



REGIONE TOSCANA  
UFFICI REGIONALI GIUNTA REGIONALE

**ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 05-07-2016 (punto N 24)**

Delibera N 650 del 05-07-2016

*Proponente*

STEFANIA SACCARDI  
DIREZIONE DIRITTI DI CITTADINANZA E COESIONE SOCIALE

*Pubblicità/Pubblicazione Atto soggetto a pubblicazione su Banca Dati (PBD)*

*Dirigente Responsabile Lorenzo ROTI*

*Estensore ELISA SCOPETANI*

*Oggetto*

Sanità d'iniziativa - Approvazione indirizzi per l'implementazione del nuovo modello.

*Presenti*

ENRICO ROSSI	VITTORIO BUGLI	VINCENZO CECCARELLI
STEFANO CIUOFFO	FEDERICA FRATONI	CRISTINA GRIECO
MARCO REMASCHI	STEFANIA SACCARDI	MONICA BARNI

*Assenti*

ALLEGATI N°1

ALLEGATI

Denominazione	Pubblicazione	Tipo di trasmissione	Riferimento
A	Si	Cartaceo+Digitale	Indirizzi

STRUTTURE INTERESSATE

Tipo	Denominazione
Direzione Generale	DIREZIONE DIRITTI DI CITTADINANZA E COESIONE SOCIALE

*MOVIMENTI CONTABILI*

<i>Capitolo</i>	<i>Anno</i>	<i>Tipo Mov.</i>	<i>N. Movimento</i>	<i>Variaz.</i>	<i>Importo in Euro</i>
U-26063	2015	Assegnazione	10077		1100000,00
U-24136	2016	Riduzione		1	1000000,00
		prenotazione			
U-26063	2016	Prenotazione			1500000,00
U-26063	2017	Prenotazione			1100000,00
U-24136	2016	Prenotazione			1000000,00

## LA GIUNTA REGIONALE

Vista la propria deliberazione n. 716 del 3 agosto 2009, che approva il progetto regionale per l'attuazione della sanità d'iniziativa a livello territoriale, quale modello innovativo per la prevenzione ed il contenimento delle patologie croniche basato sulla presa in carico proattiva degli assistiti da parte di un team multiprofessionale sulla base di specifici percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA), ispirato ai principi dell'Expanded Chronic Care Model;

Precisato che il progetto di cui alla DGR 716/2009 prevedeva l'implementazione del nuovo modello assistenziale a partire da cinque patologie croniche (diabete, scompenso cardiaco, esiti di ictus, BPCO, ipertensione), demandando alle aziende USL la definizione delle modalità attuative nei rispettivi contesti locali;

Dato atto che tutte le aziende USL hanno avviato l'attuazione del modello per quattro delle patologie inizialmente previste (diabete, scompenso cardiaco, esiti di ictus, BPCO), procedendo ad una prima fase di estensione attraverso le risorse a tal fine destinate dalla DGR n. 355 del 22 marzo 2010;

Visto il Programma regionale di sviluppo 2011-2015, approvato con risoluzione del Consiglio regionale n. 49 del 29 giugno 2011, che prevede tra gli indirizzi di legislatura per l'area tematica "Diritti di cittadinanza e coesione sociale" il consolidamento delle caratteristiche di un sistema sociosanitario proattivo, orientato alla prevenzione ed al potenziamento della sanità d'iniziativa;

Vista la propria deliberazione n. 1235 del 28 dicembre 2012 che, nell'ambito delle linee di indirizzo per il riordino dei servizi del Sistema Sanitario Regionale, prevede l'ulteriore estensione della sanità d'iniziativa, nonché l'evoluzione del modello 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;

Visto il parere n. 73/2013 del Consiglio Sanitario Regionale, che aggiorna le linee guida per le aziende sanitarie per lo sviluppo del modello della sanità d'iniziativa, indicando tra l'altro la necessità di contestualizzare il modello rispetto alla nuova realtà organizzativa dell'assistenza territoriale basata sull'attivazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali e delle Unità Complesse delle Cure Primarie, nonché la necessità di passare ad una presa in carico integrata ed individualizzata del paziente affetto da patologie croniche, calibrata in funzione del profilo di rischio e della complessità;

Visto il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012-2015, approvato con deliberazione del Consiglio regionale n. 91 del 5 novembre 2014, che conferma gli obiettivi di estensione ed evoluzione della sanità d'iniziativa, prevedendo la copertura di tutto il territorio regionale e rimarcando come principio di base per l'organizzazione dell'assistenza la personalizzazione degli interventi in funzione del livello di rischio cardiovascolare e della complessità del soggetto;

Viste le proprie deliberazioni n. 1105 del 11 dicembre 2012, n. 1195 del 23 dicembre 2013 e n. 1134 del 9 dicembre 2014 con le quali, in attesa della revisione del modello di sanità d'iniziativa secondo le indicazioni della programmazione sanitaria regionale, si è proceduto ad assicurarne la progressiva estensione sul territorio regionale, modificando tra l'altro il criterio di riparto delle risorse previsto dalla DGR 716/2009;

Vista la propria deliberazione n. 799 del 29 settembre 2014, con la quale è stato recepito il "Piano nazionale per la malattia diabetica" di cui all'Accordo Stato regioni del 6 dicembre 2012,

avviandone l'attuazione progressiva a livello regionale, con il coinvolgimento delle aziende sanitarie toscane ed il supporto della Commissione regionale per l'attività diabetologica, a partire dagli obiettivi inerenti il miglioramento della collaborazione tra i professionisti coinvolti, l'implementazione dell'educazione terapeutica, gli interventi sul diabete in età evolutiva, la gestione integrata della persona con diabete ricoverata per altra patologia e l'uso appropriato delle tecnologie e della telemedicina;

Vista la propria deliberazione n. 1152 del 30 novembre 2015 "DGR 716/2009. Approvazione risultati ed individuazione linee di sviluppo della sanità d'iniziativa a livello territoriale", che in allegato A riporta in particolare:

- i risultati di studi di impatto della sanità d'iniziativa sulla cura del diabete e dello scompenso cardiaco effettuati dall'Agenzia Regionale di Sanità, attraverso i quali è stata verificata una riduzione statisticamente rilevante della mortalità legata a tali patologie croniche, oltre che il miglioramento di una serie di indicatori di valutazione della qualità dell'assistenza;
- i risultati di indagini di soddisfazione effettuate dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, che hanno evidenziato una positiva valutazione del modello da parte dei medici di medicina generale e degli utenti;

Precisato che la suddetta delibera, alla luce dei positivi risultati conseguiti, degli obiettivi della programmazione regionale e delle indicazioni del Consiglio Sanitario Regionale relative alla necessaria evoluzione del modello di sanità d'iniziativa, sostanzialmente recepite dagli orientamenti espressi dal Comitato della Medicina Generale nella seduta del 9 aprile 2015, dà impulso alla ulteriore estensione del modello, in linea di continuità con le attività già in essere, previa revisione del modello stesso, attraverso un successivo atto di Giunta da definirsi sulla base di specifiche linee di sviluppo;

Rilevato che le linee di sviluppo indicate dalla DGR 1152/2015 sono:

- adottare il rischio cardiovascolare e la complessità come criterio base per la calibrazione degli interventi assistenziali;
- aggiornare l'organizzazione del team assistenziale con riferimento alla nuova realtà organizzativa della Medicina Generale, rivalutando anche i parametri per la dotazione di risorse umane e strumentali;
- potenziare gli interventi di prevenzione destinati ai soggetti a basso rischio;
- aggiornare le tecniche di gestione dei pazienti a rischio medio/alto, in relazione al superamento dei percorsi di patologia;
- estendere la metodologia di gestione dell'Expanded Chronic Care Model anche a pazienti complessi, connotati da elevati consumi di farmaci e prestazioni;
- riorganizzare l'accesso alle prestazioni di presa in carico della cronicità secondo la logica delle reti cliniche, strutturando nel contempo agende dedicate alle successive fasi di follow-up, organizzate al fine di garantire in regime ambulatoriale percorsi assistenziali tempestivi e completi, alternativi al ricovero ordinario/Day Hospital, con un modello centrato sul problema clinico e non sulla singola prestazione e pensati in modo da evitare accessi multipli;
- prevedere che l'accesso alle prestazioni necessarie sia semplificato e portato vicino al paziente cronico, anche attraverso il medico di medicina generale, in modo da poter fornire una risposta completa, mediata ed appropriata, sia rispetto alle esigenze cliniche che rispetto alla temporalità dell'attesa;

Considerato che anche a livello europeo e nazionale vi sono indicazioni sempre più chiare nel senso dell'opportunità dell'adozione di modelli innovativi di prevenzione e gestione proattiva della cronicità, caratterizzati da una forte integrazione dei livelli assistenziali e delle figure professionali

coinvolte, da supportare e potenziare in prospettiva attraverso l'utilizzo delle tecnologie dell'informazione e comunicazione;

Considerato altresì che l'adozione diffusa di tali modelli a livello europeo potrà determinare opportunità di sinergia, confronto e scambio di esperienze, nonché opportunità di replicazione dei modelli di successo, anche attraverso il coinvolgimento in network a ciò dedicati, come la European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing;

Ritenuto pertanto necessario, in attuazione del mandato di cui alla DGR 1152/2015 ed in piena continuità con le azioni già realizzate e gli importanti risultati conseguiti in termini di salute pubblica, procedere alla revisione del modello di sanità d'iniziativa di cui alla DGR 716/2009, ai fini della successiva ulteriore estensione del modello stesso sul territorio regionale;

Ritenuto che, anche alla luce delle strategie europee e nazionali esistenti in tale ambito, nel procedere alla revisione ed ulteriore estensione del modello di sanità d'iniziativa debbano essere valorizzate le azioni di supporto al self-management, anche attraverso un maggiore coinvolgimento delle associazioni dei cittadini-utenti e l'adozione di strumenti specifici, come quelli offerti dalla metodologia "Stanford" di formazione del paziente esperto;

Visto il documento di cui all'allegato A, "Sanità d'iniziativa – Indirizzi per l'implementazione del nuovo modello", facente parte integrante della presente deliberazione, che, alla luce delle modificazioni del contesto di riferimento e delle indicazioni cui alla DGR 1152/2015, definisce il nuovo ambito di applicazione del modello di sanità d'iniziativa, le modalità di transizione ad esso dall'esistente, i soggetti coinvolti e gli strumenti attuativi, dando inoltre indicazioni circa le modalità di realizzazione delle attività di formazione, informazione, partecipazione, monitoraggio e valutazione;

Rilevato che, con riferimento all'ambito di applicazione, il nuovo modello prevede che l'intervento d'iniziativa sia rivolto:

- agli assistiti complessi, ovvero a più alto rischio di ricoveri ripetuti per condizioni croniche effettivamente ancora suscettibili di cure territoriali (target A);
- ad un target di pazienti (target B) comprendente sia i pazienti ad alto rischio cardiovascolare (target B1, nel quale sono ricompresi per definizione i pazienti diabetici, ivi compresi quelli già arruolati), sia tutti gli altri pazienti cronici, non ad alto rischio cardiovascolare, già arruolati (target B2), al fine di garantire la totale continuità rispetto alla prima fase di attuazione;
- agli assistiti con basso rischio cardiovascolare (target C);

Rilevato che, tra gli strumenti di attuazione del nuovo modello, è prevista la strutturazione di agende dedicate alla gestione dell'accesso alle prestazioni specialistiche, sia di primo accesso che del follow-up, in attuazione delle disposizioni della DGR 1152/2015 e quale modello innovativo volto a superare l'approccio prestazionale dell'offerta specialistica, tra le principali cause del fenomeno "liste d'attesa";

Precisato che, come già anticipato dalla DGR 1152/2015, il criterio per l'individuazione degli assistiti complessi sarà validato e reso disponibile dall'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana nel mese di luglio 2016, nell'ambito delle attività attuative del progetto "Malattie croniche: supporto e valutazione comparativa di interventi per l'identificazione proattiva e la presa in carico del paziente complesso finalizzati alla prevenzione dei ricoveri ripetuti", presentato dalla Regione Toscana nell'ambito del programma nazionale CCM 2015 e coordinato dall'Agenzia stessa;

Precisato che la definizione delle modalità di gestione degli assistiti complessi (ivi comprese

indicazioni circa i contenuti minimi del piano assistenziale individuale) e dei pazienti ad alto rischio cardiovascolare, nonché la definizione dei contenuti specifici dei percorsi formativi rivolti agli operatori coinvolti vengono demandate alla Commissione permanente per la sanità d'iniziativa, subentrata al Consiglio Sanitario Regionale nella trattazione delle tematiche connesse all'attuazione del modello;

Ritenuto opportuno impegnare la suddetta Commissione a produrre quanto ad essa richiesto entro il mese di luglio, in coerenza con i tempi previsti di validazione dell'algoritmo per l'identificazione degli assistiti complessi, al fine di consentire il rilascio allo stesso tempo di tutti i criteri necessari per consentire l'arruolamento e l'avvio della gestione dei pazienti nei vari target, nonché l'attuazione delle necessarie attività di formazione;

Precisato che per l'attuazione degli interventi inerenti il target C saranno attivate azioni in sinergia tra i Dipartimenti di cure primarie ed i Dipartimenti di prevenzione delle aziende sanitarie, anche al fine di ottimizzare l'utilizzo delle risorse per il raggiungimento di obiettivi comuni;

Rilevato che la citata delibera 1152/2015 destina € 1.100.000,00 disponibili sul capitolo 26063 "Azioni per la sanità di iniziativa e progetti per le cure primarie" del bilancio gestionale 2015 per l'ulteriore estensione della sanità d'iniziativa a livello territoriale, sulla base del modello da aggiornarsi successivamente secondo le suddette linee di sviluppo ed in accordo con la Medicina Generale (successivamente impegnati ex-lege ai sensi del D.lgs. 118/2011 e ancora non utilizzati);

Ritenuto necessario destinare a tal fine ulteriori € 2.600.000,00, disponibili sul capitolo 26063 "Azioni per la sanità di iniziativa e progetti per le cure primarie" del bilancio 2016-2018, di cui € 1.500.000,00, per l'annualità 2016 ed € 1.100.000,00 per l'annualità 2017;

Ritenuto altresì di destinare all'attuazione del nuovo modello di sanità d'iniziativa una quota delle risorse complessive già prenotate dalla DGR 694 del 4 agosto 2014 "Ridefinizione delle modalità di accesso e della organizzazione dell'offerta clinico-diagnostica territoriale" sul capitolo 24136 "Interventi istituzionali in sanità" del bilancio pluriennale 2014-2016, annualità 2016, (pari a € 3.000.000,00), da quantificarsi in ragione della somma delle quote fisse assegnate alle aziende sanitarie come indicato in allegato C della DGR 694/2014, per un totale di € 1.000.000,00, con particolare riferimento alla strutturazione di agende dedicate per le prestazioni di follow-up successive alla presa in carico dei pazienti nei vari target ed alla strutturazione di pacchetti diagnostici a gestione diretta dei MMG;

Ritenuto che le risorse complessive disponibili, pari a € 4.700.000,00, saranno utilizzate per € 3.500.000,00 al fine di supportare le aziende nell'attuazione del nuovo modello, secondo criteri da definirsi a seguito della definizione dell'accordo con la Medicina Generale, e per € 1.200.000,00 per il supporto a progettualità inerenti lo sviluppo di elementi specifici del modello, quali l'integrazione ed il potenziamento delle reti cliniche integrate, anche attraverso l'utilizzo della telemedicina ed il supporto al self-management;

Precisato che le modalità operative e le tempistiche di implementazione, nonché i criteri di assegnazione delle risorse complessive disponibili potranno essere definiti soltanto in seguito alla definizione di specifico accordo con la Medicina Generale in relazione al contributo richiesto alla categoria per l'attuazione del nuovo modello, ai relativi indicatori di risultato ed alle modalità di remunerazione;

Vista la LR 28 dicembre 2015, n. 83 "Bilancio di previsione per l'anno finanziario 2016 e pluriennale 2016-2018";

Vista la DGR n. 2 del 12 gennaio 2016, “Approvazione del Documento Tecnico di accompagnamento al bilancio di previsione finanziario 2016-2018 e del Bilancio Finanziario Gestionale 2016-2018”;

A VOTI UNANIMI

#### DELIBERA

1. di approvare l'allegato A, “Sanità d’iniziativa – Indirizzi per l’implementazione del nuovo modello”, facente parte integrante della presente deliberazione, che, alla luce delle modificazioni del contesto di riferimento e delle indicazioni cui alla DGR 1152/2015, definisce il nuovo ambito di applicazione del modello di sanità d’iniziativa, le modalità di transizione ad esso dall’esistente, i soggetti coinvolti e gli strumenti attuativi, dando inoltre indicazioni circa le modalità di realizzazione delle attività di formazione, informazione, partecipazione, monitoraggio e valutazione;
2. di precisare che il nuovo modello prevede che l’intervento d’iniziativa sia rivolto:
  - agli assistiti complessi, ovvero a più alto rischio di ricoveri ripetuti per condizioni croniche effettivamente ancora suscettibili di cure territoriali (target A);
  - ad un target di pazienti (target B) comprendente sia i pazienti ad alto rischio cardiovascolare (target B1, nel quale sono ricompresi per definizione i pazienti diabetici, ivi compresi quelli già arruolati), sia tutti gli altri pazienti cronici, non ad alto rischio cardiovascolare, già arruolati (target B2), al fine di garantire la totale continuità rispetto alla prima fase di attuazione;
  - agli assistiti con basso rischio cardiovascolare (target C);
3. di precisare altresì che tra gli strumenti di attuazione del nuovo modello, è prevista la strutturazione di agende dedicate alla gestione dell’accesso alle prestazioni specialistiche, sia di primo accesso che del follow-up, in attuazione delle disposizioni della DGR 1152/2015 e quale modello innovativo volto a superare l’approccio prestazionale dell’offerta specialistica, tra le principali cause del fenomeno “liste d’attesa”;
4. di impegnare la Commissione permanente per la sanità d’iniziativa a produrre quanto ad essa richiesto, come descritto in narrativa che qui si intende integralmente richiamata, entro il mese di luglio, in coerenza con i tempi previsti di validazione dell’algoritmo per l’identificazione degli assistiti complessi da parte dell’Agenzia regionale di Sanità della Toscana, al fine di consentire il rilascio allo stesso tempo di tutti i criteri necessari per consentire l’arruolamento e l’avvio della gestione dei pazienti nei vari target, nonché l’attuazione delle necessarie attività di formazione;
5. di destinare per l’attuazione del nuovo modello ulteriori € 2.600.000,00 disponibili sul capitolo 26063 "Azioni per la sanità di iniziativa e progetti per le cure primarie" del bilancio 2016-2018, di cui € 1.500.000,00, per l’annualità 2016 ed € 1.100.000,00 per l’annualità 2017, in aggiunta alle risorse già prenotate dalla DGR 1152/2015 sullo stesso capitolo del bilancio gestionale 2015, pari a € 1.100.000,00, (successivamente impegnate ex-lege ai sensi del D.lgs. 118/2011 e ancora non utilizzate);
6. di destinare altresì all’attuazione del nuovo modello di sanità d’iniziativa una quota delle risorse complessive già prenotate dalla DGR 694 del 4 agosto 2014 “Ridefinizione delle

modalità di accesso e della organizzazione dell'offerta clinico-diagnostica territoriale” sul capitolo 24136 “Interventi istituzionali in sanità” del bilancio pluriennale 2014-2016, annualità 2016, (pari a € 3.000.000,00), da quantificarsi in ragione della somma delle quote fisse assegnate alle aziende sanitarie come indicato in allegato C della DGR 694/2014, per un totale di € 1.000.000,00, con particolare riferimento alla strutturazione di agende dedicate per le prestazioni di follow-up successive alla presa in carico dei pazienti nei vari target ed alla strutturazione di pacchetti diagnostici a gestione diretta dei MMG;

7. di precisare che le risorse complessive disponibili, pari a € 4.700.000,00, saranno utilizzate per € 3.500.000,00 al fine di supportare le aziende nell'attuazione del nuovo modello, secondo criteri da definirsi a seguito della definizione dell'accordo con la Medicina Generale, e per € 1.200.000,00 per il finanziamento di progetti volti ad approfondire aspetti specifici del modello, tra cui in particolare le possibilità di integrazione e potenziamento attraverso l'utilizzo della telemedicina, anche in partnership con soggetti privati;
8. di precisare che le modalità operative e le tempistiche di implementazione, nonché i criteri di assegnazione delle risorse complessive disponibili potranno essere definiti soltanto in seguito alla definizione di specifico accordo con la Medicina Generale in relazione al contributo richiesto alla categoria per l'attuazione del nuovo modello, ai relativi indicatori di risultato ed alle modalità di remunerazione.
9. di dare atto che l'impegno delle risorse finanziarie coinvolte è comunque subordinato al rispetto dei vincoli derivanti dalle norme in materia di pareggio di bilancio e delle disposizioni operative stabilite dalla Giunta regionale in materia.

Il presente atto è pubblicato integralmente sulla banca dati degli atti amministrativi della Giunta regionale ai sensi dell'articolo 18 della LR 23/2007.

SEGRETERIA DELLA GIUNTA  
IL DIRETTORE GENERALE  
ANTONIO DAVIDE BARRETTA

Il Dirigente Responsabile  
LORENZO ROTI

Il Direttore  
MONICA PIOVI