

Regione Puglia

PROGETTI DI PIANO – ANNO 2017

REDATTI AI SENSI DELL'ARTICOLO 1, COMMI 34 E 34 BIS, DELLA LEGGE DEL 23 DICEMBRE 1996, N. 662.



INDICE ANALITICO DEI PROGETTI

LINEA PROGETTUALE 1: ATTIVITÀ DI ASSISTENZA

IMPLEMENTAZIONE DELL'ASSISTENZA PRIMARIA

LINEA PROGETTUALE 2: SVILUPPO DEI PROCESSI DI UMANIZZAZIONE ALL'INTERNO DEI PERCORSI ASSISTENZIALI

RETE PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE PER TRATTAMENTI RIABILITATIVI

LINEA PROGETTUALE 3: CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE. SVILUPPO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE PALLIATIVA SPECIALISTICA

RETE REGIONALE DI CURE PALLIATIVE

LINEA PROGETTUALE 4: PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE

PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE

LINEA PROGETTUALE 5: GESTIONE DELLA CRONICITÀ

CHRONIC CARE MODEL PUGLIA

LINEA PROGETTUALE 6: RETI ONCOLOGICHE

RETE ONCOLOGICA PUGLIESE (ROP)



GENERALITÀ	
REGIONE	160 - REGIONE PUGLIA
LINEA PROGETTUALE 1	ATTIVITÀ DI ASSISTENZA PRIMARIA
TITOLO	IMPLEMENTAZIONE DELL'ASSISTENZA PRIMARIA
DURATA	24 MESI
COSTO	€ 15.174.061,00
REFERENTE	DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI SERVIZIO STRATEGIE E GOVERNO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE A.Re.S.S. Puglia

RAZIONALE

La complessa riorganizzazione dell'Assistenza Territoriale che la Regione Puglia sta portando avanti prevede l'ottimizzazione dei servizi in risposta ai bisogni crescenti della popolazione più fragile e la rifunzionalizzazione dell'intero sistema dell'offerta per assicurare la copertura assistenziale nell'arco delle 24 ore. Gli assi principali lungo i quali questo articolato processo di riorganizzazione si è sviluppato nel corso degli ultimi anni sono rappresentati dalla contemporanea realizzazione da un lato dei Presidi Territoriali di Assistenza (PTA) e, dall'altro, di azioni importanti a sostegno della implementazione dell'Assistenza Primaria. Per quanto riguarda il primo punto, il PTA rappresenta la risposta alla riconversione delle strutture ospedaliere e contribuisce alla rifunzionalizzazione dei servizi distrettuali concentrando, il più possibile, tutte le attività che possono contribuire a realizzare la copertura assistenziale nell'arco delle 12 o 24 ore. I PTA corrispondono alle strutture ospedaliere oggetto di processo di riconversione delle strutture ospedaliere (per effetto del R.R. n.14/2015, nonché dei R.R. n. 18/2010 e s.m.i. e n. 36/2012 di riordino della rete ospedaliera) e rappresentano il perno della riorganizzazione dei servizi distrettuali realizzando una reale revisione della rete dei servizi che mira ad integrare e mettere in collegamento (organizzazione a rete) i punti di offerta ed i professionisti che concorrono all'erogazione dell'assistenza territoriale. I PTA rappresentano il punto di partenza dell'integrazione tra le diverse funzioni assistenziali e dello sviluppo dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), in modo da conseguire quattro macro obiettivi prioritari:

- la massima **efficienza** erogativa (h24);
- la migliore **efficacia**, attraverso la "messa in comune" delle competenze e delle abilità in forma integrata e condivisa dai professionisti attraverso adeguati percorsi assistenziali;
- la maggiore **appropriatezza** nell'uso delle risorse in quanto coordinate e orientate ad obiettivi di salute condivisi;
- la maggiore **integrazione** con la rete dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali a ciclo diurno e a carattere domiciliare.

Per quanto riguarda il secondo punto, attraverso l'ultimo Accordo Integrativo Regionale (AIR) della Medicina Generale (tuttora vigente) la Regione Puglia ha costruito un primo modello di governo delle Cure Primarie. Tale modello finalizza l'attività del Medico di Medicina Generale al raggiungimento degli obiettivi di salute definiti dalla programmazione regionale (diabete, ipertensione, rischio cardiovascolare) attraverso l'utilizzo del governo clinico, quale strumento per garantire l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni, ed il potenziamento della sanità elettronica, previa adeguata formazione degli stessi Medici di Medicina Generale attraverso nuclei appositamente costituiti, adeguando nel contempo le modalità di gestione della cartella clinica informatizzata. La caratteristica principale della rete dei servizi sanitari pugliesi dedicata alle cure primarie, infatti, è quella delle forme evolute di collaborazione tra Medici di Medicina



Generale e Pediatri di Libera Scelta con il personale dei Distretti Sociosanitari (in particolare infermieri e fisioterapisti), nell'ottica di una riorganizzazione complessiva della assistenza territoriale secondo modelli gestionali di tipo integrato. Tutto ciò è stato realizzato in coerenza con i principi affermati nel Piano Regionale di Salute 2008-2010 e dal Programma Operativo 2013-2015 che si ispirano ad un modello organizzativo di Distretto Sociosanitario in grado di assicurare, attraverso la implementazione di processi di integrazione ospedale-territorio e di integrazione sociosanitaria oltre alla messa in opera di azioni di coordinamento della rete, le attività legate all'assistenza primaria con conseguente valorizzazione delle forme complesse di associazionismo. La Legge 189/2012 ed il nuovo Patto per la Salute 2014-2016, sancito con l'Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014, attribuiscono alla Regioni autonomia esclusiva in merito alla definizione dell'organizzazione delle Cure Primarie, attraverso l'implementazione di modelli organizzativi (Aggregazioni Funzionali Territoriali e Unità Complesse di Cure Primarie) che permettano una gestione più efficace ed efficiente nella presa in carico dei pazienti fragili ed affetti da patologie croniche. La realizzazione di tali modelli organizzativi consente, altresì, un'appropriata risposta ai bisogni di salute delle persone a parità di risorse economiche in uno scenario normativo ancora in fase di perfezionamento e demandato all'Accordo Collettivo Nazionale in via di definizione. In attesa della chiusura delle trattative per la sottoscrizione del nuovo Accordo Collettivo Nazionale che disciplina il rapporto con i Medici di Medicina Generale, che dovrà definire, a livello nazionale, la declinazione degli istituti normativi contenuti nella Legge 189/2012, è stato avviato un percorso di progressivo potenziamento del modello organizzativo della Medicina Generale, che ha costituito anche l'oggetto di attività progettuali già sviluppate ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662 negli obiettivi di piano (linea progettuale 1) degli ultimi anni. La regione, infatti, in attesa della sottoscrizione dell'Accordo Collettivo Nazionale, ha posto in essere delle azioni propedeutiche all'attuazione della L. 189/2012.

A tale proposito occorre ricordare che:

- la Regione con DGR n. 2290 aveva approvato nel 2009 l'accordo integrativo regionale (AIR) per la medicina generale che disciplina anche le forme associative complesse che prevedono la costituzione di forme in rete e gruppo denominate "super rete" e "super gruppo" all'art. 3 e "centri polifunzionali territoriali" (CPT) all'art. 4;
- in ogni Azienda è stato istituito il fondo per l'associazionismo complesso ed il fondo per la sperimentazione dei "centri polifunzionali territoriali";
- la forma associativa "centro polifunzionale territoriale" (CPT) era stata istituita come forma sperimentale relativamente alla erogazione dell'assistenza primaria nell'arco delle 12 ore diurne;
- in ogni ASL è stato costituito un CPT;
- la sperimentazione dei CPT ha prodotto risultati lusinghieri in termini di assistenza ai cittadini e di customer satisfaction.

L'approvazione della legge Balduzzi 189/2012, che ha previsto la istituzione di forme organizzative monoprofessionali, denominate aggregazioni funzionali territoriali (AFT) e forme organizzative multiprofessionali, denominate unità complesse di cure primarie (UCCP), che nell'ambito dell'organizzazione distrettuale del servizio devono garantire l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, ha reso necessaria una revisione organica del modello assistenziale previsto dall'AIR lungo alcune ben precise direttrici evolutive, al fine di consentire il superamento della fase sperimentale e la riorganizzazione del

servizio in aderenza alle previsioni della Legge 189/2012. La caratteristica principale della attuale rete dei servizi sanitari è quella delle forme evolute di collaborazione tra Medici di



Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta con il personale dei Distretti Sociosanitari (in particolare infermieri e fisioterapisti), nell'ottica di una riorganizzazione complessiva della assistenza territoriale secondo modelli gestionali di tipo U.C.C.P. Tali forme evolute di associazionismo medico sono state già attuate e configurate come Centri Polifunzionali Territoriali (C.P.T.). I C.P.T., allocati nelle ex strutture ospedaliere riconvertite in Presidi Territoriali di Assistenza (P.T.A.), saranno convertiti in U.C.C.P. a seguito della sottoscrizione dell'Accordo Collettivo Nazionale e successiva sottoscrizione dell'Accordo Integrativo Regionale. Le attuali forme di associazionismo monoprofessionali (Medicina in Associazione, Medicina in Rete e Super rete, Medicina di Gruppo e Supergruppo) sono candidate a diventare Aggregazioni Funzionali Territoriali (A.F.T.). Tutte le attuali forme di associazionismo medico sono state istituite con formali atti istitutivi delle Aziende Sanitarie Locali. Tale assetto organizzativo, dove i professionisti operano non più da soli ma in una logica di squadra assieme ai loro pari nelle AFT o assieme ad altri professionisti nelle UCCP, collegati da una rete informatica dei servizi regionali in modo da garantire la continuità dell'assistenza sanitaria (da h12 fino ad h24), mira a ridurre l'uso e l'impegno (la maggior parte delle volte in maniera inappropriata) dei servizi sanitari di secondo e terzo livello, aumentando l'efficienza complessiva del SSR e quindi di operare a favore della sua sostenibilità. Una volta definito il processo di potenziamento della rete di assistenza primaria territoriale, sia in sede unica che in sedi diverse ma collegate digitalmente, i risultati attesi saranno quelli di seguito riportati :

- Attività di diagnosi, cura, prevenzione;
- Educazione terapeutica;
- Counseling;
- Presa in carico dei pazienti cronici;
- Domiciliarità;
- Integrazione e coordinazione con gli altri attori territoriali ed ospedalieri del SSR, contribuendo ai processi di governance;
- Omogeneità dei comportamenti assistenziali e dei servizi di medicina generale alla popolazione assistita in funzione degli obiettivi di assistenza programmati.

In questa prospettiva il progetto proposto si pone in continuità con quelli del 2013, 2014, 2015 e 2016 adottando i risultati raggiunti nell'ultimo anno come indice esplicativo delle azioni da conseguire e/o da implementare nel periodo di riferimento. L'obiettivo strategico è quello di riqualificare la rete dei servizi distrettuali, all'interno della quale si colloca la progettazione dei PTA (Presidi Territoriali di Assistenza). Nel contempo è in atto una concertazione a livello regionale ed aziendale affinché forme associative già costituite, nei comuni in cui è presente una struttura ospedaliera in riconversione, si trasferiscano all'interno delle stesse. Inoltre, si prevede l'attivazione (ex novo o per trasformazione e sviluppo di quelle già esistenti) di nuove forme associative del tipo "Unità Complessa di Cure Primarie" in modo da conseguire i seguenti macro-obiettivi:

- "Costruire" strutture a vocazione multifunzionale e a gestione multi-professionale;
- Favorire il passaggio dall'associazionismo mono-professionale a quello multi-professionale;
- Assicurare la presa in carico H24 dei bisogni complessi dei pazienti;
- Integrare tutte le attività svolte a livello distrettuale dai professionisti che contribuiscono alla salute ed al benessere del cittadino con le attività sociali e con quelle ospedaliere.

L'attivazione di tali forme associative è attualmente oggetto di contrattazione aziendale. Nell'ottica dei sistemi integrati di assistenza, la proposta intende recepire le linee di indirizzo



progettuale suggerite nel bando ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662, al fine di:

- migliorare il rapporto con i cittadini;
- costruire nuove forme di reciprocità sociale;
- ridefinire delle reti dei servizi e degli interventi sociali e sanitari;
- mantenere e migliorare i livelli di assistenza raggiunti;
- garantire l'equità sociale e assicurare la prossimità degli interventi;
- individuare nuove domande di assistenza in rapporto all'emergere di nuove categorie di bisogni per migliorare l'offerta;
- sviluppare nuovi ambiti e modelli di intervento per soddisfare una domanda sociale che si caratterizza per una marcata differenziazione, specificità e priorità da persona a persona.

OBIETTIVI

1. Completamento della dismissione delle funzioni ospedaliere non più previste nei presidi ospedalieri oggetto di riconversione, ridefinendo le attività territoriali previste in maniera standardizzata
2. Adozione dei Protocolli per le dimissioni protette e programmate (vedi anche A.D.I.);
3. Rimodulazione dei percorsi clinici ospedale/territorio anche attraverso la definizione di PDTA
4. Messa a regime dei PDTA
5. Monitoraggio e aggiornamento dei PDTA

TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)

ANNO 2016

Primo Semestre:

1. Completamento della dismissione delle funzioni ospedaliere non più previste nei presidi ospedalieri oggetto di riconversione, ridefinendo le attività territoriali previste in maniera standardizzata.

Secondo Semestre

2. Adozione dei Protocolli per le dimissioni protette e programmate;

INDICATORI

- Adozione dei provvedimenti finalizzati al completamento tendenziale del processo di riconversione delle strutture ospedaliere chiuse;
- n. U.C.C.P. attivati nei P.T.A.;
- monitoraggio degli atti aziendali per la valutazione dell'assetto conseguente al completamento delle riconversioni;
- n. protocolli per l'integrazione ospedale territorio

RELAZIONE ATTIVITÀ ANNO 2016

Il Presidio Territoriale di Assistenza (PTA) rappresenta la risposta alla riconversione delle strutture ospedaliere e contribuisce alla rifunzionalizzazione dei servizi distrettuali concentrando, il più possibile, tutte le attività che possono contribuire a realizzare la copertura assistenziale nell'arco delle 12 o 24 ore.



I PTA corrispondono alle strutture ospedaliere oggetto di processo di riconversione, per effetto del R.R. n.14/2015, nonché dei R.R. n. 18/2010 e s.m.i. e n. 36/2012 di riordino della rete ospedaliera, e rappresentano il perno della riorganizzazione dei servizi distrettuali attraverso una nuova modalità di riorganizzare e rifunzionalizzare le cure primarie, realizzando una reale revisione della rete dei servizi che mira ad integrare e mettere in collegamento (organizzazione a rete) i punti di offerta ed i professionisti che concorrono all'erogazione dell'assistenza territoriale.

I PTA rappresentano il punto di partenza dell'integrazione tra le diverse funzioni assistenziali e dello sviluppo dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), in modo da conseguire tre macro obiettivi prioritari:

- a. la massima efficienza erogativa (h24);
- b. la migliore efficacia, attraverso la "messa in comune" delle competenze e delle abilità in forma integrata e condivisa dai professionisti attraverso adeguati percorsi assistenziali;
- c. la maggiore appropriatezza nell'uso delle risorse in quanto coordinate e orientate ad obiettivi di salute condivisi;
- d. la maggiore integrazione con la rete dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali a ciclo diurno e a carattere domiciliare.

Il PTA si realizza sia attraverso un pieno accorpamento dei servizi territoriali, di norma presso il Comune sede del Distretto Sociosanitario e non servito da un Presidio Ospedaliero. Sono possibili aggregazioni parziali degli stessi all'interno dell'ambito distrettuale qualora, per complessità dei contesti territoriali e dei fabbisogni rilevati, tale flessibilità sia necessaria ad assicurare la continuità dell'assistenza.

All'interno del PTA potranno pertanto essere svolte le seguenti funzioni, in ragione dello specifico contestodi offerta di servizi e di fabbisogno:

- a. Orientamento Assistenziale e Accesso Unico alle Cure:
 - Centro Unico Prenotazioni
 - Accesso Unico Facilitato al Sistema (PUA e analoghi)
 - Presa in carico e gestione delle dimissioni protette
 - Raccordo con UVM distrettuale
- b. Cure Primarie e Specialistica Ambulatoriale
 - Associazionismo complesso della Medicina e Pediatria di Famiglia e continuità assistenziale
 - Ambulatorio delle Cronicità
 - Cure domiciliari Integrate (CDI)
 - Assistenza Farmaceutica Territoriale
 - Poliambulatorio Specialistico (secondo l'articolazione definita con LR 23/2008)
 - Day service (medico e chirurgico)
 - Diagnostica Strumentale di Base e BioImaging
 - Centro Prelievi
 - Centro Dialisi Territoriale
- c. Assistenza Consultoriale e Materno Infantile
 - Consultorio Familiare
 - Centro Procreazione Medicalmente Assistita
- d. Promozione della Salute e Prevenzione
 - Servizio Vaccinale
 - Servizi di Medicina Legale e Fiscale
 - Sportelli Sicurezza Alimentare e Sanità Animale
 - Servizi Medicina del Lavoro
- e. Degenza Territoriale
 - Ospedale di Comunità
 - Hospice
 - Centro Risvegli
 - Residenza Socio-sanitaria (RSA, RSSA, Centri Diurni)



- f. Salute Mentale
 - Centro Salute Mentale
 - Centro Diurno Psichiatrico
 - Centro Territoriale Autismo ed eventuali moduli riabilitativi
 - Centro Residenziale/Semiresidenziale per i Disturbi del Comportamento Alimentare
- g. Dipendenze Patologiche
 - Ser.D.
 - Centri Terapeutici Speciali (fumo, alcol, ludopatie)
- h. Riabilitazione
 - Centro Riabilitazione Ambulatoriale
 - Trattamenti Domiciliari
- i. Emergenza Urgenza
 - Punto di Primo Intervento Territoriale (per il tempo residuo di vigenza)
 - Postazione 118
- j. Servizi Amministrativi
 - Scelta e revoca del medico di famiglia
 - Esenzioni ticket
 - Rimborsi
 - Ausili, Presidi e Protesi
 - Assistenza Integrativa Farmaceutica

La responsabilità gestionale, organizzativa e igienico-sanitaria fa capo al Direttore del Distretto Socio-Sanitario territorialmente competente, che assicura anche le necessarie consulenze specialistiche. Al fine di rendere uniforme su tutto il territorio regionale il funzionamento dei PTA e le modalità di accesso e di fruizione dei vari servizi presenti al suo interno da parte dell'utenza, è opportuno che l'AReSS proceda ad effettuare gli studi e le sperimentazioni atte a definire un protocollo operativo da validarsi a livello regionale.

Per tutte le strutture da riconvertire a PTA in quanto ospedaliere o da rifunzionizzare in quanto già territoriali i fondi necessari per la riqualificazione strutturale e per la dotazione tecnologica provengono dal finanziamento comunitario FESR 2014-2020.

Il gruppo di lavoro istituito nel mese di ottobre 2016 (costituito da: rappresentanti del Dipartimento e dell'AReS Puglia, referenti delle Cure Primarie regionali per MMG e PLS, responsabili delle UACP delle Aziende Sanitarie Locali) al fine di elaborare il modello organizzativo del Care Puglia, ha definito nel corso del 2016 il documento relativo (acquisito in seguito al Sistema Documentale Piani di Rientro prot. 115 - A del 06/07/2017), corredato anche da un allegato tecnico sulla metodologia di selezione dei pazienti e di stratificazione del rischio, redatto in collaborazione con l'Istituto Mario Negri.

E' in corso il confronto con gli algoritmi di identificazione dei soggetti cronici affetti dalle 4 patologie di interesse presentati a Roma il 18 ottobre u.s. per verificarne eventuali discordanze.

Parallelamente, sulla base dei criteri già individuati e descritti nel documento Care Puglia, sono in corso le seguenti attività:

- sono stati selezionati i medici di assistenza primaria che rispondono ai criteri di inclusione della sperimentazione (presenza dell'infermiere e del collaboratore di studio): **n. 560** medici di AP
- è stata identificata la sottopopolazione di soggetti cronici affetti dalle 4 patologie di interesse in carico ai suddetti medici di AP: **n. 212.219 assistiti** viventi al luglio 2017
- per uniformità con i livelli di gravità clinica proposti dai PDTA esaminati le classi di DDCI sono state ulteriormente ridotte a due o tre Livelli come di seguito specificato:
 - I Livello con DDCI 0 e DDCI 1-2,
 - II Livello con DDCI 3-5,
 - III DDCI 6-9 e DDCI ≥10;

- è stato valutato il consumo di prestazioni in relazione alla proposta di PDTA per le 4 patologie, per classe di rischio, per ASL e per Distretto Socio-Sanitario.

Tale attività è propedeutica a stimare da un lato il numero di prestazioni che saranno richieste con l'attivazione del programma regionale al fine di programmare correttamente l'offerta, anche con riferimento alla riorganizzazione in corso presso i PTA; dall'altro l'impatto, in termini di numero di prestazioni e di relativi costi, rispetto all'attuale consumo da parte dei soggetti eleggibili nel programma. In virtù dei risultati, sarà predisposto l'atto di revisione dell'offerta di specialistica ambulatoriale.

A titolo esemplificativo, si riporta l'attività in corso per il diabete mellito:

Regione Puglia. Coorte 2014. Sottopopolazione di assistiti in carico ai 560 MMG con indennità per Infermiere e Collaboratore di studio a luglio 2017; N. 218.667 assistiti di cui deceduti nel 2015 N. 6448 e viventi al 01/01/2016 N. 212.219 assistiti;

Con presenza di Diabete, viventi N. 52.325-

NB: la stratificazione della coorte dei pazienti con diabete è stata ulteriormente semplificata a due livelli

- I Livello con DDCI 0 e DDCI 1-2
- II e III Livello con DDCI 3-5, DDCI 6-9, DDCI ≥ 10 .

N. Assistiti con Diabete			14.083	38.242	N. Prestazioni		
Prestazione	I° Livello freq x anno	II° e III° Livello freq x anno	I° Livello	II° e III° Livello	TOT PREST RICHIESTE DA PDTA	TOT PREST EROG 2016	Diff Prest RICH-E ROG
Visite MMG	2	3	28.166	114.72 6	142.892	ND	ND
Aderenza	=	=					
Stili di vita	=	=					
Peso e BMI	=	=					
PA	=	3					
EO Piede	1	1					
ECG	1	1	14.083	38.242	52.325	15.832	36.493
Fondo Oculare	0.5	1	7.042	38.242	45.283	9.946	35.338
Prelievo	2	3	28.166	114.72 6	142.892	132.76 3	10.129

E' stata avviata, inoltre, la negoziazione degli accordi integrativi con la medicina convenzionata.

Sono stati specificati i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi dei PTA e il modello di governance nell'ambito dell'assistenza distrettuale, anche con riferimento alla riorganizzazione dell'assistenza primaria. Il documento reca anche l'individuazione dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi degli Ospedali di Comunità. Sulla base di tale documento, il Dipartimento sta avviando un'interlocuzione con le direzioni generali delle ASL con l'obiettivo di verificare lo stato di attuazione delle riconversioni stabilite dai provvedimenti regionali di riordino della rete ospedaliera, acquisire e valutare eventuali esigenze di rimodulazione dei servizi sanitari già previsti, alla luce degli interventi in corso sull'offerta assistenziale nonché dei requisiti in via di definizione.

Anno 2017 (IN CORSO)

Primo Semestre:

1. Rete dell'Assistenza Residenziale ExtraOspedaliera a Elevato Impegno Sanitario

Secondo Semestre



Regione Puglia Regione Puglia

Progetti di Piano anno 2017 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.

2. Rete dell'Assistenza Residenziale Anziani non Autosufficienti



GENERALITÀ	
REGIONE	160 - REGIONE PUGLIA
LINEA PROGETTUALE 2	SVILUPPO DEI PROCESSI DI UMANIZZAZIONE ALL'INTERNO DEI PERCORSI ASSISTENZIALI
TITOLO	RETE PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE PER TRATTAMENTI RIABILITATIVI
DURATA	24 MESI
COSTO	€ 20.800.000,00
REFERENTE	DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI SERVIZIO STRATEGIE E GOVERNO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE

RAZIONALE

Garantire l'assistenza domiciliare attraverso un progetto di rete assistenziale complessiva che possa rendere sostenibile la riabilitazione domiciliare. L'obiettivo prioritario è quello di potenziare le risorse della riabilitazione territoriale e creare una "rete" adeguata alle esigenze della popolazione, e quindi una migliore appropriatezza di riferimento a specifiche situazioni quali i ricoveri ripetuti in disabilità complesse con esiti permanenti o alcuni ricoveri dopo la fase dell'acuzie (es. protesi d'anca o ginocchio). Attraverso la riabilitazione domiciliare si offre un trattamento che può esaurirsi a domicilio o rappresentare una fase transitoria in cui vengono attivate tutte le azioni che permettano di continuare il trattamento in ambulatorio. Tutto ciò ha come presupposto la definizione del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) da parte del fisiatra dell'ASL di appartenenza del paziente con l'équipe multidisciplinare per definire i bisogni specifici della persona ed indicare le risposte più adeguate. Possono accedere alla riabilitazione domiciliare i cittadini che presentano le seguenti caratteristiche:

- Soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali impossibilitati ad essere trasportati presso gli ambulatori o per i quali occorre raggiungere obiettivi relativi all'autonomia nel proprio ambito
- Adeguato supporto familiare o informale
- Idonee condizioni abitative
- Consenso informato da parte della persona e della famiglia

La riabilitazione domiciliare fa capo al Sistema Organizzativo dei DSS e si integra nella rete dei servizi riabilitativi territoriali.

La riabilitazione domiciliare è richiesta:

- Da una Unità Operativa Ospedaliera per acuti e riabilitative
- Da strutture residenziali territoriali (RSA e Strutture di riabilitazione)
- MMG

OBIETTIVI

La Riabilitazione Domiciliare prevede:

1. Valutazione sanitaria domiciliare
2. Stesura del piano riabilitativo domiciliare
3. Esecuzione del programma riabilitativo



4. Maggiore estensione del programma riabilitativo ai pazienti che non possono accedere al trattamento ambulatoriale
5. Evitare ricoveri e trattamenti in regime residenziale e semiresidenziale inappropriati.
6. Fare in modo che il paziente, soprattutto i soggetti fragili, possa rimanere nel proprio ambito familiare, usufruendo dell'assistenza di cui ha bisogno.
7. Utilizzo della riabilitazione domiciliare nella Regione Puglia e analizzarne l'esito.

TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)

ANNO 2016

Primo Semestre:

1. Maggiore estensione del programma riabilitativo ai pazienti che non possono accedere al trattamento ambulatoriale
2. Evitare ricoveri e trattamenti in regime residenziale e semiresidenziale inappropriati.

Secondo Semestre:

3. Fare in modo che il paziente, soprattutto i soggetti fragili, possa rimanere nel proprio ambito familiare, usufruendo dell'assistenza di cui ha bisogno.
4. Utilizzo della riabilitazione domiciliare nella Regione Puglia e analizzarne l'esito.

INDICATORI

- Estensione del programma riabilitativo ai pazienti che non possono accedere al trattamento ambulatoriale
- Evitare ricoveri e trattamenti in regime residenziale e semiresidenziale inappropriati.
- Fare in modo che il paziente, soprattutto i soggetti fragili, possa rimanere nel proprio ambito familiare, usufruendo dell'assistenza di cui ha bisogno.
- Utilizzo della riabilitazione domiciliare nella Regione Puglia e analizzarne l'esito.

RELAZIONE ATTIVITÀ ANNO 2016

L'assistenza domiciliare ha un ruolo strategico in quanto concorre a:

- fornire ai cittadini assistenza presso il proprio domicilio per salvaguardare la rete di rapporti personali e familiari;
- contenere la spesa farmaceutica inappropriata e migliorare l'aderenza terapeutica al trattamento farmacologico prescritto;
- ridurre i ricoveri ospedalieri e residenziali extraospedalieri impropri;
- ridurre la degenza ospedaliera e il turn-over dei posti letto sia nelle strutture ospedaliere che residenziali sanitarie e sociosanitarie.

L'assistenza domiciliare nella nostra Regione ha assunto in questi ultimi anni una valenza cruciale in quanto vi è stata un'azione di sviluppo che ha allineato il profilo demografico-epidemiologico della popolazione di riferimento al modello organizzativo che è stato programmato per aree prioritarie d'intervento, bisogni di salute, obiettivi e risorse. E tuttavia alcuni vincoli esterni, in primis il blocco del



turn-over per il personale delle ASL e il contenimento della spesa rispetto alle esternalizzazioni, hanno imposto un limite al potenziamento della rete domiciliare e alla costituzione delle equipe dedicate.

A questo occorre aggiungere che il ritardo nell'attivazione e messa a regime delle Unità di Valutazione Multidimensionale fino al 2010 non ha consentito la presa in carico corretta del paziente cronico e non autosufficiente né ha favorito la predisposizione di Progetti Assistenziali Individualizzati che guardassero alla rete domiciliare e alla filiera dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali per offrire risposte più appropriate e più efficienti sul piano tecnico-economico.

Con DGR n. 630 del 30/03/2015 sono state approvate le Linee guida regionali per le Cure domiciliari integrate e lo schema di accordo di programma tra ASL e Comuni.

È dunque cruciale l'impatto che alcune azioni dirette e indirette avranno sull'incremento dell'indicatore LEA della % Anziani over65 in ADI, lungo la strada per arrivare al 4% entro il 2018; tra queste azioni assumono particolare rilievo:

- il potenziamento delle UVM per la corretta presa in carico integrata dei pazienti cronici e dei non autosufficienti;
- la messa a regime del flusso SIAD nel sistema EDOTTO dei flussi informativi per una piena quantificazione del numero di casi trattati, del volume di prestazioni erogate e per una piena determinazione della spesa sanitaria per le prestazioni domiciliari integrate;
- la definizione di Accordi di programma tra Comuni associati e Distretti Sociosanitari per implementare ogni sforzo organizzativo e finanziario utile per il potenziamento delle reti locali di welfare domiciliare;
- produzione e diffusione di materiale informativo e pubblicitario (Carta della rete delle cure domiciliari, guide alla rete dei servizi domiciliari, pieghevoli).

Grazie alle attività condotte nell'ambito del progetto in essere nel 2016 si è registrato una maggiore estensione del programma per le attività di riabilitazione domiciliare. In particolare si è registrato un incremento positivo per il numero di pazienti trattati rispetto agli anni passati, ossia un progressivo spostamento dei pazienti dal setting residenziale a quello domiciliare. Tale incremento seppur a macchia di leopardo nel contesto regionale ha visto punte di eccellenza in termini di valore assoluto e di media trattamenti così come riportato in tabella. Inoltre per incrementare le attività definite nel progetto per il 2017 si è provveduto a raccogliere i dati preliminari del 2018.

ACCESSI DOMICILIARI EX ART.26 REGISTRATI IN EDOTTO

N. accessi domiciliari x ANNO

	2015	2016
ASL		
ASL BARI	43.869	157.469
ASL BAT	3.645	4.606
ASL LECCE	23.370	21.052
ASL TARANTO	22.283	26.366
TOTALE	95.182	211.509

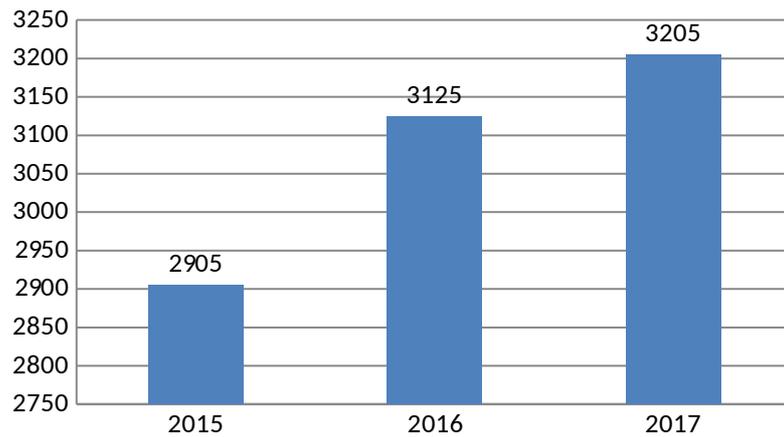
Il Dipartimento di Promozione della Salute ha in animo di incrementare il tavolo di lavoro sul tema della riabilitazione domiciliare così come definito nel progetto di rete al fine di individuare criteri più omogenei nella valutazione degli esiti.



La tabella di seguito riportata rappresenta il trend dei trattamenti riabilitativi domiciliari secondo tre macro indicatori:

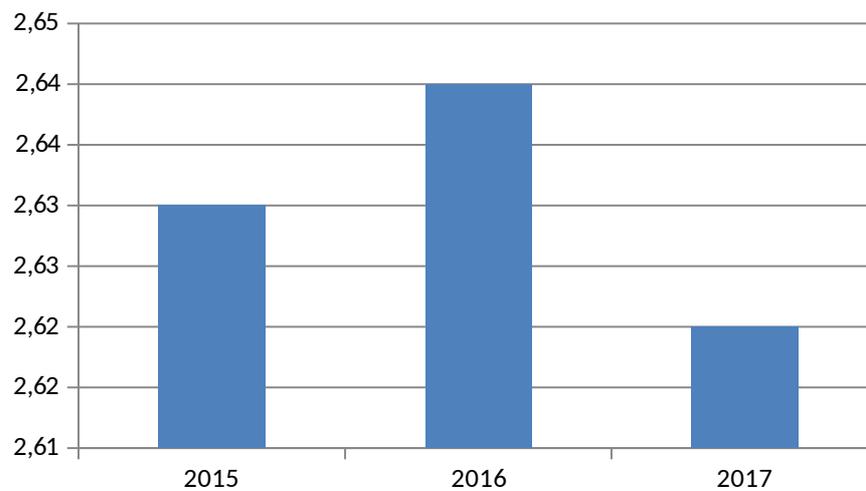
1) Numero pazienti trattati

Numero dei pazienti trattati a domicilio in valore assoluto nell'anno



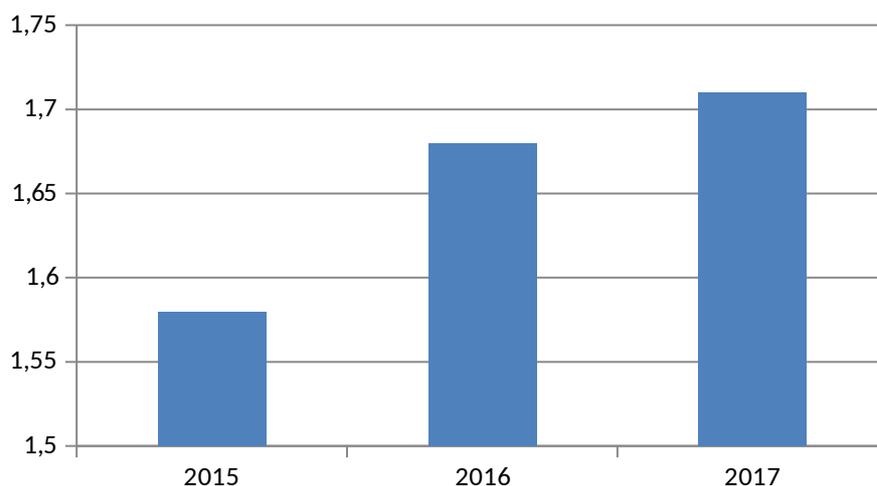
2) Media trattamenti

Media dei trattamenti/interventi eseguiti a domicilio a settimana per paziente





3) Media durata piano Media durata piano mesi nell'anno per paziente



Nel corso del 2017 per essere pienamente coerenti con il trend summenzionato si costruirà un percorso di analisi e valutazione capace di incrementare l'utilizzo di tali trattamenti per i pazienti, soprattutto i soggetti fragili, in ambito familiare, usufruendo dell'assistenza di cui hanno bisogno.

ANNO 2017 (IN CORSO)

Terzo Semestre:

1. Maggiore estensione del programma riabilitativo ai pazienti che non possono accedere al trattamento ambulatoriale
2. Evitare ricoveri e trattamenti in regime residenziale e semiresidenziale inappropriati.

Quarto semestre:

3. Fare in modo che il paziente, soprattutto i soggetti fragili, possa rimanere nel proprio ambito familiare, usufruendo dell'assistenza di cui ha bisogno.
4. Utilizzo della riabilitazione domiciliare nella Regione Puglia e analizzarne l'esito.



Regione Puglia Regione Puglia

Progetti di Piano anno 2017 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.



GENERALITÀ	
REGIONE	160 - REGIONE PUGLIA
LINEA PROGETTUALE 3	CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE. SVILUPPO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE PALLIATIVA SPECIALISTICA.
TITOLO	RETE REGIONALE DI CURE PALLIATIVE
DURATA	24 MESI
COSTO	€ 10.000.000,00
REFERENTE	DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI SERVIZIO ASSISTENZA TERRITORIALE, PSICHIATRIA E DIPENDENZE PATOLOGICHE

RAZIONALE

L'obiettivo delle cure palliative è la tutela della qualità della vita del malato e della sua famiglia.

Il malato ha diritto a richiedere forme di tutela e di sostegno che valorizzino le risorse di cura della famiglia e consentano anche ai cittadini più fragili di rimanere al domicilio e nel proprio contesto di vita, evitando istituzionalizzazioni precoci e inappropriate, con la conseguenza di una migliore qualità di vita e la riduzione dei costi complessivi. Il Piano di Salute 2008-2010 della Regione Puglia al capitolo "Cure Palliative", nel definirne gli obiettivi e il modello organizzativo, ha previsto l'istituzione di specifiche Unità Operative di Cure Palliative (UOCP) per il coordinamento delle procedure di ricovero dei pazienti nei centri residenziali di cure palliative (hospice), in regime di day hospice, in assistenza ambulatoriale e assistenza domiciliare specialistica.

Nello specifico, il Piano ha previsto l'istituzione di una UOCP ogni 400.000 abitanti circa, con dimensione sovra-distrettuale. Pertanto, la Giunta Regionale, con deliberazione n.2210 del 26-11-2013, ha recepito l'Intesa Stato-Regioni 25 luglio 2012, concernente la definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessarie per l'accreditamento delle strutture assistenziali ai malati in fase terminale e delle unità di cura palliative e della terapia del dolore, dando mandato al Gruppo di Lavoro Regionale, già costituito con Determinazione Dirigenziale n.134/2013, di supportare l'Assessorato alla Sanità nell'attività di programmazione tesa ad implementare l'erogazione omogenea delle prestazioni a favore dei pazienti terminali e delle loro famiglie su tutto il territorio regionale. Il Progetto, in continuità con il 2014, si propone di dare attuazione alla predetta Intesa, e, in particolare, di disegnare e portare all'approvazione della Giunta le Linee Guida Regionali per lo sviluppo della Rete per le cure palliative in Puglia. Il Progetto è finalizzato al potenziamento e al miglioramento della qualità dell'intero sistema d'offerta dei servizi per la costruzione di una efficace Rete in grado di garantire l'omogenea erogazione delle prestazioni sull'intero territorio regionale, assicurando continuità nel percorso del malato e della sua famiglia, soprattutto nel passaggio dalla fase di cronicità a quello della terminalità, con particolare attenzione alle cure palliative domiciliari di base e specialistiche.

OBIETTIVI

In linea con le previsioni normative nazionali e regionali, a partire dal Piano di Salute 2008-2010 della Regione Puglia, l'obiettivo che il Progetto si pone, in continuità con il 2014, è l'adozione di "Linee Guida Regionali" che, oltre a delineare l'articolazione territoriale della Rete cure palliative, definiscano gli elementi costitutivi, l'organizzazione e le funzioni della medesima Rete, nonché i percorsi diagnostico-terapeutici di presa in carico e di assistenza dei malati in fase terminale.

1. Prosecuzione del confronto con il Gruppo di Lavoro regionale "Cure Palliative e Terapia del Dolore" per affrontare e condividere tutte le scelte che consentano di definire le "Linee Guida regionali per lo sviluppo della Rete per le Cure Palliative in Puglia".
2. Approvazione del provvedimento di Giunta per la definizione delle Linee guida regionali per lo sviluppo della Rete per le cure palliative.



TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)

ANNO 2016

Primo Anno:

1. Approvazione del provvedimento di Giunta per la definizione delle Linee guida regionali per lo sviluppo della Rete per le cure palliative.

INDICATORI

Assicurare, in ciascuna rete locale di Cure Palliative:

- Monitoraggio della Continuità dei percorsi assistenziali per le Cure Palliative nei diversi setting assistenziali ai malati in fase terminale, con particolare attenzione ad assicurare le cure palliative domiciliari di base e specialistiche.
- Introduzione di percorsi semplificati, tempestivi e flessibili, ma globali, di accesso ai vari servizi;
- Almeno un processo di presa in carico finalizzato ad assicurare la continuità delle cura, riducendo, altresì, al minimo i casi di ricoveri inappropriati.

RELAZIONE ATTIVITÀ 2016

I primi indirizzi finalizzati a consentire lo sviluppo della Rete per le Cure Palliative in Puglia sono stati forniti dal Governo regionale con la deliberazione n. 917/2015.

Al fine di verificare la effettiva realizzazione di percorsi di presa in carico tempestiva e globale dei pazienti terminali, in coerenza con la DGR n. 917/2015, il Dipartimento Promozione della Salute, nell'anno 2016, con il supporto dei Referenti delle Aziende Sanitarie Locali e delle Associazioni che erogano Cure Palliative Domiciliari, è stato impegnato nella realizzazione delle seguenti azioni propedeutiche:

- Elaborazione e somministrazione alle ASL di un apposito questionario sui percorsi assistenziali di norma seguiti localmente, sulle prestazioni, sulla copertura territoriale delle Cure Domiciliari;
- Individuazione di almeno una ASL in cui sono sperimentati percorsi di presa in carico finalizzati ad assicurare la continuità delle cura.

Dal monitoraggio è emerso che nelle diverse ASL ed anche all'interno di una stessa ASL permanevano più modelli organizzativi, in relazione alla presenza sul territorio di un hospice pubblico o privato che assicura anche le cure palliative domiciliari, oppure alla presenza di Organismi no-profit (Associazioni o Cooperative) che erogano esclusivamente le cure domiciliari.

E' emerso, altresì, che l'Azienda sanitaria locale in cui si attuano percorsi ottimali di presa in carico globale, tempestiva, flessibile è la ASL Bari, che sperimenta tale modello organizzativo nel Distretto Sociosanitario di Conversano-Monopoli (e Distretti vicini) e di Modugno-Bitonto (e Distretti vicini).

ANNO 2017 (IN CORSO)

Con l'obiettivo finale della realizzazione in ogni ASL del Modello Organizzativo individuato dalla DGR n. 917/2015 ed a partire dalle criticità/problematività localmente esistenti e dall'osservazione delle esperienze di presa in carico realizzate nella ASL Bari, il Dipartimento Promozione della Salute è stato impegnato nella predisposizione di disposizioni operative per l'organizzazione della Rete Locale delle Cure Palliative, in coerenza con gli indirizzi dettati dalla Legge 38/2010 e con i successivi Decreti attuativi



approvati in Conferenza Stato-Regioni e con le disposizioni previste dal DPCM 12-01-2017 "Definizione ed aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza".

Azioni poste in essere:

- Implementazione del Gruppo Tecnico di supporto con i rappresentanti di tutte le ASL e delle maggiori Organizzazioni no-profit (DGR n. 1094 del 4-07-2017 e n. 2287 del 21-12-2017);
- Incontri con il Gruppo Tecnico nelle date del 18 settembre 2017 e del 16 ottobre 2017;
- Elaborazione (in corso) di proposta di disposizioni operative, che, per quanto concerne, in particolare, le Cure Palliative Domiciliari, prevede che l'assistenza sia garantita:
 - Da interventi di base, coordinati dai MMG;
 - Da interventi di équipe specialistiche multi-professionali dedicate.

La potenziale popolazione di riferimento delle Cure palliative domiciliari è costituita dai pazienti terminali oncologici e non, in fase avanzata e avanzatissima, "Indice di Karnofsky <50", non più soggetti a terapie volte alla guarigione e con previsione di sopravvivenza inferiore a 6 mesi.

Il documento prevede che il paziente, di norma, venga assistito a domicilio e riceva oltre all'assistenza prevista (medica, infermieristica, reperibilità e sostegno psicologico) la fornitura di tutti i farmaci, presidi, ausili e quant'altro per alleviare la sofferenza e migliorare la sua qualità di vita.

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione - con vincolo risorse pari a 240 milioni di euro, di cui il 5 per mille dedicato al supporto PNP - NETWORK
TITOLO DEL PROGETTO	Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano nazionale prevenzione
DURATA DEL PROGETTO	Pluriennale
COSTO	€ 24.000.000,00
REFERENTE	P.A.T.P.

CONTESTO	<p>Il Piano Nazionale di Prevenzione 2014/18 (PNP), approvato con Intesa Stato-Regioni del 13/11/2014, prevede all'art. 1, comma 2 che le Regioni recepiscano con apposita Delibera il PNP disponendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Di applicare nell'elaborazione del proprio PRP la visione, i principi, le priorità, la struttura del PNP; • La preliminare individuazione dei programmi regionali, il più possibile integrati e trasversali rispetto ad obiettivi ed azioni, con i quali si intende dare attuazione a tutti i macro-obiettivi e a tutti gli obiettivi centrali; • La definizione degli elementi di contesto, profili di salute, trend dei fenomeni, continuità con quanto conseguito nel precedente Piano Regionale della
-----------------	--



	Prevenzione – funzionali ai programmi regionali individuati.
DESCRIZIONE	In attuazione dell'Intesa Stato-Regioni del 13.11.2014 rep. Atti 156/CSR "Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018", con DGR n. 302 del 22.03.2016 è stato approvato il documento di programmazione "Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018", elaborato assumendo la visione, i principi, le priorità e la struttura del PNP 2014-2018, in continuità con quanto realizzato in Puglia nelle precedenti programmazioni, cercando di valorizzare il Know-how acquisito e tenendo conto delle specificità territoriali. L'attuazione del Piano Regionale della Prevenzione in coerenza con le indicazioni nazionali rappresenta una delle azioni previste dai Programmi Operativi della Regione.
OBIETTIVI	<p>Il provvedimento si pone l'obiettivo di sviluppare nel quinquennio, attraverso programmi nazionali, la visione strategica e gli obiettivi di salute del PNP.</p> <p>La costruzione del Piano, secondo le linee di programmazione definite con la DGR n. 2832 del 30.12.2014 di recepimento del PNP, nella sua complessità e articolazione riflette lo sforzo di passare da un'ottica parcellizzata di singole azioni derivanti da progetti settoriali a una logica di processi e programmi quanto più intersettoriali e trasversali, basati su un approccio condiviso e legati tra loro per temi e valori chiave.</p> <p>Infatti il Piano è strutturato in 7 programmi di ampio respiro, trasversali e multidisciplinari, con l'integrazione di obiettivi ed azioni tra loro coerenti che contribuiscono al conseguimento dei macro obiettivi e obiettivi centrali del PNP.</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>Tempi Di Attuazione (Cronoprogramma) per tutto il periodo di durata del progetto (2017).</p> <p>Indicatori</p> <p>Presenza di documenti di rendicontazione delle attività previste nell'ambito dei Piani locali di Prevenzione 2017 di tutte le ASL.</p>
RISULTATI ATTESI	Attuazione degli obiettivi contenuti nel Piano regionale della Prevenzione.
RELAZIONE ANNO 2017	All.to n. 1 Relazione per Piano Nazionale della Prevenzione



Regione Puglia Regione Puglia

Progetti di Piano anno 2017 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.

	All.to n. 2 Relazione per Supporto al Piano Nazionale della Prevenzione
--	--



GENERALITÀ	
REGIONE	160 - REGIONE PUGLIA
LINEA PROGETTUALE 5	GESTIONE DELLA CRONICITÀ
TITOLO	CHRONIC CARE MODEL PUGLIA
DURATA	24 MESI
COSTO	€ 16.000.000,00
REFERENTE	A.Re.S.S. Puglia

RAZIONALE

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 a livello mondiale 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.

I modelli organizzativi di assistenza ai pazienti cronici adottati a livello internazionale sono mirati a ridurre la frammentazione dell'erogazione dell'assistenza attraverso il coordinamento e la continuità dell'assistenza all'interno e tra le diverse istituzioni variamente coinvolte. Tra i principali modelli si cita:

- il *Chronic Care Model* (e le sue evoluzioni) che individua in modo puntuale le variabili fondamentali che rendono possibile un approccio sistemico alle malattie croniche creando una cultura, un'organizzazione e dei meccanismi che promuovano un'assistenza sicura e di alta qualità. Il modello prevede una puntuale definizione delle prestazioni, attività e servizi resi lungo definiti percorsi assistenziali (PDTA), condivisi da tutte le figure professionali coinvolte.

La Regione Puglia sin dall'inizio del 2012, contestualmente al processo di riconversione di numerosi presidi ospedalieri in strutture territoriali (implementato nell'ambito degli adempimenti previsti dal Piano di Rientro 2010-2012 sottoscritto dalla Regione con il Ministero delle Finanze e con quello della Salute), ha avviato un percorso di sperimentazione di modelli assistenziali di medicina d'iniziativa secondo i principi del Chronic Care Model.

Il Progetto Nardino, partito nel 2011, è stata la prima iniziativa sistemica di medicina d'iniziativa su scala regionale, ma prendeva le mosse da una precedente esperienza locale, in ASL Lecce, che aveva nome di Progetto Leonardo.

Il Progetto, destinato a pazienti con diabete, BPCO, scompenso cardiaco e ipertensione, in sintesi estrema, si poggiava su:

- presa in carico precoce del paziente cronico e dei suoi problemi di salute secondo i principi del Chronic Care Model sviluppatosi negli USA in Kaiser Permanente;
- introduzione nel processo di presa in carico della figura del Care Manager con funzione "pivotale" rispetto ai percorsi organizzativi del caso clinico;
- informatizzazione e condivisione informativa dell'intero percorso diagnostico-terapeutico.

L'elemento più innovativo del modello era rappresentato dalla figura del Care Manager: infermieri opportunamente formati che fornivano al paziente strumenti utili per l'autogestione della malattia e per l'aderenza al percorso clinico-assistenziale. Operavano in stretto contatto con il paziente e con il team di operatori sanitari territoriali (Medico di Medicina Generale, Specialista e Infermieri Professionali) per mettere a punto un piano di assistenza individuale e far fronte ai problemi identificati. L'esperienza, sviluppatasi con alterne fortune sul territorio regionale in funzione dell'aderenza alla stessa da parte del



sistema delle cure primarie (MMG, PLS, Continuità assistenziale, ecc.), ha comunque rivelato nei casi di più completo sviluppo la riconversione "indolore" del preesistente presidio ospedaliero, una buona soddisfazione dei pazienti reclutati nel programma, una costanza di performance status e, risultato inatteso, l'azzeramento delle liste di attesa per i pazienti reclutati. Nel corso del 2013 e del 2014 è stato condotto uno studio retrospettivo sui pazienti coinvolti (gruppo di intervento) che ha dimostrato, rispetto a un gruppo di controllo, una riduzione del 20% circa tra ospedalizzazione non pianificata (numero e giornate di degenza) e costi economici della stessa. Media numero di eventi per 100 persone/anno e Incidence Rate Ratio (limiti di confidenza). Da un ulteriore approfondimento effettuato con i dati della Banca Dati Assistiti regionale è emerso chiaramente che le modalità (e i costi) assistenziali di presa in carico del paziente cronico dipendono strettamente dalla rete di offerta preesistente. La distribuzione della prevalenza delle cronicità in Puglia (tasso std per età e sesso 41.379 pz x 100.000 abitanti) ha dato la possibilità di rappresentare una georeferenziazione del fenomeno epidemiologico. Tuttavia, raffrontando il cartogramma con quelli relativi all'ospedalizzazione e alla disponibilità di posti letto in ciascun territorio si è potuto notare come non ci sia corrispondenza diretta tra cronicità e ospedalizzazione e come quest'ultima sia tanto più alta quanto più posti letto sono disponibili, confermando un comune assioma dell'assistenza sanitaria secondo cui l'offerta spesso condiziona la domanda.

OBIETTIVI

Sulla scorta della prevalenza di malattie croniche registrata dalla Banca Dati Assistiti regionale del 2014, delle evidenze economiche, dei risultati accennati ma soprattutto della generalizzata approvazione del modello in quei contesti dove l'esperienza è stata portata a fondo (MMG, medici specialisti, care manager, distretti socio-sanitari) la Regione Puglia intende aprire la terza e non più sperimentale fase del modello assistenziale, attraverso un percorso che:

- parta dalla definizione condivisa (distretti, MMG e specialisti) di un modello generalizzato e ufficiale di presa in carico delle cronicità maggiori,
- passi per la realizzazione di un patto di cura tra SSR e MMG che preveda premialità e ripotenziamento ciclico del sistema a fronte del rispetto di condivisi obiettivi economici e di cura,
- alimenti un efficace sostegno all'autogestione della patologia cronica da parte del malato,
- utilizzi il PDTA come strumento di progettazione, organizzazione, monitoraggio e miglioramento continuo dei processi di clinico-assistenziali della cronicità,
- completi solidamente la trasformazione dell'assistenza sanitaria regionale in assistenza prevalentemente territoriale e di prossimità.

TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)

ANNO 2016

Primo Semestre

- Progetto per il sostegno all'autogestione della patologia cronica da parte del malato

Secondo Semestre

- Creazione del PDTA come strumento di progettazione, organizzazione, monitoraggio e miglioramento continuo dei processi di clinico-assistenziali della cronicità,
- Delibera di giunta per la trasformazione dell'assistenza sanitaria regionale in assistenza prevalentemente territoriale e di prossimità.



INDICATORI

Progettazione del modello organizzativo e funzionale	DGR di adozione di modello evolutivo e di sistema delle preesistenti esperienze di Chronic Care Model in accordo con gli studi e le esperienze maturate di concerto con A.Re.S.S.
Predisposizione della cassetta degli attrezzi	DD di adozione manuale per redazione e manutenzione documentazione PDTA in accordo con gli studi e le esperienze maturate di concerto con A.Re.S.S.
Progettazione dei PDTA delle cronicità maggiori	DGR di adozione PDTA cronicità (diabete, scompenso, BPCO, ipertensione) in accordo con gli studi e le esperienze maturate di concerto con A.Re.S.S.
Ridefinizione della rete dei servizi di specialistica ambulatoriale di supporto, anche con riferimento all'offerta assistenziale garantita dai Presidi Territoriali di Assistenza	DGR di revisione dell'offerta di specialistica ambulatoriale (su PDTA, su Liste di Attesa e su Domanda Appropriata) in accordo con gli studi e le esperienze maturate di concerto con A.Re.S.S.
Negoziare degli accordi integrativi con la medicina convenzionata	DGR di adozione accordo integrativo con MMG e Specialisti in accordo con gli studi e le esperienze maturate di concerto con A.Re.S.S.
Campagna di comunicazione e promozione del sistema	Numero Inviti / Popolazione Target
Reclutamento pazienti	Numero Reclutati / Numero Inviti
Analisi dei risultati/esiti	DGR annuali di ricognizione dei risultati e delle premialità in accordo con gli studi e le esperienze maturate di concerto con A.Re.S.S.

RELAZIONE ATTIVITÀ 2016

Dal 2011 la Regione Puglia, entrata in Piano di Rientro, ha avviato politiche di riorganizzazione dell'offerta assistenziale, che hanno prodotto, tra l'altro, una riduzione del tasso di ospedalizzazione del 40% in 5 anni. Recentemente è stato impostato un modello di presa in carico delle cronicità (Care Puglia): per proseguire al meglio le azioni di riqualificazione dell'offerta sanitaria è opportuno valutare le criticità di questo periodo di transizione, con uno sguardo particolare alla popolazione in condizioni di fragilità (cronicità, svantaggio sociale). Nel 2016 è stato valutato il ricorso all'ospedalizzazione, nella popolazione generale, in coorti di assistiti con patologie croniche e in coorti di "controllo", per evidenziare eventuali differenze nella modifica dell'accesso alle prestazioni sanitarie in conseguenza della deospedalizzazione. Sono stati considerati i ricoveri erogati da ospedali pugliesi ai residenti in regione negli anni 2011-2016. La popolazione residente è estratta dalla Banca Dati Assistiti regionale, da cui sono stati selezionati, utilizzando algoritmi di identificazione di pattern omogenei di consumo di prestazioni, i soggetti >40aa affetti da diabete, ipertensione arteriosa, BPCO e scompenso cardiaco nel 2010 e nel 2014. E' stata effettuata una stratificazione del rischio attraverso il Drug Derived Complexity Index (DDCI), basato su esposizione a farmaci. Sono state definite coorti di controllo di soggetti >40 anni senza indicazione di patologia cronica. Ai soggetti in studio è stato attribuito il livello di istruzione dal censimento ISTAT 2011. Gli end point (prima ospedalizzazione, ricovero urgente, riospedalizzazione precoce), valutati nei 12 mesi successivi al reclutamento, sono stati studiati attraverso analisi univariate e multivariate, tenendo conto di età, sesso, provincia di residenza e DDCI, nella popolazione generale, nei soggetti cronici e nei soggetti >40aa senza cronicità, stratificando per livello di istruzione.

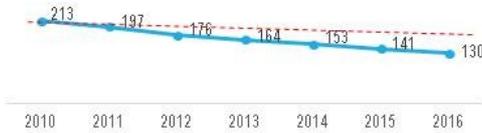


L'importanza della lettura integrata dei dati: dall'analisi delle performance del sistema...

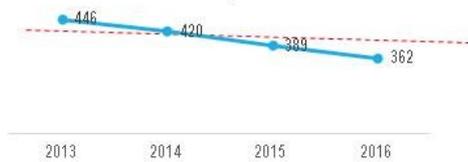


La Puglia, in Piano di Rientro dal 2011, è intervenuta con molta determinazione sull'eccesso di ospedalizzazione, in particolare sull'inappropriatezza organizzativa:
Punteggio Griglia LEA anno 2011: 123 ; anno 2016 (provvisorio): 169

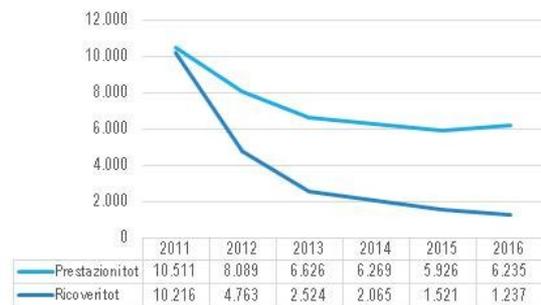
Tasso di ospedalizzazione standard per 1.000



Tasso di ospedalizzazione standard (per 100.000) in età adulta per complicanze per diabete, BPCO e scompenso



N. Ricoveri DRG 294 "Diabete età >35 anni"



Tra il 2015 e il 2014:
-26% ricoveri per diabete, - 6% prest totali





... alle esigenze di salute dei pazienti:

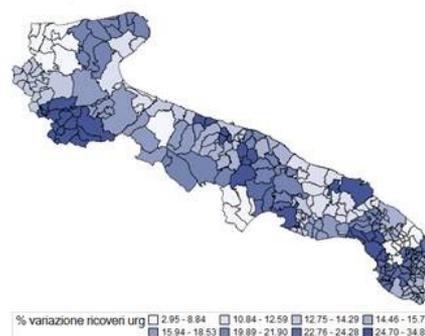


Mediamente, il 22% della popolazione con diagnosi di diabete nel 2014 ha subito l'anno successivo un peggioramento nelle condizioni di salute

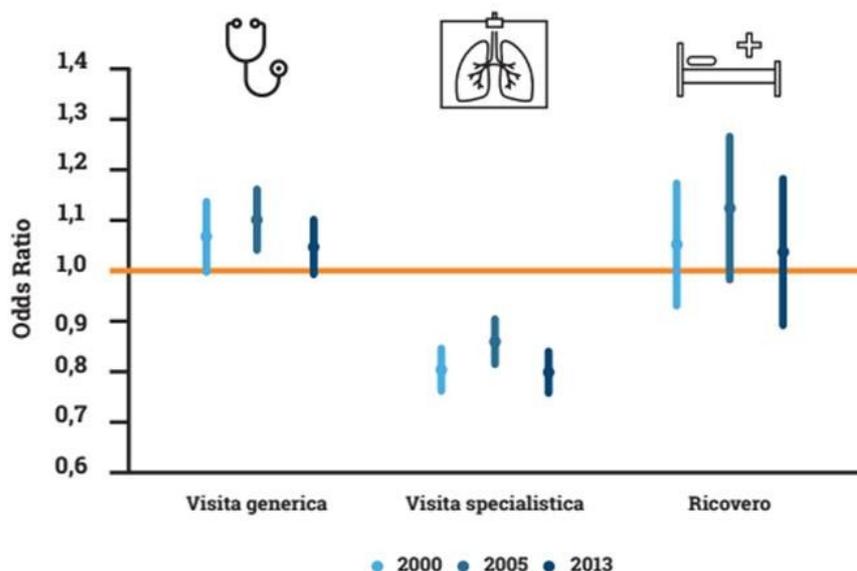
ricoveri per diabete mellito con specifica di eventuali complicanze associate 2014 e 2015 nella popolazione diabetica pugliese

N° ricoveri per diabete	Anno 2014	Anno 2015	Variazione %
Diabete senza complicanze	33298	32276	-3.07%
Diabete con chetoacidosi	369	399	+8.13%
Diabete con iperosmolarità	211	289	+36.97%
Diabete con altri tipi di coma	82	165	+101.2%
Diabete con complicanze renali	2301	2858	+24.21%
Diabete con complicanze oculari	1212	1085	-10.48%
Diabete con complicanze neurol	8569	9470	+10.51%
Diabete con complicanze vasc perif	5837	6130	+5.02%
Diabete con altre complicanze	1622	1652	+1.85%
Ischemia cardiaca	15233	15850	+4.05%
TOT ricoveri per complicanze diabete	35436	37898	+6.95%
TOT ricoveri per diabete	68734	70174	+2.09%

Variazione % ricoveri urgenti per diabete mellito 2014 e 2015 nella popolazione diabetica pugliese



Probabilità di utilizzo di prestazioni sanitarie per le donne di bassa istruzione, a paragone con le più istruite (linea arancione pari a 1), a parità di età, cronicità e altri indicatori di posizione socio-economica. Italia, 2000-2005-2013.





Un modello di presa in carico delle cronicità: il programma Care Puglia

- Evoluzione delle forme associative dell'assistenza primaria verso AFT e UCCP
- Spinta verso l'integrazione multiprofessionale e dei servizi per assicurare la continuità delle cure
- Valorizzazione dei processi di riconversione degli ospedali in PTA

Obiettivo del CARE PUGLIA è assicurare una migliore risposta nella gestione della popolazione con cronicità, che, oltre ad obiettivi di miglioramento clinico e organizzativo, si pone degli obiettivi di cooperazione tra territorio e medicina generale per una sostenibilità nel lungo termine del modello che sarà costruito fra aziende sanitarie e medicina generale.





Il processo di riorganizzazione si articola su tre presupposti principali:

Ridefinizione del sistema di relazioni tra i vari attori, all'interno del sistema territoriale (assistenza primaria/specialistica/distretto), tra il sistema territoriale e la rete ospedaliera;

Messa a punto dei modelli organizzativi e funzionali attraverso i quali definire le modalità di risposta (prestazioni e percorsi di cura) da assicurare ai cittadini

Implementazione di idonei meccanismi di valutazione, in grado di rendere conto sia del contributo di ciascuno degli attori sia dell'efficacia/efficienza dei modelli





L'USO DEI DATI PER PROGRAMMARE I SERVIZI: IL CARE PUGLIA, UN MODELLO PER LA PRESA IN CARICO DELLE CRONICITÀ

Riguarda i soggetti residenti in Regione Puglia, di età superiore a 40 anni

Patologie di interesse:

- Diabete mellito
- BPCO
- Ipertensione arteriosa
- Scompenso cardiaco

Si basa sul Model of Innovative and Chronic Conditions (ICCC):



Possono aderire tutti i **Medici di Assistenza Primaria con infermiere e collaboratore di studio**



GLI OBIETTIVI DEL CARE PUGLIA

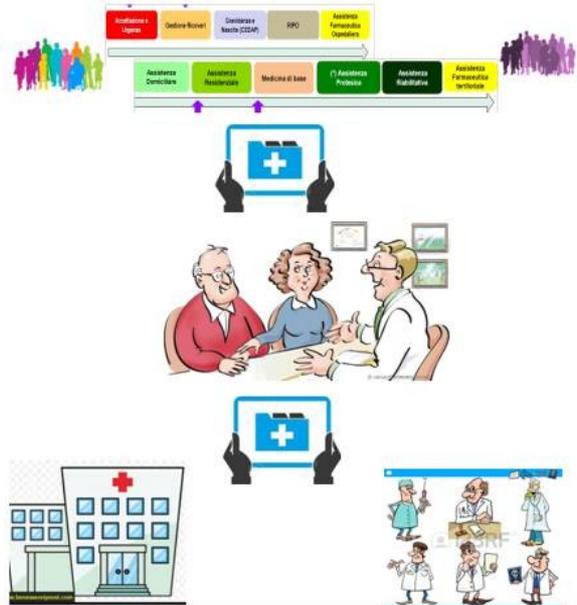
- Promuovere e mantenere una soddisfacente qualità della vita, attraverso interventi di prevenzione e promozione della salute con l'obiettivo di ritardare complicanze e disabilità
- Offrire un percorso assistenziale coerente con i bisogni di salute individuali, appropriato e aderente alle linee guida nazionali e locali, tenendo presente il contesto sociale del paziente
- Favorire l'aderenza al follow up da parte del paziente cronico, puntando anche su processi di empowerment
- Assicurare l'accessibilità alle cure e ai servizi in funzione dei bisogni individuali.





ICT E CURE PRIMARIE: GLI STRUMENTI ORGANIZZATIVI E TECNOLOGICI DEL CARE PUGLIA

- **Selezione** dei pazienti arruolabili e loro **stratificazione secondo classi di rischio** di gravità/gravosità clinica
- **Piano Assistenziale Individuale (PAI)**, programma di diagnosi e cura che consente di adattare la programmazione degli interventi, basata sull'evidenza scientifica, al contesto, sulla base di specifici obiettivi di salute
- Definizione di un **sistema di gestione informatico/informativo** che consenta di effettuare e monitorare il reclutamento dei pazienti e l'adesione al percorso di cura programmato, in grado di scambiare informazioni con il SISR
- **Modalità di remunerazione integrativa per obiettivi di salute**
- **Formazione continua** degli operatori





Ruolo centrale del fascicolo sanitario elettronico quale PIATTAFORMA ABILITANTE della PRESA IN CARICO INTEGRATA del paziente e quindi anche del PROGETTO CARE PUGLIA

Policy Documenti

Imposta permessi di accesso

Erogato farmaceutico

Medico di Pronto Soccorso

Medico di Famiglia/Pediatra

Medico di Continuità Assistenziale

Salva

Tipo Documento	Chi può accedere	Modifica permessi
Erogato farmaceutico	Medico di Famiglia/Pediatra	
Certificato di malattia	Medico di Famiglia/Pediatra	
Prescrizione di ricovero	Medico di Famiglia/Pediatra	
Prescrizione specialistica	Medico di Famiglia/Pediatra	
Prescrizione farmaceutica	Medico di Famiglia/Pediatra	

Indietro

Visualizza e gestisci documenti

Data	Tipo Documento	Medico	Depositarie	Azioni
01/01/1970 01:16:40	Prescrizione farmaceutica	medico_0	ente_0	
01/01/1970 01:17:00	Prescrizione specialistica	medico_1	ente_1	
01/01/1970 01:13:20	Prescrizione di ricovero	medico_2	ente_2	
01/01/1970 01:11:40	Erogato farmaceutico	medico_3	ente_3	
01/01/1970 01:10:00	Erogato specialistico	medico_4	ente_4	
01/01/1970 01:08:20	Certificato di malattia	medico_5	ente_5	
01/01/1970 01:06:40	Scheda Divisione Operativa (DO)	medico_6	ente_6	
01/01/1970 01:05:00	Profilo Sanitario Sintetico	medico_7	ente_7	
01/01/1970 01:03:20	EDS (Emergency Data Set)	medico_8	ente_8	
01/01/1970 01:01:40	Referto specialistico	medico_9	ente_9	

Indietro 1 Avanti

Visualizza profilo sanitario sintetico

1 Documento del tuo fascicolo

1 Documento del tuo fascicolo

Quarta Clinica

STATISTICA ALZHEIMER

Algebra, Indagini e Testate

STATISTICA ALZHEIMER

TOLOGIA

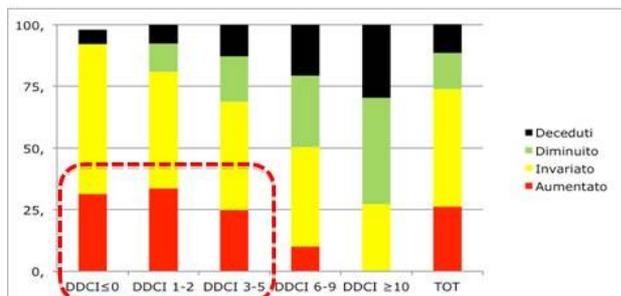
Vaccinazioni e trattamenti

Altre informazioni





La transizione delle coorti di >65 anni sulla base del DDCI dal 2012 al 2016



Classe DDCI	Consumo medio per assistito di risorse sanitarie anno 2015 in €
Classe DDCI ≥ 10	4668.6
Classe DDCI 6-9	3320.2
Classe DDCI 3-5	2142.7
Classe DDCI 1-2	1295.5
Classe DDCI ≤ 0	389.8
Totale	1703.3

x1,4 (Classe DDCI ≥ 10 vs Totale)
 x1,5 (Classe DDCI 6-9 vs Totale)
 x1,7 (Classe DDCI 3-5 vs Totale)
 x3 (Classe DDCI 1-2 vs Totale)

Il target primario del Puglia Care 3.0





GLI ATTORI DEL SISTEMA

Regione/ARESS

- **Predispongono gli elenchi dei pazienti (BDA)**
- **Definiscono il sistema di valutazione**
- **Definiscono il fabbisogno e organizzano l'offerta (DSS)**
- **Eseguono il monitoraggio del programma**
- **Effettuano la valutazione**
- **Promuovono la formazione**

Medico Assistenza Primaria

- Valida gli elenchi (30gg)
- Recluta i soggetti eleggibili (90 gg)
- Inquadra sul piano clinico e sociale le esigenze del paziente
- Disegna il percorso assistenziale (tipologia e cadenza dei controlli, terapia educativa e farmacologica)
- promuove l'adesione al percorso
- si rende garante dell'appropriatezza e dell'efficacia della presa in carico
- Può erogare prestazioni di I livello previste dal PAI, anche in telemedicina

Infermiere

- **Case manager:** figura professionale di assistenza ma anche di collegamento tra i diversi attori del percorso assistenziale, favorendo l'integrazione e fungendo da tutor del paziente
- Eroga prestazioni infermieristiche

Collaboratore

- **Data entry**
- **Prenotazioni su Agende dedicate**
- **Scadenze e Recall**

Specialista ambulatoriale

- **Consulenza per inquadramento diagnostico**
- **Collaborazione per piano educativo e terapeutico**
- **Esecuzione prestazioni per follow up**
- **Eventuali approfondimenti di II livello**





LA SELEZIONE DEI PAZIENTI

Descrizione	Flusso	Codici	Tempo
Diabete Mellito <i>Almeno una delle condizioni</i>	Esenzioni	013.x	12 mesi
	SDO-DRG	250.x OR 357.2 OR 362.0 OR 366.41	almeno 1 ricovero in 12 mesi
	Farmaceutica ATC	A10	almeno 3 confezioni in 12 mesi

Validazione campione di MMG

Ottima
Concordanza: 0,94
K di Cohen: 0,85

Descrizione	Flusso	Codici	Tempo
Ipertensione Arteriosa <i>Almeno una delle condizioni</i>	Esenzioni	031.x	12 mesi
	SDO-DRG	401.x OR 402.x OR 403.x OR 404.x OR 405.x	almeno 1 ricovero in 12 mesi
	Farmaceutica ATC	C02AC01; C02CA04; C03; C07; C08C; C09	almeno 3 confezioni in 12 mesi

Buona
Concordanza: 0,93
K di Cohen: 0,61

Descrizione	Flusso	Codici	Tempo
BPCO ASMA con/senza insufficienza respiratoria <i>Almeno una delle condizioni</i>	Esenzioni	007.x OR 024.x	12 mesi
	SDO-DRG	491.x OR 492.x OR 493.x OR 494.x OR 496.x OR 518.81 OR 518.83 OR 518.84	almeno 1 ricovero in 12 mesi
	Farmaceutica ATC	R03 OR V03AN01	almeno 3 confezioni in 12 mesi

Moderata
Concordanza: 0,87
K di Cohen: 0,47





LA STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO

Pz >65 con
SDO: 19%

Pz >65 con
PFT: 91%

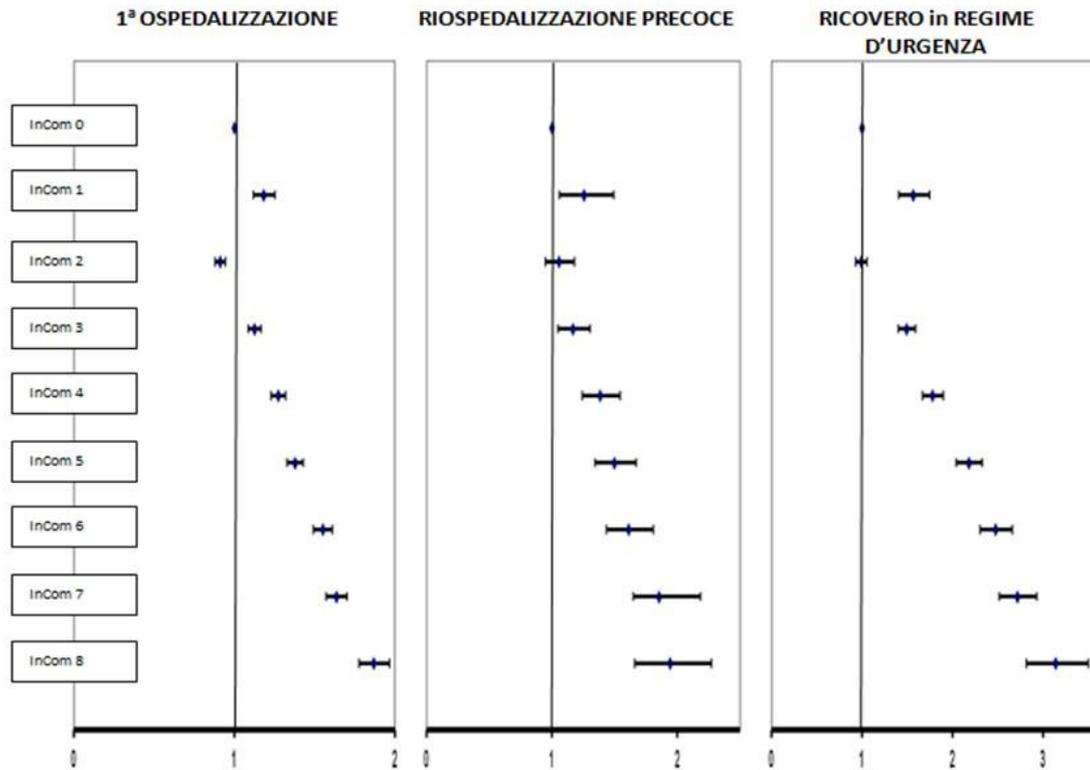
Charlson Comorbidity Index			Drugs Derived Complexity Index	
Punteggio	Patologia	Codice ICD-9	Punteggio	Farmaco/Pattern prescrittivo
1	Infarto del miocardio	410,411	-1	Statine
	Insufficienza cardiaca congestizia	398,402,428 440-447		
	Vasculopatia periferica	430-433,435	0	Ipertensione Arteriosa Fans
	Vasculopatia cerebrale	290,291,294		
	Demenza	491-493	1	Antiaritmici Antiaggreganti Anticoagulanti iniettabili Antidepressivi
	Malattia polmonare cronica	710,714,725		
	Connettiviti	531-534		
	Malattia ulcerosa	571,573		
	Malattia epatica lieve			
2	Emiplegia	342,434,436,437	2	BPCO Cardiopatía Sclerolpert/HF Diabete Immunosoppressori Anticoagulanti orali Antipsicotici
	Malattia renale moderata o severa	403,404,580-586		
	Diabete	250		
	Tutti i tumori	140-195		
	Leucemia	204-208	3	Antineoplastici Antiparkinsoniani Antidemenza
	Linfoma	200,202,203		
	Malattia epatica moderata o severa	070,570,572		
6	Tumori solidi metastatici	196-199	6	Oppioidi
	AIDS	042		

The Drug Derived Complexity Index (DDCI) Predicts Mortality, Unplanned Hospitalization and Hospital Readmissions at the Population Level.
Robusto F, Lepore V, D'Ettore A, Lucisano G, De Berardis G, Bisceglia L, Tognoni G, Nicolucci A. PLoS One. 2016 Feb 19;11(2):e0149203.





Il Drug Derived Complexity Index



The Drug Derived Complexity Index (DDCI) Predicts Mortality, Unplanned Hospitalization and Hospital Readmissions at the Population Level.
Robusto F, Lapore V, D'Etorre A, Lucisano G, De Berardis G, Bisceglia L, Tognoni G, Nicolucci A. PLoS One. 2016 Feb 19;11(2):e0149203.





Regione Puglia Regione Puglia

Progetti di Piano anno 2017 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.



**Costruzione di un modello regionale per la presa
in carico delle cronicità –
DISB: Diabete, Ipertensione, Scompenso
Cardiaco, Broncopatia**



BDA 2014	N° 4.386.409
≥ 40 aa - 31/12/2014	N° 2.366.768
Senza le 4 cronicità	N° 1.284.090
Con almeno 1 su 4 cr.	N° 1.082.678

**ANALISI 1 - Produzione algoritmi per identificazioni delle
coorti. Stratificazione per rischio clinico e assorbimento di
risorse. Analisi descrittiva e Analisi longitudinale 2014-
2015-2016**

Voci di spesa in euro	Residenti al 01/01/2015		Residenti al 01/01/2016
	Coorte_NO_DISB	Coorte DISB	Coorte DISB
N. Assistiti	1.284.090	1.082.678	1.049.894
N. (Deceduti) e/o Cancellati nel 2015	(5.917) 13.362	(29.747) 32.784	NA
Spesa Media	639,58	2.224,95	2.168,27
Spesa Minima	0	0	0
Spesa Mediana	67	688	722
Spesa Massima	199.223	530.538	504.184
Spesa_TOT	821.278.811	2.408.899.791	2.276.457.221



Regione Puglia Regione Puglia

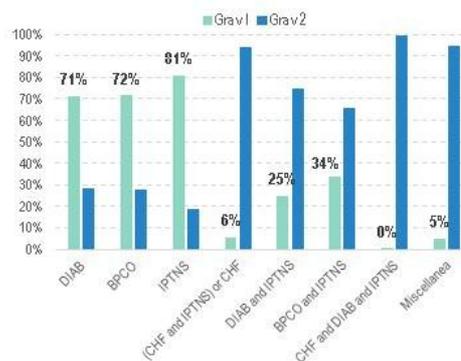
Progetti di Piano anno 2017 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.



**Costruzione di un modello regionale per la presa
in carico delle cronicità - DISB**
Coorte test DISB dei 560 medici generalisti con
infermiere di studio e collaboratore



Variabile	N_ASSISTITI	Media	Mediana	Minimo	Massimo
Intera Coorte	212.219	379	398	27	597
I° Livello di gravità	115.759	207	215	16	345
II° Livello di gravità	96.460	172	176	11	308
I° Livello di gravità					
DIAB	7.282	13	13	0	34
IPTNS	89.188	159	161	11	287
BPCO	7.450	13	13	0	40
(CHF and IPTNS) or CHF	1.423	3	2	0	12
DIAB and IPTNS	6.239	11	10	0	34
BPCO and IPTNS	3.514	6	6	0	23
CHF and DIAB and IPTNS	49	0	0	0	1
Miscellanea	614	1	1	0	8
II° Livello di gravità					
DIAB	2.903	5	5	0	17
IPTNS	20.707	37	37	0	79
BPCO	2.924	5	5	0	16
(CHF and IPTNS) or CHF	22.719	41	40	3	90
DIAB and IPTNS	18.790	34	33	2	71
BPCO and IPTNS	6.869	12	12	0	33
CHF and DIAB and IPTNS	10.575	19	18	1	52
Miscellanea	10.973	20	19	0	58





Regione Puglia Regione Puglia

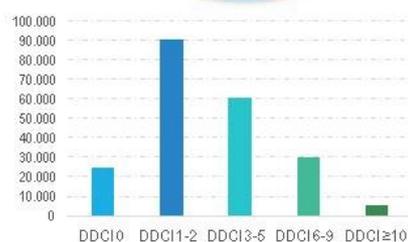
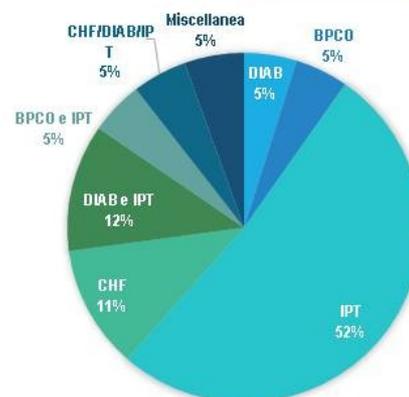
Progetti di Piano anno 2017 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.



ANALISI 4 - COORTE_TEST - METODOLOGIA
N° 560 MMG con infermiere e collaboratore di studio,
N° 212.219 assistiti



Raggruppamenti per patologia	N. di assistiti per gruppo patologico	% assistiti per gruppo patologico
Totale	212.219	100
DIAB	10.185	4.80
BPCO	10.374	4.89
IPT	109.895	51.78
CHF	24.142	11.38
DIAB e IPT	25.029	11.79
BPCO e IPT	10.383	4.89
CHF/DIAB/ IPT	10.624	5.01
Miscellanea	11.587	5.46



DIAB=Diabete – IPT=Ipertensione – BPCO=Broncopatia Cronica Ostruttiva – CHF=Scompenso Cardiaco



Il Piano Assistenziale Individuale

Il medico di AP disegna il PAI sulla base dei PDTA e delle migliori evidenze scientifiche disponibili, nel rispetto dei principi di appropriatezza clinica ed organizzativa, successivamente all'inquadramento del paziente.

Il PAI è redatto in modo da assicurare continuità e coordinamento nell'assistenza, attraverso un approccio interprofessionale in cui sia chiaramente definita la sequenza degli atti dei professionisti coinvolti, promuovendo il coinvolgimento attivo del paziente.

Il PAI è condiviso con il paziente e con lo specialista di riferimento ed è strutturato in modo da delineare:

- La terapia farmacologica e educativa
- Tipologia e cadenza dei controlli
- Modalità di coinvolgimento attivo del paziente

Il medico di AP è responsabile dell'aderenza del paziente al PAI e garantisce, attraverso la propria struttura organizzativa, l'accesso alle prestazioni nei tempi previsti concordando il fabbisogno con il Distretto Socio-Sanitario.





Esempio di PDTA

1.3.8. PDT IPERTENSIONE

1.3.8.1. PDT Ipertensione grado 1 non complicata con statine o senza

Prestazione	frequenza	dove	opzionale
INCONTRO CON IL MEDICO DI AP (aderenza, stile di vita)	6 mesi	Medico AP	
PESO	6 mesi	Medico AP	
BMI E CA	6 mesi	Medico AP	
Pressione arteriosa	6 mesi	Medico AP	
ECG	24 mesi	Medico AP / Ambulatorio Cronicità	
Glicemia	12 mesi	PRELIEVO Medico AP	
Profilo lipidico (colesterolemia totale, HDL, LDL calcolato, trigliceridi)	12 mesi	PRELIEVO Medico AP	
Uricemia	12 mesi	PRELIEVO Medico AP	
Creatinemia	12 mesi	PRELIEVO Medico AP	
CLEARANCE CALCOLATA (Cockcroft o MDRD)	12 mesi	Medico AP	
Potassiemia	12 mesi	PRELIEVO Medico AP	
Emocromo	12 mesi	PRELIEVO Medico AP	
Esame urine completo	12 mesi	PRELIEVO Medico AP	
Microalbuminuria	12 mesi	PRELIEVO Medico AP	

1.3.8.2. PDT Ipertensione grado 2 resistente o complicata da diabete, cardiopatia ipertensiva, vasculopatia

Prestazione	frequenza	dove	opzionale
INCONTRO CON IL MEDICO DI AP (aderenza, stile di vita)	6 mesi	Medico AP	
PESO	6 mesi	Medico AP	
BMI E CA	6 mesi	Medico AP	
Pressione arteriosa	3 mesi	Medico AP	
ECG	12 mesi	Medico AP	
Glicemia	12 mesi	PRELIEVO Medico AP	
Profilo lipidico (colesterolemia totale, HDL, LDL calcolato, trigliceridi)	12 mesi	PRELIEVO Medico AP	
Uricemia	12 mesi	PRELIEVO Medico AP	
Creatinemia	12 mesi	PRELIEVO Medico AP	
CLEARANCE CALCOLATA (Cockcroft o MDRD)	12 mesi	Medico AP	
Potassiemia	12 mesi	PRELIEVO Medico AP	
Emocromo	12 mesi	PRELIEVO Medico AP	
Esame urine completo	12 mesi	PRELIEVO Medico AP	
Microalbuminuria	12 mesi	PRELIEVO Medico AP	
Ecocardiogramma	24 mesi	Ambulatorio Cronicità	



Organizzazione sul territorio

Tutti i medici di AP partecipanti al Puglia Care, nell'ambito di uno specifico DSS, configurano una AFT sperimentale, secondo le modalità previste dall'ACN.

Il referente di ciascuna AFT così costituita è il responsabile dell'UDMG, interfaccia tra i componenti dell'AFT e il Distretto di competenza, anche per la definizione dei volumi delle prestazioni scaturite dai PAI e delle modalità di erogazione delle stesse.

Il coordinamento e il monitoraggio delle attività delle AFT a livello regionale e aziendale è affidato rispettivamente al Responsabile delle Cure primarie a livello Regionale e dal Responsabile UACP.

Il responsabile dell'UACP definisce, nel rispetto degli indirizzi regionali, il piano aziendale per la definizione delle AFT a livello distrettuale, lo presenta al CPA per l'approvazione.

Periodicamente i componenti delle AFT eseguono degli audit, verificando il piano delle attività e gli obiettivi raggiunti e comunicano gli esiti per il tramite del coordinatore al responsabile UACP che, a sua volta, relaziona al Responsabile delle Cure primarie a livello Regionale .



IL MECCANISMO DI VALUTAZIONE

Indicatori di processo	I anno		II anno	
	Valore	Punteggio	Valore	Punteggio
N. pz arruolati/pz arruolabili	<40%	0	<60%	0
	40-59%	0.5	60-79%	0.5
	60-79%	0.7	80-90%	0.7
	>80%	1	>90%	1
N. pz ipertesi con misurazione PA	<40%	0	<60%	0
	40-59%	0.5	60-79%	0.5
	60-79%	0.7	80-90%	0.7
	>80%	1	>90%	1
N. pz diabetici con misurazione glicemia e HbA1c secondo PAI/pz. arruolati con diabete	<40%	0	<60%	0
	40-59%	0.5	60-79%	0.5
	60-79%	0.7	80-90%	0.7
	>80%	1	>90%	1
N. pz con BPCO con spirometria secondo PAI/pz. arruolati con BPCO	<40%	0	<60%	0
	40-59%	0.5	60-79%	0.5
	60-79%	0.7	80-90%	0.7
	>80%	1	>90%	1
N. pz. con scompenso con ECG/pz. arruolati con scompenso	<40%	0	<60%	0
	40-59%	0.5	60-79%	0.5
	60-79%	0.7	80-90%	0.7
	>80%	1	>90%	1
Proporzione di pz. arruolati coinvolti in programmi di promozione attiva della salute (cessazione fumo/attività fisica)/pz arruolati	<10%	0	<10%	0
	10-19%	0.5	10-19%	0.5
	20-29%	0.7	20-29%	0.7
	>30%	1	>30%	1
Proporzione pz. arruolati aderenti alla terapia farmacologica/pz. arruolati	<40%	0	<60%	0
	40-59%	0.5	60-79%	0.5
	60-79%	0.7	80-90%	0.7
	>80%	1	>90%	1

Indicatori di esito	I anno		II anno	
	Valore	Punteggio	Valore	Punteggio
N. pz con miglioramento valori PA/pz arruolati	Definizione baseline		In relazione al baseline	
N. pz con miglioramento valori glicemia/pz arruolati				
N. pz con miglioramento valori spirometrici/pz arruolati				
N. pz con miglioramento BMI/pz arruolati				
N. pz che cessano abitudine al fumo/pz arruolati				
N. pz arruolati in peggioramento classe di rischio/pz. arruolati				
Tasso stand ricoveri ospedalieri				
Tasso stand ricoveri in urgenza				
Tasso riammissioni ospedaliere entro 30 gg				
Tasso accessi PS				
Incidenza retinopatia				
Incidenza amputazioni				
Incidenza eventi coronarici acuti				
Incidenza riacutizzazione BPCO				



ANNO 2017 (IN CORSO)

Primo Semestre

- Progettazione del Chronic Care Model 3.0

Secondo Semestre

- Istituzione del Chronic Care Model 3.0



GENERALITÀ	
REGIONE PROPONENTE	160 - REGIONE PUGLIA
LINEA PROGETTUALE 6	RETI ONCOLOGICHE
TITOLO	RETE ONCOLOGICA PUGLIESE
DURATA	24 MESI
COSTO	€ 5.200.000,00
REFERENTE	A.Re.S.S. Puglia

RAZIONALE

Le modalità di gestione del paziente neoplastico, la necessità di garantire al cittadino una qualità di prestazioni ottimale ed omogenea sul territorio regionale e esperienze in tal senso maturate in altre Regioni, richiedono la costituzione di una Rete Regionale, che integri risorse e modalità assistenziali tipiche dell'ospedale con quelle del territorio.

Il Piano Regionale di Salute 2006-2008, allegato alla L.R. 23/2008, proponeva la istituzione di una RETE ONCOLOGICA PUGLIESE (ROP) destinata a configurarsi come un sistema di gestione globale di servizi/prestazioni in ambito oncologico. Il progetto organizzativo della Rete Oncologica prevedeva la massima razionalizzazione dei percorsi, ispirata al principio della presa in carico globale e continua del paziente, assegnando i seguenti obiettivi:

- Ottimizzare il percorso diagnostico, terapeutico ed assistenziale del paziente
- Razionalizzare l'impiego di risorse umane e materiali in ambito sanitario
- Superare la frammentarietà e la disomogeneità delle prestazioni sanitarie in ambito oncologico tramite la condivisione di protocolli all'interno della Rete e l'affidamento del paziente al nucleo operativo più appropriato in funzione della fase della malattia.

Il 30 ottobre 2014 è stata sancita l'Intesa, ai sensi dell'articolo 8 comma 6 della legge 5 giugno 2003 n. 131, tra il Governo e le Province Autonome di Trento e Bolzano, concernente il "Documento Tecnico di indirizzo per ridurre il burden del cancro - Anni 2014-2016, che recepisce il documento "Guida per la costituzione di reti oncologiche regionali", come strumento di riferimento nella programmazione ed attuazione delle reti oncologiche.

In particolare, vengono identificate due componenti principali quali presupposti gestionali nella costituzione della Rete Oncologica:

- l'approccio multidisciplinare con integrazione delle differenti modalità (chirurgia, oncologia medica, radioterapia, cure palliative, scienze infermieristiche, psico-oncologia, ecc.) in un disease management team formalmente costituito. Tali team dovrebbero essere tumore-specifici, come avviene in maniera strutturata nelle Breast Units.
- l'accessibilità a cure di qualità per tutti i pazienti residenti in una certa area geografica (corrispondente alla regione amministrativa o a una sua parte) che comporta la necessità di una adeguata integrazione funzionale.

Vengono quindi proposti alcuni modelli organizzativi, identificando nel Comprehensive Cancer Care Network (CCCN) il modello da privilegiare in quanto potenzialmente in grado di rendere il sistema capace di una più razionale pianificazione sia di breve che di medio-lungo periodo. Tale modello è considerato inoltre capace di aumentare l'efficacia e l'efficienza in quanto tende ad evitare le duplicazioni e permette reingegnerizzazioni secondo modelli più cost-effective.

Quest'ultimo tipo di struttura oncologica si configura come un network gestito da un'autorità centrale che tende ad includere tutte le strutture già presenti sul territorio e a coordinare in modo efficiente il loro ambito di competenza: dalla prevenzione, alla cura alla riabilitazione del paziente oncologico. Valore aggiunto è la possibilità di garantire al malato un'assistenza eccellente e di prossimità, poiché si



andrebbero ad utilizzare le strutture già presenti sul territorio che verrebbero valorizzate, migliorate e rese ancor più specializzate.

Alla luce di queste indicazioni, la Regione Puglia intende adottare il progetto sperimentale di Rete Oncologica Pugliese, la cui articolazione viene di seguito descritta.

- **CONSULTA ONCOLOGICA REGIONALE** con compiti di indirizzo strategico e di verifica, costituita da: Presidente della Giunta Regionale che la presiede; un rappresentante designato dalla Conferenza per la programmazione socio-sanitaria; un rappresentante designato dal Consiglio Sanitario Regionale della Puglia; il Direttore del Dipartimento Promozione della Salute; il Direttore Generale dell'AReSS Puglia; un rappresentante designato da ciascuna delle Società Scientifiche operanti in Puglia impegnate in oncologia (oncologi medici, chirurghi oncologici, radioterapisti, anatomo-patologi, radiologi, infermieri, psico-oncologi, cure palliative); un rappresentante dei MMG e un rappresentante dei PLS; un referente per i distretti socio-sanitari; rappresentanti delle Associazione dei pazienti. La Consulta si riunisce presso l'IRCCS Oncologico di Bari, che garantisce le funzioni di segreteria. Elabora annualmente gli obiettivi strategici della rete e valuta la corretta esecuzione dei piani e programmi affidati all'Unità di coordinamento Rete.
- **L'UNITA' DI COORDINAMENTO DELLA RETE** che ha sede ha sede presso l'IRCCS Oncologico di Bari Giovanni Paolo II, già individuato dalla Regione come "Centro di Riferimento Oncologico Regionale", al quale compete la gestione delle risorse finanziarie specificamente attribuite per lo svolgimento degli obiettivi strategici impartiti dalla Consulta Oncologica Regionale. L'Unità di coordinamento Rete si avvale di un Coordinatore Operativo, nominato dal Presidente dell'Unità di coordinamento Rete, su designazione dei componenti dell' Unità di coordinamento Rete, con maggioranza qualificata, e dura in carica tre anni, rinnovabili.

L'Unità di coordinamento Rete elabora, sulla base degli indirizzi impartiti dalla Consulta Oncologica Regionale:

- Le attività di rete: definizione di linee guida, PDTA, sistema di monitoraggio e verifica, definizione dei requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici delle articolazione della rete, controlli di qualità; coordinamento delle attività dei dipartimenti integrati di oncologia, attraverso la verifica delle attività realizzate e l'approvazione dei piani e programmi annuali.
- I programmi trasversali di Rete: si tratta delle attività di rete che garantiscono l'infrastrutturazione e il funzionamento della Rete, in maniera omogenea e standardizzata a livello regionale (approvazione programmi di investimento strutturale, infrastrutturale e tecnologico, formazione, definizione del sistema informativo di Rete, informazione e comunicazione, ecc.).
- I progetti sperimentali: si tratta di iniziative a carattere innovativo e di ricerca che risultano di interesse prioritario regionale (che possono riguardare tecnologie, farmaci, dispositivi, modalità organizzativo-gestionali ecc.) e che possono essere attivati in via sperimentale anche da uno o più dipartimenti integrati. L' Unità di coordinamento di Rete promuove e coordina iniziative di ricerca all'interno della Rete, propone e/o valuta iniziative finalizzate al finanziamento della ricerca, orientandone l'utilizzo dei fondi e assicurando il trasferimento operativo dei risultati quando appropriato; coordina la partecipazione a bandi di finanziamento per ricerche in campo oncologico.

L'Unità di coordinamento di Rete promuove la conoscenza scientifica attraverso la predisposizione di appositi strumenti per l'accesso alle risorse bibliografiche e alle banche dati biomediche e la diffusione delle buone prassi e delle linee guida istituendo un sito web dedicato agli operatori della Rete e ai cittadini.



OBIETTIVI

Gli obiettivi assegnati sono i seguenti:

- Adottare in modo condiviso linee guida (o percorsi diagnostico-terapeutici) tecnico-professionali che siano mandatorie per i professionisti delle diverse strutture;
- Promuovere l'introduzione e l'uso ottimale di tecnologie avanzate, spesso anche costose;
- Identificare all'interno del network le strutture più adatte per quei tumori per i quali sia comprovata l'efficacia della numerosità dei casi trattati, così come per le patologie rare o situazioni di particolare complessità;
- Uniformare l'equità di accesso;
- Facilitare l'attuazione di una logistica comune con economie di scala;
- Facilitare la ricerca;
- Selezionare strutture di eccellenza a cui delegare la gestione dei farmaci e/o procedure ad alto costo.

Alla luce di tali indicazioni, il processo di riorganizzazione si deve confrontare con le seguenti esigenze ineludibili, analiticamente individuate:

- Gli obiettivi di qualità sono realistici solo se il network è in grado di gestire una massa critica di pazienti: occorre pertanto orientare e indirizzare i pazienti verso percorsi di cura affidabili e sicuri
- Allocare risorse in modo selettivo con decisioni condivise nel sistema: i professionisti devono essere coinvolti nel processo decisionale e assumere la responsabilità di scelte fondate esclusivamente sul miglioramento della qualità delle cure e sulla sostenibilità dei provvedimenti assunti
- Rendere operativa l'integrazione non solo tra strutture ospedaliere ma anche del cosiddetto territorio, attraverso l'identificazione di percorsi trasversali e il coinvolgimento di tutti gli attori del sistema (cure primarie, prevenzione primaria e secondaria, assistenza domiciliare, ecc.)
- Attivare valutazioni di outcome sull'intera popolazione regionale, dell'operato dell'intero network e non più solo valutazioni di performance di singole strutture, adottando un sistema di monitoraggio fondato su opportuni indicatori di esito e di processo
- Essere in grado di garantire nella pratica l'equità di accesso
- Sviluppare strategie di alleanza e di empowerment, attraverso il coinvolgimento attivo delle associazioni dei pazienti e del volontariato.

TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)

ANNO 2016

Primo semestre:

1. Definizione dell'articolazione della rete e insediamento delle funzioni di governance

Secondo semestre:

2. Definizione del sistema di monitoraggio
3. Monitoraggio semestrale del funzionamento



Regione Puglia

Progetti di Piano anno 2017 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.

INDICATORI

- Delibera di adozione del modello organizzativo
- Definizione dei percorsi per le principali patologie oncologiche
- Definizione dell'articolazione della rete e insediamento delle funzioni di governance
- Definizione del sistema di monitoraggio
- Monitoraggio semestrale del funzionamento

RELAZIONE ATTIVITÀ 2016

ALLEGATO 3 Rete Oncologica Pugliese.

ANNO 2017 (IN CORSO)

Primo semestre:

1. Delibera di insediamento funzioni di governance

Secondo semestre:

2. Costruzione del piano di Rete.

