



REGIONE PUGLIA

DIPARTIMENTO PER LA PROMOZIONE
DELLA SALUTE DEL BENESSERE SOCIALE
E DELLO SPORT PER TUTTI

SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

PROPOSTA DI DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Codice CIFRA: SGO/DEL/2018/_____

**OGGETTO : Modello di gestione del paziente cronico "Puglia Care".
Governo della domanda e presa in carico dei pazienti cronici -
Determinazioni -**

Il Presidente, sulla base dell'istruttoria espletata dal Funzionario responsabile A.P., confermata dal Dirigente dello stesso Servizio e dal Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, riferisce quanto segue:

- Vista l'intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2013, n. 131 tra il Governo le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014 -2016 (Rep. N. 82/CSR del 10 luglio 2014);
- Visto il Decreto Ministero della Ministero n. 70/2015 che prospetta ed auspica nella sezione " Continuità Ospedale - Territorio : *“ la promozione della medicina di iniziativa, quale modello assistenziale orientato alla promozione attiva della salute, anche tramite l'educazione della popolazione a corretti stili di vita, nonché alla assunzione del bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia o prima che essa si manifesti o si aggravi, anche tramite una gestione attiva della cronicità, così come previsto dal nuovo patto della salute 2014-2016”.*
- Visto il Piano Nazionale della Cronicità anno 2016 nel quale vengono indicati:
 - o la strategia complessiva e gli obiettivi di Piano,
 - o proposte alcune linee di intervento ed evidenziati i risultati attesi, attraverso i quali migliorare la gestione della cronicità nel rispetto delle evidenze scientifiche, dell'appropriatezza delle prestazioni e della condivisione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA).
 - o approfondita la parte relativa alla cronicità in età evolutiva.
- Vista la Deliberazione di Giunta Regionale 22 novembre 2016 n. 1740, avente ad oggetto Accordo Stato - Regioni del 15/9/2016 - Accordo, ai sensi dell'art. 4, co. 1, del D.Lgs. 28/8/1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento "Piano nazionale delle cronicità" di cui all'articolo 5, comma 21 dell'intesa n.82/CSR del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016. RECEPIMENTO.

Preso atto che:

- Le patologie croniche sono in progressiva crescita e, richiedendo continuità di assistenza per periodi di lunga durata oltre ad una forte integrazione con i servizi sociali, impegnano gran parte delle risorse del SSR. Si stima, infatti, che circa il 70-80% delle risorse sanitarie sia oggi speso per la gestione delle malattie croniche.
- La cura per questi pazienti, non potendo prevedere la guarigione, è finalizzata al miglioramento della qualità di vita attraverso una stabilizzazione del quadro clinico e alla prevenzione delle complicanze e della disabilità.
- La prevalenza riguarda pazienti anziani, spesso affetti da più patologie (comorbidità o multimorbidità), alle cui esigenze assistenziali sanitarie si sommano anche quelle di natura sociali: status socio-familiare, ambientale, accessibilità alle cure ecc.
- La presenza di pluripatologie rende ancor più necessario la presa in carico da parte del medico di medicina generale al fine di evitare che l'intervento di diverse figure professionali risulti frammentario, focalizzato solo al trattamento della singola patologia, con risvolti spesso contrastanti, che portano a inficiare il risultato della riduzione delle complicanze e della disabilità oltre a possibili duplicazioni diagnostiche e terapeutiche.
- Le malattie croniche con l'avanzare dell'età si associano sempre più alla riduzione dell'autonomia, della mobilità, della capacità funzionale e della vita di relazione e possono essere considerate la principale causa di morbidità, disabilità e mortalità, in particolar modo se si correlano ad uno stato di disuguaglianza sociale da parte del cittadino.
- La corretta gestione di questi malati prevede l'adozione di percorsi assistenziali con la presa in carico del paziente al fine di prevenire e contenere la disabilità, garantire la continuità assistenziale e l'integrazione degli interventi sociosanitari.

- Dalla Banca Dati Assistito emerge che la prevalenza dei soggetti cronici in Puglia nel 2015 si attesta intorno al 40% della popolazione, il quale assorbe circa l'80% del valore tariffario delle prestazioni sanitarie erogate in regione.

Pertanto si propone:

1. di implementare in maniera sperimentale una nuova modalità di presa in carico del Paziente Cronico da parte dei medici di Assistenza Primaria (AP), "CARE PUGLIA 3.0", facendo leva sullo sviluppo organizzativo/strutturale dell'Assistenza Primaria consolidatasi e stratificatasi a seguito dell'accordo integrativo del 2007 (DGR n. 2289/2007 e n. 425/2011), nonché sulle precedenti esperienze maturate per la gestione dei pazienti cronici (Progetto Leonardo, Progetto Nardino), attraverso un percorso che:
 - o parta dalla definizione condivisa (distretti, medici di AP e specialisti) di un modello generalizzato e ufficiale di presa in carico delle cronicità maggiori (nella prima fase sperimentale saranno osservate le seguenti patologie: BPCO, Scompenso cardiaco, diabete ed ipertensione), in una logica orientata ai bisogni della persona cronica e della sua famiglia, per prevenire l'insorgenza della malattia, ritardandone la progressione e ridurre la morbosità e la disabilità prematura;
 - o preveda la realizzazione di un patto di cura tra SSR e medici di AP che comporti l'individuazione di tipologie di risposte differenziate in funzione dei diversi bisogni di salute, prevedendo l'erogazione dei servizi in relazione alle effettive necessità assistenziali di specifiche categorie di pazienti, che tenga conto del livello di rischio e della complessità clinica. Tale percorso virtuoso prevede l'erogazione di premialità e ripotenziamento ciclico del sistema a fronte del rispetto di condivisi obiettivi economici e di cura,
 - o alimenti un efficace sostegno all'autogestione della patologia cronica da parte del malato,
 - o utilizzi il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) come strumento di progettazione, organizzazione, monitoraggio e miglioramento continuo dei processi di clinico-assistenziali della cronicità,
 - o completi solidamente la trasformazione dell'assistenza sanitaria regionale in assistenza prevalentemente territoriale e di prossimità, promuovendo in un'ottica di continuità ospedale - territorio la definizione di percorsi strutturati ed individualizzati in funzione dei bisogni del malato cronico e della sua famiglia per prevenire l'insorgenza della malattia, ritardarne la progressione e ridurre la morbosità, la morbilità e la disabilità prematura , anche in una logica di raccordo con il sociale.

Ritenuto, pertanto di riorganizzare la filiera erogativa fra ospedale e territorio attraverso la definizione di percorsi di presa in carico del paziente, evitando la frammentazione dei processi e la suddivisione dei servizi fra area ospedaliera e territoriale;

Dato atto che l'obiettivo di cui sopra dev'essere raggiunto dagli attori coinvolti attraverso l'implementazione di modelli organizzativi che consentano di assicurare la logistica dei flussi informativi, rendendo disponibili dati/informazioni a supporto della gestione dei percorsi di cura, lungo le varie fasi del processo erogativo per garantire efficienza ed appropriatezza;

Stabilito che:

- **i requisiti** di idoneità alla presa in carico dei pazienti sono quelli di cui alle linee guida allegate al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale e composto da n.pagine
- nella prima fase sperimentale si intenderanno arruolati tutti i medici di Assistenza Primaria (organizzati in forma associata e non) che risultino in possesso delle figure professionali dell'infermiere professionale e del collaboratore di studio;

- Entro 30 (trenta) giorni dalla data di adozione del presente provvedimento i medici di assistenza primaria che non intenderanno aderire al progetto "CARE PUGLIA 3.0", dovranno far pervenire comunicazione di non adesione;
- Il progetto in questione, si svilupperà dal 1° gennaio 2019 al 31.12.2020 e quindi di durata biennale, con l'impegno di effettuare una verifica alla scadenza del 31.12.2019;

Dato atto che l'integrazione dei servizi ed il coordinamento della presa in carico dovrà essere garantita:

1. La sottoscrizione del patto di cura con il medico di assistenza Primaria;
2. La programmazione personalizzata del percorso di cura attraverso un Piano Assistenza Individuale (PAI);
3. Il reclutamento attivo della persona, presa in carico globale e follow - up per garantire il raccordo funzionale e informativo con i vari livelli di cura;
4. Le modalità di remunerazione a percorso di presa in carico, modulabile sui bisogni clinico-assistenziali

Considerato che:

- Il Patto di Cura è un atto formale, un accordo sottoscritto tra la persona fisica- paziente ed il medico di assistenza primaria che consente di esprimere il consenso alla partecipazione e alla modalità di presa in carico presso il gestore
- Il PAI è un documento di sintesi del programma annuale di diagnosi e cura attraverso il quale il medico di assistenza primaria responsabile della presa in carico documenta la tipologia e cronologia degli interventi diagnostici terapeutici necessari alla persona sulla base del quadro clinico.

Ritenuto pertanto di dover proporre:

- il documento allegato, parte integrante e sostanziale al presente provvedimento, che definisce lo schema di progetto Care Puglia 3.0, costituito da n. 40 pagine;
- di rimandare, anche alla luce di quanto concordato nella seduta del Comitato Regionale Permanente della Medicina generale del 29.10.2018, a successivo provvedimento la definizione degli indirizzi per il governo della domanda nei percorsi di presa in carico, che definisca:
 - a) i requisiti per l'idoneità dei gestori alla presa in carico;
 - b) i requisiti iniziali, le caratteristiche e la dotazione tecnologica ed organizzativa;
 - c) le indicazioni per la valutazione dei dati sperimentali attraverso la predisposizione di indicatori di processo e di esito,
 - d) i modelli del Patto di Cura e del Piano Assistenziale attraverso predisposizione di fac simile;
 - e) definizione delle modalità per la formazione di tutti gli attori coinvolti in ordine alle modalità di presa in carico;
 - f) Istituzione di una segreteria tecnica di cui all'ART. 14 dell'AIR allargata ai componenti designati dall'ARESS per la verifica, con cadenza trimestrale, delle varie fasi di attuazione;

In funzione di quanto previsto dalla DGR n. 1803 del 16/10/2018, di *confermare il ruolo centrale del progetto regionale di fascicolo sanitario elettronico, quale piattaforma principale in grado di assicurare la presa in carico e la continuità dell'assistenza attraverso la condivisione delle informazioni, a cui fare riferimento prioritariamente nella implementazione delle iniziative regionali di attuazione del piano nazionale delle cronicità, di definizione dei percorsi diagnostici terapeutici e di creazione delle reti delle patologie;* "

COPERTURA FINANZIARIA L.r. 16/11/2011, n. 28/01 e s.m.i.

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria, sia di entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale

Il provvedimento del quale si propone l'adozione rientra tra quelli di competenza della Giunta regionale ai sensi dell'art.4, comma 4, lett. "a) e d)" della Legge regionale n. 7/1997.

Il Presidente sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta l'adozione del conseguente atto finale:

LA GIUNTA

- udita la relazione e la conseguente proposta del Presidente;
- viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal funzionario istruttore, dal responsabile A.P., dal Dirigente del Servizio e dal Direttore della Sezione;
- a voti unanimi espressi nei termini di legge:

DELIBERA

Di prendere atto delle premesse che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente provvedimento :

- Di approvare il documento, allegato, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, che definisce lo schema di progetto Care Puglia 3.0, costituito da n.40 pagine;
- Di stabilire che il progetto in questione, si svilupperà dal 1° gennaio 2019 al 31.12.2020 e quindi di durata biennale, con l'impegno di effettuare una verifica alla scadenza del 31.12.2019;
- Di dare atto che, con successivo provvedimento, si procederà alla definizione degli indirizzi per il governo della domanda nei percorsi di presa in carico, che definisca:
 - i requisiti per l'idoneità dei gestori alla presa in carico;
 - i requisiti iniziali, le caratteristiche e la dotazione tecnologica ed organizzativa;
 - le indicazioni per la valutazione dei dati sperimentali attraverso la predisposizione di indicatori di processo e di esito,
 - i modelli del Patto di Cura e del Piano Assistenziale attraverso predisposizione di fac simile;
 - definizione delle modalità per la formazione di tutti gli attori coinvolti in ordine alle modalità di presa in carico;
 - Istituzione di una segreteria tecnica di cui all'ART. 14 dell'AIR allargata ai componenti designati dall'ARESS per la verifica, con cadenza trimestrale, delle varie fasi di attuazione;
- Di dare atto altresì che con successivo provvedimento si provvederà alla individuazione delle risorse necessarie
- di confermare che la piattaforma per la gestione della presa in carico sarà costituita dal fascicolo sanitario elettronico;

- Di disporre che il presente atto sia notificato, a cura della Sezione SGO a tutti i medici di Assistenza Primaria per il tramite dei DD.GG. delle AA.SS.LL.;
- Di disporre la pubblicazione sul B.U.R.P. del presente atto.

Il Segretario della Giunta

Il Presidente

I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio loro affidato è stato espletato nel rispetto della vigente normativa regionale, nazionale e comunitaria e che il presente schema di provvedimento dagli stessi predisposto ai fini dell'adozione dell'atto finale da parte della Giunta regionale, è conforme alle risultanze istruttorie.

Il Responsabile A.P.

(Vito Carbone)

Il Dirigente di Servizio

(Giuseppe Lella)

Il Direttore della Sezione

(Giovanni Campobasso)

Il Direttore del Dipartimento per la Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti

(Giancarlo Ruscitti)

IL Presidente

(Michele Emiliano)
