

Approvato in Comitato Regionale
del 15.2.17

Regionale

Bozza Accordo Sanità d'Iniziativa ex DGRT 650/16

Premessa

Il progetto di sanità d'iniziativa riveste un'importanza strategica nel modello assistenziale toscano. Il progetto attivato nel 2010 era basato sulla presa in carico attraverso il modello ECCM di quattro su cinque patologie (diabete mellito, scompenso cardiaco, BPCO, pregresso ictus/TIA), come fase propedeutica al nuovo modello prefigurato nell' A.I.R. del 2012 e poi inserito nella DGRT 650/16. Questo nuovo modello sancisce l'evoluzione nell'ottica del superamento della gestione per singoli PDTA e del passaggio alla presa in carico integrata, basata sul profilo di rischio e sulla complessità del singolo paziente, sviluppandosi sulla realtà organizzata delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) quale unità modulare di base del sistema cure primarie orientata alla popolazione residente.

Il progetto si è esteso negli anni fino a coinvolgere oltre il 54% degli assistiti. L'analisi dei dati relativi ai primi quattro anni di progetto sui percorsi di diabete mellito e scompenso cardiaco ha dimostrato una significativa riduzione di mortalità accompagnata da un incremento non significativo dell'ospedalizzazione soprattutto programmata, oltre al miglioramento degli indicatori di progetto.

Per tutto quanto sopra esposto, il modello proattivo di sanità d'iniziativa sarà rinnovato e potenziato con il presente accordo e assumerà un ruolo centrale nelle strategie regionali. Per queste motivazioni l'Assessorato s'impegna a deliberare nei tempi tecnici necessari, la previsione di copertura economica necessaria all'attuazione del progetto.

Modello assistenziale

Il nuovo modello, indicato dai precedenti accordi e dalla DGRT 650/16, prevede che l'intervento d'iniziativa sia rivolto:

- a un target di assistiti complessi **(A)**, a più alto rischio di ricoveri ripetuti o di consumo, inappropriato perché prevenibile, di altre prestazioni per condizioni croniche effettivamente ancora suscettibili di cure territoriali (target A);
- a un target di pazienti **(B1)** comprendente i pazienti ad alto rischio cardiovascolare $\geq 15\%$ secondo le carte di rischio cuore;
- a un target **(B2)** tutti gli altri pazienti cronici, già arruolati al fine di garantire la totale continuità rispetto alla prima fase di attuazione fino a esaurimento delle liste B2.

Al termine del primo anno di attuazione le parti si impegnano a rivalutare l'entità dei target arruolati ed in particolare i pazienti B1.

Ai sensi di quanto previsto dalla DGR 650/16, dovranno essere definiti nell'ambito della Commissione Permanente per la Sanità d'iniziativa di cui al parere CSR 21/16, insediata presso il Consiglio Sanitario Regionale:

- i criteri di eligibilità di ciascun target assistenziale;
- percorso assistenziale completo di ruoli e responsabilità delle singole figure professionali;
- indicazioni sugli elementi prioritari sui quali impostare il sistema degli indicatori di monitoraggio e sulle necessità formative.

Il risultato del lavoro della commissione sarà poi portato al tavolo del comitato regionale per l'approvazione.

Il team assistenziale

Il progetto si attua all'interno dei team assistenziali costituiti in ogni AFT dai MMG aderenti, dove:

- Ogni singolo team assistenziale è formato per la Medicina Generale dai medici di assistenza primaria e dai medici di continuità assistenziale, secondo le modalità disciplinate dagli accordi nazionali e regionali vigenti;
- Gli infermieri e il personale assistenziale saranno proiettati funzionalmente in base alle ore definite dall'accordo nel team assistenziale coordinato dal punto di vista clinico dal MMG, che organizzerà le prese in carico in base a parametri concordati e definiti ai tavoli tecnici per i singoli livelli progettuali. Visto il target dei pazienti individuati nel nuovo modello dovrà essere garantita anche l'erogazione di prestazioni domiciliari. Il Coordinatore di AFT si rapporterà con il Coordinatore infermieristico di riferimento per garantire le ore infermieristiche assegnate secondo i parametri individuati dal vigente accordo;
- Ai sensi della DGR 694/14 e 1080/16 dovranno essere implementate azioni d'integrazione e collaborazione con gli specialisti di riferimento per la presa in carico continuativa del paziente arruolato;
- Il coordinatore dell'AFT deciderà l'allocazione delle risorse fra i medici partecipanti.

Fasi e tempi di attuazione

Il processo di arruolamento inizierà con il mese di Aprile 2017 dopo che saranno state interamente remunerate tutte le fasi del precedente accordo sull'ECCM e coinvolgerà nella fase iniziale tutti i medici attualmente aderenti alla sanità d'iniziativa. Successivamente saranno via via coinvolti tutti i medici, per arrivare alla copertura di tutta la popolazione toscana entro la fine del 2018.

Le fasi in cui si svolgerà il processo sono le seguenti:

1. Revisione pazienti già arruolati per attribuzione ai livelli A, B1, B2 (entro la fine del mese di Maggio 2017)
2. Individuazione e arruolamento dei pazienti ad alto rischio CV, da inserire nel livello B1 (entro il mese di Luglio 2017)
3. Revisione lista pazienti eligibili per target A individuati dalle banche dati elaborate dall'Agenzia Regionale di Sanità con individuazione dei pazienti da arruolare mediante ripulitura ed eventuali nuovi inserimenti secondo i criteri forniti dal tavolo tecnico (+/- 20%) (entro il mese di Luglio 2017)

CRONOGRAMMA

| Fase | mar-17 | apr-17 | mag-17 | giu-17 | lug-17 | set-17 | ott 17-set18 | ott 18-set19 |
|--|------------|--------|--------|--------|--------|-------------|--------------|--------------|
| Revisione liste attuali arruolati->A/B1/B2 | una tantum | | | | | | | |
| Percorso B2 | Liste | | | | | 1 annualità | 2 annualità | |
| Percorso B1 | Liste | | | | | 1 annualità | 2 annualità | |
| Percorso A | Liste | | | | | PAI | 1 annualità | 2 annualità |

Risorse a disposizione del team

Sono risorse destinate al progetto:

1. Assegnazione di ore di infermieri e di OSS per la costituzione del team, in rapporto alla dimensione della popolazione di AFT assistita dai medici aderenti. Il parametro di cui alla DGR 467/09 e smi resta confermato nella misura di un tempo pieno equivalente di infermiere e un tempo pieno di OSS ogni 10.000 assistiti. Al fine di non frammentare la continuità della presa in carico, nell'ottica di costruire un modello assistenziale nel quale la sanità d'iniziativa viene inquadrata come modalità di presa in carico non più sperimentale, ma affiancata alle altre prassi a regime, quali la domiciliarità o l'assistenza ambulatoriale tradizionale, occorre dare priorità a costruire per ciascuna AFT un pool infermieristico per gli assistiti del team a livello di AFT il quale è destinato a rispondere ai bisogni assistenziali della popolazione di riferimento. Per l'individuazione del pool occorre valutare la quantità di risorse necessaria partendo dalle attività che faranno riferimento al pool stesso sulla base dell'impegno storico, considerando anche quanto è necessario all'attuazione della sanità d'iniziativa. Questa modalità organizzativa potrà essere affinata e sperimentata nei primi dodici mesi di attivazione del nuovo modello; dopo tale periodo sarà attivato un tavolo specifico per il confronto delle esperienze e la definizione di un parametro di risorse da applicare in scala allargata. Le ore di personale infermieristico per le attività distrettuali dopo la loro definizione saranno aggiuntive al parametro definito per la sanità di iniziativa.

Se le ore infermieristiche non potranno essere fornite in parte o del tutto, le singole Aziende ASL garantiranno l'assunzione del personale necessario ai medici che potranno servirsi delle società di servizi attraverso un finanziamento pari a € 21 l'ora.

2. Infrastruttura informatica in grado di consentire la registrazione e la consultazione del dato a tutto il team. Il sistema informativo alla base dell'intera sanità d'iniziativa dovrà essere finanziato attraverso le risorse messe a disposizione dalla DGR 469/10 per l'estrazione dei dati e per l'interconnessione con la continuità assistenziale da quanto previsto dalla DGR 474/14. Il coordinatore di AFT, allorquando le diverse softwarehouse ne avranno implementata la possibilità, assicura l'accessibilità al software di cartella clinica per tutto il personale del team assistenziale nel rispetto delle leggi vigenti sulla privacy.
3. Formazione interprofessionale dei team con la partecipazione della medicina generale sia nella fase progettuale che attuativa anche con il coinvolgimento diretto della Scuola Toscana di Formazione.
4. Supporto delle altre figure professionali coinvolte nei percorsi.

L'attività del team si svolge negli studi del medico o, quando tali spazi non siano disponibili, di preferenza in una sede di riferimento per la sanità d'iniziativa che il

coordinatore individuerà possibilmente in sedi afferenti alla medicina generale della AFT stessa e congiuntamente individuate, i cui costi saranno sostenuti dalle singole aziende sanitarie. A regime, dopo l'avvio del ruolo unico, a tale sede potranno fare riferimento anche i medici a rapporto orario.

Al fine di garantire realmente le risorse assegnate ai Team assistenziali a livello di AFT, il coordinatore si raccorderà con il responsabile delle cure primarie di riferimento che ne garantirà l'assegnazione per conto dell'Azienda sanitaria.

Al fine di rafforzare la logica di lavoro in equipe integrata a livello di AFT, il coordinatore di AFT definisce:

a) il piano operativo delle attività delle risorse infermieristiche/assistenziali, finalizzato agli obiettivi di presa in carico dei diversi target di assistiti: per quanto riguarda l'assegnazione delle ore per ogni singolo medico o gruppo di medici, questa sarà concertata con il coordinatore infermieristico di riferimento della AFT.

b) le modalità operative di utilizzo da parte del team degli strumenti necessari all'attuazione dei PDTA a livello dell'AFT:

- cartella informatizzata;
- risorse diagnostiche di I livello;
- prenotazione delle prestazioni controllo concordate per la sanità di iniziativa
- utilizzazione delle sedi di svolgimento delle attività
- le modalità di raccordo con il livello specialistico.

Per le necessità specialistiche dei pazienti arruolati, in applicazione alla DGR 467/09, viene confermato l'impegno affinché il cittadino sia guidato e accompagnato nei percorsi assistenziali anche attraverso la prenotazione delle prestazioni a lui necessarie, generate dal medico di medicina generale, tramite il sistema CUP. L'attività di prenotazione non costituisce compito diretto del medico ed è svolta attraverso l'organizzazione, all'uopo finanziata dalle aziende sanitarie, a disposizione della medicina generale.

Remunerazione della Medicina Generale

Viene individuato un compenso massimo annuo pari a 5,5 € ad assistito. Ogni ciclo di percorso ha infatti la durata di 12 mesi.

Il compenso totale viene assegnato in base a una tariffa differenziata per target A, B1 e B2, bilanciata sul numero degli arruolati nel target A e degli assistiti nel target B1 e B2.

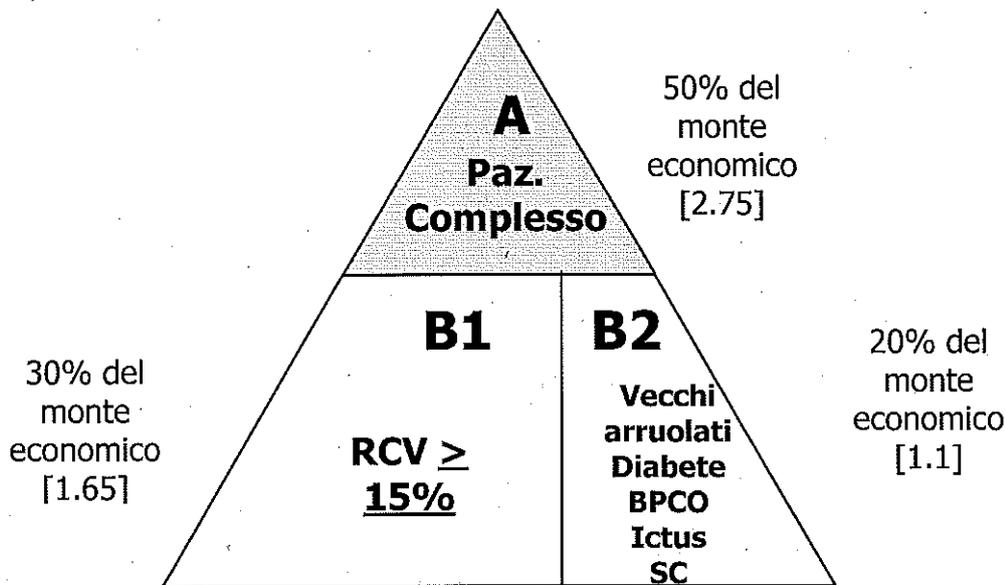
Infatti, mentre nel target A l'intervento ha significato di intervento personalizzato e individuale, la presa in carico dei target B1 e B2 assume il significato preponderante di intervento di popolazione.

Il monte economico viene ripartito in base alla complessità del percorso e all'innovatività del progetto in tre quote

Target A: 50% del monte economico, pari a 2,75 €

Target B1: 30% del monte economico, pari a 1,65 €

Target B2: 20% del monte economico, pari a 1,1 €



Per tutti e tre i target il pagamento avverrà, come nel progetto precedente, solo a seguito del raggiungimento di una soglia di accesso all'incentivo, e al raggiungimento dell'obiettivo assegnato, il cui valore viene calcolato sull'intera popolazione arruolata dalla AFT per i target B1 e B2 mentre l'obiettivo per il target A è individuale.

Il pagamento degli incentivi avviene a conclusione di ciascuna annualità, entro 60 giorni dalla disponibilità dei dati di verifica i quali dovranno essere necessariamente ottenuti entro 60 gg dalla fine di ogni singola annualità, da parte di soggetti terzi o tramite estrattori forniti dalle softwarehouse ai sensi della DRG 469/14.

Indicatori

Gli indicatori di verifica del progetto dovranno essere:

1. semplici, validi, calcolabili per la parte preponderante attraverso i dati provenienti dai flussi correnti;
2. strutturati in modo da consentire la valutazione sia di processo sia di esito;
3. calcolati sull'intero team di sanità d'iniziativa a livello di AFT. Il raggiungimento del risultato a livello di AFT comporta poi la remunerazione di tutti i medici aderenti al progetto in proporzione al parametro individuato nella sezione specifica del presente accordo.

Al fine di consentire ad ARS il calcolo degli indicatori le Aziende Sanitarie dovranno trasmettere a inizio progetto le informazioni relative ai nominativi dei medici aderenti, complete del numero di assistiti, AFT di riferimento, coordinatore dell'AFT stessa. Il set degli indicatori sarà rivalutato dopo la prima annualità di progetto del target specifico, al fine di procedere agli eventuali aggiornamenti che dovessero rendersi necessari.

Gli indicatori saranno definiti in base all'esito dei lavori della Commissione Permanente per la sanità d'iniziativa e successivamente approvati al tavolo del comitato regionale da parte delle OO.SS. della medicina generale.

[Handwritten signature]
15

Professionalità coinvolte e ruoli

8.1 Livello specialistico:

Per il target A viene definito un PAI elaborato dal MMG congiuntamente al personale infermieristico. In casi particolari potrà essere anche coinvolto lo/gli specialista/i di riferimento.

8.2 Infermieri e OSS

L'infermiere agisce nel contesto di famiglie e comunità sulla base della conoscenza della salute pubblica e della rete dei servizi sociosanitari.

Le sue macro aree di competenza sono le seguenti:

- erogazione dell'assistenza
- collaborazione alla redazione dei PAI con i Medici di Medicina Generale
- comunicazione (educazione, informazione)
- facilitazione di relazioni e di accesso ai servizi a livello di comunità
- care management dei pazienti con target A

Nello specifico:

- valutazione stato di salute e livello di complessità assistenziale di individui e famiglie nel loro contesto comunitario
- pianificazione dell'assistenza di individui e famiglie
- promozione della salute di famiglie e gruppi sociali
- collaborazione alla prevenzione primaria, secondaria, terziaria
- educazione, insegnamento stili di vita, supporto all'autocura di individui, gruppi di individui, famiglie
- gestione della reportistica a fini statistici, di ricerca e di flusso dati per l'assolvimento del debito informativo del sistema regionale
- partecipazione ad attività e gestione di strumenti d'integrazione del team di cure primarie (briefing multiprofessionali, auditing, cartella informatizzata integrata, ecc)
- formazione, autoformazione, ricerca, sviluppo delle competenze
- somministrazione di terapie, medicazioni, esecuzione di indagini diagnostiche, ecc.

8.3 Medici di Comunità

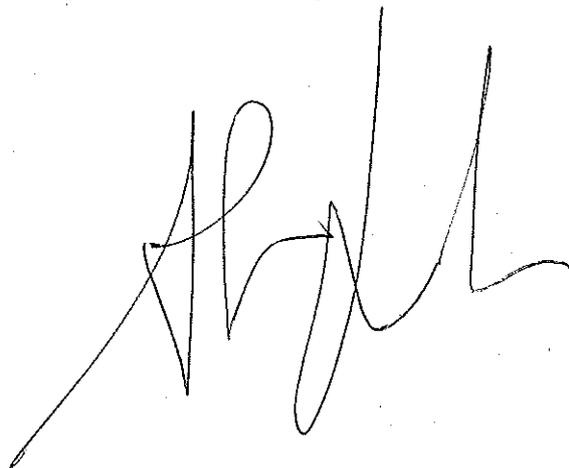
- Monitoraggio e valutazione congiunta con la MG dei risultati dell'applicazione del nuovo modello di sanità d'iniziativa, attraverso indicatori individuati a livello regionale;
- Programmazione delle attività e dei servizi sul bisogno specialistico individuato dalla medicina generale in collaborazione con gli specialisti di riferimento;
- Monitoraggio di percorsi specialistici ambulatoriali dedicati per la reale e completa presa in carico del paziente cronico che esce dalla modalità ordinaria delle prenotazioni
- Facilitazione del collegamento operativo con gli ospedali di riferimento territoriale sulla base di percorsi diagnostico-terapeutici condivisi;
- Facilitazione alla attuazione del PAI comunicato dal coordinatore di AFT al medico di comunità di riferimento;

- Monitoraggio della rete dei servizi territoriali che consentono la realizzazione del progetto di assistenza personalizzato (PAI);
- Monitoraggio sull'allocazione delle risorse infermieristiche in collaborazione con il coordinatore di AFT e con il coordinatore Infermieristico,
- Monitora i periodici incontri di audit organizzativi e di risultato con i professionisti del team implementati dal coordinatore di AFT;
- Monitora i progetti formativi per il team implementati dal coordinatore di AFT insieme agli animatori di formazione.

Le parti concordano sulla necessità di giungere ad un accordo specifico su patient summary e fascicolo sanitario elettronico.

FIRMA


3 MAR



SM