela Rita	DGPROGS
<b>ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'</b>		
Ricciardi	Walter	
D'Errigo	Paola	
Seccareccia	Fulvia	
<b>AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO</b>		
Melazzini	Mario	
Mantua	Valentina	
<b>ORGANIZZAZIONI DI CATEGORIA</b>		
Vimercati	Franco	FISM
Chersevani	Roberta	FNOMCeO
Marinoni	Guido	FNOMCeO
Scassola	Maurizio	FNOMCeO
Mangiacavalli	Barbara	IPASVI
Negrini	Giuseppe	IPASVI
<b>SUPPORTO ORGANIZZATIVO/AMMINISTRATIVO AGENAS</b>		
Calcò	Basilio	
Fusi	Teresa	
Gorietti	Simona	
Lelmi	Elisabetta	
Leomporra	Giorgio	
Petetti	Federica	
Sansolini	Tecla	





*Agencia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

<b>GRUPPO DI LAVORO (GL) RETE CARDIOLOGICA PER L'EMERGENZA</b>		
<b>AGENAS</b>		
Bevere	Francesco	DIRETTORE GENERALE
Tozzi	Quinto	
Borsellino	Lucia	
Ghirardini	Alessandro	
<b>MINISTERO DELLA SALUTE</b>		
Enrichens	Francesco	DGPROGS
Panuccio	Angela Rita	DGPROGS
<b>ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'</b>		
D'Errigo	Paola	
Seccareccia	Fulvia	
<b>AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO</b>		
Mantua	Valentina	
<b>REGIONI</b>		
Muraglia	Angelo	Regione Abruzzo
Tonutti	Giuseppe	Regione Friuli Venezia Giulia
Agnello	Mauro	Regione Lombardia
Di Furia	Lucia	Regione Marche
Sabatini	Paola	Regione Molise
D'Innocenzo	Marinella	Regione Molise
Mechi	Maria Teresa	Regione Toscana
Magneschi	Paola	Regione Toscana
Vujovic	Branka	Regione Toscana
Bolognese	Leonardo	Regione Toscana
<b>ORGANIZZAZIONI DI CATEGORIA</b>		
Vimercati	Franco	FISM
Mazzone	Antonino	FISM
Chersevani	Roberta	FNOMCeO
Zennaro	Mauro	FNOMCeO
Marinoni	Guido	FNOMCeO
Mangiacavalli	Barbara	IPASVI
Negrini	Giuseppe	IPASVI
<b>SOCIETA' SCIENTIFICHE</b>		
Zito	Giovanni Battista	ARCA
Paolicchi	Adriana	SIARED - AAROIEMAC





*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

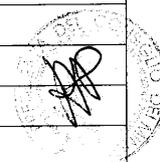
Ruggieri	Maria Pia	SIMEU
Zagra	Michele	SIMEU
Corcione	Antonio	SIAARTI
Menarini	Maurizio	SIAARTI
Romeo	Francesco	SIC
Sestili	Riccardo	SIS 118
Pugliese	Pietro	SIS 118
Villa	Guido	SIS 118
Di Lenarda	Andrea	ANMCO
Urbinati	Stefano	ANMCO
Musumeci	Giuseppe	GISE
Di Bartolomeo	Roberto	SICCH
Marino	Francesco	FIMMG
Pompilio	Faggiano	GICR - IACPR
Pedretti	Roberto	GICR - IACPR
Maglia	Giampiero	AIAC
<b>SUPPORTO ORGANIZZATIVO/AMMINISTRATIVO AGENAS</b>		
Calcò	Basilio	
Fusi	Teresa	
Gorietti	Simona	
Lelmi	Elisabetta	
Leomporra	Giorgio	
Petetti	Federica	
Sansolini	Tecla	





*Agencia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

<b>GRUPPO DI LAVORO (GL) RETE NEONATOLOGICA E PUNTI NASCITA</b>		
<b>AGENAS</b>		
Bevere	Francesco	DIRETTORE GENERALE
Tozzi	Quinto	Coordinatore GdL
Borsellino	Lucia	
Ghirardini	Alessandro	
<b>MINISTERO DELLA SALUTE</b>		
Enrichens	Francesco	DGPROGS
De Feo	Angela	DGPROGS
<b>ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'</b>		
D'Errigo	Paola	
Seccareccia	Fulvia	
<b>AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO</b>		
Mantua	Valentina	
<b>REGIONI</b>		
Muraglia	Angelo	Regione Abruzzo
Tonutti	Giuseppe	Regione Friuli Venezia Giulia
Agnello	Mauro	Regione Lombardia
Di Furia	Lucia	Regione Marche
Sabatini	Paola	Regione Molise
D'Innocenzo	Marinella	Regione Molise
Mechi	Maria Teresa	Regione Toscana
Magneschi	Paola	Regione Toscana
Fiorini	Patrizio	Regione Toscana
Meucci	Alessandra	Regione Toscana
<b>ORGANIZZAZIONI DI CATEGORIA</b>		
Vimercati	Franco	FISM
Macri	Francesco	FISM
Chersevani	Roberta	FNOMCeO
Colistra	Claudio	FNOMCeO
Marinoni	Enrico	FNOMCeO
Mangiacavalli	Barbara	IPASVI
Negrini	Giuseppe	IPASVI
<b>SOCIETA' SCIENTIFICHE</b>		
Trojano	Vito	AOGOI





*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

Careddu	Domenico	FIMP
Galante	Dario	SIAATIP
Frigo	Maria Grazia	SIAATIP
Scollo	Paolo	SIGO
Vizza	Enrico	SIGO
Vicario	Maria	FNCO
Dotta	Andrea	SIN
Sestili	Riccardo	SIS 118
Pugliese	Pietro	SIS 118
Rosi	Paolo	SIS 118
Corsello	Giovanni	SIP
Agostiniani	Rino	SIP
		SIMEUP*

\* La convocazione è stata indirizzata ai presidenti. Per la SIMEUP non è pervenuto alcun riscontro.

SUPPORTO ORGANIZZATIVO/AMMINISTRATIVO AGENAS		
Calcò	Basilio	
Fusi	Teresa	
Gorietti	Simona	
Lelmi	Elisabetta	
Leomporra	Giorgio	
Petetti	Federica	
Sansolini	Tecla	





*Agencia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

<b>GRUPPO DI LAVORO (GL) RETE ICTUS</b>		
<b>AGENAS</b>		
Bevere	Francesco	DIRETTORE GENERALE
Tozzi	Quinto	Coordinatore GdL
Borsellino	Lucia	
Ghirardini	Alessandro	
<b>MINISTERO DELLA SALUTE</b>		
Enrichens	Francesco	DGPROGS
Bruno	Velia	DGPROGS
<b>ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'</b>		
D'Errigo	Paola	
Seccareccia	Fulvia	
<b>AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO</b>		
Mantua	Valentina	
<b>REGIONI</b>		
Muraglia	Angelo	Regione Abruzzo
Tonutti	Giuseppe	Regione Friuli Venezia Giulia
Agnello	Mauro	Regione Lombardia
Di Furia	Lucia	Regione Marche
Sabatini	Paola	Regione Molise
D'innocenzo	Marinella	Regione Molise
Mechi	Maria Teresa	Regione Toscana
Magneschi	Paola	Regione Toscana
Bellomo	Francesco	Regione Toscana
Iniziati	Domenico	Regione Toscana
<b>ORGANIZZAZIONI DI CATEGORIA</b>		
Vimercati	Franco	FISM
Benetti	Giampiero	FISM
Chersevani	Roberta	FNOMCeO
Alberti	Francesco	FNOMCeO
Marinoni	Guido	FNOMCeO
Mangiacavalli	Barbara	IPASVI
Negrini	Giuseppe	IPASVI
<b>SOCIETA' SCIENTIFICHE</b>		
Corcione	Antonio	SIAARTI





*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

Bilotta	Federico	SIAARTI
Paolicchi	Adriana	SIARED - AAROIEMAC
Delitala	Alberto	SINch
Sestili	Riccardo	SIS 118
Rosi	Paolo	SIS 118
Zamponi	Ermanno	SIS 118
Provinciali	Leandro	SIN
Carolei	Antonio	SIN
Ruggieri	Maria Pia	SIMEU
Colonnese	Claudio	AINR
		FIMMG *

\* La convocazione è stata indirizzata ai presidenti. Da parte della FIMMG non è pervenuto alcun riscontro

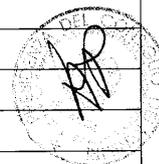
SUPPORTO ORGANIZZATIVO/AMMINISTRATIVO AGENAS		
Calcò	Basilio	
Fusi	Teresa	
Gorietti	Simona	
Lelmi	Elisabetta	
Leomporra	Giorgio	
Petetti	Federica	
Sansolini	Tecla	





*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

<b>Gruppo di Lavoro (GL) RETE TRAUMA</b>		
<b>AGENAS</b>		
Bevere	Francesco	DIRETTORE GENERALE
Tozzi	Quinto	Coordinatore GdL
Borsellino	Lucia	
Ghirardini	Alessandro	
<b>MINISTERO DELLA SALUTE</b>		
Enrichens	Francesco	DGPROGS
Bruno	Velia	DGPROGS
De Feo	Angela	DGPROGS
Panuccio	Angela Rita	DGPROGS
<b>ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'</b>		
D'Errigo	Paola	
Seccareccia	Fulvia	
<b>AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO</b>		
Mantua	Valentina	AIFA
<b>REGIONI</b>		
Muraglia	Angelo	Regione Abruzzo
Tonutti	Giuseppe	Regione Friuli Venezia Giulia
Agnello	Mauro	Regione Lombardia
Di Furia	Lucia	Regione Marche
Sabatini	Paola	Regione Molise
D'Innocenzo	Marinella	Regione Molise
Mechi	Maria Teresa	Regione Toscana
Magneschi	Paola	Regione Toscana
Peris	Adriano	Regione Toscana
Turco	Lucia	Regione Toscana
<b>ORGANIZZAZIONI DI CATEGORIA</b>		
Vimercati	Franco	FISM
Blandamura	Vincenzo	FISM
Chersevani	Roberta	FNOMCeO
Ferrari	Annamaria	FNOMCeO
Marinoni	Guido	FNOMCeO
Mangiacavalli	Barbara	IPASVI
Negrini	Giuseppe	IPASVI





*Agencia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

SOCIETA' SCIENTIFICHE		
Corcione	Antonio	SIAARTI
Menarini	Maurizio	SIAARTI
Paolicchi	Adriana	SIARED - AAROIMAC
Sestili	Riccardo	SIS 118
Giusti	Mario	SIS 118
Caputo	Paolo	SIS 118
Bellelli	Alberto	SIRM
Signoretti	Stefano	SINch
Capanna	Rodolfo	SIOT
Boldrini	Paolo	SIMFER
Cecchia	Giovanni Antonio	SIMFER
Ruggieri	Maria Pia	SIMEU
Marino	Francesco	FIMMG
Moggia	Fabrizio	ANIARTI
		SIMEUP*
		SIC*
		ACOI*

\* La convocazione è stata indirizzata ai presidenti. Da parte delle Società indicate non è pervenuto alcun riscontro

SUPPORTO ORGANIZZATIVO/AMMINISTRATIVO AGENAS		
Calcò	Basilio	
Fusi	Teresa	
Gorietti	Simona	
Lelmi	Elisabetta	
Leomporra	Giorgio	
Petetti	Federica	
Sansolini	Tecla	





CONFERENZA DELLE REGIONI  
E DELLE PROVINCE AUTONOME

18/6/SR09/C7

Recita in corso di App. B  
scabite  
24/1/18  
C. Altis



### POSIZIONE SUL DOCUMENTO

#### “LINEE GUIDA PER LA REVISIONE DELLE RETI CLINICHE - LE RETI TEMPO DIPENDENTI”

Accordo, ai sensi del punto 8.1 dell’Allegato 1 al decreto ministeriale 2 aprile  
2015, n. 70

*Punto 9) O.d.g. Conferenza Stato – Regioni*

La Conferenza delle Regioni e delle Province autonome esprime avviso favorevole all’Accordo condizionato all’eliminazione al punto 3) del dispositivo delle parole “le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano si impegnano per questo a rispettare il cronoprogramma per l’adeguamento, come indicato al paragrafo 2.1.6 del presente Accordo”.

Roma, 24 gennaio 2018

**Allegato 2****Linee di indirizzo per l'istituzione delle reti cliniche tempo-dipendenti****Introduzione**

Il modello organizzativo delle Reti clinico-assistenziali garantisce un approccio coordinato e strutturato della presa in carico del paziente, collegando operativamente professionisti, strutture e servizi che offrono cure sanitarie e socio-sanitarie di vario tipo e livello, nel rispetto della continuità e dell'appropriatezza delle cure. L'istituzione della rete prevede la definizione dei nodi e delle loro connessioni, stabilendo norme di funzionamento, sistemi di monitoraggio, standard di qualità e sicurezza per i trattamenti e i percorsi di cura, criteri per la formazione dei professionisti e le strategie per l'*engagement* dei cittadini. L'obiettivo è quello di assicurare un accesso equo e tempestivo alle cure, per ottenere i massimi benefici in termini di qualità e umanizzazione delle prestazioni sanitarie fornite ai cittadini, incrementando così la risposta ai loro bisogni di salute. Il modello si basa su indagini epidemiologiche riguardanti il fabbisogno di salute della popolazione del bacino d'utenza, includendo una attenta valutazione, soprattutto per le reti tempo-dipendenti, della tempistica dei trasporti, al fine della capillare copertura territoriale e di un più efficiente allocazione delle risorse disponibili, in rispetto di quanto previsto dalla normativa nazionale vigente.

La definizione dell'articolazione organizzativa delle reti cliniche nasce dall'esigenza di potenziare il loro sviluppo, passando da una "**organizzazione in rete**", focalizzata principalmente su un coordinamento tecnico-scientifico e sulla condivisione di percorsi diagnostico-terapeutici ed assistenziali (PDTA), ad una "**organizzazione a rete**", concepita come un insieme di servizi interdipendenti ed in relazione funzionale mediante connessioni e modalità di interazione fortemente strutturate.

Questo approccio valorizza ogni struttura del SSR, consentendo, da un lato, di offrire assistenza di alta qualità e facilmente accessibile, attraverso l'adozione di linee guida e/o percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali (PDTA) uniformi, e dall'altro, di integrare e massimizzare l'uso di tecnologie avanzate, garantendo equità di accesso e un impiego efficiente dei servizi più complessi.

Per realizzare questi obiettivi, è essenziale istituire un modello di *governance* centralizzata di tutte le reti cliniche regionali, affidandone il coordinamento a un organismo multidisciplinare e multiprofessionale, assicurando rappresentanza a tutti gli attori coinvolti.

**Il sistema di governance delle reti cliniche tempo dipendenti della Regione Marche**

Alle reti cliniche afferiscono tutte le strutture del SSR che partecipano alla costruzione di percorsi dedicati ed erogano servizi specifici, basandosi sulla piena integrazione ospedale-territorio, a garanzia di elevati ed omogenei standard clinico-assistenziali sul territorio regionale.

Il modello organizzativo di riferimento è quello delle reti cliniche integrate, che prevede l'identificazione delle strutture ospedaliere che contribuiscono alla erogazione delle prestazioni, ambulatoriali e di ricovero, per la presa in carico globale della specifica condizione clinica. A seconda della complessità assistenziale e delle caratteristiche e distribuzione dell'offerta di prestazioni e delle professionalità presenti sul territorio regionale,

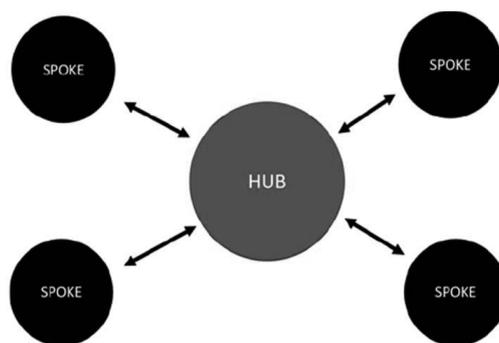
verrà, di volta in volta, individuato il disegno di rete idoneo a garantire la funzionalità della stessa.

Nelle reti tempo-dipendenti, in coerenza con quanto previsto dall'Accordo Stato Regioni del 24/1/2018, è appropriato definire un modello organizzativo "HUB&SPOKE", utilizzato per ottimizzare la distribuzione delle risorse e migliorare l'efficienza nella fornitura di servizi sanitari.

Gli **HUB** sono responsabili della gestione dei casi più complessi e critici ed offrono servizi specialistici avanzati e dispongono di personale altamente specializzato, tecnologie avanzate e risorse per gestire casi complessi e ad alta intensità di cure. Le strutture identificate come HUB svolgono il ruolo di "centri di riferimento e coordinamento" per le attività clinico-assistenziali e formative (es. organizzazione di audit clinici, programmi di aggiornamento professionale su specifici argomenti, etc.) dell'intera rete, accogliendo i pazienti provenienti dagli altri nodi (SPOKE) che necessitano di trattamenti specializzati.

Gli **SPOKE** partecipano alla presa in carico assistenziale del paziente principalmente attraverso l'erogazione dei servizi a minore complessità assistenziale al fine di garantire la continuità delle cure in stretta collaborazione con l'HUB di riferimento.

*Figura 1-Rappresentazione grafica del Modello Organizzativo "Hub&Spoke"*



Il modello di *governance* delineato descrive le relazioni tra i nodi della rete, assicurando la massima coerenza tra la programmazione regionale, gli obiettivi della Rete Clinica e le attività delle singole strutture coinvolte nel percorso specifico. Si individuano, pertanto due livelli :

- Il Coordinamento Regionale a cui competono attività di tipo programmatico
- Il Comitato Locale a cui competono attività di tipo organizzativo-gestionale.

#### Coordinamento Regionale

Il Coordinamento Regionale, istituito mediante atto del Direttore dell'Agenzia Regionale Sanitaria, è costituito da:

- Il Direttore dell'Agenzia Regionale Sanitaria (ARS);
- I Dirigenti dei Settori competenti dell'ARS;
- I Direttori Sanitari degli Enti che partecipano alla rete;
- Un Referente Clinico per ogni Ente del SSR coinvolto nella specifica rete, identificato formalmente nell'atto di costituzione del Comitato Locale.

Potranno inoltre essere coinvolte altre figure professionali o rappresentanti dei

cittadini/pazienti per specifiche competenze in particolari situazioni/criticità evidenziate dal Coordinamento Regionale della Rete.

**Attività del Coordinamento Regionale:**

- diffondere e promuovere protocolli e procedure uniformi al fine di realizzare una gestione omogenea sul territorio regionale e fornire una risposta adeguata ed appropriata ai bisogni dei cittadini;
- valutare e promuovere l'applicazione dei PDTA anche proposti dai Referenti clinici individuati dagli Enti;
- assicurare la coerenza tra la programmazione regionale e quella degli Enti del SSR;
- formulare indirizzi tecnico-operativi in linea con le indicazioni nazionali e la programmazione regionale, al fine di assicurare l'erogazione dei LEA;
- predisporre e aggiornare gli indicatori di monitoraggio delle attività (qualità e appropriatezza delle prestazioni erogate);
- promuovere iniziative formative specifiche;
- verificare le modalità di funzionamento della Rete regionale e i risultati raggiunti, in coerenza con gli indicatori stabiliti;
- favorire l'implementazione di un sistema informativo a supporto delle attività clinico/strumentali e del funzionamento della rete stessa.

**Comitato Locale**

Ciascun Ente del SSR che partecipa alla specifica rete organizza e gestisce le attività organizzative e gestionali, in coerenza con le indicazioni regionali, ed istituisce con apposito atto il Comitato Locale, entro 30 giorni dalla costituzione del Coordinamento Regionale, così composto:

- un Referente clinico che coordina le attività per lo sviluppo e l'implementazione delle attività di programmazione della rete stessa;
- un Referente per ogni Direzione Medica Ospedaliera;
- un Referente per ogni Unità Operativa/Servizio coinvolto nella rete/PDTA, a garanzia di un approccio multidisciplinare e multiprofessionale;
- un Referente rispettivamente per ogni Distretto Sanitario e per i Medici di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta per ogni AST;
- un Rappresentante dei cittadini/pazienti;
- altre figure, da identificare a livello locale, a completamento della rappresentatività della rete.

**Compiti del Referente Clinico Locale:**

- elaborare specifici percorsi (PDTA) da proporre al Coordinamento Regionale;
- sviluppare protocolli e procedure appropriate per la presa in carico e la soddisfazione dei bisogni dei cittadini, in coerenza con le indicazioni del Coordinamento Regionale;
- definire i criteri locali di accessibilità al PDTA regionale (percorsi operativi);
- sviluppare le attività di audit clinico assistenziale e organizzativo;
- analizzare eventuali criticità emerse nell'applicazione del PDTA al fine di proporre azioni di miglioramento;

- favorire la diffusione delle informazioni nell'ambito della Rete;
- monitorare le attività e verificare il raggiungimento degli obiettivi e dei risultati definiti dagli specifici indicatori individuati dal Coordinamento regionale;
- garantire la funzione di raccordo operativo ospedale-territorio;
- promuovere iniziative formative specifiche.

In caso di particolari esigenze e/o criticità individuate dal Coordinamento Regionale, potranno essere istituiti specifici Gruppi di Lavoro composti da:

- uno o più referenti del Coordinamento Regionale;
- uno o più referenti del Comitato Locale;
- ulteriori professionalità da integrare/coinvolgere in base a specifiche esigenze.

Tali Gruppi di Lavoro costituiscono uno strumento tecnico-scientifico che permette di svolgere determinate attività assegnate al Coordinamento Regionale e di esaminare approfonditamente argomenti specifici per il conseguimento degli obiettivi della rete. La loro composizione varia in base alle esigenze e ai temi da approfondire, e sono guidati da un clinico selezionato all'interno del gruppo stesso, incaricato di promuovere e monitorare le attività. I documenti scientifici e le proposte di miglioramento dell'efficienza organizzativa da loro elaborati, vengono condivisi all'interno del Coordinamento Regionale della rete per valutarne la possibile pubblicazione.

#### **Indicatori per il monitoraggio della rete (decreto-determina)**

Il Coordinamento regionale, con l'obiettivo di assicurare il monitoraggio dell'efficienza della rete, individua e propone indicatori specifici di processo e di esito (efficienza, efficacia, qualità e sicurezza delle attività svolte), insieme alle relative tempistiche del monitoraggio.

**Deliberazione della Giunta regionale del 29 aprile 2024, n. 631**

*Piano Socio Sanitario Regionale 2023-2025. Linee di indirizzo per l'istituzione delle reti cliniche di ambiti specialistici non tempo-dipendenti*

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERA

- di approvare il documento “Piano Socio Sanitario Regionale 2023-2025. Linee di indirizzo per l'istituzione delle reti cliniche di ambiti specialistici non tempo-dipendenti”, di cui all'allegato 1, parte integrante del presente provvedimento.

**Allegato 1****Linee di indirizzo per l'istituzione delle Reti Cliniche di ambiti specialistici non tempo-dipendenti****Introduzione**

L'introduzione di innovazioni organizzative nei sistemi sanitari regionali, che necessitano di una crescente "connessione", si realizza mediante la riprogettazione della struttura organizzativa e l'integrazione di nuovi modelli con quelli tradizionali, per favorire un'efficace integrazione delle risposte in contesti complessi che coinvolgono diversi servizi e organizzazioni. Il modello organizzativo menzionato si riferisce alle "**Reti clinico-assistenziali**", il cui scopo principale è assicurare un approccio coordinato e strutturato nella presa in carico del paziente, collegando operativamente professionisti, strutture e servizi che erogano cure sanitarie e socio-sanitarie di diverso tipo e livello, a garanzia di continuità e appropriatezza delle cure.

La creazione della rete comporta l'individuazione di nodi e connessioni, la definizione di regole operative, sistemi di monitoraggio, standard di qualità e sicurezza per i trattamenti e i percorsi di cura, criteri per la formazione dei professionisti e strategie per coinvolgere i cittadini. L'obiettivo è garantire un accesso equo alle cure, migliorare la qualità e l'umanizzazione delle prestazioni sanitarie e rispondere in maniera efficace ai bisogni di salute dei cittadini. Il modello utilizza indagini epidemiologiche per analizzare il fabbisogno di salute del territorio di riferimento, conformemente alla normativa nazionale.

**Definizione di rete clinica**

Le reti cliniche rappresentano "**aggregazioni funzionali**" di servizi e operatori che lavorano insieme in modo continuativo e coordinato per raggiungere obiettivi comuni e garantire percorsi di cura di alta qualità:

- **Centrati sulle persone:** i bisogni e i valori degli individui a cui si rivolgono le reti guidano l'organizzazione e l'erogazione delle cure cliniche e assistenziali;
- **Efficaci:** Offrono assistenza appropriata e integrata nel modo più adeguato, al momento giusto e nel luogo più appropriato per ogni paziente.

Esse coinvolgono tutti i servizi e i professionisti delle diverse aree geografiche, ambiti professionali e contesti di cura inclusi nella specifica rete; anche i cittadini hanno un ruolo fondamentale e devono essere coinvolti a vari livelli e in modi appropriati.

Le reti cliniche sono strutture organizzative del Sistema Sanitario Regionale che giocano un ruolo cruciale nel conseguimento degli obiettivi del sistema stesso e svolgono un ruolo essenziale nella programmazione e nella *governance* regionale per fornire risposte cliniche e assistenziali ai cittadini di riferimento.

**Ruolo delle Reti Cliniche**

Il ruolo principale delle reti cliniche è garantire una "leadership clinica" efficace per migliorare continuamente i risultati per i pazienti, attraverso:

- l'identificazione delle migliori pratiche nelle aree specialistiche, la loro condivisione all'interno della rete ed il supporto alla loro implementazione nei vari contesti regionali;
- l'attuazione di interventi volti a minimizzare la variabilità nelle pratiche cliniche all'interno della rete;
- la definizione di criteri per il dimensionamento e la distribuzione delle attività erogate, supportati da evidenze scientifiche e dalla relazione diretta tra volume e esiti.

#### Quando sviluppare una rete clinica

La realizzazione di nuove reti cliniche può dipendere dal verificarsi delle seguenti condizioni:

- percorsi clinico-assistenziali che richiedono una serie di interventi complessi e fortemente interconnessi e che coinvolgono diverse competenze e servizi
- necessità di armonizzare attraverso un approccio coordinato le pratiche attuali con le migliori evidenze disponibili al fine di migliorare significativamente i risultati sanitari o l'esperienza dei pazienti;
- necessità di ridurre la variabilità nelle prassi e cercare maggiore uniformità nei risultati conseguiti.

L'adozione di tale modello organizzativo, già riconosciuto strategico per garantire la tempestività della presa in carico per le patologie tempo-dipendenti, rappresenta uno strumento altrettanto utile per gli ambiti specialistici in cui, in base al contesto epidemiologico di riferimento, è necessario regolamentare ed uniformare le attività diagnostico-terapeutico assistenziali, mantenendo l'autonomia delle singole strutture nell'erogazione delle specifiche prestazioni in relazione al loro grado di competenza dei professionisti e delle tecnologie/risorse di cui dispongono.

#### Obiettivi delle Reti Cliniche

Le caratteristiche che favoriscono la progettazione dei servizi sanitari tramite le reti cliniche devono promuovere:

- accessibilità e prossimità, a garanzia dell'accesso alla Rete anche per le Strutture lontane dai centri di alta specializzazione;
- sicurezza e qualità delle prestazioni, attraverso la centralizzazione di casi che richiedono maggiore complessità organizzativa e tecnologica, favorendo la specializzazione delle equipe mediche, l'ottimizzazione delle risorse e la sostenibilità degli investimenti;
- incremento dell'efficienza mediante investimenti strategici finalizzati alla riorganizzazione delle specialità mediche e dell'assistenza nel sistema ospedaliero;
- flessibilità organizzativa nell'erogazione di servizi per rispondere in modo proattivo ai cambiamenti dei bisogni sanitari.

#### Modello concettuale e principi guida

Il disegno organizzativo della rete è orientato a creare un "network" organizzativo e professionale di "networks" ovvero "rete di reti" allo scopo di uniformare il percorso di cura appropriato per ogni patologia, fondato sulla condivisione di percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali (PDTA) in un'ottica di integrazione multidisciplinare. Questo approccio valorizza ogni struttura del SSR, consentendo, da un lato, di offrire assistenza di alta qualità

e facilmente accessibile e dall'altro, di incentivare e diffondere l'uso di tecnologie avanzate, garantendo un impiego efficiente dei servizi più complessi. In tale contesto, ogni "attore" della rete svolge un ruolo specifico nella catena di creazione di valore per i pazienti a cui si rivolge. La progettazione comporta:

- la riconfigurazione dell'offerta, attraverso una nuova definizione della tipologia e quantità delle prestazioni necessarie per garantire efficaci percorsi di cura;
- l'identificazione di ruoli specifici e l'assegnazione di responsabilità all'interno della specifica rete interaziendale.

Il processo di implementazione richiede un forte impegno a livello regionale, il coinvolgimento attivo del management aziendale e la responsabilizzazione dei professionisti incaricati di attuare le reti come strumento gestionale delle strategie organizzative regionali.

Il modello organizzativo si fonda sui seguenti principi fondamentali:

- a) *Qualità professionale e organizzativa*: un insieme di competenze tecniche e professionali che, grazie alle interazioni tra i vari servizi, consente di sviluppare nuove conoscenze all'interno di tutto il Sistema Sanitario Regionale, anche attraverso un'integrazione delle diverse competenze organizzative;
- b) *Infrastrutture e processi interni ben definiti*: fondamentale per il funzionamento efficace della rete è la presenza di infrastrutture solide e processi interni chiaramente delineati;
- c) *Alto valore delle prestazioni offerte*: la rete si impegna a fornire risposte di alto valore, migliorando costantemente la qualità e l'efficacia delle soluzioni sanitarie proposte;
- d) *Sistema di comunicazione efficace*: orientato a valorizzare i servizi di prossimità e a facilitare l'interazione con il "competence center" della rete, migliorando l'accesso alle informazioni e la qualità dell'assistenza.

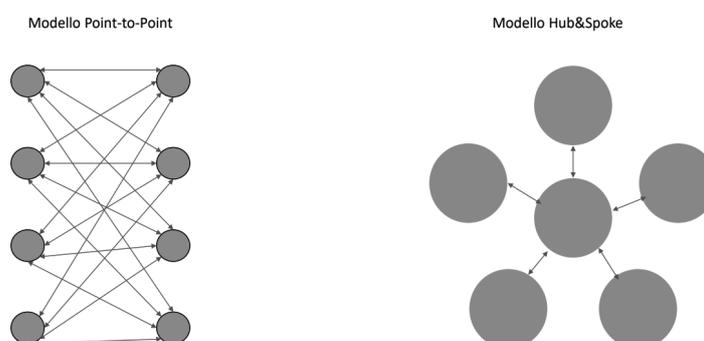
Attualmente, i modelli di rete più diffusi in sanità includono:

- **Point to Point**: approccio di rete nel quale esiste una connessione diretta e strutturata tra due o più strutture, senza l'intervento o la mediazione di altri nodi della rete.
- **Hub & Spoke**: prevede un centro di riferimento specializzato che rappresenta il fulcro principale della rete, da cui partono connessioni bidirezionali verso vari nodi. Viene generalmente adottato per la gestione di patologie complesse e tempo-dipendenti (es. infarto miocardico acuto, ictus ischemico, etc.). Questa configurazione presenta un unico punto centrale di gravità, enfatizzando la specializzazione e la centralizzazione delle competenze.
- **Web**: le relazioni e i flussi di pazienti sono anch'essi bidirezionali, ma estesi non solo tra il centro e i nodi, ma anche tra i nodi stessi, creando una rete più estesa e meno centralizzata, ideale per la cura di pazienti anziani fragili, dove è strategico integrare le risorse ospedaliere, territoriali, socio-sanitarie e sociali. Caratterizzato da più centri di gravità decentralizzati, tale modello enfatizza una distribuzione orizzontale delle responsabilità.
- **Web-Hub Integrato**: unisce gli elementi dei due modelli precedenti. Presenta più centri di riferimento e stabilisce flussi e relazioni non solo tra i centri e i nodi, ma anche tra i centri stessi. È una rete particolarmente efficace per la gestione di malattie croniche come

l'asma, il diabete e l'artrite, dove la formazione e l'informazione per l'autogestione della malattia sono essenziali.

- **Comprehensive Cancer Care Network:** come previsto dal Piano Oncologico Nazionale 2023-2027, connette le risorse disponibili in un ampio bacino d'utenza, consentendo una più razionale pianificazione sia di breve che di medio/lungo periodo. Rappresenta uno strumento strategico per garantire, in particolare nelle patologie oncologiche, un livello elevato di qualità assistenziale di prossimità, basato sulla valorizzazione e specializzazione di tutte le strutture presenti su un dato territorio, integrando percorsi al servizio dei cittadini/pazienti e dei loro familiari. Inoltre, permette, nel rispetto delle autonomie locali, maggiore uniformità di accesso, di gestione clinica, di governance e di monitoraggio dei percorsi, sia ai fini clinici che di ricerca.

Figura 1-Modelli di Reti



### Modello regionale per la gestione delle reti cliniche

Il principio fondamentale comune a tutte le Reti Regionali, che promuove un'innovazione diretta verso l'adozione di modelli organizzativi specifici per ciascuna rete, prevede il coinvolgimento di tutti i professionisti sanitari inseriti nel processo assistenziale, garantendo un approccio **multidisciplinare** e **multiprofessionale**, concretizzandosi in una gestione coordinata dell'utente che manifesta problemi di salute. Tale orientamento comprende anche un'attenzione verso le implicazioni sociali, culturali ed economiche e la necessità di disporre di una infrastruttura informatica affidabile e avanzata, condivisa da tutti i nodi della rete.

Autorevoli fonti <sup>1</sup> definiscono la **gestione integrata della malattia** (disease management) come una *“risposta organica alla frammentazione della cura, al trattamento inappropriato e alla deviazione dalle linee guida. L'obiettivo è far sì che l'assistenza alle persone con malattie croniche sia il più possibile omogenea, coordinata e comprensiva”*.

La gestione integrata si configura come una strategia organizzativa complessiva, dinamica e basata su più fattori a garanzia della presa in carico di tutti i cittadini affetti da una determinata condizione di malattia, attraverso un processo integrato e coordinato che si focalizza sui diversi aspetti che caratterizzano la stessa malattia, sull'insorgenza di possibili complicanze,

<sup>1</sup> Epicentro- Il portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica- Istituto Superiore di Sanità

sulla prevenzione di eventuali comorbidità e su aspetti rilevanti del sistema di erogazione. Gli Autori descrivono che la **gestione integrata** è il metodo più efficace per ottimizzare l'assistenza a pazienti con problemi di salute che necessitano di trattamenti mirati in continuità assistenziale, processi educativi orientati al self-care orientati a migliorare il benessere e mantenere la salute (*self-care maintenance*), supportare comportamenti di sorveglianza di segni e sintomi della malattia (*self-care monitoring*) e di gestione delle stesse manifestazioni (*self-care management*).

Le reti contribuiscono a ottimizzare l'efficacia e l'efficienza, offrendo al paziente percorsi dinamici e flessibili che coordinano le attività di prevenzione, diagnosi, trattamento, riabilitazione e fine vita, attraverso la gestione del percorso di cura.

Figura 2-Struttura organizzativa e operativa per la realizzazione delle Reti Cliniche Regionali



Ogni rete clinica di ambiti specialistici non tempo dipendenti dovrà essere delineata in base alle “macro-aree” sopra descritte, approvata con atto di Giunta Regionale e successivamente dovrà essere istituito il Coordinamento Regionale. In particolare, per ogni rete sarà necessario definire i meccanismi operativi, i processi e i percorsi clinico-assistenziali specifici, considerando gli aspetti organizzativi, clinici, adattamenti dei setting, implementazione dei sistemi di monitoraggio della qualità e della sicurezza delle attività erogate, nonché processi di supporto come la formazione e l'aggiornamento professionale continuo.

### Configurazione organizzativa

L'obiettivo di questo documento è definire ed aggiornare i principi guida per la costituzione delle reti cliniche, delineare i ruoli e i livelli di responsabilità richiesti, nonché lo schema organizzativo e operativo.

Il modello di rete clinica regionale non si limita semplicemente a definire e identificare i vari servizi che ne fanno parte, ma include anche la creazione di relazioni strutturate tra i diversi

fornitori, attraverso un sistema di governance della rete. Questo sistema supporta la collaborazione tra i diversi nodi erogativi e va oltre le interazioni informali basate sulle relazioni interpersonali tra gli operatori sanitari. Senza questi elementi, la rete clinica rimarrebbe solo una distribuzione territoriale delle strutture organizzative senza una vera integrazione funzionale. Pertanto, è fondamentale creare un modello di *governance* centralizzato di tutte le reti cliniche regionali, assegnando il coordinamento al livello programmatico regionale che si avvale dell'apporto multidisciplinare e multiprofessionale finalizzato a garantire la rappresentanza di tutti gli attori coinvolti.

### **Il sistema di governance delle reti cliniche della Regione Marche**

#### Coordinamento Regionale

Il Coordinamento Regionale, istituito mediante atto del Direttore dell'Agenzia Regionale Sanitaria, si compone delle seguenti figure professionali:

- Il Direttore dell'Agenzia Regionale Sanitaria (ARS);
- I Dirigenti dei Settori competenti dell'ARS;
- I Direttori Sanitari degli Enti che partecipano alla rete;
- Un Referente clinico, in qualità di responsabile operativo della rete, individuato tra i Referenti Locali in sede di Comitato di Coordinamento Enti ai sensi dell'Art. n.21 della Legge Regionale n.19 del 8/8/2022, che coordina le attività per lo sviluppo e l'implementazione delle attività di programmazione della rete stessa.

In base alla specifica rete, con caratteristiche organizzative e strutturali differenti per ogni ambito specialistico, la composizione del Coordinamento Regionale potrà prevedere ulteriori professionisti, referenti locali o altri professionisti sanitari o rappresentanti dei cittadini/pazienti.

#### **Attività del Coordinamento Regionale:**

- diffondere e promuovere protocolli e procedure uniformi al fine di realizzare una gestione omogenea sul territorio regionale e fornire una risposta adeguata ed appropriata ai bisogni dei cittadini;
- valutare e promuovere l'applicazione dei PDTA anche proposti dai Referenti clinici individuati dagli Enti;
- assicurare la coerenza tra la programmazione regionale e quella degli Enti del SSR;
- formulare indirizzi tecnico-operativi in linea con le indicazioni nazionali e la programmazione regionale, al fine di assicurare l'erogazione dei LEA;
- predisporre e aggiornare gli indicatori di monitoraggio delle attività (qualità e appropriatezza delle prestazioni erogate);
- promuovere iniziative formative specifiche;
- verificare le modalità di funzionamento della rete regionale e i risultati raggiunti, in coerenza con gli indicatori stabiliti;
- favorire l'implementazione di un sistema informativo unico a supporto delle attività clinico/strumentali e del funzionamento della rete stessa;
- assicurare i flussi informativi regionali e nazionali.

### Comitato Locale

Gli Enti del SSR che afferiscono alla specifica rete sono responsabili degli aspetti organizzativi e gestionali per l'implementazione a livello locale delle attività della rete, in coerenza con le indicazioni regionali, ed istituiscono, con apposito atto, il Comitato Locale, entro 30 giorni dalla costituzione del Coordinamento Regionale, ampiamente rappresentativo degli stakeholder della rete e che comprenda almeno:

- un Referente clinico che coordina le attività per lo sviluppo e l'implementazione delle attività di programmazione della rete stessa;
- un Referente per ogni Direzione Medica Ospedaliera;
- un Referente per ogni Unità Operativa/Servizio coinvolto nella rete/PDTA, a garanzia di un approccio multidisciplinare e multiprofessionale;
- un Referente delle Direzioni Professioni Sanitarie;
- un Referente rispettivamente per ogni Distretto Sanitario e per i Medici di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta (solo per le Aziende Sanitarie Territoriali);
- un Rappresentante dei cittadini/pazienti;
- altre figure (es. referente programmazione e controllo, formazione, rischio clinico, etc.), da identificare a livello locale, a completamento della rappresentatività della rete (nel rispetto del limite numerico che consenta un agevole funzionamento), in funzione delle competenze richieste dallo specifico percorso clinico assistenziale da implementare;

Gli Enti del SSR sono tenuti a formalizzare e comunicare all'Agenzia Regionale Sanitaria qualsiasi modifica della composizione del Comitato Locale.

### **Compiti del Comitato:**

- coordinare le attività della rete tra i vari professionisti sanitari;
- sviluppare e programmare, a cadenza semestrale, le attività di audit clinico assistenziale e organizzativo;
- redige un report semestrale delle attività di audit da inviare alla Direzione Sanitaria dell'Ente che avrà il compito di condividerne i contenuti più rilevanti in seno al Coordinamento regionale;
- elaborare specifici percorsi (PDTA) per patologia, da proporre al Coordinamento Regionale, al fine di individuare procedure appropriate per la presa in carico e la soddisfazione dei bisogni dei cittadini;
- definire e diffondere agli stakeholder i criteri locali di accessibilità al PDTA regionale (percorsi operativi);
- analizzare eventuali criticità emerse nell'applicazione del PDTA al fine di proporre azioni di miglioramento;
- favorire la diffusione delle informazioni nell'ambito della rete;
- monitorare le attività e verificare il raggiungimento degli obiettivi e dei risultati definiti dagli specifici indicatori individuati dal Coordinamento regionale;
- assicurare il collegamento operativo tra ospedale-territorio in tutte le fasi di presa in

carico del paziente, (prevenzione primaria e secondaria, programmi di screening e di follow-up, dimissione presso strutture residenziali, attivazione ADI, etc.);

- promuovere iniziative formative specifiche.

I componenti del comitato locale partecipano attivamente e condividono la responsabilità nel definire le modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria nel territorio di riferimento.

In caso di particolari esigenze e/o criticità individuate dal Coordinamento Regionale, potranno essere istituiti specifici Gruppi di Lavoro composti da:

- uno o più referenti del Coordinamento Regionale;
- uno o più referenti del Comitato Locale;
- ulteriori professionalità da integrare/coinvolgere in base a specifiche esigenze.

Tali Gruppi di Lavoro costituiscono uno strumento tecnico-scientifico che consente di svolgere determinate attività assegnate al Coordinamento Regionale e di esaminare approfonditamente argomenti specifici per il conseguimento degli obiettivi della rete stessa. La loro composizione varia in base alle esigenze e ai temi da approfondire, e sono guidati da un clinico selezionato all'interno del gruppo stesso, incaricato di promuovere e monitorare le attività. I documenti scientifici e le proposte di miglioramento dell'efficienza organizzativa da loro elaborati, vengono condivisi all'interno del Coordinamento Regionale della rete per valutarne la possibile pubblicazione.

#### **Indicatori per il monitoraggio della rete**

Il Coordinamento regionale, con l'obiettivo di assicurare il monitoraggio dell'efficienza della rete, individua e propone indicatori specifici di processo e di esito (efficienza, efficacia, qualità e sicurezza delle attività svolte), insieme alle relative tempistiche del monitoraggio. Le attività di verifica tra quanto pianificato e quanto effettivamente realizzato rappresentano un ambito strategico di controllo della rete ed è un indicatore direttamente connesso con l'affidabilità del sistema di governance.

**Deliberazione della Giunta regionale del 29 aprile 2024, n. 632**

*L.R. N. 47/1996 e s.m.i. – Proroga del termine per l'adozione del bilancio di esercizio 2023 degli Enti del SSR*

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERA

1. di autorizzare la proroga del termine per l'adozione del Bilancio di esercizio 2023 degli Enti del SSR al 31/05/2024.

**Deliberazione della Giunta regionale del 29 aprile 2024, n. 633**

*Controllo atti - art. 39 L. R. n. 19/2022. Determina del Direttore Generale dell'AST di Ascoli Piceno n. 62 del 19.03.2024 "Determina n.6/AST Ascoli Piceno del 31.01.2024 "Adozione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024-2026 AST di Ascoli Piceno". Parziale Rettifica ed integrazione." - Proroga del termine del procedimento di controllo*

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERA

- di prorogare di giorni venti (20), per i necessari approfondimenti istruttori, ai sensi dell'art. 39, comma 6 della Legge regionale 19/2022, il termine del procedimento di controllo relativo alla determina del Direttore Generale dell'AST di Ascoli Piceno n. 62 del 19.03.2024 "Determina n.6/AST Ascoli Piceno del 31.01.2024 "Adozione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024-2026 AST di Ascoli Piceno". Parziale Rettifica ed integrazione."

**Deliberazione della Giunta regionale del 29 aprile 2024, n. 634**

*Controllo atti. L. R. n. 19/2022, art. 39. Determina del Direttore generale dell'AST di Ascoli Piceno n. 56 del 08.03.2024 "Determina n. 7/AST Ascoli Piceno del 31.01.2024 "Adozione del Bilancio PreventivoEconomico anno 2024 e Pluriennale 2024-2026". Parziale Rettifica" - Approvazione.*

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERA

- di approvare la determina del Direttore generale dell'AST di Ascoli Piceno n. 56 del 08.03.2024 "Determina n. 7/AST Ascoli Piceno del 31.01.2024 "Adozione del Bilancio PreventivoEconomico anno 2024 e Pluriennale 2024-2026". Parziale Rettifica".

**Deliberazione della Giunta regionale del 29 aprile 2024, n. 635**

*Piano degli interventi per la mitigazione del rischio idrogeologico del Ministero dell'Ambiente e della Sicurezza Energetica - annualità 2024. Indirizzi per la ripartizione delle risorse tra le diverse tipologie di interventi.*

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERA

1. DI FORNIRE al Soggetto responsabile della programmazione regionale in materia di mitigazione del rischio idrogeologico, individuato con D.G.R. n. 168 del 13 febbraio 2024, i seguenti indirizzi relativi alla ripartizione delle risorse di bilancio del Ministero dell'Ambiente e della Sicurezza Energetica destinate, per l'annualità 2024, al finanziamento di interventi ricadenti nel territorio della Regione Marche:
  - interventi di mitigazione del rischio frana e valanga: quota di finanziamento richiesto non superiore al quindici per cento;
  - interventi di mitigazione del rischio costiero: quota di finanziamento richiesto non superiore al dieci per cento;
  - interventi di mitigazione del rischio alluvione: quota residuale del finanziamento richiesto, comunque non inferiore al settantacinque per cento.
2. DI AUTORIZZARE il Soggetto responsabile della programmazione regionale in materia di mitigazione del rischio idrogeologico ad apportare alla ripartizione di cui al punto 1 gli opportuni e non sostanziali adeguamenti, necessari ai fini della compatibilità della stessi con gli effettivi importi delle proposte di intervento oggetto di richiesta di finanziamento.
3. DI AUTORIZZARE altresì il Soggetto responsabile della programmazione regionale in materia di mitigazione del rischio idrogeologico ad individuare, nell'ambito delle risorse disponibili fino alla concorrenza del 20% del finanziamento, prescindendo dai punteggi risultanti sulla base degli indicatori del

D.P.C.M. 27 settembre 2021, eventuali interventi da finanziare traendoli comunque dalla “Graduatoria Regionale delle Richieste di Finanziamento” sulla piattaforma Rendis-web, già validati dall’Autorità di bacino distrettuale, attestando il carattere di urgenza e indifferibilità dell’azione di messa in sicurezza ai sensi e per gli effetti dell’art. 3 dell’Allegato 1 al predetto D.P.C.M., con particolare riferimento ad interventi volti alla mitigazione del rischio idrogeologico di aree sulle quali insistono immobili di interesse strategico per l’esercizio delle funzioni regionali.

to della graduatoria approvata con il DDS n.773/FOAC/2023, relativa all’Avviso pubblico emanato con il DDS n. 409/FOAC/2023, a partire dal progetto non finanziato che ha conseguito il punteggio più alto.

- Di modificare il cronoprogramma approvato con la deliberazione amministrativa sopra citata, n. 403/2023, rimanendo invariata la copertura finanziaria complessiva stabilita di € 2.560.000,00, al fine di realizzare un ulteriore percorso di IFTS, oltre i dieci percorsi programmati per l’annualità 2024, come di seguito riportato.

### **Deliberazione della Giunta regionale del 29 aprile 2024, n. 636**

*Approvazione offerta formativa regionale IFTS 2024 e modifica cronoprogramma DGR n. 403 del 27/03/2023: PR Marche – FSE + 2021/2027, Asse I Occupazione OS. 4.a – Linee di indirizzo per la definizione dell’Avviso Pubblico biennale finalizzato alla realizzazione di progetti di formazione per percorsi di Istruzione Formazione Tecnica Superiore (IFTS), con possibilità di attivazione di contratti di apprendistato di 1° livello – Annualità 2023, 2024 e 2025.*

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERA

- Di approvare l’offerta formativa regionale di Istruzione e Formazione Tecnica Superiore (IFTS), relativa all’anno 2024, declinata in dieci specifiche specializzazioni ripartite nel territorio regionale, come riportato nell’Allegato A), parte integrante del presente atto, al fine di avviare dieci percorsi IFTS in attuazione dalle linee di indirizzo approvate con DGR n. 403/2023, PR Marche – FSE + 2021/2027, Asse Occupazione OS. 4.a, percorsi), per un importo complessivo di € 2.560.000,00, riferito alle annualità 2023, 2024 e 2025.
- Di stabilire che venga finanziata un’ulteriore specializzazione, considerato che nell’annualità 2023 sono stati ammessi a finanziamento nove progetti di IFTS, anziché dieci, per mancanza di presentazione di proposte progettuali relativamente ad una specializzazione, con una conseguente economia di € 128.000,00; si procederà pertanto allo scorrimen-

ANNO	IMPORTO	Note
2023	€ 1.036.800,00	già impegnati con DDS 846/FOAC/2023
2024	€ 1.382.400,00	di cui € 1.280.000,00 complessivi impegnati/prenotati con DDS 409/FOAC/2023 e 846/FOAC/2023
2025	€ 140.800,00	di cui € 128.000,00 prenotati con DDS 409/FOAC/2023

4. Di stabilire pertanto che la copertura finanziaria intesa come disponibilità, tenuto conto della variazione del cronoprogramma come indicato al punto precedente, per un importo complessivo di € 1.523.200,00 è garantita dalle risorse del PR FSE+ 2021/2027, OS 4.a, sui capitoli del bilancio di previsione 2024/2026, annualità 2024 e 2025, come di seguito indicato, in parte già prenotate/impegnate con DDS n.409/FOAC/2023 e 846/FOAC/2023:

CAPITOLO	ANNO 2024 €		ANNO 2025 €	
2040810024	659.200,00	<i>Di cui: € 582.400,00 prenotazione residua, p.i 603/2024, di cui al DDS 409/FOAC/2023 e € 25.600,00 impegnati con DDS 846/FOAC/2024 imp.924/2024</i>	70.400,00	<i>Di cui € 64.000,00 prenotati con 409/FOAC/2023 con p.i 109/2025</i>
2040810025	461.440,00	<i>Di cui: € 407.680,00 prenotazione residua, p.i 604/2024, di cui al DDS 409/FOAC/2023 e € 17.920,00 impegnati con DDS 846/FOAC/2024 imp.925/2024</i>	49.280,00	<i>Di cui € 44.800,00 prenotati con 409/FOAC/2023 con p.i 110/2025</i>
2040810026	197.760,00	<i>Di cui: € 174.720,00 prenotazione residua, p.i 605/2024, di cui al DDS 409/FOAC/2023 e € 7.680,00 impegnati con DDS 846/FOAC/2024 imp.926/2024</i>	21.120,00	<i>Di cui € 19.200,00 prenotati con 409/FOAC/2023 con p.i 111/2025</i>
2040810045	32.000,00	<i>Impegnato con Decreto 846/FOAC/2023- imp. 921/24</i>		
2040810046	22.400,00	<i>Impegnato con Decreto 846/FOAC/2023- imp. 922/24</i>		
2040810047	9.600,00	<i>Impegnato con Decreto 846/FOAC/2023- imp. 923/24</i>		
<b>TOTALI</b>	<b>1.382.400,00</b>		<b>140.800,00</b>	

Le risorse riservate a tale intervento risultano coerenti quanto alla natura della spesa con le finalità di utilizzo previste dall'atto, in termini di allocazione nella missione e programma di Bilancio, e fatte salve le variazioni finanziarie necessarie alla puntuale identificazione della spesa in base ai livelli di articolazione del piano dei conti integrato di cui al D.lgs. n. 118/2011 e alla codifica SIOPE.

5. Di autorizzare il Dirigente del Settore Formazione professionale, Orientamento e aree di Crisi complesse ad apportare eventuali modifiche all'esigibilità delle risorse di cui ai punti precedenti al fine di procedere alla corretta imputazione della spesa in fase di concessione dei relativi contributi, fermo restando l'importo massimo previsto.
6. Di autorizzare, per le attività formative che verranno finanziate, l'ammissibilità delle spese a far data dell'effettivo avvio dei corsi.

Il presente atto è soggetto a pubblicazione ai sensi dell'articolo 26, comma 1, del D. Lgs. 33/2013.

#### AVVISO

L'allegato è consultabile nel sito:  
[www.norme.marche.it](http://www.norme.marche.it)

#### Deliberazione della Giunta regionale del 29 aprile 2024, n. 637

Regolamento (UE) 2021/2115, articolo 58 comma 1 lettera a). DM 16/12/2022 n. 646643 ss.mm.ii.. Approvazione delle disposizioni attuative dell'intervento del settore vitivinicolo della Ristrutturazione e riconversione dei vigneti, ai fini dell'emanazione del bando regionale per l'esercizio finanziario 2024/2025.

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERA

- di attuare, per l'esercizio finanziario 2024/2025, l'intervento del settore vitivinicolo della Ristrutturazione e riconversione dei vigneti di cui all'articolo 58 comma 1 lettera a) del regolamento (UE) 2021/2115;
- di applicare la *Metodologia per il calcolo e l'utilizzo delle tabelle dei costi unitari per l'intervento "w001 - Ristrutturazione e riconversione vigneti"* del PSP 2023-2027 elaborata dal Ministero dell'Agricoltura, della sovranità alimentare e delle foreste, di concerto con il Consiglio per la ricerca in agricoltura e l'analisi dell'economia agraria (CREA) e Rete Rurale Nazionale pubblicata all'indirizzo <https://www.reterurale.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/25743> ;

3. di approvare, per l'esercizio finanziario 2024/2025, secondo le modalità e le condizioni stabilite con decreto del Ministero dell'agricoltura, sovranità alimentare e foreste 16 dicembre 2022 n. 646643, le disposizioni attuative dell'intervento della Ristrutturazione e riconversione dei vigneti, come contenute nell'allegato A, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, sulla base delle quali sarà emanato il bando regionale a valere sulla dotazione di € 2.000.000,00 stabilita con DGR Marche n. 376 del 11 marzo 2024. Detta dotazione potrà essere incrementata tramite rimodulazione di risorse interne alla dotazione assegnata alla Regione con Capo Dipartimento delle Politiche europee e internazionali e dello sviluppo rurale del Ministero dell'agricoltura, della sovranità alimentare e foreste 12 dicembre 2023 n. 0681024 o ulteriori risorse assegnate dal Ministero alla Regione Marche per l'esercizio finanziario 2024/2025;
4. di approvare, per l'esercizio finanziario 2024/2025, l'allegato B, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, contenente le informazioni previste dagli allegati I e II di cui all'articolo 2 comma 3 del decreto ministeriale 16 dicembre 2022 n. 646643;
5. di subordinare il pagamento dei saldi ammissibili a contributo delle domande a di sostegno a fidejussione presentate nell'esercizio finanziario 2024/2025, previsti per gli esercizi 2025/2026 e seguenti, all'assegnazione delle risorse finanziarie alla Regione Marche, tramite apposito atto del Ministero dell'agricoltura, della sovranità alimentare e foreste, per gli esercizi finanziari di riferimento;
6. di trasmettere il presente provvedimento al Ministero dell'agricoltura, della sovranità alimentare e foreste – Direzione generale delle politiche internazionali dell'Unione Europea - PIUE VII - Settore vitivinicolo, ad Agenzia per le erogazioni in agricoltura, AGEA Coordinamento ed Organismo Pagatore.

Il presente atto è soggetto a pubblicazione ai sensi dell'articolo 26, comma 1, del D. Lgs. 33/2013.

**Allegato A****Disposizioni regionali di attuazione del regolamento (UE) 2021/2115, articolo 58 comma 1 lettera a), ai fini dell'emanazione del bando regionale dell'intervento della Ristrutturazione e riconversione dei vigneti per la campagna 2024/2025**

Regolamento (UE) 2021/2115, art 58 comma 1 lettera a)

Decreto del Ministro dell'agricoltura, della sovranità alimentare e foreste 16 dicembre 2022 n. 646643

- 1. Ambito di applicazione e area di intervento**
- 2. Condizioni di ammissibilità**
  - 2.1 Condizioni relative al soggetto richiedente
  - 2.2 Condizioni relative all'impresa
  - 2.3 Condizioni relative al progetto
- 3. Tipologia di intervento**
  - 3.1 Attività ammissibili
    - 3.1.1 Vigneti eroici e storici
    - 3.1.2 Reimpianto per motivi fitosanitari
  - 3.2 Interventi non ammissibili
- 4. Spese ammissibili e non ammissibili**
  - 4.1 Spese ammissibili
  - 4.2 Spese non ammissibili
- 5. Criteri di sostegno**
  - 5.1 Attribuzione dei criteri di priorità
- 6. Importi ed aliquote di sostegno**
  - 6.1 Percentuale dell'aiuto
  - 6.2 Definizione del sostegno
- 7. Modalità di erogazione dell'aiuto**
- 8. Variazioni progettuali**
  - 8.1 Varianti
  - 8.2 Modifiche minori
- 9. Obblighi**
- 10. Penalità e sanzioni**
- 11. Demarcazione tra PSR e OCM del Settore Vitivinicolo**
- 12. Dotazione finanziaria**
- 13. Disposizioni finali e di coordinamento**

## 1. Ambito di applicazione e area di intervento

A norma dell'articolo 58 comma 1 lettera a) del regolamento (UE) 2021/2115 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 2 dicembre 2021, dell'articolo 16, 40, 41 e 42 e Allegato II Parte II del regolamento delegato (UE) 2022/126 e del decreto del Ministro dell'agricoltura, della sovranità alimentare e foreste 16 dicembre 2022 n. 646643 come modificato con decreto 15 febbraio 2024 n. 75113 (decreto ministeriale n. 646643/2022), con le presenti disposizioni vengono stabiliti i criteri per l'applicazione regionale dell'intervento del settore vitivinicolo della Ristrutturazione e riconversione dei vigneti inserito nel Piano Strategico Nazionale della Politica Agricola Comune per il periodo di programmazione 2023/2027 (*w001 - Ristrutturazione e riconversione vigneti*).

L'intervento Ristrutturazione e riconversione dei vigneti ha l'obiettivo di incrementare la competitività dei produttori di uva, di favorire la riqualificazione ed il rinnovamento dei vigneti e di incentivare la meccanizzazione al fine di ridurre i costi di produzione ed aumentare la sostenibilità in tutte le sue dimensioni (economica, ambientale e sociale) del settore vitivinicolo.

La sintesi dell'intervento della Ristrutturazione e riconversione dei vigneti attuato nella regione Marche è riportata nella scheda riassuntiva redatta in conformità a quanto previsto all'articolo 2, comma 3 del decreto ministeriale n. 646643/2022.

L'intervento Ristrutturazione e riconversione dei vigneti per la campagna 2024/2025 si applica sull'intero territorio della regione Marche limitatamente alle aree delimitate dai disciplinari di produzione dei vini a denominazione di origine protetta (DOP) e indicazione geografica protetta (IGP) delle Marche nel rispetto della normativa comunitaria, nazionale in materia di potenziale viticolo, e relative disposizioni regionali qui richiamate, alle condizioni previste nel presente allegato.

## 2. Condizioni di ammissibilità

La mancanza di uno dei requisiti richiesti e indicati ai successivi paragrafi 2.1, 2.2 e 2.3 determina l'inammissibilità o la decadenza parziale o totale della domanda di sostegno.

Ciascun richiedente può presentare massimo tre domande di sostegno - con richiesta di pagamento a collaudo o di pagamento su anticipo a fidejussione e di successivo saldo - per le seguenti tipologie di domanda di aiuto per la stessa campagna, anche contemporaneamente, a condizione che la stessa superficie non sia presente in più domande:

- a) domanda di aiuto per interventi di ristrutturazione e riconversione dei vigneti
- b) domanda di aiuto per interventi sui "vigneti eroici" e "vigneti storici", iscritti nell'Elenco regionale, ai sensi dell'articolo 5 comma 2 del decreto interministeriale n. 6899/2020 e DGR n. 45 del 23/01/2023 (di seguito Elenco regionale) (cfr. paragrafo 3.1.1)
- c) domanda di aiuto per interventi sui vigneti oggetto di estirpazione obbligatoria a seguito di un provvedimento emanato da Servizio Fitosanitario Regionale (cfr. paragrafo 3.1.2).

Le suddette tipologie di istanza debbono figurare in apposite distinte domande di sostegno.

## 2.1 Condizioni relative al soggetto richiedente

Al momento della presentazione della domanda di sostegno<sup>1</sup>, i soggetti debbono<sup>2</sup> essere imprenditori agricoli, ai sensi dell'articolo 2135 c.c., singoli o associati, che conducono vigneti impiantati con varietà di uve da vino classificate per la coltivazione nella Regione Marche o che detengono autorizzazioni al reimpianto di vigneti, ad eccezione delle autorizzazioni per nuovi impianti di cui all'articolo 64 del regolamento (UE) n. 1308/2013 - come modificato da regolamento (UE) 2021/2117 punti 9,10,11,12 - e delle autorizzazioni per conversione di diritti di reimpianto trasferiti da altra azienda così come stabilito dalla nota della Commissione Europea Ref (2016) 7158486 del 23/12/2016, punto 9.

Possono beneficiare dell'aiuto anche coloro i quali, al momento della presentazione della domanda di sostegno, non detengano ancora autorizzazioni al reimpianto di vigneti, purché si trovino in almeno una delle seguenti condizioni:

- abbiano già effettuata e comunicata l'estirpazione di vigneto, anche contestualmente alla domanda di sostegno all'intervento Ristrutturazione e riconversione dei vigneti;
- siano destinatari di provvedimento di estirpazione obbligatoria da parte dell'Autorità competente per motivi fitosanitari.

Il richiedente, titolare o legale rappresentante, deve essere legittimato alla presentazione della domanda di sostegno e all'adempimento di tutti gli obblighi e gli oneri connessi all'adesione al presente intervento.

## 2.2 Condizioni relative all'impresa

L'impresa, al momento della presentazione della domanda di sostegno, deve:

1. essere titolare di Partita IVA, con codice attività agricola;
2. essere iscritta al Registro delle Imprese presso la competente Camera di Commercio con codici ATECO agricoli e posizione attiva;
3. aver costituito e aggiornato il proprio Fascicolo aziendale<sup>3</sup> e Schedario viticolo<sup>4</sup>. Ai fini dell'aiuto all'intervento, il Fascicolo aziendale deve contenere aggiornate le informazioni delle superfici coltivate a vigneto e la documentazione concernente la titolarità alla conduzione delle superfici stesse. I dati degli impianti da ristrutturare devono risultare correttamente definiti e coerenti con i dati presenti nel Fascicolo aziendale e nello Schedario viticolo del richiedente;

<sup>1</sup> Le domande di sostegno, di variante e di pagamento di saldo si presentano ad Organismo Pagatore AGEA tramite le funzionalità del Sistema Informativo Agricolo Nazionale (SIAN).

<sup>2</sup> Articolo 3 del decreto ministeriale n. 646643/2022.

<sup>3</sup> I produttori interessati all'aiuto per la ristrutturazione e riconversione vigneti devono in primo luogo costituire o aggiornare il proprio fascicolo aziendale e lo schedario viticolo presso l'Organismo pagatore competente in relazione alla residenza del richiedente, se persona fisica, ovvero alla sede legale, se persona giuridica.

Il DM 12 gennaio 2015, n. 162 del Ministero delle Politiche agricole alimentari e forestali individua nel "Piano Colturale Aziendale o Piano di coltivazione" un elemento essenziale di semplificazione degli adempimenti posti a carico degli agricoltori dalla normativa comunitaria. Ai sensi dell'art. 4, comma 2 del Decreto ministeriale n. 99707 del 1° marzo 2021 il fascicolo aziendale deve essere confermato o aggiornato con le sue componenti obbligatorie almeno una volta nel corso di ciascun anno solare. Il mancato rispetto dell'adempimento determina che il fascicolo aziendale non può più essere utilizzato nell'ambito di alcun nuovo procedimento amministrativo sino al suo aggiornamento o conferma.

<sup>4</sup> Strumento previsto all'articolo 145 del regolamento (UE) n. 1308/2013 ss.mm.ii., articolo 8 della legge 12 dicembre 2016, n. 238 e decreto del Ministro delle politiche agricole alimentari e forestali 28 febbraio 2022 n. 93849.

4. avere la disponibilità delle superfici agricole risultante da Fascicolo aziendale, sulle quali si intende realizzare l'investimento, a decorrere dalla data di presentazione della domanda di sostegno e fino al completo adempimento degli impegni assunti con l'adesione all'intervento. La disponibilità deve risultare, a pena di inammissibilità della domanda di sostegno, da:

- titolo di proprietà;
- titolo di usufrutto;
- contratto di affitto scritto e registrato;
- atto di conferimento ad una società agricola o cooperativa di conduzione (nel caso di cooperative qualora le stesse non potessero far valere uno dei titoli sopra riportati)
- comodato, solo per Enti pubblici, stipulato in forma scritta, registrato e con scadenza successiva al tempo necessario all'adempimento degli impegni previsti dal bando.

Non verranno prese in considerazione altre forme di possesso al di fuori di quelle sopramenzionate. Per le aziende agricole gestite dagli Istituti Tecnici Agrari la disponibilità può risultare anche dal Regio decreto che trasforma le Scuole Agrarie in Istituti tecnici agrari.

Nel caso di proprietà indivisa il richiedente dovrà allegare l'autorizzazione del/i comproprietario/i alla realizzazione dell'impianto contenente la dichiarazione, resa ai sensi dell'articolo 47 del D.P.R. n. 445/2000, della conoscenza degli impegni e vincoli derivanti dall'adesione all'intervento.

5. nel caso in cui non sia proprietaria della superficie inserita in domanda, essere inoltre in possesso del consenso del proprietario all'intervento e agli impegni previsti;
6. nei casi previsti, essere in possesso di consenso dei soci o del consiglio di amministrazione all'adesione all'intervento e all'assunzione degli impegni previsti;
7. essere in regola con le norme comunitarie, nazionali e regionali vigenti in materia di potenziale vitivinicolo;
8. aver presentato, se dovuta, la dichiarazione di vendemmia e produzione mosto e vino relativa alla campagna vitivinicola 2023/2024 per tutte le superfici vitate aziendali. La dichiarazione deve essere presentata anche se la produzione di uva in tale campagna è stata pari a zero e anche in presenza di vigneti non produttivi in quanto di recente impianto, ai sensi dell'articolo 4 comma 5 del decreto del Ministro delle Politiche agricole alimentari e forestali 18 luglio 2019 n. 7701 concernente *Disposizioni nazionali di attuazione del regolamento delegato (UE) 2018/2073 e di esecuzione (UE) 2018/274 della Commissione del 11 dicembre 2017 inerenti le dichiarazioni di vendemmia e di produzione vinicola* modificato da decreto 31 ottobre 2022 n. 555831;
9. rientrare in una delle seguenti casistiche previste dal regolamento (UE) n. 1308/2013 ss.mm.ii.:
- essere titolare di un'autorizzazione al reimpianto (per richiesta di conversione di ex diritto presentata entro e non oltre il 31 dicembre 2022 e/o per estirpazione di superficie vitata, anche successiva al reimpianto anticipato);

- aver presentato la richiesta di autorizzazione al reimpianto (per conversione presentata entro e non oltre il 31 dicembre 2022 in caso di conversione di ex diritto e/o per estirpazione di superficie vitata, anche successiva al reimpianto anticipato);
- aver presentato la comunicazione di avvenuta estirpazione di superficie vitata;
- aver avviato la procedura amministrativa di estirpazione di superficie vitata. In tal caso, atteso che le disposizioni regionali in ordine al potenziale viticolo non prevedono la comunicazione di intenzione di estirpare, si considera avviata la procedura amministrativa di estirpazione di superficie vitata con l'indicazione della superficie oggetto di intervento dettagliata nel modello di domanda di sostegno approvato da OP AGEA, **fermo restando che le azioni relative non siano state effettivamente iniziate, pena l'inammissibilità della relativa superficie sia per l'estirpazione sia per il reimpianto e della spesa collegata.**

Le imprese inoltre, al momento della presentazione della domanda di sostegno, pena l'inammissibilità, devono:

- non essere produttori che coltivano impianti illegali e/o superfici vitate prive di autorizzazione ai sensi dell'articolo 71 del regolamento (UE) n. 1308/2013 ss.mm.ii., come stabilito all'articolo 40 comma 5 del regolamento delegato (UE) 2022/126;
- non essere rappresentate da soggetti ritenuti inaffidabili<sup>5</sup>;
- non trovarsi in stato di liquidazione o di fallimento o con presentazione di domanda di concordato o che a carico della stessa risulti pervenuta dichiarazione di fallimento, liquidazione amministrativa coatta, ammissione in concordato o amministrazione controllata. Tale condizione deve permanere fino al termine dei lavori e alla presentazione della domanda di pagamento di saldo, pena la decadenza della domanda, revoca dell'aiuto concesso e recupero dell'eventuale anticipo percepito con applicazione della maggiorazione del 10%;
- non trovarsi in una delle condizioni di esclusione disposte all'articolo 10 del decreto del Ministro delle politiche agricole alimentari e forestali 3 marzo 2017 n. 1411 ss.mm.ii, all'articolo 11 del decreto ministeriale n. 646643/2022 e all'articolo 69 comma 3 della legge 12 dicembre 2016 n. 238.

### 2.3 Condizioni relative al progetto

Il progetto, al momento della presentazione della domanda di sostegno, deve prevedere:

- a. una descrizione dettagliata delle singole attività proposte e la tempistica per la loro realizzazione;
- b. le attività da realizzare in ogni esercizio finanziario e la relativa superficie interessata.

<sup>5</sup> Sono ritenuti inaffidabili i richiedenti nei confronti dei quali, nelle ultime due campagne precedenti a quella in corso, sia stata avviata e conclusa una procedura di decadenza totale con relativa revoca degli aiuti nell'ambito della Ristrutturazione riconversione dei vigneti con recupero di indebiti percepiti, senza che sia intervenuta la restituzione degli importi da parte del beneficiario. In tal caso la domanda di aiuto non potrà essere ammessa per la campagna in corso. Non si considera inaffidabile il soggetto per il quale la procedura di revoca era stata avviata a seguito di rinuncia all'aiuto per cause di forza maggiore.

La condizione di ammissibilità contrassegnata dalla lettera b) costituisce il cronoprogramma delle attività che è commisurato alla pianificazione dell'utilizzo delle risorse finanziarie regionali e deve essere esplicitato nella domanda, pena l'inammissibilità della stessa. Il cronoprogramma è vincolante sul piano finanziario ai fini della presentazione della domanda di pagamento di saldo.

Sulla base del cronoprogramma previsto nella domanda di sostegno, il progetto di riconversione e ristrutturazione deve rispettare le seguenti modalità tecniche:

- 1) prevedere un periodo di realizzazione che non può superare i 3 anni dalla data di finanziabilità della domanda di sostegno e, comunque, la data di messa a dimora delle barbatelle non può essere successiva alla validità dell'autorizzazione al reimpianto collegata alla domanda di sostegno. Pertanto le tempistiche e il cronoprogramma delle attività devono essere compatibili con la validità delle autorizzazioni per reimpianto collegate alla domanda di sostegno. Il richiedente, quindi, è tenuto a presentare la domanda di pagamento del saldo secondo lo scadenario previsto nella domanda iniziale. Eventuali variazioni a quanto ivi indicato devono essere oggetto di apposita richiesta modifica del cronoprogramma e comunque, non oltre il terzo anno successivo alla data di finanziabilità della domanda di sostegno (cfr. paragrafo 8.1 punto 3) e potranno essere accolte esclusivamente in relazione alla disponibilità di risorse da parte della Regione per l'esercizio finanziario coinvolto;
- 2) prevedere azioni di riconversione e ristrutturazione finalizzate alla realizzazione di vigneti destinati esclusivamente alla produzione di vini a DOP e a IGP delle Marche, in relazione all'obiettivo di privilegiare ed incrementare impianti destinati a produrre vini che hanno un legame con il territorio;
- 3) riguardare vigneti iscritti nello Schedario viticolo e oggetto di dichiarazione di vendemmia e produzione mosti e/o vini ai sensi del decreto ministeriale n. 7701/2019 ss.mm.ii.;
- 4) in caso di "vigneti eroici" e "vigneti storici" oggetto di richiesta di aiuto, questi devono risultare iscritti nell'Elenco regionale o essere oggetto di richiesta di riconoscimento e di iscrizione in detto Elenco alla data di presentazione della domanda di sostegno all'intervento della Ristrutturazione e riconversione dei vigneti per la campagna 2024/2025; in tale seconda ipotesi l'esito della richiesta di iscrizione nell'Elenco regionale determina l'esito dell'istruttoria della domanda di aiuto alla Ristrutturazione e riconversione dei vigneti;
- 5) prevedere la superficie minima per domanda di sostegno di **0.50.00 ettari** per tutte le attività della TABELLA n. 1 delle presenti disposizioni, ridotta a:
  - ettari **0.30.00**, in caso di interventi di richiedenti che, alla data di presentazione della domanda, conducano una superficie agricola utilizzata a vigneto inferiore o uguale a tre ettari;
  - ettari **0.10.00**, in caso di interventi di:
    - reimpianto di "vigneti eroici" iscritti nell'Elenco regionale (cfr. paragrafo 3.1.1);
    - reimpianto di "vigneti storici" iscritti nell'Elenco regionale (cfr. paragrafo 3.1.1);

- reimpianto a seguito di estirpazione obbligatoria per ragioni sanitarie e fitosanitarie (cfr. paragrafo 3.1.2).

Tali superfici minime debbono essere rispettate e riscontrate in fase di controllo di domanda di sostegno e di pagamento di saldo, pena la non ammissibilità della domanda di pagamento di saldo, revoca del contributo concesso e recupero dell'anticipo eventualmente erogato maggiorato del 10%;

- 6) prevedere l'impiego di varietà di uve da vino comprese tra le varietà riconosciute idonee alla coltivazione, come classificate nella regione Marche in conformità all'Accordo tra il MIPAAF e le Regioni e le Province Autonome del 25 luglio 2002;
- 7) prevedere l'impiego di materiale vivaistico prodotto nel rispetto del decreto legislativo 2 febbraio 2021 n. 16 concernente *Norme per la produzione e la commercializzazione dei materiali di moltiplicazione della vite in attuazione dell'articolo 11 della legge 4 ottobre 2019, n. 117, per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/2031 e del regolamento (UE) 2017/625* ed appartenere alla categoria del materiale di moltiplicazione certificato (ex artt. 3 e 22 comma 1 lettera c) e materiali di produzione Standard (ex artt. 3 e 22 comma 1 lettera d). A tal fine farà fede quanto riportato nella fattura di acquisto del materiale e quanto riportato nelle etichette apposte su ogni imballaggio o mazzo di barbatelle che deve essere conservata in azienda per almeno un anno ed esibita, a richiesta, durante il controllo in loco, nonché altra documentazione ufficiale fornita dal beneficiario.

Non è ammesso il reimpianto di materiale vegetale aziendale autoprodotta, fatta salva l'autorizzazione alla produzione in conto lavorazione di cui all'art 26 del D.lgs 16/2022.

Le barbatelle o altro materiale vegetale utilizzato nell'impianto richiesto a contributo con il presente intervento settoriale devono essere fornite da Ditte autorizzate dal competente Servizio Fitosanitario o iscritte nel Registro Ufficiale degli Operatori professionali (cd. RUOP) della Regione Marche secondo quanto riportato nella normativa fitosanitaria vigente.

L'utilizzo di materiale vivaistico ottenuto in ambito aziendale e/o di materiale fornito da ditte non autorizzate dal Servizio Fitosanitario o non iscritto al RUOP e l'assenza di indicazioni esaustive in fattura e/o delle etichette di tutte le barbatelle piantate, costituisce motivo di inammissibilità dell'intervento interessato.

- 8) prevedere la realizzazione di vigneti realizzati utilizzando forme di allevamento a spalliera (Guyot, cordone speronato) tali da permettere un agevole uso delle macchine operatrici. Tali forme sono ritenute infatti le più adatte ad una produzione di qualità per la peculiarità dei vitigni e le caratteristiche ambientali degli ambienti viticoli marchigiani.

Fanno eccezione le forme di allevamento impiegate per interventi su "vigneti storici", di cui al paragrafo 3.1.1 delle presenti disposizioni, che debbono essere reimpiantati prevedendo la forma di allevamento tradizionale che ne ha consentito il riconoscimento ed iscrizione nell'Elenco regionale;

- 9) prevedere l'esclusivo impiego di strutture di sostegno nuove;

10) garantire che i vigneti oggetto di aiuto alla ristrutturazione e riconversione

- in fase di domanda di sostegno
  - abbiano la composizione ampelografica, definita su base aziendale, idonea alla produzione dei vini a DOP e/o a IGP delle Marche ivi indicati
  - abbiano la densità di impianto pari o superiore a 2.500 ceppi/ettaro, fatte salve le norme specifiche previste dagli specifici disciplinari di produzione dei vini a DOP e a IGP delle Marche indicati in domanda;
- a fine intervento
  - siano iscritti nello Schedario viticolo e risultare idonei alla produzione di vini a DOP o a IGP delle Marche indicati nella domanda di sostegno approvata;
  - essere razionali e idonei alla meccanizzazione parziale o integrale e la relativa tipologia impiantistica dovrà prevedere strutture portanti in grado di sostenere i diversi livelli di meccanizzazione (parziale o totale). Fanno eccezione i “vigneti storici” che comunque debbono essere impiantati prevedendo l'utilizzo esclusivo di pali di legno;
  - in caso di “vigneti eroici” e “vigneti storici”, di cui ai paragrafi 3.1.1 e 3.1.2, mantenere le condizioni per il riconoscimento che ne hanno consentito l'iscrizione nell'Elenco regionale.

In caso di reimpianto di “vigneti eroici” e “vigneti storici” iscritti nell'Elenco regionale (cfr. TABELLA n.1 – Codici Attività EA.1, EA.3, SA.1, EB.1, E.B.3), per quanto riguarda le modalità tecniche, si fa riferimento inoltre alle disposizioni approvate con decreto interministeriale n. 6899/2020, all'articolo 9 del decreto ministeriale n. 646643/2022 e al paragrafo 3.1.1 delle presenti disposizioni.

In caso di reimpianto a seguito di estirpazione obbligatoria per ragioni sanitarie e fitosanitarie (cfr. TABELLA n. 1 – Attività D.1), per quanto riguarda le modalità tecniche si fa riferimento all'articolo 10 del decreto ministeriale n. 646643/2022 e al paragrafo 3.1.2 delle presenti disposizioni.

Il reimpianto di “vigneti eroici” e “vigneti storici” iscritti nell'Elenco regionale e il reimpianto a seguito di estirpazione obbligatoria per ragioni sanitarie e fitosanitarie va comunque inteso come reimpianto di una superficie vitata in produzione ai sensi delle disposizioni regionali vigenti.

### **3. Tipologia di intervento**

#### **3.1 Attività ammissibili**

Sono ammissibili le seguenti attività:

- a. la riconversione varietale, che consiste:
  - 1. nel reimpianto sullo stesso appezzamento o su un altro appezzamento, con o senza la modifica del sistema di allevamento, di una diversa varietà di vite, ritenuta di maggior pregio enologico o commerciale;
- b. la ristrutturazione, che consiste:

2. nella diversa collocazione del vigneto attraverso il reimpianto in una posizione più favorevole dal punto di vista agronomico, sia per l'esposizione sia per ragioni climatiche ed economiche;
3. nel reimpianto del vigneto attraverso l'impianto nella stessa particella ma con modifiche alla forma di allevamento o al sesto di impianto.

Attività che non risultino rispettare tali condizioni saranno dichiarate inammissibili.

Le attività di cui alle lettere a) e b) si realizzano attraverso il reimpianto di una superficie vitata:

- mediante l'utilizzo di una autorizzazione al reimpianto in possesso del beneficiario in corso di validità;
- estirpando un vigneto presente sul Fascicolo aziendale con successiva acquisizione della relativa autorizzazione al reimpianto;
- con l'impegno ad estirpare un vigneto esistente, di pari superficie, in conduzione sul Fascicolo aziendale al momento della presentazione della domanda di sostegno;
- mediante conversione di un diritto di reimpianto iscritto nel Registro nazionale a condizione che la richiesta di conversione sia avvenuta entro e non oltre il 31 dicembre 2022 e il diritto non provenga da trasferimento da altra azienda.

Gli interventi che variano il potenziale viticolo aziendale devono essere realizzati nel rispetto delle disposizioni regionali riguardanti il controllo del potenziale viticolo comunitario, nazionale e regionale vigente.

### 3.1.1 Vigneti eroici e storici

Ai sensi dell'articolo 9 del decreto ministeriale n. 646643/2022 sono previsti aiuti per interventi sui vigneti definiti come "storici" e/o "eroici" ai sensi del decreto interministeriale n. 6899/2020 ed iscritti nell'Elenco regionale o oggetto di richiesta di iscrizione in detto Elenco alla data di presentazione della domanda di sostegno.

Nello specifico, in conformità alla DGR n. 45/2023, si definisce:

- **Vigneto eroico**, il vigneto di cui all'articolo 2 comma 1 e articolo 3 comma 1 lettera a) del decreto interministeriale n. 6899/2020, avente almeno uno dei seguenti requisiti:
  - pendenza media del terreno superiore al 30%,
  - altitudine media superiore ai 500 metri sul livello del mare, ad esclusione dei vigneti situati su altopiani. Si definisce un vigneto situato in "altopiano" se localizzato ad una altitudine (media) superiore a 500m e con pendenza (media) inferiore al 4%;
  - sistemazione degli impianti viticoli su terrazze e gradoni,
- **Vigneto storico**, il vigneto di cui all'articolo 2 comma 2 e articolo 3 comma 1 lettera b) e comma 2 del decreto ministeriale 30 giugno 2020 n. 6899, la cui presenza è segnalata in una determinata superficie in data antecedente al 1960 e avente contestualmente i seguenti requisiti:
  - utilizzo di forme di allevamento tradizionali (alberata con tutori vivi, alberello, cordone speronato, Guyot e sue varianti, pergola, tendone);

- presenza di sistemazioni idraulico-agrarie storiche o di particolare pregio paesaggistico (terrazzamento, ciglionamento, rittochino, cavalcapoggio, girapoggio, spina).

È riconoscibile come “storico” anche un vigneto che era presente prima del 1960 e che nel periodo successivo al 1960 è stato estirpato e reimpiantato sulla medesima superficie con le medesime caratteristiche del vigneto precedente e se sono presenti le forme di allevamento tradizionali del luogo o le sistemazioni idrauliche agrarie storiche o di pregio paesaggistico sopra elencate.

Ai sensi dell'articolo 3, comma 2 del citato DM n. 6899/2020, sono altresì definiti “storici” le superfici vitate:

- a) appartenenti a paesaggi iscritti nel Registro Nazionale dei Paesaggi Rurali di Interesse Storico, purché la viticoltura costituisca la motivazione dell'iscrizione e i vigneti presentino le caratteristiche principali dell'iscrizione;
- b) afferenti a territori che hanno ottenuto dall'UNESCO il riconoscimento di eccezionale valore universale e ove il criterio di iscrizione nella lista dei siti UNESCO si riferisca esclusivamente o in modo complementare alla viticoltura;
- c) ricadenti in aree oggetto di specifiche leggi regionali o individuate dai piani paesaggistici volte alla conservazione e valorizzazione di specifici territori vitivinicoli.

I vigneti ricadenti nei territori individuati da tali istituzioni assumono il carattere di “storicità” anche se reimpiantati in periodi successivi al 1960, ma solo su superfici già interessate da vigneti prima di tale data. Il riconoscimento attribuito dalle istituzioni sopracitate, riguarda l'intera area, a cui viene riconosciuta una valenza storico-paesaggistica-culturale che va salvaguardata e conservata; proprio per tale valenza, non possono essere realizzati nuovi impianti su superfici dove storicamente non era presente il vigneto.

Ai sensi dell'articolo 9 comma 3 del decreto ministeriale n. 646643/2022, i beneficiari dell'aiuto per l'intervento della Ristrutturazione e riconversione dei “vigneti eroici” e/o “vigneti storici”, si impegnano ad eseguire eventuali modifiche degli elementi caratterizzanti il paesaggio viticolo nel modo meno invasivo e il più rispettoso possibile della tradizione locale, per il mantenimento dei requisiti del riconoscimento di “vigneto eroico” e/o “vigneto storico” ed iscrizione nell'Elenco regionale.

In caso di “vigneti eroici”, il reimpianto può avvenire sulla stessa superficie che ha dato origine all'iscrizione nell'Elenco regionale o in altra superficie, a condizione che sia garantito il possesso dei requisiti per l'iscrizione nell'Elenco regionale, mediante utilizzo di tutte le varietà idonee alla coltivazione nella regione Marche.

In caso di “vigneti storici” il reimpianto deve avvenire nella stessa superficie che ha dato origine all'iscrizione nell'Elenco regionale e debbono essere:

- mantenute la stessa forma di allevamento e sistemazioni idraulico-agrarie del vigneto originario iscritto nell'Elenco regionale;

- utilizzati vitigni autoctoni o di antica coltivazione tipicamente usati nella zona o consentiti dagli specifici disciplinari di produzione di vini a DO/IG dell'area in cui è compreso il vigneto;
- utilizzati pali di legno.

La domanda di sostegno per reimpianto di "vigneti eroici" e/o "vigneti storici" viene presentata nel rispetto delle procedure contenute nel bando regionale secondo i livelli di sostegno massimi di cui alla TABELLA n. 2.

### 3.1.2 Reimpianto per motivi fitosanitari

Ai sensi dell'articolo 58 paragrafo 1 lettera a) iii) del regolamento (UE) 2021/20115 e art. 41 del regolamento delegato (UE) 2022/126, i produttori accedono all'intervento di reimpianto per motivi fitosanitari solo a seguito di un provvedimento di estirpazione obbligatoria emanato dal Settore Fitosanitario Regionale.

Il provvedimento di estirpazione obbligatoria contiene, almeno, i seguenti elementi:

- l'indicazione, ove previsto, del produttore destinatario del provvedimento di estirpazione obbligatoria;
- l'indicazione del o degli organismi nocivi che hanno colpito la superficie vitata oggetto del provvedimento di estirpazione obbligatoria tra quelli indicati all'allegato II al decreto ministeriale n. 646643/2022 dove esplicitamente sia indicata e riconosciuta la presenza della Flavescenza dorata quale organismo nocivo che ha colpito la superficie vitata oggetto del provvedimento;
- la localizzazione della o delle superfici vitate colpite dall'infestazione oggetto del provvedimento di estirpazione obbligatoria;
- l'indicazione dell'esatta superficie vitata, espressa in ettari, interessata dal provvedimento;
- i termini entro i quali effettuare l'estirpazione obbligatoria.

Il provvedimento di cui sopra è trasmesso, contestualmente alla sua adozione, alla Struttura regionale competente per l'accoglimento delle domande della Ristrutturazione e riconversione dei vigneti e per conoscenza al Ministero dell'agricoltura, della sovranità alimentare e foreste – Dipartimento delle politiche europee e internazionali e dello sviluppo rurale – Direzione generale delle Politiche Internazionali e dell'Unione Europea – PIUE VII.

La documentazione attestante le infestazioni è conservata presso il Settore Fitosanitario Regionale e tenuta a disposizione dei competenti organismi comunitari e nazionali.

La domanda di sostegno per reimpianto per motivi fitosanitari viene presentata nel rispetto delle procedure contenute nel bando regionale secondo i livelli di sostegno massimi riportati in TABELLA n. 2.

Il reimpianto per motivi fitosanitari è effettuato con le medesime varietà di uva da vino estirpate o con varietà diverse purché tra quelle riconosciute idonee alla coltivazione per la Regione Marche ed avviene nei termini previsti al paragrafo 7.

**Le spese di estirpazione dei vigneti oggetto di provvedimento di estirpazione obbligatoria per motivi fitosanitari e la compensazione delle perdite di reddito conseguenti all'estirpazione non costituiscono mai una spesa ammissibile.**

Di seguito, in TABELLA n.1, è riportato il riepilogo delle attività ammissibili all'aiuto nella Regione Marche per la campagna 2024/2025.

**TABELLA n. 1: ATTIVITÀ AMMISSIBILI**

ATTIVITÀ	DESCRIZIONE	CODICE
<b>A</b> <b>Riconversione varietale</b>	ESTIRPAZIONE di vigneto con varietà di vite non rispondenti al mercato e REIMPIANTO di vigneto realizzato sullo stesso o su altro appezzamento, con o senza la modifica del sistema di allevamento, di una diversa varietà di vite ritenuta di maggior interesse enologico e commerciale	A.1
	REIMPIANTO del vigneto realizzato sullo stesso o su altro appezzamento, con o senza la modifica del sistema di allevamento, di una diversa varietà di vite ritenuta di maggior interesse enologico e commerciale	A.2
	REIMPIANTO ANTICIPATO di vigneto, con o senza la modifica del sistema di allevamento, di una diversa varietà di vite ritenuta di maggior interesse enologico e commerciale	A.3
	ESTIRPAZIONE di "vigneto eroico" iscritto nell'Elenco regionale con varietà di vite non rispondenti al mercato e REIMPIANTO di "vigneto eroico" realizzato sullo stesso, o su altro appezzamento a condizione che questo abbia i requisiti per l'iscrizione nell'Elenco regionale dei vigneti eroici, con o senza la modifica del sistema di allevamento, <u>di una diversa varietà di vite</u> ritenuta di maggior interesse enologico e commerciale	EA.1
	REIMPIANTO ANTICIPATO di "vigneto eroico" iscritto nell'Elenco regionale, con o senza la modifica del sistema di allevamento, <u>di una diversa varietà di vite</u> ritenuta di maggior interesse enologico e commerciale, a condizione che l'appezzamento oggetto di reimpianto abbia i requisiti per l'iscrizione nell'Elenco regionale dei "vigneti eroici"	EA.3
	ESTIRPAZIONE di "vigneto storico" iscritto nell'Elenco regionale con varietà di vite non rispondenti al mercato e REIMPIANTO di "vigneto storico" realizzato sullo stesso appezzamento e con la stessa forma di allevamento e stessa sistemazione idraulico-agraria del vigneto iscritto nell'Elenco regionale, mediante utilizzo <u>di diversa varietà di vite ritenuta di maggior interesse enologico e commerciale, purché autoctona o tradizionale della zona, senza modifica del sesto e utilizzo di pali di legno</u>	SA.1

ATTIVITÀ	DESCRIZIONE	CODICE
<b>B</b> <b>Ristrutturazione</b>	ESTIRPAZIONE di vigneto e REIMPIANTO del vigneto: <ul style="list-style-type: none"> <li>• in diversa collocazione in posizione più favorevole dal punto di vista agronomico, sia per esposizione sia per ragioni climatiche e economiche;</li> <li>• sullo stesso appezzamento ma con modifica alla forma di allevamento o sesto di impianto</li> </ul>	B.1
	REIMPIANTO del vigneto <ul style="list-style-type: none"> <li>• con diversa collocazione in posizione più favorevole dal punto di vista agronomico, sia per esposizione sia per ragioni climatiche ed economiche;</li> <li>• sullo stesso appezzamento ma con modifica alla forma di allevamento o sesto di impianto</li> </ul>	B.2
	REIMPIANTO ANTICIPATO del vigneto in una posizione più favorevole dal punto di vista agronomico, sia per esposizione sia per ragioni climatiche ed economiche	B.3
	ESTIRPAZIONE di "vigneto eroico" iscritto nell'Elenco regionale e REIMPIANTO di "vigneto eroico": <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>con diversa collocazione</u> in posizione più favorevole dal punto di vista agronomico, sia per esposizione sia per ragioni climatiche e economiche, a condizione che l'appezzamento oggetto di reimpianto abbia i requisiti per l'iscrizione nell'Elenco regionale dei vigneti eroici;</li> <li>• sullo stesso appezzamento ma con modifica della forma di allevamento o sesto di impianto</li> </ul>	EB.1
	REIMPIANTO ANTICIPATO del vigneto con posizione più favorevole dal punto di vista agronomico, sia per esposizione sia per ragioni climatiche ed economiche, a condizione che l'appezzamento oggetto di reimpianto abbia i requisiti per l'iscrizione nell'Elenco regionale dei vigneti eroici;	EB.3
<b>D</b>	REIMPIANTO di vigneto a seguito di estirpazione obbligatoria per motivi fitosanitari	D.1

### 3.2 Interventi non ammissibili

Il regime di aiuto alla Ristrutturazione e riconversione dei vigneti non si applica:

- al rinnovo normale dei vigneti giunti al termine del loro ciclo di vita naturale, intendendosi in tal senso il reimpianto sulla stessa superficie, con la stessa varietà, secondo la stessa forma di allevamento o sesto di impianto quando le viti sono giunte al termine del loro ciclo di vita naturale (cfr. art. 5 comma 4 del decreto ministeriale n. 646643/2022).
- alla normale gestione dei vigneti [cfr. allegato II parte II del regolamento delegato (UE) 2022/126];

- ad interventi relativi a superfici vitate impiantate prive di autorizzazione ai sensi dell'articolo 71 del regolamento (UE) n. 1308/2013 ss.mm.ii.;
- ad interventi realizzati nella totalità o in parte su "superfici vitate abbandonate" come definite all'articolo 2, paragrafo 1, lettera d), del regolamento delegato (UE) n. 2018/273 della Commissione dell'11 dicembre 2017, ovvero realizzati su una superficie vitata che non è regolarmente sottoposta a pratiche colturali destinate a ottenere un prodotto commerciabile da più di cinque campagne viticole;
- a vigneti da realizzare con autorizzazioni per nuovo impianto, di cui all'articolo 64 del regolamento (UE) 1308/2013 ss.mm.ii. e all'articolo 6 del decreto del Ministro dell'agricoltura, della sovranità alimentare e foreste 19/12/2022 n. 649010;
- a vigneti da realizzare con autorizzazioni da conversione di ex diritti di impianto derivanti da trasferimento tra aziende, così come stabilito dalla nota della Commissione Europea Ref (2016) 7158486 del 23/12/2016, punto 9;
- agli interventi finalizzati alla ristrutturazione e riconversione dei vigneti per vini senza DOP o IGP;
- agli interventi finalizzati al reimpianto di vigneti con densità inferiore a 2.500 ceppi/ettaro;
- ai vigneti che negli ultimi cinque anni abbiano beneficiato di aiuti comunitari, nazionali e/o regionali per gli stessi interventi;
- alle superfici vitate non inserite nella dichiarazione di vendemmia e produzione mosto e/o vino di cui al decreto ministeriale n. 7701/2019 ss.mm.ii. per la campagna 2023/2024.

Non sono comunque ammissibili:

- progetti collettivi;
- vigneti in coltura promiscua;
- interventi realizzati con sistema di allevamento ad alberata, alberello, tendone e pergola al di fuori degli interventi da attuare su "vigneti storici" iscritti nell'Elenco regionale con tale sistema di allevamento;
- interventi finalizzati alla realizzazione di vigneti mediante autorizzazioni al reimpianto scadute;
- interventi su superfici vitate soggette a vincoli, impegni e prescrizioni di qualsiasi natura (es: impegni pluriennali, vincolo di destinazione d'uso, sequestro giudiziario ecc.);
- impianti di vigneto realizzati con l'utilizzo di strutture di sostegno usate.

#### **4. Spese ammissibili e non ammissibili**

##### **4.1 Spese ammissibili**

Le spese ammissibili e quelle non ammissibili sono riportate nell'allegato B, predisposto secondo gli schemi approvati con gli **Allegati I e II** di cui all'articolo 2 comma 3 del decreto ministeriale n. 646643/2022.

Le spese eleggibili sono quelle sostenute a decorrere dal giorno successivo alla data di presentazione delle domande di sostegno e comunque non oltre il termine stabilito per la realizzazione dei lavori e presentazione della domanda di pagamento di saldo stabilito al paragrafo 7 (**eleggibilità della spesa**). Fanno eccezione le spese di estirpazione del vigneto che sono ammissibili, ove previste (cfr. TABELLA n. 1 - codici attività A.1, EA.1, SA.1, B.1, EB.1), solo se effettuate a decorrere dalla data di ricezione della comunicazione di esito istruttorio di ammissibilità inviata dalla Regione al richiedente e comunque non prima della data stabilita da AGEA OP nelle proprie Istruzioni operative per la campagna 2024/2025 per l'esecuzione dei controlli *ex ante*.

Qualora la domanda di sostegno non risultasse finanziabile, le eventuali spese sostenute dal richiedente sono a suo carico e non sono imputabili alla domanda di sostegno che dovesse essere ripresentata nell'annualità successiva.

Sono ammissibili esclusivamente le seguenti voci di spesa:

**A. per le Azioni collegate all'impianto viticolo oggetto di ristrutturazione, compresa la ricollocazione dell'impianto viticolo:**

- Spese per estirpazione dell'impianto viticolo
- Spese per rimozione delle strutture di supporto (sostegni) e smaltimento
- Spese per raccolta e trasporto dei ceppi, radici e altri residui vegetali

**B. per le Azioni collegate alla preparazione del terreno dell'impianto viticolo ristrutturato e/o riconvertito:**

- Spese per lavorazione profonda (rippatura, scasso)
- Spese per aratura
- Spese per erpicatura
- Spese per fresatura
- Spese per concimazione organica e minerale

**C. Per le Azioni collegate alla realizzazione dell'impianto viticolo ristrutturato e/o riconvertito:**

- Spese per squadro dell'impianto
- Spese per realizzazione dell'impianto viticolo (lavoro di messa a dimora del materiale vegetale)
- Spese per messa in opera delle strutture di supporto (sostegni)
- Acquisto dei materiali necessari per la realizzazione dell'impianto viticolo (barbatelle innestate o da innestare, marze, elementi per il fissaggio delle strutture di sostegno, ancore, tondini di ferro, filo di acciaio, tendifilo, legacci per pianta e tutto quanto necessario).

Nel bando regionale sono specificate le condizioni per l'ammissibilità della spesa in conformità alle Istruzioni Operative di OP AGEA per la campagna 2024/2025.

**4.2 Spese non ammissibili**

Non sono ammesse le seguenti voci di spesa:

1. Semplice sostituzione ai sensi dell'articolo 6 del regolamento (CE) n. 555/2008 ss.mm.ii. o gestione ordinaria dell'impianto viticolo, ovvero relative a tutte le attività

tecniche necessarie per l'ordinaria manutenzione del vigneto e che non rappresentino un cambiamento strutturale

2. Cure colturali (spese di allevamento, eliminazione infestanti etc.)
3. Spietramento
4. Azioni collegate alla modifica della pendenza/livello dell'impianto viticolo:
  - modifica del profilo del terreno
  - livellamento del suolo
  - trasformazione e ricostituzione dell'impianto viticolo per permettere l'accesso diretto delle macchine.
5. Azioni collegate a terrazze, ciglioni e muri a retta:
  - messa in opera, ricostruzione o distruzione di terrazzo, con o senza muri di pietra compresa la conversione dei piani di raccordo dei terrazzi al servizio del vigneto.
6. Azioni collegate alle tecniche di impianto nell'impianto viticolo ristrutturato:
  - messa in opera e modificazioni delle strutture di supporto (sostegni).
7. Azioni collegate all'istallazione o al miglioramento del sistema irriguo di soccorso:
  - allestimento e miglioramento dell'impianto di irrigazione del vigneto.
8. Protezione contro danni da vandalismo, per esempio attraverso:
  - costruzione di schermi
  - protezione attiva attraverso produzione di suoni artificiali.
9. Protezione contro danni da selvaggina, uccelli, per esempio attraverso:
  - copertura dei filari del vigneto con reti di protezione
  - macchine per spaventare gli uccelli
  - protezione attiva attraverso produzione di suoni artificiali.
10. Protezione dalla grandine con copertura dei filari del vigneto con reti di protezione.
11. Costruzione di frangivento e muri di protezione.
12. Passi carrai, sia all'interno di un vigneto sia quelli che portano a un vigneto.
13. Strade carrozzabili ed elevatori
14. Acquisto di trattori o di altri mezzi di trasporto.
15. Spese per estirpazione e la compensazione per il mancato reddito, in caso di Reimpianto a seguito di estirpazione per motivi fitosanitari (cfr. paragrafo 3.1.2).

Non sono comunque eleggibili all'aiuto:

- le spese sostenute prima della presentazione della domanda di sostegno e quelle sostenute oltre il termine massimo stabilito per la realizzazione dei lavori e presentazione della domanda di pagamento di saldo stabilito al paragrafo 7;
- le spese non supportate da idonea documentazione prevista dal bando regionale sulla base delle istruzioni operative di OP AGEA per la campagna 2024/2025;

- le spese non incluse nelle tabelle di costo unitario previste *dalla Metodologia per il calcolo e l'utilizzo delle tabelle dei costi unitari per l'intervento "w001 - Ristrutturazione e riconversione vigneti"* del PSP 2023-2027 elaborata da Rete Rurale Nazionale.

## 5. Criteri di sostegno

Dopo avere esaminato le domande sulla base dei criteri di ammissibilità stabiliti ai paragrafi 2.1, 2.2 e 2.3 delle presenti disposizioni, alle domande ammissibili, indipendentemente dall'Attività selezionata, sono attribuiti i punteggi stabiliti in applicazione del comma 4 dell'articolo 2 del decreto ministeriale n. 646643/2022, sulla base dei criteri di priorità previsti nell'Allegato V dello stesso decreto e di seguito individuati.

### 5.1 Attribuzione dei criteri di priorità

Ai sensi del comma 4 dell'articolo 2 del decreto ministeriale n. 646643/2022, sono individuati i seguenti criteri di priorità:

- A. Tipologia del richiedente
- B. Particolari situazioni aziendali

Detti criteri sono applicati nella regione Marche secondo l'articolazione e i punteggi indicati nelle tabelle A e B che seguono.

#### A. Tipologia del richiedente

Criterio		Punti	Fonte documentale per la verifica dei criteri dichiarati in domanda di sostegno
1	Titolare o legale rappresentante che al momento della presentazione della domanda ha un'età compresa tra i 18 ed i 40 anni	30	Fascicolo aziendale
2	Richiedente iscritto, in qualità di socio, a Consorzi di tutela vini DOP delle Marche autorizzati ai sensi dell'art. 41 della legge 12 dicembre 2016, n. 238	30	Libro soci Consorzio di tutela vini DOP, oppure attestazione del Consorzio di tutela vini DOP

I punteggi dei criteri 1 e 2, ove applicabili, sono cumulabili. Ai fini dell'attribuzione del punteggio del criterio 2 viene considerata l'iscrizione nell'elenco soci del Consorzio di tutela vini DOP, oppure nel libro soci di una cooperativa iscritta al Consorzio di tutela del vino DOP, alla data di presentazione della domanda di sostegno.

#### B. Particolari situazioni aziendali

Criterio		Punti	Fonte documentale per la verifica dei criteri dichiarati in domanda di sostegno
1	Aziende con rapporto Superficie vitata/SAU maggiore del 50%	20	Fascicolo aziendale
2	Aziende localizzate in aree colpite dal ricisma come 2-a) Interventi ricadenti nelle zone montane, individuate ai sensi dell'articolo 32 del regolamento (UE) n.	20	Fascicolo aziendale

Criterio		Punti	Fonte documentale per la verifica dei criteri dichiarati in domanda di sostegno
delimitate dalla legge 15 dicembre 2016, n. 229 e smi	1305/2013, all'interno delle aree colpite dal sisma	10	
	2-b) Interventi ricadenti all'interno delle aree colpite dal sisma ubicate in zone non montane ai sensi dell'articolo 32 del regolamento (UE) n. 1305/2013		

I punteggi dei criteri 1 e 2, ove applicabili, sono cumulabili. Il criterio n. 2 viene applicato quando almeno un appezzamento oggetto dell'intervento ricade nel comune. I punteggi dei sub criteri 2a) e 2b) non sono cumulabili.

A parità di punteggio viene data preferenza al richiedente con minore età alla data di presentazione della domanda di sostegno. Nel caso in cui si tratti di una società di persone o di capitali, l'età di riferimento è quella del legale rappresentante.

I requisiti atti all'assegnazione dei punteggi devono essere posseduti alla data di presentazione della domanda di sostegno e dichiarati dal richiedente nella stessa domanda, pena il mancato riconoscimento degli stessi in sede istruttoria di ammissibilità.

Il punteggio richiesto in domanda di sostegno non può in nessun caso essere aumentato.

## 6. Importi ed aliquote di sostegno

### 6.1 Percentuale dell'aiuto

A norma dell'articolo 59 paragrafo 1 del regolamento (UE) 2021/2115 Il sostegno alla Ristrutturazione e riconversione dei vigneti in ogni caso non può superare il 50% dei costi.

### 6.2 Definizione del sostegno

Il sostegno alla Ristrutturazione e riconversione dei vigneti può essere erogato soltanto nelle seguenti forme:

- a) compensazione dei produttori per le perdite di reddito conseguenti alla esecuzione dell'intervento. La compensazione della perdita di reddito può assumere una delle seguenti forme:
  - a1) coesistenza di viti vecchie e nuove per un periodo non superiore ai tre anni. In tal caso l'estirpazione della superficie vitata deve essere effettuata entro la fine del terzo anno successivo a quello dell'impianto;
  - a2) compensazione finanziaria. Detta compensazione, calcolata sulla base dei criteri definiti dal decreto direttoriale 8 marzo 2010, n. 2862 ss.mm.ii., pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 63 del 17 marzo 2010, è fissata in **2.200,00 euro/ettaro** in caso di estirpazione e reimpianto ed è erogata per una sola annualità. Non è riconosciuta alcuna compensazione finanziaria per le perdite di reddito qualora vengano utilizzate autorizzazioni al reimpianto non provenienti dalla operazione di ristrutturazione e riconversione dei vigneti oppure in

caso di impegno a estirpare una equivalente superficie vitata (reimpianto anticipato) inserite nel progetto oggetto di richiesta di sostegno oppure in caso di reimpianto per motivi fitosanitari (cfr. TABELLA n.1 – codici Attività A.2, A.3, B.2, B.3, D.1).

- b) contributo ai costi di ristrutturazione e riconversione, in conformità all'articolo 8 comma 3 primo capoverso del decreto ministeriale n. 646643/2022, determinato sulla base di tabelle dei costi unitari, elaborate a livello nazionale, contenute nella *Metodologia per il calcolo e l'utilizzo delle tabelle dei costi unitari per l'intervento "w001 - Ristrutturazione e riconversione vigneti" del PSP 2023-2027* (di seguito Metodologia dei costi unitari), in corso di certificazione, pubblicata sul sito istituzionale della Rete Rurale Nazionale all'indirizzo <https://www.reterurale.it/flex/cm/pages/Serve-BLOB.php/L/IT/IDPagina/25743>, e comunque nel limite dei livelli di sostegno massimi riportati in TABELLA n. 2.

**TABELLA n. 2: costi unitari e livelli di sostegno massimi ad ettaro**

Tipologia intervento	Tipologia impianto	Range di densità (piante/Ha)	Tipologia vigneto	Costo Semplificato (€/Ha) senza impianto irriguo	Contributo (€/Ha) senza impianto irriguo
impianto	spalliera	2000-3774	pianeggiante	€ 22.698,00	€ 11.349,00
impianto	spalliera	2000-3774	pendenza >15%	€ 22.895,00	€ 11.447,50
impianto	spalliera	2000-3774	viticultura eroica	€ 29.507,00	€ 14.753,50
impianto	spalliera	3775-4107	pianeggiante	€ 23.854,00	€ 11.927,00
impianto	spalliera	3775-4107	pendenza >15%	€ 24.063,00	€ 12.031,50
impianto	spalliera	3775-4107	viticultura eroica	€ 31.010,00	€ 15.505,00
impianto	spalliera	da 4108	pianeggiante	€ 25.651,00	€ 12.825,50
impianto	spalliera	da 4108	pendenza >15%	€ 25.876,00	€ 12.938,00
impianto	spalliera	da 4108	viticultura eroica	€ 33.346,00	€ 16.673,00
impianto	alberello		pianeggiante	€ 16.546,00	€ 8.273,00
impianto	alberello		pendenza >15%	€ 16.620,00	€ 8.310,00
impianto	alberello		viticultura eroica	€ 21.510,00	€ 10.755,00
impianto	pergola	fino a 3251	pianeggiante	€ 32.729,00	€ 16.364,50
impianto	pergola	fino a 3251	pendenza >15%	€ 32.937,00	€ 16.468,50
impianto	pergola	fino a 3251	viticultura eroica	€ 42.548,00	€ 21.274,00
impianto	pergola	da 3252	pianeggiante	€ 37.030,00	€ 18.515,00
impianto	pergola	da 3252	pendenza >15%	€ 37.262,00	€ 18.631,00
impianto	pergola	da 3252	viticultura eroica	€ 48.139,00	€ 24.069,50
impianto	tendone		pianeggiante	€ 31.241,00	€ 15.620,50
impianto	tendone		pendenza >15%	€ 31.636,00	€ 15.818,00
estirpazione				€ 1.968,00	€ 984,00
Indennizzo per mancato reddito					2.200,00

A riguardo si precisa che:

- la Metodologia dei costi unitari si applica solo ai fini della determinazione del costo e conseguente contributo unitario, non venendo meno gli adempimenti dei beneficiari in ordine al rispetto degli obblighi fiscali e tenuta della contabilità;
- sono ammissibili al contributo i costi dell'impianto del vigneto ammesso di superficie pari o superiore a quella estirpata, se sono previsti ulteriori impianti a valere di autorizzazioni al reimpianto già rilasciate, che rispettano le caratteristiche, le forme di allevamento e le densità di impianto indicate nella Metodologia dei costi unitari;
- il costo unitario per l'estirpazione si riferisce all'estirpazione di vecchi impianti a parete (spalliera, guyot, cordone speronato, sylvoz, etc.) o tridimensionali (pergola, tendone, etc.), per le attività codici A1, EA1, SA1, B1, EB1 (cfr. TABELLA n. 1) e solo in tal caso si aggiunge al costo unitario di impianto. La superficie estirpata viene misurata a norma dell'articolo 42 del regolamento (UE) 2022/126, come previsto per il campione a controllo ex ante, senza applicare la tolleranza tecnica;
- nel costo unitario di impianto, per le diverse tipologie previste in TABELLA n. 2, sono compresi esclusivamente i costi per le operazioni agronomiche di preparazione del terreno e di messa a dimora e i costi del materiale vegetale e delle strutture di sostegno, ove previste dalla tipologia impiantistica selezionata, previsti nelle tabelle della Metodologia dei costi unitari;
- esclusivamente in caso di attività codici A1, EA1, SA1, B1, EB1 (cfr. TABELLA n. 1) al costo del contributo ad ettaro di impianto si aggiunge l'importo dell'indennizzo per mancato reddito (cfr. anche paragrafo 6.2 lettera a2);
- i livelli di sostegno ad ettaro per tipologia di vigneto riportata in TABELLA n. 2 (pianeggiante, pendenza superiore al 15%, viticoltura eroica) sono definiti in base alle caratteristiche delle superfici interessate presenti nel Fascicolo aziendale;
- ai "vigneti eroici" che alla data di approvazione della graduatoria regionale risulteranno iscritti nell'Elenco regionale viene riconosciuto il contributo corrispondente all'impianto con la specificazione "viticoltura eroica" in relazione alla forma di allevamento e densità di impianto prevista nella Metodologia dei costi unitari;
- ai "vigneti storici" che alla data di approvazione della graduatoria regionale risulteranno iscritti nell'Elenco regionale viene riconosciuto il contributo corrispondente alla tipologia impiantistica base in relazione alla forma di allevamento e densità di impianto prevista nella Metodologia dei costi unitari;
- gli importi di spesa e contributo per gli impianti ad alberello, pergola e tendone, in relazione alla densità di impianto prevista nella Metodologia dei costi unitari, si applicano solo nel caso di interventi su "vigneti storici" che alla data di approvazione della graduatoria sono iscritti nell'Elenco regionale con dette forme di allevamento.

Il sostegno comunitario previsto dall'intervento della Ristrutturazione e riconversione vigneti non è cumulabile con altri aiuti comunitari riguardanti, al contempo, le medesime superfici ed operazioni.

## 7. Modalità di erogazione dell'aiuto

L'aiuto è erogato dall'Organismo Pagatore AGEA direttamente al singolo beneficiario in relazione alla superficie vitata, definita in conformità dell'articolo 42 comma 1 del regolamento delegato (UE) 2022/126.

L'aiuto è versato solo dopo la verifica che l'intera superficie oggetto della domanda sia stata realizzata. Tuttavia, in base a quanto disposto al comma 8 dell'articolo 8 del decreto ministeriale n. 646643/2022, nel caso sia richiesto un anticipo, lo stesso è erogato nella misura massima dell'80%, a condizione che il beneficiario abbia depositato l'apposita fidejussione.

Per l'esercizio finanziario 2024/2025 pertanto il pagamento dell'aiuto può essere richiesto unicamente nelle seguenti forme:

1. A COLLAUDO. la domanda di pagamento di saldo, a termine lavori, a fronte della domanda di sostegno con pagamento a collaudo, deve essere presentata nel rispetto del cronoprogramma indicato in domanda di sostegno;
2. A FIDEJUSSIONE, previa presentazione di garanzia fidejussoria e SUCCESSIVO SALDO A TERMINE DEI LAVORI.

Il pagamento dell'aiuto viene essere effettuato anticipatamente, prima della conclusione dei lavori, per l'80% del contributo ammesso a finanziamento per l'intera operazione, e successivo saldo del 20% al termine dei lavori, esclusivamente a condizione che il richiedente selezioni in domanda di sostegno la modalità di erogazione dell'aiuto a fidejussione, che prevede la costituzione di una garanzia fideiussoria a favore di AGEA OP, pari al 110% del valore dell'anticipo liquidabile. La domanda di pagamento di saldo per l'erogazione del restante 20% del contributo finanziato e per lo svincolo della polizza fideiussoria deve essere presentata entro la scadenza indicata nel cronoprogramma della domanda di sostegno.

In caso di domande di sostegno con richiesta di pagamento su anticipo tramite fidejussione e successivo saldo non è consentita la presentazione della domanda di pagamento di saldo nell'esercizio 2024/2025.

I termini per la presentazione delle domande di pagamento dell'anticipo e di saldo, la documentazione a corredo e i relativi controlli ai fini dell'erogazione dell'aiuto sono stabiliti da AGEA OP nelle proprie istruzioni operative per l'annualità 2024/2025.

Il pagamento dei saldi previsti per la campagna 2025/2026 e seguenti è subordinato all'assegnazione delle risorse alla Regione Marche, tramite apposito atto del Ministero dell'agricoltura, della sovranità alimentare e foreste per la stessa campagna.

## 8. Variazioni progettuali

È prevista la possibilità di presentare domanda di **variazioni** al progetto iniziale ammesso (**varianti e modifiche minori**), nel caso il cui beneficiario ne riscontri la necessità.

In ogni caso le variazioni progettuali non possono determinare una riduzione del punteggio attribuito in fase di approvazione della domanda di sostegno e quindi portare un cambiamento della posizione del beneficiario in graduatoria che incida sulla finanziabilità della domanda stessa. In tal caso il contributo viene revocato con recupero degli anticipi eventualmente erogati maggiorati del 10%.

Non sono altresì ammesse varianti o modifiche minori che implicino il superamento dell'importo totale del sostegno approvato per l'operazione. Eventuali spese aggiuntive o costi più elevati, che determinino un aumento del costo totale dell'operazione in questione rispetto alla spesa ammessa, sono a totale carico del beneficiario.

### 8.1 Varianti

La variante soggiace alle seguenti condizioni inderogabili:

- a) non può in nessun caso cambiare la strategia del progetto approvato;
- b) non può in nessun caso alterare l'efficacia dei controlli *ex-ante* eventualmente già effettuati;
- c) non può in nessun caso alterare la programmazione finanziaria.

È prevista la possibilità di presentare le seguenti richieste di variante al progetto iniziale approvato:

1. attività da eseguire;
2. modalità di erogazione del contributo, esclusivamente da collaudo a fidejussione con conseguente variazione del cronoprogramma;
3. cronoprogramma, ossia del termine di esecuzione delle attività finanziate, esclusivamente per le domande di sostegno a fidejussione;
4. beneficiario nei casi di subentro nella titolarità della domanda iniziale.

La domanda di variante deve essere presentata, adeguatamente motivata, prima della sua realizzazione con le modalità e tempistiche stabilite nel bando regionale in conformità a quanto stabilito dal OP AGEA nelle Istruzioni operative per la campagna 2024/2025 ed è assoggettata all'approvazione o rigetto da parte della Regione entro e non oltre il termine di 45 giorni dalla data della sua presentazione.

Non sono ammesse varianti diverse da quelle espressamente indicate in questo paragrafo.

**Attività che all'atto del collaudo risultano difformi da quanto dichiarato in domanda di pagamento di saldo non sono ammissibili all'aiuto.**

### 8.2 Modifiche minori

Per "Modifiche minori" si intende la possibilità di apportare all'operazione inizialmente approvata delle modifiche di minore entità, non considerate varianti, quali:

- 1) la variazione delle caratteristiche del vigneto autorizzato (varietà, sesto d'impianto, forma di allevamento);
- 2) la modifica della ubicazione dell'impianto da realizzare geografica, fatta eccezione per interventi riguardanti i vigneti storici per i quali non sono mai ammesse variazioni di ubicazione.

Le modifiche minori possono essere attuate senza la preventiva autorizzazione a condizione che:

- non pregiudichino l'ammissibilità di qualsiasi parte dell'operazione;
- siano mantenuti gli obiettivi generali del progetto;

- non modifichino i criteri di priorità indicati, tali da comportare la non finanziabilità dell'operazione.

Le modifiche minori devono comunque essere comunicate alla Regione entro la data di presentazione della domanda di pagamento di saldo finale e sono verificate nel corso dell'istruttoria della predetta domanda.

Modifiche minori che comportino una variazione finanziaria dell'operazione in diminuzione, sulla base dei costi unitari contenuti nella Metodologia dei costi unitari, determineranno una riduzione dell'importo erogabile in sede di saldo.

Modifiche minori che comportino il superamento dell'importo totale del sostegno approvato per l'operazione saranno accolte senza modificare il contributo concesso.

La comunicazione delle modifiche minori deve essere effettuata sulla base di quanto stabilito dalle Istruzioni operative di OP AGEA per la campagna 2024/2025.

**Attività che all'atto del controllo finale dovessero risultare difformi da quanto dichiarato in domanda di pagamento di saldo non sono ammissibili all'aiuto.**

Nel bando regionale sono stabilite le procedure per la presentazione ed i controlli sulle domande di variante e comunicazione di modifiche minori.

## 9. Obblighi

I richiedenti ammessi ai benefici previsti dalle presenti disposizioni sono responsabili della realizzazione degli interventi, nonché dei successivi adempimenti connessi.

I beneficiari, con l'adesione all'intervento si impegnano che i vigneti, a fine intervento:

- sono iscritti nello Schedario viticolo e idonei alla produzione di vini a DOP o a IGP delle Marche indicati nella domanda di sostegno approvata;
- sono razionali e idonei alla meccanizzazione parziale o integrale e la relativa tipologia impiantistica dovrà prevedere strutture portanti in grado di sostenere i diversi livelli di meccanizzazione (parziale o totale). Fanno eccezione i "vigneti storici" che comunque debbono essere impiantati prevedendo l'utilizzo esclusivo di pali di legno;
- in caso di "vigneti eroici" e "vigneti storici", di cui ai paragrafi 3.1.1 e 3.1.2, mantengano le condizioni per il riconoscimento che ne hanno consentito l'iscrizione nell'Elenco regionale.

Le superfici vitate oggetto di sostegno alla Ristrutturazione e riconversione vigneti devono mantenere la loro destinazione d'uso per almeno 5 anni dalla data di presentazione della domanda di saldo ed essere oggetto di coltivazione ordinaria, fatti salvi i casi di forza maggiore e circostanze eccezionali debitamente documentati previsti dalla normativa comunitaria e/o nazionale vigente, pena la restituzione del sostegno percepito.

Tali superfici non possono, pertanto, né essere estirpate né subire modifiche al vitigno impiantato, sesto di impianto (o numero di ceppi) e forma di allevamento per almeno 5 anni decorrenti data di presentazione della domanda di saldo.

Tali vincoli sono trasferiti dal soggetto cedente al soggetto subentrante, in caso di cambio di conduzione della superficie vitata.

A norma dell'articolo 12 del regolamento (UE) 2021/2115, gli aiuti inerenti il settore vitivinicolo non sono soggetti alla condizionalità.

## 10. Penalità e sanzioni

Si applicano le disposizioni previste all'articolo 11 del decreto ministeriale 646643/2022 e articolo 11 comma 1 del D.lgs 17 marzo 2023, n. 42 come integrato da decreto legislativo 23 novembre 2023, n. 188.

Per usufruire legittimamente dell'aiuto è necessario che il beneficiario abbia ristrutturato l'intera superficie oggetto della domanda di aiuto.

La normativa richiamata prevede le seguenti fattispecie.

1. I beneficiari dell'aiuto all'intervento Ristrutturazione e riconversione che non realizzano sull'intera superficie l'intervento oggetto della domanda di aiuto, sono soggetti alle seguenti sanzioni:
  - a. se la differenza tra la superficie realizzata e quella indicata nella domanda approvata è di minima entità e comunque non superiore al 20%, il sostegno è calcolato sulla base della superficie effettivamente realizzata;
  - b. se la differenza tra la superficie realizzata e quella indicata nella domanda di aiuto supera il 20% ma è uguale o inferiore al 50%, l'aiuto è erogato sulla base della superficie effettivamente realizzata e ridotto del doppio della differenza;
  - c. se la differenza tra la superficie realizzata e quella indicata nella domanda è superiore al 50%, l'aiuto è negato e, se già concesso, è integralmente restituito.
2. Nelle ipotesi di cui al punto 1, in caso di forza maggiore o circostanze eccezionali previste dalla normativa comunitaria e nazionale, ai beneficiari che dimostrano di aver raggiunto l'obiettivo generale dell'operazione è riconosciuto un aiuto pari all'importo corrispondente alla parte dell'operazione realizzata, salvo il recupero di quanto ricevuto a titolo di anticipo per la parte non attuata.
3. I beneficiari di cui al punto 1 che hanno ricevuto l'anticipo sono esclusi per tre anni dall'accesso ai contributi per la ristrutturazione e riconversione dei vigneti e si procede all'incameramento della fideiussione nelle seguenti ipotesi:
  - a. se realizzano l'intervento su una superficie differente rispetto a quella approvata in misura superiore al 50%;
  - b. se rinunciano all'intervento o sono soggetti a revoca dell'aiuto concesso;
  - c. se presentano la domanda del pagamento del saldo finale oltre cinque giorni dalla scadenza del termine stabilito;
  - d. se non presentano la domanda di pagamento del saldo finale.
4. I beneficiari dell'aiuto previsto per l'intervento Ristrutturazione e riconversione dei vigneti che non hanno ricevuto l'anticipo del contributo sono esclusi per un anno dall'accesso all'aiuto per la ristrutturazione e riconversione dei vigneti nelle seguenti ipotesi:
  - a) presentazione delle domande di pagamento del saldo oltre cinque giorni dalla scadenza del termine stabilito;
  - b) mancata presentazione della domanda di pagamento del saldo;

- c) presentazione della rinuncia al contributo concesso, successivamente al trentesimo giorno antecedente la data di scadenza della presentazione delle domande di pagamento del saldo.

Qualora i termini di cui sopra cadano in un giorno festivo, gli stessi sono posticipati al primo giorno feriale successivo. I termini indicati di 1 o 3 anni di esclusione dalla Ristrutturazione e riconversione dei vigneti, decorrono dalla scadenza dei termini per la presentazione della domanda di saldo finale.

Le penalità di esclusione dall'intervento della ristrutturazione e riconversione dei vigneti, di 1 o 3 anni, non sono applicate nei casi di cause di forza maggiore o di circostanze eccezionali previste dalla normativa comunitaria e/o nazionale.

Le situazioni sanzionabili previste dal presente paragrafo sono così schematizzate, come da allegato IV del decreto ministeriale 646643/2022:

<b>Fattispecie riscontrata</b>	<b>Da restituire o incamerare o erogare</b>	<b>Esclusione dalla Ristrutturazione e riconversione vigneti</b>
Scostamento <= al 20%	Aiuto erogato sulla base della superficie realizzata	<b>NO</b>
Scostamento > 20% e < del 50%	[Realizzato - (% Scostamento*2)]	<b>NO</b>
	Se erogato Anticipo: Acconto 80% - [Realizzato -(% Scostamento*2)]	
Scostamento >= al 50%	L'aiuto non viene erogato	<b>NO</b>
	Se erogato Anticipo: 100% dell'Anticipo ricevuto + 10%*	<b>3 anni</b>
Solo se erogato Anticipo: mancato riconoscimento delle spese richieste a contributo	100% dell'importo non riconosciuto + 10%*	<b>NO</b>
Domanda di pagamento a saldo (dopo aver erogato anticipo) non presentata o presentata oltre il 5° giorno dalla scadenza	100% dell'Anticipo ricevuto + 10%*	<b>3 anni</b>
Rinuncia (o revoca) presentata da beneficiari che hanno in precedenza ricevuto l'anticipo del contributo		
Domanda di pagamento a saldo (senza aver erogato l'anticipo), non presentata o presentata oltre il 5° giorno dalla scadenza, oppure	L'aiuto concesso non viene erogato	<b>1 anno</b>

Fattispecie riscontrata	Da restituire o incamerare o erogare	Esclusione dalla Ristrutturazione e riconversione vigneti
Rinuncia (o revoca) presentata negli ultimi 30 giorni prima del termine ultimo per la presentazione della domanda di saldo (senza erogazione di anticipo)		
Presentazione della domanda di pagamento nei 5 giorni successivi la scadenza per la presentazione della domanda di pagamento	Riduzione dell'1% del contributo liquidabile finale per ogni giorno di ritardata presentazione, fino al 5° gg compreso (Max -5% del contributo al 5° giorno)	<b>NO</b>

### 11. Demarcazione tra PSR e OCM – Settore Vitivinicolo

Al fine di assicurare il rispetto dell'articolo 36 del regolamento (UE) 2021/2116, la demarcazione dell'intervento Ristrutturazione e riconversione dei vigneti con altri strumenti finanziari è quella individuata dall'elenco delle azioni finanziate sull'OCM vitivinicola di cui all'Allegato B. Tale demarcazione, nonché il relativo sistema di controllo, è altresì inserita nel Piano Strategico Nazionale presentato alla Commissione europea al 31 dicembre 2021 come modificato in data 23 ottobre 2023.

Pertanto, gli investimenti richiesti a contributo a valere sul presente atto possono accedere esclusivamente all'intervento del settore vitivinicolo dell'intervento Ristrutturazione e riconversione dei vigneti a norma dell'articolo 58 comma 1 lettera a) del regolamento (UE) n. 2021/2115 e non possono essere oggetto di aiuto a valere sugli interventi afferenti al PSR Marche 2014/2022 e CSR Marche 2023/2027.

Nel bando saranno fornite le specifiche necessarie al fine di evitare che venga eluso il divieto di doppio finanziamento.

### 12. Dotazione finanziaria

La dotazione finanziaria complessiva assegnata al bando della campagna 2024/2025 è pari a € 2.000.000,00, di cui è riservata la quota del:

- a) 20%, pari a **€ 400.000,00**, alle domande per interventi nei "vigneti eroici" e "vigneti storici" iscritti nell'Elenco regionale (cfr. paragrafo 3.1.1), in conformità all'articolo 9 comma 1 del decreto ministeriale n. 646643/2022;
- b) 5%, pari a **€ 100.000,00**, alle domande di sostegno per reimpianto per motivi fitosanitari (cfr. paragrafo 3.1.2), in conformità all'articolo 10 comma 3 del decreto ministeriale n. 646643/2022.

Le risorse delle riserve di cui alle lettere a) e b) non utilizzate in parte o in toto, sono destinate alla misura principale.

### 13. Disposizioni finali e di coordinamento

Per quanto non specificatamente indicato nel presente provvedimento si deve fare riferimento alla normativa comunitaria vigente citata nel presente atto, alle disposizioni nazionali

di attuazione dell'intervento contenute nel decreto ministeriale n. 646643/2022, alla circolare di AGEA Coordinamento n. 25014/2024 e nelle Istruzioni operative di OP AGEA per la campagna 2024/2025.

Le procedure e i relativi termini per l'applicazione delle presenti disposizioni saranno stabiliti con il bando regionale di attuazione dell'intervento della Ristrutturazione e riconversione dei vigneti per la campagna 2024/2025 adottato con decreto del dirigente del Settore Agroambiente - SDA di AN.

Nel bando saranno stabiliti termini e modalità per la presentazione delle domande di sostegno/variante/pagamento di anticipo e di saldo, la documentazione a corredo delle stesse, le procedure per i controlli tecnico-amministrativi di ricevibilità e ammissibilità delle predette domande nonché le procedure relative ai recuperi e alle penalità e sanzioni in applicazione del decreto ministeriale n. 646643/2022 ss.mm.ii., d.lgs n. 42/2023 ss.mm.ii., decreto del Ministro dell'agricoltura, della sovranità alimentare e delle foreste 4 agosto 2023 n. 410748 e circolari di AGEA, Area Coordinamento e Organismo pagatore.

Le disposizioni contenute nel presente atto potranno essere aggiornate qualora fossero emanate nuove disposizioni a livello nazionale da OP AGEA nelle proprie istruzioni operative per la campagna 2024/2025.

Nel bando saranno inoltre recepite eventuali disposizioni aggiuntive contenute nelle Istruzioni operative annuali di AGEA OP per la campagna 2024/2025 relativamente alla gestione del flusso di informazioni e quant'altro necessario per l'operatività del bando regionale.

Il dirigente competente potrà inoltre apportare, con propri atti, eventuali adeguamenti necessari per il buon funzionamento delle attività, tenuto conto degli indirizzi e le scelte approvate con il presente atto.

\*\*\*\*\*

## Allegato B

Specifiche tecniche dell'intervento della Ristrutturazione e riconversione vigneti e pagamento dell'aiuto  
(Allegato I al decreto ministeriale n. 646643/2022) – Campagna 2023/2024

## 1- REGIONE MARCHE

## 1. SPECIFICHE TECNICHE:

## 1.1 Area di intervento \*:

- intero territorio regionale [X]

1.2 Limitazione a zone atte a produrre DOP-IGP \*: Sì [X] No [ ]

- DOP – IGP previste: **Tutte le DOP e IGP della Regione Marche**
- DOP – IGP escluse: **Nessuna**

## 1.3 Soggetti autorizzati alla presentazione dei progetti \*:

- imprenditori agricoli singoli [X]
- cooperative agricole [X]
- società di persone e di capitali esercitanti attività agricola [X]

## 1.4 Varietà:

- previste\*: **Sono ammesse tutte le varietà classificate idonee alla coltivazione nella Regione Marche contenute nell'allegato al decreto n. 301/PSD del 11/08/2021, di seguito elencate:**

**Albana B., Aleatico N., Alicante N., Ancellotta N., Barbera N., Biancame B., Bombino bianco B., Cabernet franc N., Cabernet sauvignon N., Canaiolo nero N., Carignano N., Chardonnay B., Ciliegiole N., Colorino N., Famoso B., Fiano B., Foglia tonda N., Gaglioppo N., Garganega B., Garofanata B., Grechetto B., Incrocio bruni 54 B., Lacrima N., Maceratino B., Maiolica N., Malbo gentile N., Malvasia bianca di Candia B., Malvasia bianca lunga B., Manzoni bianco B., Merlot N., Montepulciano N., Montonico bianco B., Moscato bianco B., Mostosa B., Passerina B., Pecorino B., Petit verdot N., Pinot bianco B., Pinot grigio G., Pinot nero N., Rebo N., Refosco dal peduncolo rosso N., Riesling B., Riesling italico B., Sagrantino N., Sangiovese N., Sauvignon B., Syrah N., Teroldego N., Terrano N., Tocai friulano B., Trebbiano toscano B., Verdicchio bianco B., Vermentino B., Vernaccia nera N., Vernaccia Nera Grossa N.**

- escluse: **Nessuna**
- a cui è riconosciuta una preferenza: **Nessuna**

## 1.5 Forme di allevamento:

- previste \*: **Cordone speronato e Guyot**
- escluse: **tutte le altre, fatta eccezione per gli interventi sui "vigneti storici" iscritti nell'Elenco regionale di cui all'articolo 5 comma 2 del DM n. 6899/2020 per le quali sono ammesse le seguenti forme: Alberata, Alberello, Pergola, Tendone.**  
A cui è riconosciuta una preferenza: **Nessuna**

## 1.6 Numero minimo di ceppi/ettaro \*:

- forma di allevamento: **Cordone speronato e Guyot ceppi/ha: 2.500,**  
**Le deroghe ai limiti sopra fissati possono essere accolte, nei casi opportunamente previsti, purché comunque si preveda l'impiego di almeno di 2.500 ceppi/ettaro fatte salve specifiche disposizioni previste da disciplinari di produzione DOP e IGP delle Marche.**

**1.7 Superficie minima:**

- domanda singola: **0.50.00 ha**

deroghe specifiche:

- **ettari 0.30.00, in caso di interventi di richiedenti che, alla data di presentazione della domanda, conducano una superficie agricola utilizzata a vigneto inferiore o uguale a tre ettari;**
- **ettari 0.10.00, in caso di reimpianto di “vigneti eroici” iscritti nell’Elenco regionale di cui al DM n. 6899/2020;**
- **ettari 0.10.00, in caso di reimpianto di “vigneti storici” iscritti nell’Elenco regionale di cui al DM n. 6899/2020;**
- **ettari 0.10.00, in caso di reimpianto a seguito di estirpazione obbligatoria per ragioni sanitarie e fitosanitarie.**

- motivazione: **Esiguità delle superfici oggetto di provvedimento**

**Non sono previste domande collettive.**

**1.8 Attività previste \*:**

a) riconversione varietale:

- estirpazione e reimpianto **[X]**
- reimpianto con autorizzazione **[X]**
- reimpianto anticipato **[X]**
- sovrainnesto **[NO]**

b) ristrutturazione:

- estirpazione e reimpianto **[X]**
- reimpianto con autorizzazione **[X]**
- reimpianto anticipato **[X]**

c) ricollocazione:

- estirpazione e reimpianto **[X]**
- reimpianto con autorizzazione **[X]**
- reimpianto anticipato **[X]**

d) miglioramenti delle tecniche di gestione dell’impianto viticolo:

- modifica del profilo del terreno (pendenza) **[NO]**
- livellamento del suolo **[NO]**
- trasformazione e ricostituzione dell’impianto viticolo per permettere l’accesso diretto delle macchine compresa la conversione dei piani di raccordo dei terrazzi **[NO]**
- messa in opera, ricostruzione o distruzione di terrazzo, con o senza muri di pietra **[NO]**
- messa in opera e modificazioni delle strutture di supporto (sostegni) **[NO]**
- allestimento e miglioramento dell’impianto idrico di soccorso a servizio del vigneto **[NO]**

**1.9 Età massima dei vigneti oggetto di sovrainnesto \*: per la campagna 2024/2025 non è ammessa l’attività di Sovrainnesto**

**1.10 Periodo massimo entro il quale realizzare tutte le operazioni di ristrutturazione: [3] \*: 3 anni decorrenti dalla data di finanziabilità compatibilmente con la scadenza dell'autorizzazione al reimpianto collegata alla domanda di adesione all'intervento.**

## **2. PAGAMENTO DEGLI AIUTI:**

### **2.1 % di contributo comunitario ai costi di ristrutturazione e riconversione [4] \*: 50%**

- Tabelle Unitarie di Costo Standard contenute nella *Metodologia per il calcolo e l'utilizzo delle tabelle dei costi unitari per l'intervento "w001 - Ristrutturazione e riconversione vigneti" del PSP 2023-2027*, in corso di certificazione, pubblicata sul sito istituzionale della Rete Rurale Nazionale al seguente indirizzo:

<https://www.reterurale.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/25743>

% massima\*: **50 %**

### **2.2 Pagamento del contributo ai costi di ristrutturazione e riconversione [4] \*:**

- Tabelle Unitarie di Costo Standard

Secondo il 50% dei costi unitari determinati nelle tabelle contenute nella *Metodologia per il calcolo e l'utilizzo delle tabelle dei costi unitari per l'intervento "w001 - Ristrutturazione e riconversione vigneti" del PSP 2023-2027*, in corso di certificazione, pubblicata sul sito istituzionale della Rete Rurale Nazionale al seguente indirizzo:

<https://www.reterurale.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/25743>

### **2.3 Pagamento della compensazione per le perdite di reddito**

- Metodo di determinazione della perdita di reddito \*:

**sulla base della stima del ricavo medio effettuata da ISMEA, secondo i criteri definiti dal decreto direttoriale del MiPAAF 8 marzo 2010, n. 2862 e tenendo conto dei costi specifici stimati sulla base della metodologia RICA**

- Importo della perdita di reddito \*: **2.200 euro/ettaro per anno**

- Compensazione per le perdite di reddito [8] \*: **2.200 euro/ettaro per estirpazione e reimpianto per una sola annualità**

### **2.4 Importo del sostegno ammissibile per ettaro\*:**

*(riportare gli importi, comprensivi del contributo ai costi di ristrutturazione e riconversione e dell'indennizzo per le perdite di reddito, con le differenziazioni per tipo di intervento)*

Calcolato sulla base della *Metodologia per il calcolo e l'utilizzo delle tabelle dei costi unitari per l'intervento "w001 - Ristrutturazione e riconversione vigneti" del PSP 2023-2027* elaborata dal Ministero dell'Agricoltura, della sovranità alimentare e delle foreste, di concerto con il Consiglio per la ricerca in agricoltura e l'analisi dell'economia agraria - CREA e Rete Rurale Nazionale, pubblicata all'indirizzo <https://www.reterurale.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/25743> e in corso di certificazione da parte di Ente terzo.

Tipologia intervento	Tipologia impianto	Range di densità (p./Ha)	Tipologia vigneto	Costo Semplificato (€/Ha) senza impianto irriguo	Contributo (€/Ha) senza impianto irriguo
impianto	spalliera	2000-3774	pianeggiante	€ 22.698,00	€ 11.349,00
impianto	spalliera	2000-3774	pendenza >15%	€ 22.895,00	€ 11.447,50
impianto	spalliera	2000-3774	viticoltura eroica	€ 29.507,00	€ 14.753,50
impianto	spalliera	3775-4107	pianeggiante	€ 23.854,00	€ 11.927,00
impianto	spalliera	3775-4107	pendenza >15%	€ 24.063,00	€ 12.031,50

Tipologia intervento	Tipologia impianto	Range di densità (p./Ha)	Tipologia vigneto	Costo Semplificato (€/Ha) senza impianto irriguo	Contributo (€/Ha) senza impianto irriguo
impianto	spalliera	3775-4107	viticultura eroica	€ 31.010,00	€ 15.505,00
impianto	spalliera	da 4108	pianeggiante	€ 25.651,00	€ 12.825,50
impianto	spalliera	da 4108	pendenza >15%	€ 25.876,00	€ 12.938,00
impianto	spalliera	da 4108	viticultura eroica	€ 33.346,00	€ 16.673,00
impianto	alberello		pianeggiante	€ 16.546,00	€ 8.273,00
impianto	alberello		pendenza >15%	€ 16.620,00	€ 8.310,00
impianto	alberello		viticultura eroica	€ 21.510,00	€ 10.755,00
impianto	pergola	fino a 3251	pianeggiante	€ 32.729,00	€ 16.364,50
impianto	pergola	fino a 3251	pendenza >15%	€ 32.937,00	€ 16.468,50
impianto	pergola	fino a 3251	viticultura eroica	€ 42.548,00	€ 21.274,00
impianto	pergola	da 3252	pianeggiante	€ 37.030,00	€ 18.515,00
impianto	pergola	da 3252	pendenza >15%	€ 37.262,00	€ 18.631,00
impianto	pergola	da 3252	viticultura eroica	€ 48.139,00	€ 24.069,50
impianto	tendone		pianeggiante	€ 31.241,00	€ 15.620,50
impianto	tendone		pendenza >15%	€ 31.636,00	€ 15.818,00
estirpazione				€ 1.968,00	€ 984,00
Indennizzo mancato reddito (€/ha)					2.200

#### 2.5 Tempi di erogazione dell'aiuto \*:

- anticipato e successivo saldo [ X ]
- a collaudo [ X ]

**(Allegato II al decreto ministeriale n. 646643/2022) – Campagna 2023/2024****Elenco delle azioni finanziate sull'OCM vitivinicola – Intervento della Ristrutturazione e riconversione vigneti per la realizzazione o modifica di impianti viticoli – campagna 2024/2025****1. AZIONI COLLEGATE ALLA RICONVERSIONE VARIETALE (A) E ALLA RISTRUTTURAZIONE, COMPRESA LA RICOLLOCAZIONE, DELL'IMPIANTO VITICOLO<sup>1</sup> (B)<sup>2</sup>:**

- **Azioni collegate all'impianto viticolo oggetto di ristrutturazione:**
  - estirpazione dell'impianto viticolo [X]
  - rimozione delle strutture di supporto (sostegni) e smaltimento [X]
  - raccolta e trasporto dei ceppi, radici e altri residui vegetali [X]
- **Azioni collegate alla preparazione del terreno dell'impianto viticolo ristrutturato e/o riconvertito:**
  - analisi del suolo [NO]
  - rimozione delle pietre dal suolo (spietramento) [NO]
  - lavorazione profonda (rippatura, scasso) [X]
  - aratura [X]
  - erpicatura [X]
  - fresatura [X]
  - trattamenti antiparassitari e diserbo [NO]
  - concimazione organica e minerale [X]
- **Azioni collegate alla realizzazione o innesto dell'impianto viticolo ristrutturato e/o riconvertito:**
  - squadra dell'impianto [X]
  - realizzazione dell'impianto viticolo (lavoro di messa a dimora del materiale vegetale) [X]
  - innesto / reinnesto [X]
  - messa in opera delle strutture di supporto (sostegni) [X]
  - acquisto dei materiali necessari per la realizzazione dell'impianto viticolo (barbatelle innestate, marze, elementi per il fissaggio delle strutture di sostegno (ancore), tondini di ferro, filo di acciaio, tendifilo, legacci per pianta e tutto quanto necessario) [X]

**2. AZIONI AMMISSIBILI SOTTO LA MISURA "MIGLIORAMENTI DELLE TECNICHE DI GESTIONE DELL'IMPIANTO VITICOLO" CON RIFERIMENTO AL NUOVO IMPIANTO VITICOLO O ALL'IMPIANTO VITICOLO RISTRUTTURATO E/O RICONVERTITO (C):**

- **Azioni collegate alla modifica della pendenza / livello dell'impianto viticolo:**
  - modifica del profilo del terreno [NO]
  - livellamento del suolo [NO]
  - trasformazione e ricostituzione dell'impianto viticolo per permettere l'accesso diretto delle macchine [NO]
- **Azioni collegate a terrazze, ciglioni e muri a retta:**

<sup>1</sup> E' incluso l'impianto del vigneto a seguito di ripristino del terreno a seguito di eventi calamitosi, tuttavia, il ripristino susseguente all'evento calamitoso non è ammissibile.

<sup>2</sup> E' inclusa anche la modifica della densità di impianto del vigneto se questa concerne importanti modifiche del vigneto stesso e costituisce una modifica strutturale dell'impianto viticolo e non manutenzione ordinaria. In questo caso la quota di contributo deve essere adattata alla specifica modifica.

- messa in opera, ricostruzione o distruzione di terrazzo, con o senza muri di pietra compresa la conversione dei piani di raccordo dei terrazzi al servizio del vigneto [NO]
- **Azioni collegate alle tecniche di impianto nell' impianto viticolo ristrutturato:**
  - messa in opera e modificazioni delle strutture di supporto (sostegni) [NO]
- **Azioni collegate all'istallazione o al miglioramento del sistema irriguo di soccorso:**
  - allestimento e miglioramento dell'impianto di irrigazione del vigneto [NO]

### 3. AZIONI NON AMMISSIBILI

Le seguenti azioni non sono ammissibili:

- Semplice sostituzione ai sensi dell'articolo 6 del regolamento (CE) n. 555/2008 o gestione ordinaria dell'impianto viticolo, in quanto l'obiettivo della misura è il miglioramento in termini di adeguamento alla domanda del mercato e l'incremento della competitività
- Protezione contro danni da vandalismo per esempio attraverso:
  - Costruzione di schermi;
  - Protezione attiva attraverso produzione di suoni artificiali;
- Protezione contro danni da selvaggina, uccelli, per esempio attraverso:
  - Copertura dei filari del vigneto con reti di protezione;
  - Macchine per spaventare gli uccelli;
  - Protezione attiva attraverso produzione di suoni artificiali
- Protezione dalla grandine con copertura dei filari del vigneto con reti di protezione
- Costruzione di frangivento / pareti di protezione dal vento e muri di protezione
- Passi carrai - sia all'interno di un vigneto che quelli che portano a un vigneto
- Strade carrozzabili ed elevatori.
- Acquisto di trattori o di altri mezzi di trasporto;
- Spese per estirpazione e la compensazione per il mancato reddito, in caso di Reimpianto a seguito di estirpazione per motivi fitosanitari.

**La Regione Marche procede alla demarcazione tra l'OCM e lo Sviluppo rurale sulla base delle azioni riportate nel presente allegato al fine di evitare illecite duplicazione di interventi.**

NOTA di compilazione:

Il presente allegato B è stato compilato limitatamente alle parti di interesse per la Regione Marche.

\*\*\*\*\*

### **Deliberazione della Giunta regionale del 29 aprile 2024, n. 638**

*Disposizioni attuative della legge regionale 5 luglio 2023, n. 10 “Esercizio dell’attività oleoturistica nelle Marche”*

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERA

- Di dettagliare le attività oleoturistiche, ai sensi dell’articolo 2, comma 4 della legge regionale n. 10/2023 secondo quanto indicato nell’allegato A al presente atto.
- Di individuare e disciplinare le attività di degustazione e commercializzazione delle produzioni olivicole aziendali, anche in abbinamento ad alimenti, articolo 6, comma 1 della legge regionale n. 10/2023, secondo quanto indicato nell’Allegato A al presente atto.
- Di approvare, in attuazione dell’articolo 6, comma 3, della legge regionale n. 10/2023, l’elenco delle tipologie degli alimenti da abbinare alla degustazione dei prodotti olivicoli contenuto nell’allegato B che costituisce parte integrante e sostanziale della presente deliberazione.
- Di determinare, in attuazione dell’articolo 9, comma 2, della legge regionale n. 10/2023, le modalità per la presentazione della Segnalazione Certificata di Inizio Attività (SCIA) contenute nell’Allegato C che costituisce parte integrante e sostanziale della presente deliberazione.
- Di determinare, in attuazione dell’articolo 10, comma 3, della legge regionale n. 10/2023, le modalità di iscrizione nell’Elenco Regionale degli Operatori Oleoturistici (EROO) contenute nell’Allegato D che costituisce parte integrante e sostanziale della presente deliberazione.
- Di approvare, in attuazione dell’articolo 4, comma 1 lettera c) e dell’articolo 5, comma 2, della legge regionale 10/2023, i criteri e le modalità di attuazione della formazione professionale degli operatori oleoturistici nella Regione Marche, secondo quanto indicato nell’Allegato E che costituisce che costituisce parte integrante e sostanziale della presente deliberazione.

**AVVISO**

**L’allegato è consultabile nel sito:  
[www.norme.marche.it](http://www.norme.marche.it)**

### **Deliberazione della Giunta regionale del 29 aprile 2024, n. 639**

*L.R. 30/08 e s.m.i. e L.R.9/02 e s.m.i. - Approvazione “Piano Integrato per interventi di internazionalizzazione, cooperazione internazionale e Macroregione Adriatico Ionica (Anno 2024).*

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERA

- di approvare il “Piano Integrato per interventi di internazionalizzazione, cooperazione internazionale e Macroregione Adriatico Ionica (Anno 2024)” di cui all’Allegato;
- di autorizzare il Direttore del Dipartimento Sviluppo Economico e il Dirigente della Settore Competitività delle imprese-SDA MC di apportare tutte le modifiche ed integrazioni non sostanziali sulle attività previste che si renderanno necessarie al fine di assicurare la buona realizzazione delle linee di azione previste nel presente Piano Annuale;
- che la copertura finanziaria della spesa per gli interventi del presente Piano Annuale attuativi delle LL.RR. 30/2008, 9/2002 e 23/2020 ammontanti a complessivi € 4.142.765,92 (di cui € 1.625.713,29 onere 2024, € 957.052,63 onere 2025, € 1.560.000,00 onere 2026.) è assicurata, in termini di esigibilità della spesa e in ottemperanza all’art. 10 comma 3 lettera a) del D.lgs 118/2011 per le obbligazioni che ne deriveranno, dalle risorse regionali attualmente stanziare e disponibili sulle annualità 2024, 2025 e 2026 del Bilancio 2024/2026 e dalle risorse regionali di cui alla LL. RR. 25/2023 e 26/2023 ed anche specificatamente destinate alle LL.RR. 30/2008, 9/2002 e 23/2020, a carico dei capitoli indicati nell’allegato, nell’ambito della disponibilità già prevista nella DGR n. 453 del 28/04/2022 “Proposta di deliberazione di competenza del Consiglio – Assemblea legislativa regionale concernente “Piano Integrato per interventi di internazionalizzazione, cooperazione internazionale e Macroregione Adriatico Ionica (anni 2022-2024)” – L.R. 30/08 e s.m.i. e L.R.9/02 e s.m.i.”e della DGR n. 536 del 08/04/2024.

**AVVISO**

**L’allegato è consultabile nel sito:  
[www.norme.marche.it](http://www.norme.marche.it)**

**Deliberazione della Giunta regionale del 29 aprile 2024, n. 654**

*Suprema Corte di Cassazione. Controricorso della Regione Marche nel procedimento instaurato con ricorso prot. 0382668 del 02/04/2024. Affidamento incarico Avv. Lucilla Di Ianni.*

**Deliberazione della Giunta regionale del 29 aprile 2024, n. 655**

*TAR Marche – Ricorso acquisito al prot. n. 418873 del Registro Unico della Giunta Regionale in data 10/04/2024. - Affidamento incarico Avv.to Sara Api.*

**Deliberazione della Giunta regionale del 29 aprile 2024, n. 656**

*Corte di Appello di Ancona. Ricorso della Regione Marche avverso la sentenza emessa dal Tribunale di Ascoli Piceno n. 255/2024 nel procedimento civile R.G. n. 771/2023. Affidamento incarico Avv. Lucilla Di Ianni.*

**Deliberazione della Giunta regionale del 29 aprile 2024, n. 657**

*Integrazione rappresentanza processuale di cui alla Delibera n. 2034 del 28/12/2023. Procedimento avanti al Consiglio di Stato RG 9964/23. Nomina ulteriore difensore. Affidamento incarico Avv. Sara Api.*

**Deliberazione della Giunta regionale del 29 aprile 2024, n. 658**

*Integrazione rappresentanza processuale di cui alla Delibera n. 2035 del 28/12/2023. Procedimento avanti al Consiglio di Stato RG 9952/23. Nomina ulteriore difensore. Affidamento incarico Avv. Sara Api.*

**AVVISO**

**I testi delle delibere sono consultabili  
nel sito: [www.norme.marche.it](http://www.norme.marche.it)**

**Deliberazione della Giunta regionale del 29 aprile 2024, n. 660**

*Articoli 4, comma 3, lettera c), 11 comma 2, lettera g) e 41, commi 1 e 2, L.R. n 18/2021. Conferimento dell'incarico di dirigente del Settore Competitività delle imprese – SDA MC nell'ambito del Dipartimento Sviluppo Economico della Giunta regionale*

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERA

- di conferire l'incarico di dirigente del Settore Competitività delle imprese – SDA MC della Giunta Regionale, al dott. Roberto Ciccio, dirigente appartenente al ruolo della Giunta regionale delle Marche;
- di stabilire che l'incarico dirigenziale decorre dal 1° maggio 2024 o dalla data di sottoscrizione del contratto accessivo al provvedimento di conferimento per la definizione del trattamento economico;
- di stabilire che l'incarico dirigenziale ha la durata di tre anni, fatto salvo il conseguimento del limite di età per il collocamento a riposo in data antecedente alla scadenza del triennio;
- di confermare, ai fini del conferimento dell'incarico, la retribuzione di posizione associata al Settore Competitività delle imprese – SDA MC, corrispondente alla fascia retributiva Set3, il cui valore economico è pari a € 32.100,00 come già definita nella deliberazione di Giunta n. 1523/2021 e aggiornata secondo le disposizioni previste dall'art.5, comma 3, del contratto collettivo decentrato integrativo – area della dirigenza;
- di conferire l'incarico *ad interim* di dirigente del Settore Valutazioni e autorizzazioni ambientali istituito nel Dipartimento Infrastrutture. Territorio e protezione civile al dott. Roberto Ciccio, al fine di garantire continuità alle attività della struttura, con decorrenza dal 1° maggio 2024 e fino alla nomina del nuovo dirigente;
- di stabilire che, ai sensi dell'art. 7 del CCDI Area Dirigenza funzioni locali sottoscritto in data 30/12/2021, è attribuito a titolo di retribuzione di risultato, al dott. Roberto Ciccio, limitatamente al periodo di sostituzione, un importo determinato nella misura del 25% del valore economico della retribuzione di posizione associata alla struttura diretta *ad interim*, nell'ambito delle risorse del fondo di cui all'art. 57 del Contratto Collettivo Nazionale dell'Area Funzioni Locali – triennio 2016-2018, sottoscritto in data 17/12/2020;
- di subordinare il conferimento dell'incarico dirigenziale alle dichiarazioni di insussistenza delle specifiche cause di inconfiribilità e incompatibilità previste dal decreto legislativo n. 39/2013, nonché di insussistenza delle cause previste all'articolo 13, comma 3, del codice di comportamento di cui alla deliberazione della Giunta regionale n. 64/2014.

**Deliberazione della Giunta regionale del 29 aprile 2024, n. 661**

*Presa d'atto comunicazione di collocamento in quiescenza del Direttore Generale dell'AST*

*di Pesaro Urbino - Decadenza dall'incarico e risoluzione del contratto.*

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERA

1. di prendere atto che con nota acquisita agli atti prot. n.241809 del 29/02/2024 la dott.ssa Nadia Storti, Direttore Generale dell'AST di Pesaro Urbino ha comunicato alla Regione Marche di aver formulato richiesta di collocamento in quiescenza a decorrere dal 01/05/2024;

2. di dichiarare la decadenza dall'incarico di Direttore Generale dell'AST di Pesaro Urbino conferito alla dott.ssa Nadia Storti con deliberazione della Giunta Regionale n. 769 del 30/5/2023 a decorrere dal 01/05/2024, in applicazione dell'art. 8 comma 4 lett. f) del contratto sottoscritto dallo stesso in data 15 giugno 2023 reg. int. n. 23983 con il Presidente della Giunta regionale;

3. di risolvere di diritto il contratto ai sensi e per gli effetti dell'art. 1456 del codice civile in applicazione dell'art. 9 del contratto di cui al punto 2;

4. di incaricare il dirigente del Settore Risorse Umane e Formazione di svolgere gli adempimenti di competenza.

**Deliberazione della Giunta regionale del 29 aprile 2024, n. 662**

*Art. 2 comma 2 dlgs 171/2016 - art. 26 L.R. n. 19/2022. Nomina del Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria territoriale di Pesaro Urbino ed approvazione schema di contratto.*

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERA

1. di nominare Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria territoriale di Pesaro Urbino il dott. Alberto Carrelli;
2. di stabilire che:
  - l'incarico di Direttore Generale decorre dal 01/05/2024 fino al 30/4/2027, con possibilità di rinnovo per una sola volta;
  - l'instaurazione del rapporto di lavoro è subordinata alla dichiarazione di insussistenza delle cause di inconfiribilità e incompatibilità previste dagli articoli 3, 5, 8, 10 e 14 del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39 ed alla sussistenza dell'iscrizione nell'elenco nazionale degli

idonei alla nomina di Direttore Generale delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio Sanitario Nazionale;

3. di riconoscere per l'incarico di cui al punto 1 il trattamento economico omnicomprensivo annuo lordo di Euro 140.000,00 (centoquarantamila/00) previsto dalla DGR n.728/2023, che può essere integrato con un'ulteriore quota fino al venti per cento dello stesso trattamento economico da corrispondere in un'unica soluzione, in relazione ai risultati di gestione ottenuti ed alla realizzazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi assegnati annualmente dalla Giunta regionale;
4. di approvare lo schema del contratto di lavoro per gli incarichi di Direttore Generale di cui all'allegato A alla presente deliberazione, di cui costituisce parte integrante e sostanziale;
5. di porre a carico del bilancio dell'AST di Pesaro Urbino la corresponsione del trattamento economico del Direttore Generale;
6. di demandare al Presidente della Giunta regionale la sottoscrizione del contratto individuale di lavoro con il Direttore Generale dell'A.S.T. di Pesaro Urbino.

**AVVISO**

**L'allegato è consultabile nel sito:**

**[www.norme.marche.it](http://www.norme.marche.it)**

---

*Gli annunci da pubblicare devono pervenire entro le ore 16,00 del giovedì precedente la data di pubblicazione.*

*Dovranno essere inviati:*

- *per e-mail al seguente indirizzo*  
***ufficio.bollettino@regione.marche.it***

*referenti Ufficio Pubblicazione BUR:*

***Avv. Carmen Ciarrocchi***

***Maurizio Vecchio***

***Tiziana Capotondi***

- *per pec al seguente indirizzo:*  
***regione.marche.protocollogiunta@emarche.it***

---

Editore:  
REGIONE MARCHE  
AUT. TRIBUNALE ANCONA  
N. 23/1971  
Direttore responsabile:  
Dott. FRANCESCO MARIA  
NOCELLI.

**GLI ENTI LOCALI E TERRITORIALI DEVONO INSERIRE I PROPRI ANNUNCI NEL SITO:**

***<http://bur.regione.marche.it>***

***Il Bollettino è consultabile su Internet al seguente indirizzo:***  
***<http://www.regione.marche.it/bur>***

---

Stampa: EDIPRESS sas  
ARIANO IRPINO (AV)