

**Progetto per l'attuazione della sanità d'iniziativa a livello territoriale  
(PSR 2008-2010, punto 4.3.1)**

**INDICE**

**Introduzione**

**1. Descrizione del Progetto**

- 1.1. Obiettivi generali
- 1.2. Soggetti e ruoli
  - 1.2.1. Le aziende USL
  - 1.2.2. I professionisti del team
  - 1.2.3. Il medico di comunità
  - 1.2.4. La Giunta regionale
  - 1.2.5. I cittadini
- 1.3. Fasi di attuazione
- 1.4. Valutazione delle performance
  - 1.4.1. Obiettivi e indicatori
  - 1.4.2. Sistema di verifica e valutazione
- 1.5. Sistema di remunerazione per la Medicina Generale
  - 1.5.1. Fase a regime
  - 1.5.2. Fase di avvio
- 1.6. Tutela della privacy

**2. Organizzazione del progetto**

- 2.1. Gestione del progetto
- 2.2. Percorsi assistenziali
- 2.3. Moduli
  - 2.3.1. Requisiti e funzioni
  - 2.3.2. Il coordinatore del modulo
- 2.4. Infrastruttura informativa
- 2.5. Formazione e informazione
- 2.6. Attivazione strumenti di partecipazione attiva dei cittadini-utenti

**3. Piano finanziario fase di avvio**

- 3.1. Costi
- 3.2. Risorse

**4. Scheda indicatori**

## Introduzione

Le dinamiche demografiche ed epidemiologiche della Regione Toscana evidenziano la tendenza all'invecchiamento della popolazione, con il conseguente aumento della rilevanza delle patologie croniche. Dall'analisi del profilo di salute della regione<sup>1</sup> rispetto ad alcune patologie croniche di grande rilevanza emerge, infatti, che:

- oltre 150.000 pazienti sono in trattamento con farmaci antidiabetici;
- circa 770.000 pazienti sono in cura con farmaci ipertensivi;
- circa 55.000 anziani ultrasessantacinquenni sono affetti da scompenso cardiaco;
- circa 100.000 anziani ultrasessantacinquenni sono affetti da broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO);
- ogni anno si verificano poco meno di 11.000 ictus cerebrali;
- circa il 9% degli anziani ultrasessantacinquenni sono affetti da almeno 3 patologie croniche.

Occorre, inoltre, considerare che alcune fasce della popolazione, per condizioni sociali, livello di istruzione e di conoscenza dei servizi, accedono al Servizio Sanitario Regionale con minore tempestività ed intensità di altre, oppure vi accedono attraverso la rete dell'emergenza-urgenza.

A fronte di simili scenari, diffusi a livello internazionale, altri sistemi hanno adottato strategie di risposta basate sulla proattività della presa in carico del cittadino, attraverso azioni di prevenzione, cura e assistenza commisurate al livello di rischio del singolo, e sulla valorizzazione del ruolo del cittadino stesso nel processo assistenziale<sup>2</sup>.

Il Piano Sanitario Regionale (PSR) 2008-2010, in linea con l'evoluzione organizzativa dei sistemi sanitari internazionali, pone tra gli obiettivi strategici del triennio lo sviluppo di una "sanità d'iniziativa", ovvero di un modello assistenziale che – integrando quello classico della "medicina d'attesa", disegnato sulle malattie acute – sia in grado di assumere il bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia, o prima che essa si manifesti o si aggravi, e di gestire la malattia stessa in modo tale da rallentarne il decorso, garantendo al paziente interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio (punto 4.3.1).

A livello territoriale, il modello di riferimento indicato dal PSR per l'implementazione di questo nuovo concetto di sanità, è quello del *chronic care model (CCM)*; peraltro, sulla base delle indicazioni del Consiglio Sanitario Regionale (parere n. 37/2008), la Giunta regionale, con propria deliberazione n. 894/2008<sup>3</sup> ha ritenuto opportuna a tal fine l'adozione di una versione evoluta del

<sup>1</sup> Relazione sanitaria regionale 2003-2005. Parte prima.

<sup>2</sup> Tali strategie si fondano su modelli organizzativi delle cure primarie elaborati da organismi scientifici e avallati da organismi attivi nel campo della salute pubblica internazionale, tra i quali si ricordano:

- *patient centered primary care*, basato sulla maggiore presenza dei pazienti nei processi assistenziali, soprattutto attraverso strumenti di informazione, facilitazione nell'accesso, miglioramento della qualità delle cure (promosso da Commonwealth Fund e Harvard Medical School e sperimentato nel sistema sanitario inglese);
- *chronic care model*, basato sulla necessità di 6 fondamentali elementi per una gestione ottimale della cronicità (scelta degli erogatori e finanziatori dell'assistenza, supporto all'auto-cura, organizzazione del team, supporto alle decisioni, sistemi informativi, valorizzazione delle risorse della comunità), la cui presenza dà per risultato l'interazione efficace tra un paziente informato/esperto ed un team proattivo, composto da medici di famiglia, infermieri ed altre figure professionali (ideato dal MacColl Institute for Healthcare Innovation, promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e sperimentato in Canada, Olanda, Germania e Regno Unito, dove è stato posto alla base del nuovo sistema di remunerazione della medicina di famiglia);
- *expanded chronic care model*, dove gli elementi clinici che connotano il Chronic care model sono integrati da aspetti di sanità pubblica, come l'attenzione alla prevenzione primaria collettiva ed ai determinanti di salute (promosso anch'esso dall'OMS e sperimentato in Canada).

<sup>3</sup> DGRT 3 novembre 2008, n. 894 (PSR 2008-2010. Progetto "Dalla medicina d'attesa alla sanità d'iniziativa". Approvazione indirizzi per l'attuazione della sanità d'iniziativa a livello territoriale e per la gestione dei percorsi territorio-ospedale-territorio)

CCM (*expanded chronic care model*) (v. nota 2), fornendo anche indirizzi sui ruoli delle professioni coinvolte in tale modello ed indicazioni operative per la sua attuazione.

Il modello di riferimento prescelto contempera l'esigenza di maggiore efficienza ed efficacia nella gestione della cronicità con quella di valorizzare la prevenzione primaria e di contrastare le disuguaglianze nella salute; esso enfatizza, inoltre, l'importanza del coordinamento degli interventi adottati ai diversi livelli del sistema socio-sanitario in una logica di garanzia della presa in carico del bisogno di salute e di continuità del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale, in armonia con i principi già condivisi da Regione Toscana, aziende sanitarie e organizzazioni sindacali della medicina di famiglia, della medicina specialistica ambulatoriale e dei medici specialisti dipendenti con apposito protocollo d'intesa (approvato in schema con deliberazione della Giunta regionale n. 1038 del 24 ottobre 2005).

I cardini della strategia regionale per l'assistenza territoriale si possono dunque così riassumere:

- garanzia di risposta al bisogno sanitario urgente;
- gestione e cura delle patologie croniche mediante interventi proattivi e strutturati, basati su percorsi condivisi che assicurano continuità, efficienza nell'utilizzo delle risorse ed efficacia per il cittadino;
- tutela dei soggetti fragili, non autosufficienti, a bassa scolarizzazione;
- promozione della salute, in termini di corretta alimentazione, stili di vita ed attività fisica.

In relazione a quest'ultimo aspetto, il PSR 2008/2010 (punto 4.3.1) promuove in particolare l'Attività Fisica Adattata (AFA) come programma di esercizio fisico, non sanitario, svolto in gruppo, appositamente indicato per cittadini con disabilità causate da sindromi algiche da ipomobilità o da sindromi croniche stabilizzate negli esiti della malattia. In attuazione di quanto previsto dal PSR, la Giunta regionale ha definito delle linee di indirizzo per lo sviluppo di programmi di AFA sul territorio regionale, sottolineando l'importanza di forme di collaborazione nell'ambito di specifiche intese con soggetti pubblici e privati per l'elaborazione di forme di incentivazione e di sostegno a tali programmi<sup>4</sup>.

Come descritto dalla citata deliberazione 894/2008, il modello della sanità d'iniziativa affida l'attuazione degli interventi clinici ad un team multiprofessionale coordinato da un medico di medicina generale (definito "modulo" nell'ambito del presente progetto<sup>5</sup>), in cui operano più medici di famiglia, infermiere ed operatore socio-sanitario, supportati di volta in volta da ulteriori figure professionali, a seconda delle esigenze di diagnosi, cura ed assistenza connesse a specifici percorsi definiti per la gestione delle singole patologie croniche (v. punto 1.2.2). L'esistenza di percorsi assistenziali condivisi a livello aziendale (v. punto 2.2), che individuino i professionisti coinvolti e le azioni necessarie in base alla patologia ed al livello di rischio, costituisce infatti uno degli elementi costitutivi del modello gestionale prescelto (supporto alle decisioni del team). A tal fine, il Consiglio Sanitario Regionale, con parere n. 52/2008 e relativi allegati, ha prodotto delle linee di indirizzo per la definizione dei percorsi assistenziali da parte delle aziende per le patologie croniche indicate dal PSR 2008-2010.

Il team assistenziale è affiancato dalla figura del medico di comunità dell'azienda unità sanitaria locale di riferimento, il quale – come descritto nella già citata delibera 894/2008 - agisce in una dimensione complementare a quella clinica, presidiando quegli aspetti di sanità pubblica che

---

<sup>4</sup> DGRT 3 giugno 2009, n. 459 (Attività fisica adattata. Approvazione "Documento di indirizzo" e schema di Accordo tra Regione Toscana, Organizzazioni sindacali confederali, sindacati dei pensionati del lavoro autonomo e Enti di promozione sportiva.

<sup>5</sup> Con tale definizione non si intende fare riferimento ad un modello organizzativo predefinito, bensì ad un contesto in cui i professionisti (a prescindere dalle organizzazioni di appartenenza, forme organizzative della Medicina Generale o unità operative aziendali territoriali o ospedaliere) operano adottando una nuova metodologia per la gestione delle patologie croniche e nuovi meccanismi di coordinamento reciproco.

caratterizzano l'*expanded CCM*, quali l'attenzione alle condizioni non solo sanitarie, ma anche sociali, economiche e culturali degli assistiti ed alla prevenzione primaria<sup>6</sup>. Tale ruolo si traduce, in particolare, nella partecipazione alla costruzione del profilo di salute della comunità di riferimento e del piano integrato di salute, nell'organizzazione dei servizi alla collettività e nella costruzione di alleanze con istituzioni e risorse della comunità (v. punto 1.2.3). Il medico di comunità partecipa inoltre, insieme ad altri attori, al processo di sviluppo, monitoraggio e valutazione dell'attività del team, definito dal presente progetto sulla base dell'Accordo regionale più avanti richiamato ed in coerenza con la logica di valutazione della performance delle aziende sanitarie adottato dal 2005 in tutto il sistema sanitario toscano (v. punto 1.4).

La responsabilità clinica del team spetta al medico di famiglia, il quale pertanto, pur continuando a svolgere le funzioni classiche appartenenti al modello della "medicina d'attesa", viene ad assumere anche un ruolo centrale in quello della "sanità d'iniziativa". Al fine di supportare tale evoluzione e di definire le modalità di attuazione del nuovo modello attinenti alla dimensione della medicina di famiglia, Regione Toscana ed Organizzazioni sindacali rappresentative della Medicina Generale hanno sottoscritto in data 29 maggio 2009 uno specifico Accordo sul ruolo della Medicina Generale nell'attuazione del PSR 2008-2010, del quale il presente progetto ripropone i contenuti.

L'Accordo regionale è, peraltro, coerente con l'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale, che pone lo sviluppo della sanità d'iniziativa tra le funzioni di base di modalità organizzative complesse delle cure primarie (aggregazioni funzionali territoriali). In tal senso, saranno attivati i confronti necessari alla definizione di ruoli e compiti delle varie figure professionali inerenti la sanità d'iniziativa.

## **1. Descrizione del Progetto**

### ***1.1 Obiettivi generali***

Il presente progetto è finalizzato a definire le modalità di attuazione della sanità d'iniziativa a livello territoriale, sulla base del modello di riferimento costituito dall'*expanded CCM*. Esse riguardano:

- la definizione dei percorsi di patologia a supporto delle decisioni dei team;
- l'individuazione delle aggregazioni di medici di famiglia che attueranno la sanità d'iniziativa e la strutturazione dei team assistenziali in relazione agli obiettivi del progetto;
- la realizzazione dell'infrastruttura informativa necessaria per lo svolgimento dell'attività dei team;
- la formazione dei professionisti coinvolti nell'attuazione del modello;
- le attività di comunicazione e informazione relative al progetto;
- la definizione di opportuni strumenti di partecipazione dei cittadini-utenti.

### ***1.2 Soggetti e ruoli***

#### ***1.2.1 Aziende USL***

Le aziende USL rivestono un ruolo molteplice nell'attuazione della sanità d'iniziativa, essendo coinvolte in una serie di passaggi che riguardano tanto la fase di avvio, quanto la fase a regime (v. punto 1.3). In particolare spetta alle aziende USL:

---

<sup>6</sup> La strategia regionale integrata in materia di prevenzione primaria è stata delineata dalla deliberazione n. 800 del 13 ottobre 2008 (Guadagnare salute in Toscana: rendere facili le scelte salutari – Linee di indirizzo e istituzione dell'Osservatorio sugli stili di vita), in base alla quale le iniziative di prevenzione devono essere progettate con il coinvolgimento di tutti gli attori del sistema socio-economico territoriale e tenendo conto di tutti gli elementi che possono contribuire a determinare nel cittadino scelte di vita salutari (seguire un'alimentazione corretta, svolgere un'attività fisica costante, evitare il fumo ed assumere alcool in maniera consapevole).

- definire i percorsi assistenziali: tutte le aziende unità sanitarie locali della Toscana, come risulta dagli obiettivi assegnati alle direzioni generali per l'anno 2009<sup>7</sup>, devono definire e pubblicare sul sito ufficiale dell'azienda i propri percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali per le cinque patologie croniche indicate dal PSR 2008-2010. I percorsi, che costituiscono lo strumento di supporto alle decisioni indispensabile per l'implementazione dell'*expanded CCM*, devono essere definiti in maniera condivisa con la Medicina Generale del territorio, in coerenza con le linee di indirizzo fornite dal Consiglio Sanitario Regionale, e sottoposti a revisione periodica (v. punto 2.2);
- individuare i "moduli": sulla base di quanto concordato con la Medicina Generale, l'attuazione della sanità d'iniziativa è affidata ad aggregazioni di medici di famiglia dotate di requisiti minimi individuati a livello regionale tali da consentire il funzionamento ottimale del modello. Le aziende USL devono selezionare, sulla base di tali requisiti ed in maniera condivisa con la MG del territorio, i moduli candidati a partecipare alla fase di avvio. Per ogni modulo le aziende nominano un medico di medicina generale coordinatore, su proposta dei medici del modulo avanzata in base a requisiti predefiniti (v. punto 2.3);
- sottoporre al coordinatore del modulo l'impegno a porre in essere le attività funzionali al perseguimento degli obiettivi del progetto (v. punto 2.3.2);
- assegnare ai moduli le risorse umane necessarie: come concordato con la Medicina Generale, nella logica della formazione di team multiprofessionali, le aziende USL assegnano ai moduli infermieri ed operatori socio-sanitari in numero proporzionato agli assistiti di riferimento ed in modo specificamente dedicato all'attuazione della sanità d'iniziativa (v. punto 2.3);
- individuare, a livello di zona-distretto, i medici di comunità da affiancare ai moduli, quali figure di supporto ai team assistenziali, con compiti specifici che vanno dall'analisi dei bisogni della comunità di riferimento al monitoraggio e valutazione dei risultati di attività (v. punto 1.4);
- monitorare e valutare, per mezzo dei medici di comunità, i risultati dell'applicazione della sanità d'iniziativa all'interno del sistema di valutazione territoriale, attraverso gli indicatori individuati a livello regionale
- garantire l'interfaccia dei sistemi informativi aziendali per l'assistenza territoriale con i sistemi informatici dei medici dei moduli (v. punto 2.4) per la trasmissione dei dati necessari ai fini della valutazione dell'attività svolta;
- garantire la predisposizione di un modello di Libretto personale di patologia, per la registrazione da parte del paziente o del team assistenziale delle informazioni essenziali relative allo stato di salute del paziente stesso, come previsto al punto 4.3.1 del PSR;
- erogare i compensi ai medici di medicina generale (MMG) dei moduli in base ai criteri condivisi nell'accordo regionale (v. punto 1.5);
- orientare la formazione dei MMG e degli altri componenti del team su tematiche inerenti la sanità d'iniziativa (v. punto 2.5);
- nominare, tramite i direttori generali coordinatori dei comitati di area vasta, il rappresentante dei medici di comunità, delle professioni infermieristiche e delle direzioni sanitarie all'interno della Commissione Regionale di Monitoraggio sull'Attuazione della Sanità d'iniziativa (v. punto 1.2.4);

---

<sup>7</sup> DGRT n. 25 del 22 gennaio 2009, "DPCM 502/1995. Individuazione ed assegnazione obiettivi ai direttori generali delle aziende sanitarie e degli ESTAV ai fini della valutazione dell'attività svolta nell'anno 2009 e della successiva determinazione del compenso aggiuntivo".

- garantire il coinvolgimento delle associazioni rappresentative dei cittadini-utenti nelle attività inerenti l'attuazione del progetto a livello aziendale;
- aggiornare la carta dei servizi coerentemente con le innovazioni introdotte nei servizi territoriali.

Al fine di garantire il costante rapporto operativo tra le aziende USL e tra queste e le strutture della Giunta regionale (v. punto 1.2.4), è istituito inoltre il Coordinamento delle aziende per la sanità d'iniziativa, composto dai Direttori Sanitari delle aziende USL e dai referenti aziendali per l'attuazione del progetto.

### 1.2.2 I professionisti del team

Come sopra accennato, sul ruolo delle figure professionali che compongono il team assistenziale si è espresso il Consiglio Sanitario Regionale con parere 37/2008, recepito con DGRT 894/2008, indicando alcuni principi organizzativi generali in relazione ai ruoli professionali ed ai rapporti interni al team, fatti propri anche dal citato Accordo regionale del 29 maggio 2009. Con successivo parere n. 1/2009 (allegato B), il CSR ha inoltre dato indicazioni sul ruolo e sulle competenze specifiche dei professionisti coinvolti nella gestione delle diverse patologie croniche; di tali indicazioni le aziende sanitarie devono tenere conto nella definizione dei percorsi assistenziali (v. punto 2.2).

Al *medico di famiglia* è riconosciuto il ruolo di responsabile clinico del team e del paziente, quale figura che mantiene un ruolo centrale legato al rapporto di fiducia che intrattiene con il cittadino ed al servizio di diagnosi, cura e relazione con lo stesso. Nella prospettiva di sanità pubblica che connota il modello assistenziale indicato dal PSR, il medico di famiglia partecipa inoltre al governo clinico del sistema, garantendo l'appropriatezza e la qualità delle cure ed orientando l'attività del team verso obiettivi condivisi, misurabili attraverso specifici indicatori.

Lo svolgimento delle attività previste dai percorsi assistenziali richiede la valorizzazione del ruolo dell'infermiere e dell'operatore socio-sanitario<sup>8</sup>. In particolare, l'*infermiere* assume autonomia e responsabilità per funzioni specifiche attinenti alla gestione assistenziale del paziente, individuate in maniera concordata con il medico di famiglia sulla base dei percorsi assistenziali aziendali, quali il supporto all'auto-cura, la gestione dei sistemi di allerta e richiamo dei pazienti e lo svolgimento delle attività di follow-up. L'*operatore socio sanitario* costituisce a sua volta una risorsa di supporto per lo svolgimento delle attività assistenziali previste dal modello, svolgendo allo stesso tempo le funzioni di assistenza alla persona al domicilio del paziente nei casi di non autosufficienza o laddove risulti comunque necessario.

Come chiarito dal parere 37/2008 del CSR, i componenti del team si coordinano con gli altri professionisti coinvolti in relazione alla patologia ed al livello di rischio dei pazienti, secondo quanto previsto dai percorsi assistenziali, e si relazionano con il medico di comunità di riferimento per il monitoraggio dei risultati dell'attività svolta (v. punto 1.2.3). Al fine di assicurare il coordinamento del team e la corretta attuazione del modello, l'Accordo regionale sopra richiamato sottolinea l'importanza di cartelle cliniche informatizzate, quali strumenti essenziali per il monitoraggio delle patologie croniche, la pianificazione personalizzata degli interventi, l'educazione dei pazienti ed il supporto all'auto-cura, nonché per lo sviluppo di competenze gestionali. Il supporto di strumenti informativi informatizzati costituisce, del resto, uno degli elementi costitutivi del modello, come tale opportunamente sostenuto anche da un punto di vista economico (v. punto 1.5).

I componenti del team istruiscono, inoltre, il paziente sull'utilizzo del Libretto personale di patologia di cui al precedente punto 1.2.1.

---

<sup>8</sup> Sull'assegnazione di risorse umane alle aggregazioni di medici di famiglia che avviano l'attuazione del modello, v. punto 2.3.

Si richiama, infine, l'opportunità dell'utilizzo continuo dell'audit, quale momento di confronto in cui i componenti del team possono riportare eventuali dissensi interni o disallineamenti e giungere alla ricomposizione di conflitti, nonché procedere a valutazioni di carattere organizzativo e sulle modalità assistenziali adottate.

### *1.2.3 Il medico di comunità*

Il medico di comunità (appartenente alla struttura organizzativa Attività sanitarie di comunità, di cui all'allegato 2, punto 9 del PSR 2008-2010), come indicato dal parere 37/2008 del CSR, in collaborazione con i responsabili professionali che operano nei servizi di assistenza domiciliare integrata, ricopre un ruolo trasversale, agendo al fianco del team assistenziale in una dimensione complementare a quella clinica e portando un contributo professionale specifico per le fasi di progettazione, attuazione e verifica dei percorsi assistenziali, al fine di garantire la sostenibilità del sistema e l'autonomia delle scelte professionali nell'ambito del team e della rete dei servizi socio-sanitari. Tale ruolo si concretizza principalmente nelle seguenti attività:

- la costruzione condivisa del profilo di salute (art. 64, comma 2, lettera a, legge regionale 40/2005), nel quale viene svolta l'analisi dei bisogni della comunità di riferimento, anche al di là di quelli sanitari e sociali;
- la costruzione del piano integrato di salute, di cui all'art. 21, legge regionale 40/2005;
- l'attivazione della rete dei servizi territoriali attraverso il coordinamento e la gestione delle unità di valutazione multidimensionale di cui all'art. 11, legge regionale 66/2008, che consentono, grazie all'integrazione dei servizi socio-sanitari, la costruzione del progetto di assistenza personalizzato (art. 12, legge regionale 66/2008);
- il coordinamento dei servizi socio-sanitari che costituiscono la rete delle cure primarie ed intermedie (ADI, hospice, ospedale di comunità, moduli specifici in RSA);
- l'attivazione, la facilitazione ed il monitoraggio del collegamento operativo con gli ospedali di riferimento, sulla base dei percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali definiti a livello aziendale in coerenza con gli indirizzi del CSR ed i principi affermati dalla delibera di Giunta regionale 1038/2005;
- la partecipazione ad audit organizzativi e di risultato con i professionisti dei moduli, strumento fondamentale per valutare l'applicazione dei percorsi assistenziali ed orientare i team al miglioramento continuo della qualità dei servizi e dell'efficienza organizzativa;
- il monitoraggio e la valutazione dei risultati dell'applicazione della sanità d'iniziativa all'interno del sistema di valutazione territoriale, attraverso gli indicatori individuati a livello regionale;
- la costruzione di alleanze con le istituzioni e la valorizzazione delle risorse della comunità.

### *1.2.4 La Giunta regionale: attività di gestione del progetto e Commissione regionale di monitoraggio*

Le strutture competenti dell'Area di Coordinamento Sanità della Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà sono responsabili della gestione del progetto; esse svolgono in particolare le seguenti funzioni:

- supporto tecnico alle aziende USL ed ai moduli, in particolare per quanto attiene competenze epidemiologiche, organizzative e di valutazione della performance;
- coordinamento delle attività previste dal progetto a livello territoriale, al fine di assicurare uniformità nelle metodologie di sviluppo e confronto dei percorsi assistenziali aziendali;

- valutazione di secondo livello (v. punto 1.4)<sup>9</sup> sui risultati dei moduli per finalità di governo e orientamento del sistema con relativi report di feedback, garantendo omogeneità tra i sistemi di valutazione della performance delle sperimentazioni organizzative territoriali per la sanità d’iniziativa, delle aziende sanitarie e delle zone-distretto;
- attivazione di audit presso aziende USL e moduli con performance negative (con funzione di sostegno) o positive (con funzione di analisi dei fattori di successo replicabili);
- indirizzo in merito all’applicazione del sistema di remunerazione per la Medicina Generale;
- predisposizione della reportistica e modulistica necessaria per l’attuazione del progetto.

Per lo svolgimento delle suddette funzioni, le strutture di gestione del progetto si avvalgono stabilmente della collaborazione di componenti della Commissione Regionale di Monitoraggio sull’Attuazione della Sanità d’iniziativa, più avanti descritta, con specifiche competenze epidemiologiche, organizzative e di valutazione della performance, mantenendo inoltre un costante rapporto operativo con il Coordinamento dei Direttori sanitari e dei referenti aziendali (v. punto 1.2.1).

Le strutture di gestione del progetto predispongono periodicamente una relazione sullo stato di attuazione della sanità d’iniziativa sul territorio regionale, per la presentazione ai Presidenti dei Comitati di partecipazione delle Società della salute (v. punto 1.2.5).

Facendo seguito alle raccomandazioni di cui al parere 37/2008, il progetto prevede la costituzione di una commissione mista di livello regionale, a carattere professionale, che, sotto la guida dell’Area di Coordinamento Sanità della Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà e con il supporto scientifico del Consiglio Sanitario Regionale, possa svolgere un monitoraggio di secondo livello, costante e partecipato, sul processo attuativo, fornendo indirizzi condivisi per il superamento delle criticità e lo sviluppo del nuovo modello assistenziale.

La Commissione Regionale di Monitoraggio sull’Attuazione della Sanità d’iniziativa (CORMAS), nominata con decreto del Presidente della Giunta regionale e disciplinata dalla LR 5/2008, è composta da:

- a) due rappresentanti delle strutture dell’Area di coordinamento Sanità della Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà, nominati tra quattro candidati designati dal Direttore Generale; tra di essi, su indicazione del Direttore Generale, è individuato il Presidente della Commissione;
- b) un rappresentante delle strutture dell’Area di coordinamento Politiche Sociali Integrate della Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà, nominato tra due candidati designati dal Direttore Generale;
- c) un rappresentante della Medicina Generale, nominato tra due candidati designati dal Comitato regionale per la medicina generale;
- d) un rappresentante dei medici di comunità, nominato tra due candidati designati dai Direttori Generali coordinatori dei Comitati di area vasta;
- e) un rappresentante delle professioni infermieristiche, nominato tra due candidati designati dai Direttori Generali coordinatori dei Comitati di area vasta;
- f) un Direttore Sanitario di un’azienda USL della Toscana, nominato tra due candidati designati dai direttori generali coordinatori dei comitati di area vasta;

---

<sup>9</sup> La valutazione di primo livello sui risultati dei moduli, sulla base degli indicatori concordati, è effettuata da un medico di comunità individuato dall’azienda USL di riferimento e costituisce la base per la quantificazione della remunerazione annuale di risultato corrisposta dall’azienda ai MMG afferenti ai moduli.



- g) un esperto di sanità pubblica, nominato tra due candidati designati dal Direttore Generale della Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà;
- h) un rappresentante dell’Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, nominato tra due candidati designati dal Direttore Generale dell’Agenzia;
- i) un rappresentante del Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant’Anna di Pisa, nominato tra due candidati designati dal Direttore del Laboratorio MeS;
- j) un rappresentante del Consiglio Sanitario Regionale, nominato tra due candidati designati dal Presidente;
- k) un rappresentante dei cittadini-utenti, nominato tra due candidati designati dal Forum dei cittadini di cui alla DGR 1075/2001.

Tutte le designazioni sopra richiamate devono essere effettuate nel rispetto delle disposizioni di cui all’art. 5, comma 1 della legge regionale 16/2009<sup>10</sup>.

A seconda dei temi trattati, la Commissione può avvalersi del contributo di soggetti pubblici e privati.

La Commissione svolge le seguenti funzioni:

- partecipa alla definizione degli obiettivi regionali annuali per la sanità d’iniziativa;
- esprime indirizzi e pareri su tematiche inerenti l’attuazione del progetto, su richiesta delle strutture competenti della Giunta regionale, delle aziende USL, dei coordinatori dei moduli o dei rappresentanti dei cittadini-utenti;
- condivide gli esiti della valutazione dei risultati dei moduli per finalità di governo e orientamento del sistema e può richiedere l’attivazione di audit territoriali presso i moduli che non hanno raggiunto i propri obiettivi;
- esprime un parere sulla relazione periodica sullo stato di attuazione del progetto predisposta dalle strutture regionali responsabili della gestione del medesimo.

La Commissione si riunisce almeno ogni 2 mesi o qualora se ne presenti la necessità. Non è previsto alcun compenso per la partecipazione alle riunioni da parte dei componenti; l’azienda USL di riferimento del componente di cui alla lettera c), garantisce il pagamento delle necessarie sostituzioni in base alle disposizioni dell’ACN vigente. Le funzioni di segreteria sono assicurate dalle strutture dell’Area di Coordinamento Sanità della Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà.

### 1.2.5 I cittadini

Nel rispetto del principio di verifica dei risultati del sistema sanitario e di trasparenza nella loro comunicazione ai cittadini, nonché ai sensi dell’art. 15, comma 2 della legge regionale 40/2005, che prevede la partecipazione degli assistiti, delle loro organizzazioni e degli organismi di volontariato e di tutela ai processi di programmazione e di verifica della qualità dei servizi, la Giunta regionale presenta periodicamente i risultati derivanti dall’attuazione del progetto ai Presidenti dei comitati di partecipazione delle società della salute di cui all’art. 71 *decies* della legge regionale 40/2005 o, nelle zone prive di società della salute, ad organismi equipollenti costituiti a livello di zona-distretto.

---

<sup>10</sup> Ai sensi dell’art. 5, comma 1 della legge regionale 2 aprile 2009, n. 16 (Cittadinanza di genere), che modifica la lettera b) del comma 1-bis dell’articolo 1 della L.R. n. 5/2008 (Norme in materia di nomine e designazioni e di rinnovo degli organi amministrativi di competenza della Regione), le designazioni relative ad organismi disciplinati esclusivamente dalla normativa regionale devono contenere, a pena di inammissibilità, un numero pari di nominativi di entrambi i generi, qualunque sia il numero di nomine o designazioni da effettuare.

La partecipazione dei cittadini-utenti ai processi di verifica della qualità dei servizi è inoltre assicurata mediante un'apposita rappresentanza nell'ambito della Commissione di monitoraggio di cui al punto precedente.

Le associazioni favoriscono, infine, la diffusione delle pratiche di self-management anche attraverso l'utilizzo del Libretto personale di patologia.

### ***1.3 Fasi di attuazione***

Il progetto prevede due fasi:

- Fase di avvio (dal 1 ottobre 2009 al 31/12/2010), articolata a sua volta in tre sotto-fasi:
  1. "start-up", non ripetibile, della durata di 90 giorni (fino al 31/12/2009);
  2. "pilota" (dal 1 gennaio 2010 fino all'avvio della fase di estensione, tenendo conto delle esigenze e dei tempi possibili per il contesto aziendale): in tale fase è prevista l'attivazione di almeno 50 moduli, con il coinvolgimento di oltre 500.000 cittadini toscani, e l'implementazione dei percorsi assistenziali per diabete e scompenso cardiaco. La dimensione reale della sperimentazione è definita dalla progettualità attuativa nei singoli contesti aziendali.
  3. "di estensione" (dalla chiusura della fase pilota, fino al 31/12/2010): in tale fase è prevista l'attivazione di ulteriori moduli e la possibile implementazione dei percorsi assistenziali per ictus, ipertensione e BPCO.
- Fase a regime (dal 1 gennaio 2011): la fase a regime sarà avviata previa valutazione dei risultati della fase di avvio e coinvolgerà progressivamente tutti i cittadini della Toscana.

Saranno possibili modifiche in linea con la nuova contrattazione nazionale, con particolare riguardo alla istituzione delle Unità complesse delle cure primarie (ex art. 3 del pre-accordo del 22 dicembre 2008) ed alla possibile integrazione del servizio di continuità assistenziale.

Le progettualità attuative aziendali potranno prevedere il coinvolgimento di risorse della comunità di riferimento, in rapporto alle specifiche esigenze territoriali e comunque in coerenza con gli obiettivi del progetto.

### ***1.4 La valutazione della performance***

La Regione Toscana si è mossa negli ultimi anni verso l'adozione di un sistema di governance integrata dei servizi socio-sanitari, caratterizzato dalla creazione di sinergie istituzionali volte al potenziamento dell'integrazione socio-sanitaria (sotto tale aspetto, è rilevante la definitiva istituzione delle Società della salute ad opera della legge regionale 60/2008) e dalla implementazione progressiva di sistemi di valutazione dei risultati effettuata ai vari livelli del sistema. Sotto il secondo aspetto, il percorso iniziato nel 2005 con l'adozione del sistema di valutazione della performance delle aziende sanitarie, collegato agli obiettivi della programmazione sanitaria regionale, sta evolvendo verso l'adozione di un sistema coerente di valutazione anche a livello di zona-distretto e dei responsabili di struttura complessa, in grado di supportare i livelli più specifici di programmazione e di includere nelle logiche della valutazione anche l'area dei servizi sociali. Tali strumenti prevedono già la valutazione di obiettivi concernenti la sanità d'iniziativa in relazione alla dimensione di riferimento, aziendale o di zona-distretto.

In linea con tale processo, l'avvio delle sperimentazioni organizzative territoriali per la sanità d'iniziativa, impone la definizione di obiettivi comuni e l'adozione di un sistema di misurazione dei risultati che sia omogeneo sul territorio regionale e coerente con il sistema valutazione della performance delle aziende sanitarie e delle zone-distretto.

#### *1.4.1 Obiettivi e indicatori*

Le strutture competenti della Giunta regionale, di concerto con la Medicina Generale, hanno definito un set minimo di indicatori, con i relativi risultati attesi, che tutte le aziende USL dovranno utilizzare per la valutazione della performance delle sperimentazioni organizzative territoriali nella fase di avvio del progetto (allegato B dell'Accordo del 29 maggio 2009).

Gli indicatori concordati, di processo e di esito, sono finalizzati a misurare il grado di implementazione della metodologia dell'*expanded CCM* nella gestione di pazienti affetti da diabete e scompenso cardiaco nella fase di avvio del progetto, nonché lo svolgimento di alcune attività generali previste dal sopra citato Accordo, ivi comprese le attività concordate derivanti dalla partecipazione al progetto regionale Carta Sanitaria Elettronica, approvato con deliberazione della Giunta regionale 125/2009.

Sulla base della misurazione di tali indicatori, le aziende USL quantificano il grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati ai moduli e definiscono corrispondentemente la remunerazione di risultato dei medici di medicina generale dei moduli, secondo i criteri descritti al punto 1.5.

Gli elementi descrittivi degli indicatori e gli aspetti procedurali relativi alla loro rilevazione sono riportati al punto 4.

Nel corso del 2009, di concerto con la Medicina Generale, sarà individuato il set minimo di indicatori anche con riferimento alle ulteriori patologie previste dal PSR 2008-2010 (ipertensione, ictus, insufficienza respiratoria in BPCO). Tutti gli indicatori saranno annualmente sottoposti a verifica ed aggiornamento, in coerenza con l'evoluzione del sistema regionale di valutazione della performance delle aziende sanitarie.

#### *1.4.2 Sistema di verifica e valutazione*

Il processo di verifica sull'attuazione della sanità d'iniziativa si svolge, con dinamiche e finalità diverse, a livello aziendale e regionale.

A livello aziendale, la verifica viene effettuata sui dati richiesti per il calcolo degli indicatori, ai fini della valutazione dei risultati dei moduli rispetto agli obiettivi regionali concordati. Alcuni di tali dati sono rilevabili dagli archivi dei MMG dei moduli, altri dai sistemi informativi aziendali.

Con riferimento ai dati registrati dai medici, il MMG coordinatore ne garantisce la rilevazione nei tempi prestabiliti e la qualità; in attesa del completamento del processo di integrazione dei sistemi informatici della MG con quelli aziendali, il coordinatore provvede, inoltre, all'invio dei dati al medico di comunità di riferimento con modalità concordate.

Il medico di comunità presidia il flusso dei dati dai moduli, valida i dati stessi e li integra con quelli rilevabili dai sistemi informativi aziendali, procedendo successivamente, insieme ad altri eventuali attori, alla valutazione dei risultati sulla base del set minimo di indicatori sopra richiamato.

La valutazione è effettuata con cadenza trimestrale. Sulla base del risultato complessivo annuale dei moduli, l'azienda USL procede alla liquidazione del compenso ai MMG che vi aderiscono, secondo i criteri di cui al punto 1.5.

Ai fini della valutazione dei risultati, in fase di prima attuazione il livello di partenza aziendale è definito dalle aziende sanitarie stesse, di concerto con la Medicina Generale, sulla base della tabella degli indicatori; le aziende trasmettono alle strutture regionali di gestione del progetto i rispettivi livelli iniziali entro il 31 gennaio 2010, contestualmente ai dati di prevalenza relativi alle singole patologie, utilizzando un formato appositamente predisposto dalle strutture regionali stesse. I dati di prevalenza devono essere definiti tenendo conto degli elenchi di patologia trasmessi dai moduli a conclusione della fase di start-up (v. punto 1.5.2). Successivamente, i livelli aziendali relativi agli indicatori ed i dati di prevalenza sono aggiornati e comunicati alle strutture di gestione del progetto entro il 31 luglio ed il 31 gennaio di ogni anno.

Gli obiettivi aziendali sono fissati per il primo anno di attuazione in termini di miglioramento rispetto al livello iniziale; a partire dal secondo anno, l'obiettivo aziendale è fissato tenendo conto di quello regionale, proporzionalmente al punto di partenza determinato dal risultato aziendale dell'anno precedente.

## **1.5 Sistema di remunerazione per la Medicina Generale**

### **1.5.1 Fase a regime**

Sulla base di quanto concordato nell'Accordo regionale del 29 maggio 2009, le risorse rese disponibili dalla Giunta regionale per la remunerazione della Medicina Generale nella fase a regime del Progetto "Dalla medicina d'attesa alla sanità d'iniziativa" saranno utilizzate per :

- compensi per i coordinatori dei moduli;<sup>11</sup>
- compensi per le attività dei medici di medicina generale aderenti ai moduli<sup>12</sup>;
- collegamento ADSL.

Al MMG coordinatore del modulo, individuato con le modalità descritte al punto 2.3, viene riconosciuto un compenso annuale pari a:

- €1.500, se il numero degli assistiti del modulo è inferiore o uguale 15.000;
- €2.250, se il numero degli assistiti del modulo è superiore a 15.000.

Per le attività dei MMG aderenti ai moduli, ad ogni MMG viene riconosciuto un compenso massimo a regime pari a €4,5 ad assistito per anno, in relazione a:

- partecipazione al Progetto "Dalla medicina d'attesa alla sanità d'iniziativa" a regime (estensione a tutti i cittadini della Toscana ed a tutte le patologie croniche previste dal PSR);
- realizzazione delle attività previste dal punto 5 dell'Accordo regionale (Livello unico di contrattazione)<sup>13</sup>.

---

<sup>11</sup> Per le funzioni del MMG coordinatore del modulo descritte, v. punto 2.3.2.

<sup>12</sup> V. le attività di cui alla nota 8, tra cui in particolare la puntuale applicazione dei percorsi, l'aggiornamento degli archivi funzionali alle attività della sanità d'iniziativa e la fornitura dei dati per gli indicatori dei percorsi.

<sup>13</sup> Ai sensi dell'Accordo regionale (punto 5), "fanno parte della ... contrattazione unica di livello regionale le seguenti attività con risorse di cui al punto 3:

- a) la collaborazione alla definizione, alla pubblicazione entro il 2009 sul sito della rispettiva azienda sanitaria ed alla revisione nel tempo dei protocolli operativi per tutte le patologie croniche individuate dal PSR a partire dalle linee di indirizzo definite dal Consiglio Sanitario Regionale;
- b) la collaborazione alle valutazioni della UVM senza comprendere la partecipazione diretta agli incontri;
- c) la partecipazione agli audit interni concordati tra le aziende e i medici afferenti ai moduli per la valutazione dell'andamento dell'attività clinico-assistenziale, compresa la gestione del rischio e del livello organizzativo;
- d) la messa a disposizione delle informazioni concordate per gli indicatori dei percorsi assistenziali e per il patient summary; ad esse si aggiungerà il debito informativo definito nell'ambito dell'ACN secondo le condizioni definite dal preaccordo dell'ACN 2006-2007;
- e) l'aggiornamento degli archivi informatizzati dei dati clinici di patologia;
- f) la puntuale compilazione del patient summary, come definito nell'ambito del progetto regionale Carta Sanitaria Elettronica, limitata, nella fase di avvio del progetto come descritta nel presente accordo, ai pazienti affetti da diabete, scompenso cardiaco e progressivamente anche dalle altre patologie croniche previste dal PSR;
- g) il raggiungimento dei livelli di vaccinazioni antinfluenzali a partire dalla garanzia della disponibilità dei vaccini e delle relative procedure concordate a livello regionale;
- h) l'adesione ai piani di prevenzione primaria concordati;
- i) l'adesione ai piani aziendali di Attività Fisica Adattata per quanto di competenza della medicina generale;
- j) la disponibilità a visionare il fascicolo sanitario elettronico del cittadino, utilizzandone, su sua richiesta, la Carta Sanitaria Elettronica personale;
- k) l'impegno affinché il cittadino sia guidato ed accompagnato nei percorsi assistenziali anche attraverso la prenotazione delle prestazioni a lui necessarie, generate dal medico di medicina generale, tramite il sistema CUP. Tale azione si avvierà dal momento che le Aziende sanitarie avranno implementato d'accordo con la medicina generale e fornito ai medici gli strumenti informatici senza oneri economici a loro carico."

Il compenso per la partecipazione al progetto è suddiviso in:

- a) *compenso per l'adesione complessiva al progetto* - L'adesione complessiva al progetto comporta l'effettuazione delle attività riportate al punto 5 dell'Accordo regionale (Livello unico di contrattazione) ed il raggiungimento degli obiettivi indicati; per l'adesione complessiva al progetto è riconosciuto il 20% del compenso massimo totale previsto per il progetto a regime;
- b) *compenso per la presa in carico delle singole patologie e per il raggiungimento degli obiettivi intermedi e finali per le singole patologie, in rapporto al peso percentuale delle stesse* - Per ogni singola patologia, in rapporto al rispettivo valore percentuale, sono riconosciuti i seguenti compensi:
  - 20% del compenso massimo totale per la presa in carico della singola patologia, con consegna del relativo archivio informatizzato;
  - 30 % del compenso massimo totale per il raggiungimento dell'obiettivo intermedio (raggiungimento di 3 risultati su quelli previsti per la singola patologia)
  - 30% del compenso massimo totale per il raggiungimento dell'obiettivo finale (raggiungimento di 5 risultati su quelli previsti per la singola patologia, incluso quello di esito).

In rapporto all'impegno richiesto ed alla prevalenza delle cinque patologie previste dal PSR 2008-2010, a ciascuna di esse è attribuito un valore percentuale come sotto riportato:

- diabete mellito: 30%
- scompenso cardiaco: 15%
- ipertensione: 30%
- BPCO: 15%
- Ictus: 10%.

La valutazione del raggiungimento degli obiettivi è effettuata sui dati complessivi del modulo. Al singolo medico, ove raggiunto l'obiettivo da parte di tutto il modulo, è attribuita una quota individuale del risultato in rapporto agli assistiti in carico.

Per il collegamento ADSL, ove non fornito dall'azienda USL di riferimento, viene riconosciuto al singolo medico un rimborso forfetario pari a 200 euro/anno.

Le aziende USL possono individuare all'interno della loro programmazione di budget opportuni strumenti di incentivazione del personale interessato dal progetto appartenente ad altre categorie professionali.

### *1.5.2 Fase di avvio*

Come concordato nell'Accordo regionale del 29 maggio 2009, per la fase di start-up (della durata di 90 giorni dal 1 ottobre 2009), è riconosciuto ad ogni medico di medicina generale partecipante un compenso forfetario di €1.500. Tale fase non è ripetibile per i moduli successivamente attivati e si conclude con la presa in carico dei pazienti affetti da diabete e scompenso cardiaco e con la consegna alle aziende degli elenchi dei pazienti affetti da diabete e scompenso cardiaco. La consegna degli elenchi è condizione necessaria per l'accesso alla fase pilota.

---

Sono escluse le prestazioni di cui alla lettera c), art. 59, ACN (tra cui assistenza programmata, ADP, ADI e prestazioni aggiuntive).

Gli impegni di cui alle lettere j) e k) sono soggetti a verifica dopo 1 anno dalla sottoscrizione dell'Accordo.

Per tutta la fase di avvio (fino al 31/12/2010), è prevista l'erogazione ai MMG partecipanti di quote parti delle risorse disponibili con le stesse modalità previste per la fase a regime (v. punto 1.5.1), tenuto conto del periodo complessivo di attività dei moduli. I moduli avviati nella fase di estensione non hanno accesso alla remunerazione prevista per la fase di start-up.

### *1.6 Tutela della privacy*

Come descritto al punto 1.4.2, lo svolgimento dell'attività di verifica e valutazione dei risultati di attività dei moduli da parte delle aziende USL presuppone, in considerazione della struttura degli indicatori selezionati, la rilevazione e trasmissione alle aziende stesse da parte dei MMG dei moduli di alcuni specifici dati relativi agli assistiti affetti dalle patologie croniche previste dal progetto. A tal fine, è necessario che i MMG abbiano assolto agli obblighi previsti dal D.Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) con riferimento al trattamento di dati personali idonei a rivelare lo stato di salute sia per finalità di tutela della salute, sia per le altre finalità di rilevante interesse pubblico che rientrano nei compiti del Servizio sanitario nazionale. In particolare, i MMG devono avere raccolto il consenso nelle dovute forme ed avere dato idonea informativa sui tipi di dati trattati e sulle operazioni su queste effettuati, tra cui anche la comunicazione dei dati stessi all'azienda sanitaria di riferimento<sup>14</sup>.

Sotto il profilo del trattamento di tali dati da parte delle aziende USL di riferimento, tale trattamento rientra tra quelli effettuabili dalle aziende sanitarie a norma del regolamento regionale 16 maggio 2006, n. 18/R, attuativo dell'art. 1, comma 1 della legge regionale 3 aprile 2006, n. 13 (Trattamento dei dati sensibili e giudiziari da parte della Regione Toscana, aziende sanitarie, enti, aziende e agenzie regionali e soggetti pubblici nei confronti dei quali la Regione esercita poteri di indirizzo e controllo): esso, infatti, riveste le caratteristiche del trattamento di cui alla scheda n. 7 (Medicina di base – Pediatria di libera scelta – Continuità assistenziale) dell'allegato B del citato regolamento.

## **2. Organizzazione del progetto**

### *2.1 Gestione del progetto*

Le attività di gestione del progetto sono affidate alle strutture dell'Area di Coordinamento Sanità della Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà; in particolare esse, anche attraverso componenti della Commissione regionale di monitoraggio con le necessarie competenze, provvedono alla supervisione dei processi che contribuiscono alla globale attuazione del progetto (punti 2.2 e seguenti), alla verifica del rispetto dei tempi e dei risultati attesi ed all'adozione di ogni iniziativa necessaria a garantire il conseguimento degli obiettivi del progetto.

### *2.2 Percorsi assistenziali*

Facendo seguito a quanto previsto dal parere 37/2008, il Consiglio Sanitario Regionale, in collaborazione con tutte le professioni interessate, ha definito cinque documenti di indirizzo relativi ai percorsi assistenziali per le patologie croniche indicate dal PSR (allegati al parere 52/2008) ed uno specifico sugli aspetti tecnico professionali dei percorsi e le competenze dei diversi attori (allegato B al parere 1/2009)<sup>15</sup>.

Le aziende USL, a partire da tali indirizzi e valorizzando le esperienze già in atto, hanno definito e pubblicato sul proprio sito ufficiale i percorsi assistenziali per diabete e scompenso cardiaco; entro

---

<sup>14</sup> Per quanto riguarda la Medicina Generale, l'assolvimento degli obblighi previsti dal Codice in materia di protezione dei dati personali ai fini dell'attuazione di quanto previsto dal progetto, è garantito dall'acquisizione del consenso da parte degli assistiti al trattamento dei dati, previa informativa inerente il tipo di dati trattati e le operazioni su questi effettuate.

<sup>15</sup> Disponibili sul sito <http://www.salute.toscana.it/sst/consiglio-sanitario-regionale.shtml>

la fine del 2009 saranno definiti i percorsi per ipertensione, ictus e BPCO. I singoli percorsi dovranno considerare sia l'intero iter assistenziale del paziente (dalla prevenzione, alle cure primarie, alla diagnostica, specialistica, assistenza socio-sanitaria, assistenza ospedaliera, riabilitativa, domiciliare e terminale), sia i vari aspetti della sanità d'iniziativa (elementi costitutivi dell'expanded chronic care model, attività fisica adattata, azioni da svolgere presso gli studi dei medici di famiglia, presso il domicilio del cittadino etc.).

I percorsi aziendali devono essere formulati in maniera da costituire strumenti di lavoro facilmente usufruibili ed essere accompagnati da un numero limitato di indicatori di processo e di esito, contenente almeno gli indicatori regionali di cui al punto 1.4, al fine di garantire uniformità di rilevazione su tutto il territorio toscano. Gli eventuali ulteriori indicatori non concordati con la Medicina Generale non rilevano ai fini della remunerazione dei medici dei moduli.

In ogni percorso devono, inoltre, essere specificati ruoli e competenze delle figure professionali coinvolte, coerentemente con le indicazioni del CSR (parere 1/2009, allegato B), nonché forme di coordinamento che prevedano la funzione di team-leader del medico di famiglia ed il ruolo di responsabile del monitoraggio e della valutazione da parte del medico di comunità.

Infine, per migliorare l'assistenza al cittadino ed ottimizzare l'utilizzo delle risorse evitando sovrapposizione e duplicazioni di ruoli, i percorsi aziendali dovranno garantire la programmazione integrata degli interventi previsti dai singoli percorsi con quelli trasversali rispetto alle varie patologie ed agli assistiti (es. implicazioni co-morbidità).

I percorsi aziendali sono soggetti a revisione periodica, anche al fine di favorire il raggiungimento di livelli sempre maggiori di omogeneità sul territorio regionale.

## **2.3 Moduli**

### **2.3.1 Requisiti e funzioni**

La scelta delle aggregazioni di medici di famiglia (moduli) in cui avviare l'attuazione della sanità d'iniziativa viene effettuata dalle aziende USL di concerto con le organizzazioni rappresentative della Medicina Generale, in modo tale che i moduli selezionati siano rappresentativi di tutte le aziende e coerenti con l'articolazione territoriale in zone distretto. In particolare, i moduli dovranno interessare tutte le zone distretto, con alcune specificità legate alla densità di popolazione o a particolari esigenze locali; in ogni caso dovranno essere garantiti i requisiti di seguito indicati.

Le aziende presentano alla Regione Toscana le rispettive progettualità.

Costituiscono requisiti dei moduli:

- a. una popolazione di riferimento di circa 10.000 assistiti;
- b. laddove possibile, una sede unica o principale (tra due o più sedi) per lo svolgimento dell'attività del team<sup>16</sup>;
- c. la presenza di un infermiere dedicato e di un operatore socio sanitario in rapporto alla popolazione di riferimento (1/10.000);
- d. la formazione specifica del personale di cui al punto precedente sui percorsi assistenziali condivisi a livello aziendale, con la partecipazione della Medicina Generale;
- e. il supporto da parte dell'azienda sanitaria di riferimento per le altre figure professionali coinvolte, secondo quanto previsto dai percorsi assistenziali;

---

<sup>16</sup> Secondo quanto previsto dall'Accordo regionale, l'attività non domiciliare dovrà essere effettuata negli studi dei medici di medicina generale tenendo conto delle esigenze organizzative e di criteri di efficienza complessiva. Per lo svolgimento delle attività di gruppo, ove non disponibile la sede unica o principale di cui al punto b), dovrà essere individuata una sede possibile con il supporto dell'azienda sanitaria di riferimento.

- f. una infrastruttura informatica in grado di consentire la registrazione dei dati di attività da parte di tutti i componenti del team e la raccolta dei dati stessi.

Le aziende USL garantiscono ai medici dei moduli infermieri ed operatori socio sanitari già operanti nelle strutture aziendali o di nuova assunzione, sulla base del parametro di riferimento sopra riportato, fermo restando il mantenimento dei livelli di servizio precedentemente erogati. Gli infermieri e gli OSS così assegnati fanno parte dell'unità professionale aziendale di appartenenza.

I requisiti di cui alle lettere c) e d) sono pregiudiziali all'avvio dell'attività da parte dei moduli.

I MMG che aderiscono ai moduli, sotto la supervisione e la responsabilità del coordinatore, sono tenuti al rispetto degli impegni assunti con l'Accordo regionale del 29 maggio 2009, tra cui la puntuale applicazione dei percorsi assistenziali, l'aggiornamento degli archivi informatizzati dei dati clinici di patologia e la fornitura dei dati concordati per gli indicatori dei percorsi, con le modalità, i tempi ed i contenuti concordati. L'applicazione dei percorsi assistenziali costituisce oggetto di audit organizzativi periodici da parte dei medici di comunità nei moduli di riferimento.

Il mancato rispetto degli impegni sanciti dall'Accordo è causa per il modulo della fuoriuscita dal progetto, con decadenza della connessa remunerazione.

### *2.3.2 Il coordinatore del modulo*

La responsabilità del modulo è attribuita ad un MMG coordinatore, al quale - oltre alla retribuzione complessiva delle scelte in carico - è corrisposto un apposito compenso accessorio. Il MMG coordinatore è nominato dall'azienda sanitaria di riferimento, previo parere del Comitato aziendale, su proposta dei MMG del modulo tra gli aventi le seguenti caratteristiche, concordate con la Medicina Generale:

- anzianità di almeno 7 anni nel settore della Medicina Generale, con almeno 1.000 assistiti da 3 anni;
- partecipazione ad una forma associativa da almeno 3 anni;
- comprovata competenza ed esperienza in farmacoeconomia, epidemiologia o formazione della medicina primaria, da acquisire eventualmente entro un anno dall'assunzione dell'incarico;
- svolgimento della formazione obbligatoria;
- svolgimento dell'attività di medico convenzionato in forma esclusiva o, in caso di svolgimento anche di attività libero professionale, impegno complessivo settimanale per attività libero professionale non superiore a 5 ore settimanali.

Il coordinatore svolge le seguenti funzioni:

- cura che tutti i MMG del modulo adempiano agli impegni assunti con l'Accordo regionale;
- costituisce l'interfaccia con il medico di comunità per la verifica e la valutazione dell'attività del modulo;
- indice e cura le riunioni di audit dei professionisti afferenti al modulo;
- verifica che tutti i MMG del modulo effettuino la formazione obbligatoria;
- gestisce i conflitti interni al modulo;
- sottoscrive, in rappresentanza di tutti i MMG del modulo, l'impegno verso l'azienda USL a raggiungere gli obiettivi regionali per le diverse patologie e ad essere misurati sulla base degli indicatori concordati.

Il compenso previsto per il ruolo di coordinatore del modulo non è cumulabile con quelli derivanti dalla funzione di coordinatore di equipe territoriale.



Costituiscono cause di decadenza del coordinatore:

- il mancato raggiungimento di almeno il 70% degli obiettivi da parte del modulo per due anni consecutivi;
- la mancata partecipazione ad audit e interventi formativi;
- la sfiducia manifestata dalla maggioranza degli altri medici afferenti al modulo.

L'incarico di coordinatore ha durata triennale, rinnovabile.

#### **2.4 Infrastruttura informatica**

Al fine di consentire ai moduli la raccolta e l'estrazione dei dati previsti per il calcolo degli indicatori, nonché la trasmissione alle aziende di riferimento ai fini dell'interconnessione con i dati dei sistemi informativi aziendali, è necessario che tutti i medici dei moduli siano dotati di connessione internet; a tale riguardo l'Accordo del 29 maggio 2009 prevede un rimborso forfetario annuale per i medici dei moduli che debbano dotarsi della necessaria connessione.

Sotto il profilo della raccolta dei dati, è inoltre necessario che i moduli si dotino preliminarmente di elenchi dei pazienti affetti dalle patologie croniche previste dal PSR, a partire da diabete e scompenso cardiaco. La consegna degli elenchi dei pazienti affetti da diabete e scompenso cardiaco alle aziende USL di riferimento costituisce, peraltro, una condizione imprescindibile per l'accesso dei moduli alla fase pilota del progetto.

#### **2.5 Formazione e informazione**

La formazione di tutti i professionisti coinvolti nell'attuazione della sanità d'iniziativa costituisce un presupposto fondamentale per il successo del progetto ed il conseguimento dell'obiettivo di miglioramento del sistema di prevenzione e gestione della cronicità. Organizzare e realizzare interventi formativi a supporto della sanità d'iniziativa costituisce pertanto un impegno sia per l'amministrazione regionale, che per le aziende sanitarie della Toscana.

Spetta, in particolare, alle singole aziende il compito di inserire nei programmi annuali di formazione tematiche inerenti aspetti caratterizzanti del nuovo modello, non solo nella sua applicazione a livello territoriale, ma anche nei rapporti con l'ospedale e con i servizi sociali.

A livello regionale, in linea con le raccomandazioni espresse dal Consiglio Sanitario Regionale (parere n. 1/2009, allegato A), sarà pianificato e realizzato, anche attraverso un'azienda USL dotata della necessaria competenza, un percorso formativo strategico volto ad imprimere nel sistema i principi portanti del nuovo modello assistenziale ed a fornire agli operatori gli strumenti indispensabili per avviarne l'attuazione.

Coerentemente con le indicazioni del CSR, tale percorso dovrà prevedere una fase di formazione multiprofessionale rivolta a tutte le figure professionali coinvolte nella fase di avvio del progetto, con il coinvolgimento anche dei rappresentanti dei cittadini, ed una fase di formazione monotematica, rivolta ad infermieri e operatori socio sanitari, incentrata sui temi del supporto all'auto-cura, counselling, follow-up, case management e ruolo dell'operatore socio-sanitario nel nuovo modello assistenziale.

La Regione potrà inoltre realizzare, anche attraverso aziende USL con la necessaria competenza, interventi formativi specifici rivolti alle singole professioni coinvolte.

La progettazione e realizzazione delle iniziative formative sarà coordinata dalle strutture regionali di gestione del progetto, con il supporto scientifico di componenti della Commissione regionale di monitoraggio con le necessarie competenze, tra cui in particolare i componenti di cui alle lettere c), d) e), g) del punto 1.2.4 (il rappresentante della Medicina Generale, il rappresentante dei medici di comunità, il rappresentante delle professioni infermieristiche, l'esperto di sanità pubblica).

Parallelamente al percorso formativo strategico, in coerenza con le indicazioni di cui al citato parere CSR 1/2009, saranno adottate iniziative di informazione e sensibilizzazione rivolte alla collettività, anche attraverso i Poli per l'educazione e la promozione della salute costituiti con DGR 29/2009<sup>17</sup>.

## **2.6 Attivazione strumenti di partecipazione dei cittadini-utenti**

Lo sviluppo del nuovo modello assistenziale non può prescindere da una modalità di attuazione che preveda la partecipazione dei cittadini e delle loro associazioni, quale presupposto per l'individuazione di soluzioni condivise e di strumenti efficaci di diffusione delle informazioni, in una logica di empowerment dei cittadini-utenti e di instaurazione di una vera e propria partnership tra questi, l'amministrazione regionale ed il sistema delle aziende.

In particolare, è previsto il coinvolgimento dei cittadini mediante gli strumenti di cui al punto 1.2.5 e con propri rappresentanti nell'ambito della Commissione regionale di Monitoraggio sull'attuazione della sanità d'iniziativa (CORMAS).

Nell'ambito della Commissione regionale è inoltre attivato un percorso per l'adozione di iniziative di semplificazione ai sensi della DGRT 1038/2005, con la partecipazione dei cittadini.

## **3. Piano finanziario fase di avvio: costi e risorse**

Considerata la durata del vigente Piano Sanitario Regionale (2008-2010), è opportuno procedere alla valutazione dei costi derivanti dall'attuazione del progetto e delle risorse necessarie, tenendo conto unicamente delle sperimentazioni organizzative territoriali che saranno attivate nel corso della fase di avvio.

Come già altrove evidenziato, l'individuazione dei moduli nei quali avviare il progetto viene effettuata dalle aziende USL, di concerto con le organizzazioni rappresentative della Medicina Generale. Fino al momento dell'effettiva individuazione da parte delle aziende USL dei moduli che parteciperanno alla fase di avvio del progetto (sia nella sotto-fase pilota che in quella di estensione), il numero e la portata delle sperimentazioni territoriali (medici e assistiti coinvolti, risorse umane e tecnologiche necessarie) può essere quindi soltanto stimato sulla base dei parametri concordati per la scelta delle stesse (v. punto 2.3).

Di conseguenza, tutti i costi connessi all'attuazione del progetto in fase di avvio sono stimati in relazione alle possibili modalità di attuazione derivanti dall'applicazione dei suddetti parametri.

### **3.1 Costi**

Di seguito sono riportati i costi stimati per la fase di avvio del progetto a carico del bilancio regionale:

- Costo stimato annuo per le sperimentazioni organizzative territoriali: €8.500.000,00;
- Costo per interventi a supporto della specialistica ambulatoriale convenzionata nel primo anno di attività: €100.000,00;
- Costo stimato per realizzazione intervento formativo strategico sulla sanità d'iniziativa e la gestione delle patologie croniche: €250.000,00;
- Costo stimato per realizzazione interventi formativi specifici: €33.000;

---

<sup>17</sup> DGR del 22 gennaio 2009, n. 29 (Azioni di promozione alla salute per il biennio 2009/2010 con particolare riferimento al benessere dei giovani).

Totale costi stimati per attuazione progetto in fase di avvio: €8.883.000,00.

### 3.2 Risorse

Di seguito sono riportate le risorse attraverso le quali la Giunta regionale intende sostenere i costi stimati derivanti dall'attuazione del progetto per la fase di avvio, come sopra descritti:

- € 4.400.000,00 da reperirsi nell'ambito delle risorse prenotate sul capitolo 26063 dell'esercizio finanziario 2008 con DGR 1127/2008, ripartite tra le aziende USL come indicato nell'allegato A della citata deliberazione;
- € 3.750.000,00 da reperirsi nell'ambito delle risorse prenotate sul capitolo 26063 dell'esercizio finanziario 2009 con DGR 467/2009;
- € 350.000,00 da reperirsi nell'ambito delle risorse disponibili sul capitolo 26063 dell'esercizio finanziario 2009, che presenta la necessaria disponibilità;
- € 383.000,00 da reperirsi nell'ambito delle risorse disponibili sul capitolo 26114 dell'esercizio finanziario 2009, che presenta la necessaria disponibilità, di cui €100.000,00 destinati ad interventi a supporto della specialistica ambulatoriale convenzionata nel primo anno di attività, da ripartirsi tra le aziende USL come di seguito indicato.

	26063		26114-2009		Totale
	2008 (DGR 1127/2008)	2009	Quota per specialistica	altro	
1 (Massa e Carr.)	€253.968,00	Prenotazione generica (€3.750.000,00 ex DGR 467/2009 + € 350.000,00)	€5.771,60	Prenotazione generica	
2 (Lucca)	€258.060,00		€5.896,80		
3 (Pistoia)	€337.713,20		€7.800,80		
4 (Prato)	€291.117,20		€6.540,50		
5 (Pisa)	€382.109,20		€8.672,60		
6 (Livorno)	€426.465,60		€9.676,70		
7 (Siena)	€327.817,60		€7.453,10		
8 (Arezzo)	€405.455,60		€9.252,00		
9 (Grosseto)	€267.770,80		€6.103,40		
10 (Firenze)	€991.632,40		€22.419,40		
11 (Empoli)	€266.195,60		€6.078,80		
12 (Viareggio)	€191.694,80		€4.334,30		
<b>TOTALE RT</b>	<b>€4.400.000,00</b>	<b>€4.100.000,00</b>	<b>€100.000,00</b>	<b>€283.000,00</b>	<b>€8.883.000,00</b>

Fermo restando quanto specificamente assegnato alle aziende USL, come evidenziato dal prospetto sopra riportato, le risorse saranno allocate sulla base delle specifiche progettualità che saranno definite dalle aziende stesse per l'attuazione della sanità d'iniziativa nei rispettivi contesti territoriali, in coerenza con i criteri definiti dal progetto, e saranno soggette a puntuale rendicontazione.

La gestione delle risorse assegnate dovrà essere effettuata dalle aziende in coerenza con i criteri definiti dal presente progetto e dall'accordo tra Regione Toscana e Medicina Generale del 29 maggio 2009.

4. SCHEDA INDICATORI PRIMO ANNO DI ATTIVITA'

Legenda Med. Com.: medico di comunità  
Coord.: MMG coordinatore del modulo

GENERALE

PROGR.	INDICATORE	TIPO I	FONTE	TEMPISTICA	T/VALUTAZIONE	RILEVATORE	VERIFICA	START UP ASL	RISULTATO ATTESO	VARIABILITA'	REPORT
1	Copertura vaccinazione anti-influenzale in assistiti di età pari o superiore a 65 anni	Processo	ARS/ASL o Archivio MMG Modulo	Range vaccinale	Fine campagna	Med. Com. o Coord.	Med. Com./Coord.	SI	>70% dei pazienti di età pari o superiore a 65 anni o +20% rispetto al valore di partenza	NO	Scheda Regione
2	Partecipazione a stesura percorsi aziendali e periodiche revisioni	Processo	Sito web aziendale	Semestrale	30/6 e 31/12 anno 2009	Regione Toscana	Regione Toscana	NO	Partecipazione di 1 MMG incaricato del modulo a stesura percorsi	NO	Scheda Regione
3	Compilazione e trasmissione Patient Summary per diabete e scompenso	Processo	ARS	Semestrale	Semestrale	Regione Toscana	Med.Com./RT/Coord.	SI	>70% pazienti con diabete e scompenso cardiaco	NO	Scheda Regione
4	Partecipazione a percorso formativo per adozione CCM	Processo	Azienda	Annuale	Semestrale	Regione Toscana	Med.Com./RT/Coord.	SI	Partecipazione 80% dei MMG coinvolti in sperimentazione dei moduli	NO	Scheda Regione

Note: Ogni indicatore ha valore 1. L'obiettivo si ritiene raggiunto se realizzati 3 punti. Il raggiungimento dell'80% dei vaccinati per influenza sopra il 65° anno raddoppia il valore dell'indicatore vaccinazione. L'obiettivo non è raggiunto per % di vaccinazione inferiore a 60%

DIABETE MELLITO

PROGR.	INDICATORE	TIPO I	FONTE	TEMPISTICA	T/VALUTAZIONE	RILEVATORE	VERIFICA	START UP ASL	RISULTATO ATTESO	VARIABILITA'	REPORT
∞	Messa a disposizione elenco pazienti diabetici	Processo	Archivio MMG Modulo	Semestrale	0	Coord.	Med. Com.	NO	Numero pazienti pari almeno a prevalenza diabete del 5.5%	± 1.5%	Scheda Regione
1	Numero pazienti diabetici che hanno effettuato almeno una misurazione annuale di Emoglobina Glicata	Processo	ARS/ASL	Trimestrale	Mese 12	Med. Com.	Med. Com./Coord.	SI	> 70% pazienti diabetici in carico a MMG	NO	Scheda Regione
2	% pazienti diabetici con misurazione della circonferenza vita negli ultimi due anni	Processo	Archivio MMG Modulo	Semestrale	Mese 12	Coord.	Med. Com.	SI	> 70% pazienti diabetici in carico a MMG	NO	Scheda Regione
3	% counselling individuale e di gruppo	Processo	Archivio MMG Modulo o invio fax da infermiere	Trimestrale	Mese 12	Coord.	Med. Com.	SI	> 70% pazienti diabetici in carico a MMG	NO	Scheda Regione
4	% pazienti addestrati all'automonitoraggio della glicemia	Processo	Archivio MMG Modulo	Semestrale	Mese 12	Coord.	Med. Com.	SI	>50% pazienti diabetici in carico a MMG	NO	Scheda Regione
5	% pazienti della coorte con E. glicata <7 senza terapia farmacologica	Esito	Archivio MMG Modulo	Trimestrale	Mese 12	Coord.	Med. Com.	SI	>10% rispetto a valore di partenza o almeno 20% dei pazienti in carico a MMG	NO	Scheda Regione

Presa in carico: Consegna elenco

Obiettivo Intermedio: Raggiunti 3 obiettivi

Obiettivo Finale: Raggiunti 4 indicatori tra i quali l'indicatore di esito

SCOMPENSO CARDIACO

PROGR.	INDICATORE	TIPO I	FONTE	TEMPISTICA	T/VALUTAZIONE	RILEVATORE	VERIFICA	START UP ASL	RISULTATO ATTESO	VARIABILITA'	REPORT
∞	Messa a disposizione elenco pazienti in I e II classe NYHA	Processo	Archivio MMG Modulo	Semestrale	0	Coord.	Med. Com.	NO	Numero pazienti pari almeno a prevalenza scompenso del 0,75%	± 0,50%	Scheda Regione
1	% pazienti che hanno effettuato almeno una misurazione di creatinina, sodio e potassio	Processo	ARS/ASL	Trimestrale	Mese 12	Med. Com.	Med. Com./Coord.	SI	> 20% rispetto a valore di partenza o almeno 50% dei pazienti in carico a MMG	NO	Scheda Regione
2	% pazienti con registrazione 3 valori di peso corporeo per 1 anno	Processo	Archivio MMG Modulo	Semestrale	Mese 12	Med. Com.	Med. Com.	SI	> 50% rispetto a valore di partenza o almeno 70% dei pazienti in carico a MMG	NO	Scheda Regione
3	% pazienti in terapia con ACE-inibitori e/o sartani	Processo	ARS/ASL	Trimestrale	Mese 12	Med. Com.	Med. Com./Coord.	SI	> 50% rispetto a valore di partenza o almeno 50% dei pazienti in carico a MMG	NO	Scheda Regione
4	% pazienti in terapia con beta-bloccanti *	Processo	ARS/ASL	Trimestrale	Mese 12	Med. Com.	Med. Com./Coord.	SI	> 20% rispetto al valore di partenza o almeno 50% dei pazienti in carico a MMG	NO	Scheda Regione
5	% counselling individuale e di gruppo	Processo	Archivio MMG Modulo o invio fax da infermiere	Trimestrale	Mese 12	Coord.	Med. Com.	SI	>40% rispetto a valore di partenza o almeno 70% dei pazienti in carico a MMG	NO	Scheda Regione
6	Tasso di ricovero di pazienti con scompenso cardiaco in carico ai MMG di un modulo	Esito	ARS/ASL	Trimestrale	Mese 12	Med. Com.	Med. Com./Coord.	SI	<20% rispetto a valore di partenza o tasso inferiore al xxx /mille	NO	Scheda Regione