

Sanità d'iniziativa – Indirizzi per l'implementazione del nuovo modello

Introduzione

Con deliberazione della Giunta regionale n. 716 del 3 agosto 2009, la Regione Toscana ha avviato l'attuazione della sanità d'iniziativa a livello territoriale.

Il modello descritto dalla DGR 716/2009, basato sugli elementi costitutivi dell'*expanded chronic care model (ECCM)*, affida la gestione del paziente affetto da una o più patologie croniche ad un team multiprofessionale, coordinato da un medico di medicina generale, nell'ambito del quale gli interventi clinici necessari vengono adottati sulla base di specifici percorsi diagnostico terapeutici assistenziali per patologia (diabete, scompenso cardiaco, esiti di ictus, BPCO), definiti e condivisi a livello aziendale.

Il team assistenziale - nel quale operano medici di medicina generale, infermiere e operatore socio-sanitario, affiancati dalle figure specialistiche di volta in volta interessate a seconda delle esigenze del paziente - è accompagnato dal medico di comunità dell'azienda sanitaria territoriale di riferimento, che agisce in una dimensione complementare a quella clinica, presidiando aspetti di sanità pubblica che caratterizzano l'ECCM, quali l'attenzione alle condizioni non solo sanitarie, ma anche sociali, economiche e culturali delle comunità di assistiti ed alla prevenzione primaria.

L'applicazione di tale modello è stata progressivamente estesa sul territorio in base alle disposizioni e mediante le risorse di cui alle deliberazioni della Giunta regionale n. 355 del 22 marzo 2010, n. 1105 del 11 dicembre 2012, n. 1195 del 23 dicembre 2013 e n. 1134 del 9 dicembre 2014, arrivando a coprire nell'anno 2015 il 54% della popolazione regionale.

Questo primo periodo di attuazione del modello ha fatto registrare importanti risultati di salute per la popolazione coinvolta ed il miglioramento di una serie di indicatori di qualità dell'assistenza, così come un buon livello di soddisfazione sia dei medici di medicina generale, che degli utenti. Tali risultati sono stati valutati in sede di Commissione regionale di monitoraggio sull'attuazione della sanità d'iniziativa e successivamente resi ufficiali con deliberazione della Giunta regionale n. 1152 del 30 novembre 2015.

Tale delibera, restituendo i positivi risultati delle attività svolte e delle risorse investite negli anni precedenti, pone le basi per un nuovo ciclo di implementazione della sanità d'iniziativa sul territorio regionale, indicandone a tal fine alcune necessarie linee di sviluppo: se da un lato, infatti, le positive evidenze raccolte sull'efficacia del modello rispetto all'obiettivo di contenere l'insorgenza o rallentare il decorso delle patologie croniche ne incoraggiano l'ulteriore estensione, dall'altro però occorre rivederne l'impianto generale al fine di renderlo coerente con l'evoluzione del contesto di riferimento.

Contesto

Una delle direttrici di mutamento dello scenario nel quale si colloca l'attuazione della sanità d'iniziativa attiene all'organizzazione della Medicina Generale.

In questi anni in Toscana si è proceduto al riordino della rete dei servizi territoriali, in particolare attraverso:

- la sottoscrizione dell'Accordo Integrativo Regionale di cui alla DGR n. 1231/2012 che ridefinisce le strutture organizzative della Medicina Generale in attuazione dell'ACN vigente e del decreto legge n.158/2012 (c.d. decreti Balduzzi), convertito in legge n. 189/2012;
- la costituzione di 115 aggregazioni funzionali territoriali (AFT);

- la definizione con DGR n. 117/2015 di indirizzi alle aziende sanitarie per la costituzione delle Case della Salute/Unità complesse di Cure Primarie (CdS/UCCP);
- la revisione del sistema di valutazione per l'accesso alle cure domiciliari (DGR n. 660/2015).

Le AFT sono aggregazioni funzionali territoriali di medici di medicina generale che realizzano una nuova modalità di lavoro nella quale si condividono organicamente obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida e audit, portando all'esercizio di un avanzato governo clinico della medicina generale. Tale riorganizzazione della medicina generale è finalizzata al miglioramento della qualità professionale, all'aumento dell'appropriatezza delle cure, sia terapeutica che diagnostica ed all'aumento della capacità di presa in carico attraverso percorsi specifici, da parte della medicina generale, dei pazienti gestibili a livello territoriale.

Le CdS/UCCP concorrono alla presa in carico degli assistiti delle AFT da parte della medicina generale in collaborazione con gli specialisti sia convenzionati che dipendenti, con gli infermieri, gli altri professionisti sanitari e le altre figure che compongono le reti cliniche integrate territoriali. Esse favoriscono la collaborazione e l'integrazione tra i professionisti e gli altri operatori (sanitari, sociosanitari e sociali), la condivisione e l'applicazione dei percorsi assistenziali.

Le relazioni e il coordinamento dei professionisti all'interno delle AFT e delle CdS/UCCP facilitano l'orientamento del paziente rispetto alla rete dei servizi e pongono le condizioni organizzative per un'attuazione ottimale dei principi della sanità d'iniziativa e per la presa in carico dei cittadini.

In concomitanza al processo di riorganizzazione della Medicina Generale, si è affermata la necessità, nel procedere all'ulteriore estensione della sanità d'iniziativa, di superare la selezione e gestione dei pazienti cronici sulla base di percorsi specifici per le singole patologie e di passare ad una presa in carico integrata, basata sul profilo di rischio cardiovascolare e sulla complessità del singolo individuo.

Tale indicazione, già presente nell'AIR di cui alla DGR 1231/2012 è stata successivamente confermata dal parere n. 73/2013 del Consiglio Sanitario Regionale, che aggiorna le linee guida per le aziende sanitarie per lo sviluppo del modello della sanità d'iniziativa, e dal Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012-2015, approvato con deliberazione del Consiglio regionale n. 91 del 5 novembre 2014.

L'adozione di tale criterio incide in particolare sulla composizione di quella che, nella rappresentazione classica "a piramide" dell'evoluzione della patologia cronica, ne costituisce la parte intermedia.

Un ulteriore elemento di evoluzione del modello attiene all'ambito di applicazione dello stesso: se da un lato, infatti, i risultati raggiunti confermano l'efficacia di una gestione proattiva e coordinata di singole patologie croniche (v. i risultati pubblicati in allegato alla DGR 1152/2015), dall'altro, si ritiene che gli effetti del modello debbano essere valutati anche in relazione ai pazienti c.d. "complessi" - collocabili nella parte alta della piramide - ovvero pazienti in gran parte anziani ad alto rischio di ospedalizzazione con bisogni molteplici per più condizioni croniche, connotati da elevati consumi di farmaci e prestazioni. L'obiettivo è quello di arruolare nuovi pazienti complessi identificati attraverso dati amministrativi e prenderli in carico a livello territoriale mediante piani di assistenza e cura individuali, con relativo monitoraggio, secondo gli standard del *care management*. Peraltro, l'applicazione in tal senso della sanità d'iniziativa costituisce oggetto di studio nell'ambito del progetto "Malattie croniche: supporto e valutazione comparativa di interventi per l'identificazione proattiva e la presa in carico del paziente complesso finalizzati alla prevenzione dei ricoveri ripetuti", presentato dalla Regione Toscana nell'ambito del programma nazionale CCM 2015 e coordinato dall'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana. Il progetto, che coinvolge anche la Regione Veneto, la Regione Emilia Romagna, la Regione Sardegna e l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS), si propone infatti di supportare e valutare in modo comparativo modelli proattivi e coordinati di presa in carico dei pazienti complessi, affetti da multimorbilità, sia per quanto riguarda la loro identificazione che la loro presa in carico. La

condivisione dei risultati di tale progetto potrà portare ad un perfezionamento degli interventi in corso nell'ambito delle azioni della sanità d'iniziativa sul paziente complesso in Toscana.

All'evoluzione dei criteri di individuazione dei pazienti da gestire con il nuovo modello, deve peraltro corrispondere un'evoluzione delle modalità di presa in carico, che dovranno essere differenziate e calibrate in relazione ai bisogni dei soggetti presenti nelle diverse fasce di rischio e complessità. A tale proposito, potranno essere specificate in questa sede alcuni principi di riferimento, mentre - come anticipato dal parere del CSR 73/2013 - i criteri specifici e le tecniche di gestione dei pazienti in funzione del grado di rischio/complessità dovranno essere definite nell'ambito della Commissione Permanente per la Sanità d'iniziativa insediata presso il Consiglio Sanitario Regionale.

Nella definizione di tali criteri e tecniche si terrà conto anche del contributo che le medicine complementari inserite nel servizio sanitario regionale possono apportare alla cura del paziente cronico.

Infine, come già indicato dalla citata DGR 1152/2015, la revisione del modello della sanità d'iniziativa costituisce un'opportunità per riorganizzare l'accesso alle prestazioni di presa in carico della cronicità secondo la logica delle reti cliniche, prevedendo modalità di erogazione dell'assistenza alternative al ricovero ordinario/Day Hospital, centrate sul problema clinico e non sulla singola prestazione e pensate in modo da evitare accessi multipli. A tal fine, occorre definire modalità nuove di raccordo tra medicina generale e livello specialistico, che prevedano anche l'utilizzo di agende dedicate alle successive fasi di follow-up, gestite direttamente dall'equipe di presa in carico e organizzate al fine di garantire in regime ambulatoriale le prestazioni necessarie e rese disponibili al paziente anche attraverso l'organizzazione della medicina generale. In tal senso l'attuazione della sanità d'iniziativa contribuisce al raggiungimento degli obiettivi delle deliberazioni della Giunta regionale 694/2013 e 1038/2005.

Il nuovo modello di sanità d'iniziativa, definito in coerenza con le direttrici di cambiamento sopra richiamate, si pone in sinergia con gli obiettivi del Piano Regionale per la Prevenzione (PRP) 2014-2018 e con ulteriori iniziative progettuali regionali.

Tra gli obiettivi del nuovo modello di sanità d'iniziativa, in quanto riconducibili agli obiettivi del PRP per la riduzione del carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie croniche, saranno pertanto selezionati alcuni obiettivi specifici che costituiranno oggetto di valutazione nell'ambito del progetto "*Equity Audit* nei Piani Regionali di Prevenzione in Italia", finanziato nell'ambito del Programma CCM 2014, che vede la partecipazione dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana. In esito a tale valutazione potranno essere adottate iniziative correttive volte ad orientare gli interventi progettuali verso la riduzione di disuguaglianze di processo e di risultato che potranno essere eventualmente rilevate, secondo obiettivi e azioni concordate con la medicina generale.

Facendo seguito alle previsioni del PRP, nell'ambito delle azioni regionali in materia di sanità di iniziativa, concordate con la medicina generale, è inoltre previsto uno studio volto a valutare la sostenibilità di un sistema di individuazione precoce di fattori di rischio nella popolazione sana, che possano evidenziare la predisposizione allo sviluppo di patologie croniche. In particolare, si prevede di effettuare in 3 AFT (una per azienda USL) il profilo di salute di soggetti di età compresa tra i 45 ed i 60 anni, che non abbiano effettuato visite dal proprio MMG negli ultimi 2 anni.

Ulteriore rilevante sinergia è quella tra l'approccio d'iniziativa alla cronicità ed il progetto "Interventi di prevenzione delle cadute nell'anziano basati sulla diffusione delle metodologia Programma di Esercizi 'Otago'", già inserito nel Piano Regionale di Prevenzione e approvato con DGRT 787/2015.

Occorre infine rilevare che, in linea con quanto introdotto con la riforma del SSR (LR 84/2015), è nell'ambito della Zona-distretto che avverrà, sulla base degli obiettivi strategici definiti a livello aziendale anche con il Dipartimento della Medicina Generale, il governo delle azioni previste dalla Sanità di iniziativa; saranno assicurati gli strumenti operativi e il raccordo con il livello specialistico

a livello di AFT, l'integrazione con i servizi sociosanitari, lo sviluppo delle azioni di supporto al self management e alla prevenzione di comunità. Tali azioni troveranno riscontro nel Piano Integrato di Salute.

Alla luce di quanto sopra descritto, ci si propone di aggiornare il modello della sanità d'iniziativa e di riprogrammarne l'attuazione intervenendo sui seguenti aspetti:

1. Ambito di applicazione del modello e modalità di gestione, modalità di transizione dal modello esistente al nuovo modello di sanità d'iniziativa e modalità di implementazione;
2. Soggetti e ruoli;
3. Modalità di integrazione, strumenti e tutela della privacy;
4. Formazione;
5. Informazione;
6. Partecipazione;
7. Monitoraggio e valutazione d'impatto del modello.

1. Ambito di applicazione e modalità di gestione

Sulla base di quanto sopra descritto, si individuano tre categorie di pazienti target della Sanità d'iniziativa:

- pazienti che appartengono alla parte alta della piramide, ovvero assistiti con bisogni complessi e alti consumatori (target A);
- pazienti che appartengono alla zona intermedia della piramide, ovvero ipertesi ad alto rischio cardiovascolare e diabetici (target B);
- pazienti che appartengono alla parte bassa della piramide (target C).

A ciascuna categoria di pazienti corrisponde un modello di presa in carico calibrato in base al bisogno: a tale proposito, si indicano di seguito i modelli di riferimento, che saranno successivamente integrati e dettagliati dalla Commissione permanente della Sanità d'iniziativa insediata presso il CSR.

1.1 Gli assistiti complessi (target A)

I principi della Sanità d'iniziativa e del *care management* (che può essere definito come il processo di pianificazione, coordinamento, gestione e revisione dell'assistenza ad un individuo per accertarsi che risponda ai bisogni valutati dell'individuo stesso) possono essere applicati anche ai “*non deambulanti e/o dipendenti da un supporto d'organo o non in grado di essere trasportati negli ambulatori dei MMG ma che possono comunque trarre beneficio dall'applicazione di un modello proattivo di prevenzione delle ricadute e delle ospedalizzazioni ripetute che va oltre l'approccio terapeutico tradizionale*” (parere CSR 73/2013). Emerge quindi la necessità di ripensare il modello di presa in carico proattiva includendo tali pazienti, cioè gli assistiti a più alto rischio di ricoveri ripetuti per condizioni croniche effettivamente ancora suscettibili di cure territoriali (di seguito denominati “assistiti complessi”), al fine di migliorare gli esiti di salute, l'esperienza di cura dei pazienti e la sostenibilità del sistema.

Gli strumenti di intervento saranno descritti in piani assistenziali individuali (PAI) strutturati, che prevederanno, in una logica di team funzionale multiprofessionale, il coinvolgimento prioritario dei MMG e del personale infermieristico, con la collaborazione, se necessaria, di medici specialisti, tecnici della riabilitazione e personale di assistenza sociosanitaria, secondo i principi del *care* e *case*

management. I contenuti minimi del PAI per i pazienti complessi saranno definiti dalla Commissione Permanente per la Sanità d'iniziativa insediata presso il CSR.

I pazienti complessi sono preliminarmente identificati dall'Agenzia Regionale di Sanità utilizzando dati correnti del Sistema Informativo Sanitario Regionale sulla base di criteri *ex ante* elaborati e testati anche con specifici gruppi di lavoro, la medicina generale e nel contesto del progetto CCM sopra richiamato. Come meglio descritto più avanti (v. anche punto 3.2), l'elenco dei pazienti viene successivamente revisionato dal MMG, che definisce l'eligibilità dei pazienti ai fini della presa in carico e lo integra con i nominativi dei pazienti che ritiene debbano comunque essere inclusi in quanto complessi e ad alto rischio.

Da una simulazione preliminare si stima che l'elenco prodotto secondo i criteri *ex ante*, rivisto ed integrato poi dai medici di medicina generale, rappresenti circa il 3% degli assistiti. Tali assistiti vanno incontro, nell'anno successivo all'identificazione, ad un alto consumo di prestazioni e ad un rischio di ospedalizzazioni ripetute pari a circa 10 volte quello della popolazione generale. I pazienti complessi possono essere divisi a seconda della patologia prevalente in: cardiovascolari, neurodegenerativi, respiratori e altro.

Considerato il carattere innovativo di tale modello, si procederà ad attivare la fase operativa secondo modalità specificamente concordate con la medicina generale in sede di Accordo, a partire da tutti i medici già attivi in sanità di iniziativa.

Le azioni da adottare per l'avvio, secondo i tempi che verranno successivamente concordati con la medicina generale, sono le seguenti:

- definizione di un set minimo di informazioni dalla cartella clinica del MMG necessario a monitorare e valutare il progetto, in integrazione con le informazioni derivate dai flussi correnti;
- realizzazione di interventi formativi;
- identificazione dei team multidisciplinari coinvolti; i team multidisciplinari saranno costituiti dall'aggregazione di MMG, infermiere, operatori sociosanitari e specialisti ambulatoriali e ospedalieri;
- trasmissione da parte di ARS alle aziende sanitarie dei primi elenchi anonimi per l'avvio del progetto; le aziende sanitarie provvederanno alla trasmissione degli elenchi ai titolari delle scelte, tramite i coordinatori di AFT, con modalità adeguate rispetto alle normative vigenti in tema di sicurezza e protezione dei dati personali (v. punto 3.2);
- restituzione alle aziende da parte del coordinatore dell'AFT delle liste dei pazienti complessi arruolati con modalità adeguate rispetto alle normative vigenti in tema di sicurezza e protezione dei dati personali;
- presa in carico dei pazienti secondo le indicazioni della Commissione Permanente per la Sanità d'Iniziativa insediata presso il CSR, anche usufruendo per la componente dell'assistenza specialistica delle agende dedicate previste della DGR 694/2014 e di eventuali piattaforme informatiche per la gestione integrata della cronicità;
- identificazione dei pacchetti assistenziali sociosanitari che saranno resi disponibili a livello della Zona Distretto, a supporto della gestione domiciliare dei pazienti complessi presi in carico.

1.2 La parte intermedia della piramide: gli assistiti ipertesi con alto rischio cardiovascolare e diabetici (target B1) e gli arruolati della fase progettuale precedente non inclusi nei target A e B1 (target B2)

Le malattie cardiovascolari rimangono le principali cause di morbosità e mortalità prematura in Europa e la riduzione del carico di malattia attribuibile a queste condizioni rappresenta una grande priorità di sanità pubblica. Recenti studi di popolazione mostrano che il livello di rischio cardiovascolare nella popolazione italiana resta molto alto e si concentra nei ceti più svantaggiati da un punto di vista socio-economico.

Il sistema delle Cure Primarie, come affermato oramai in molti dei paesi a sistema sanitario avanzato e come oramai accertato nella letteratura scientifica, rappresenta il livello organizzativo delle cure che garantisce la migliore efficacia sia nella promozione delle azioni di prevenzione primaria sia nella gestione, con approccio proattivo e di popolazione, dell'alto rischio cardiovascolare.

Facendo seguito pertanto alle indicazioni del parere CSR 73/2013 e della programmazione socio-sanitaria regionale, occorre sviluppare una strategia che consenta non soltanto di offrire cure appropriate ai soggetti che hanno già una malattia cardio-vascolare conclamata, ma anche di potenziare gli interventi di prevenzione indirizzati all'intera popolazione ed ai gruppi a rischio. Infatti, se da un lato, è possibile ridurre l'incidenza di eventi cardiovascolari tramite cambiamenti negli stili di vita nella popolazione generale, dall'altro occorre agire anche in modo mirato per ridurre il livello dei fattori di rischio in individui appartenenti a gruppi particolarmente esposti identificati - quando ancora non vi sono manifestazioni cliniche - sulla base di specifici fattori, tra cui sesso, età, diabete, pressione arteriosa, colesterolemia, abitudine al fumo di tabacco e altri fattori di rischio comportamentali. Entrambi gli approcci sono costo-efficaci e sicuramente l'effetto preventivo maggiore si raggiunge quando i due approcci sono combinati.

Per rendere l'applicazione dell'*Expanded chronic care model* più adatta alle finalità generali del modello - prevenire la progressione delle malattie croniche verso gli stadi di maggiore gravità ed il verificarsi di eventi cardio-vascolari - è quindi opportuno focalizzare maggiormente l'attenzione, oltre che sugli assistiti con diabete (assistiti comunque ad alto rischio cardio-vascolare, già presi in carico nel modello attuale, con ottimi risultati in termini di miglioramento della qualità delle cure erogate), anche sugli altri assistiti ad alto rischio cardiovascolare per pressione arteriosa, colesterolemia, abitudine al fumo di tabacco e altri fattori di rischio comportamentali, organizzando un'assistenza incentrata sulla persona (*person focused care*).

Questa categoria di pazienti può essere facilmente identificata a partire dall'utilizzo del software sviluppato nell'ambito del progetto Cuore-ISS (www.cuore.iss.it) e rappresenta un target prioritario, insieme ai pazienti con diabete, per interventi finalizzati a gestirne i fattori di rischio comportamentali e clinici. Questo gruppo di assistiti rappresenta il target B1.

La gestione dell'assistito con diabete o, comunque, ad alto rischio cardiovascolare sarà incentrata su due elementi: l'empowerment del paziente per la modifica dei fattori di rischio comportamentali e l'implementazione di un percorso diagnostico-terapeutico assistenziale del paziente ad alto rischio cardiovascolare, da definirsi sulla base delle indicazioni che verranno fornite dalla Commissione Permanente per la sanità d'iniziativa del CSR.

Rientrano inoltre nella parte intermedia della piramide tutti i pazienti già arruolati con il vecchio modello di patologia che non sono eligibili per i target A e B1, ma che vanno a costituire il target B2 e proseguiranno dunque in continuità il loro percorso individualizzato di sanità d'iniziativa.

Al fine di avviare l'implementazione del modello secondo il nuovo criterio di individuazione dei pazienti ad alto rischio cardiovascolare (B1), saranno necessarie le seguenti azioni:

- avvio della formazione nell'ambito della formazione obbligatoria della medicina generale e

delle altre figure professionali;

- definizione di un set minimo di informazioni dalla cartella clinica del MMG, concordata con la medicina generale, necessario a monitorare e valutare l'attuazione dei percorsi, in integrazione con le informazioni derivate dai flussi correnti;
- calcolo del rischio cardiovascolare mediante applicazione del progetto Cuore-ISS sugli assistiti ipertesi di età compresa tra 35 a 69 anni e arruolamento di tali pazienti, che hanno un rischio di andare incontro a un primo evento cardiovascolare maggiore nei 10 anni successivi uguale o maggiore al 15%;
- individuazione dei pazienti da arruolare e creazione di un unico elenco di “assistiti ad alto rischio cardiovascolare” (includente quelli affetti da diabete);
- trasmissione all'azienda USL degli elenchi degli “assistiti ad alto rischio cardiovascolare” arruolati;
- consolidamento di modelli strutturati di empowerment di tali pazienti per la gestione dei fattori di rischio comportamentali (fumo, scorretta alimentazione, sedentarietà) mediante strutturate attività di counselling specifiche;
- presa in carico proattiva di questi assistiti secondo il percorso diagnostico terapeutico indicato dalla Commissione per la sanità d’iniziativa insediata presso il CSR.

Per quanto riguarda il target B2, si prevede, nell'ambito della presa in carico personalizzata attiva presso il team, di implementare programmi specifici volti a rafforzare, anche attraverso interventi di counselling di gruppo, la capacità del paziente di gestire la propria condizione (es. educazione e sorveglianza del corretto utilizzo del device per la terapia inalatoria, adesione alle vaccinazioni, interventi di riabilitazione respiratoria, attività fisica adattata, prevenzione della disidratazione dello scompenso) e la capacità di mantenere uno stile di vita adeguato (es. alimentazione, interruzione dell'abitudine al fumo).

1.3 Gli assistiti con basso rischio cardiovascolare (target C)

Per questo sottogruppo di persone con condizioni croniche a bassa complessità clinica è necessario sviluppare un sistema di supporto all'autogestione. Il supporto all'autogestione è definito come il processo di attuazione di cambiamenti a diversi livelli nel sistema sanitario e nella comunità per facilitare l'autogestione da parte dei pazienti cronici e richiede molto più che la semplice educazione dei pazienti.

Per la popolazione in senso lato, occorre sviluppare azioni tendenti a migliorare la qualità della vita rispetto all'attività motoria, all'alimentazione, all'alcol, al fumo di sigarette ovvero a più corretti stili di vita.

L'obiettivo è quello di facilitare la costruzione di reti di opportunità, che sviluppino a vari livelli – Regione, ASL, Zona Distretto, Dipartimento di Prevenzione – interventi di promozione della salute e sui suoi determinanti, con la eventuale partecipazione di comuni, scuola, imprese, organizzazioni di volontariato, ecc.

Il livello proprio di programmazione, sviluppo e coordinamento operativo delle iniziative è la Zona-Distretto/SdS, mentre lo strumento di programmazione delle azioni coerenti è rappresentato dal Piano Integrato di Salute. L'integrazione fra i diversi settori aziendali coinvolti si potrà realizzare nell'ambito del tavolo di coordinamento previsto dalla DGR 454/2014, valorizzando le progettualità locali ed utilizzando la logica della Evidence Based Prevention.

I medici di medicina generale, nell'ambito delle AFT e mediante accordi locali, contribuiranno alla

individuazione dei pazienti a basso rischio cardiovascolare e a basso rischio di evoluzione della condizione cronica da coinvolgere in occasione di progetti organizzati nell'ambito della zona distretto/SdS (Società della Salute) e dell'azienda sanitaria.

1.4 Modalità di gestione dei pazienti

Il percorso diagnostico terapeutico del paziente ad alto rischio cardiovascolare sarà definito dalla Commissione Permanente per la sanità d'iniziativa insediata nell'ambito del Consiglio Sanitario Regionale e successivamente contestualizzato a livello aziendale.

Tale Commissione fornirà inoltre indicazioni sulle modalità più idonee di gestione del paziente complesso, ivi incluse le componenti minime di un piano assistenziale individualizzato, tenendo conto anche delle acquisizioni che potranno derivare dall'attuazione del citato progetto regionale sul paziente complesso avviato nell'ambito del programma nazionale CCM 2015.

Come già sopra ricordato, la Commissione terrà conto anche del contributo che le medicine complementari inserite nel servizio sanitario regionale possono apportare alla cura del paziente cronico.

La Commissione fornirà inoltre indicazioni sui contenuti dei percorsi formativi, che dovranno essere realizzati anche dal Centro di Formazione della Medicina Generale.

1.5 Transizione al nuovo modello e implementazione

Le modalità di transizione al nuovo modello e di implementazione dello stesso variano in rapporto ai soggetti interessati (team multiprofessionali o pazienti) ed agli ambiti del modello (target A e B1 e B2).

Team multiprofessionali

Target B1 e B2 - I team della sanità d'iniziativa già operanti procedono in continuità all'interno delle AFT. L'espansione relativa al nuovo modello avverrà nell'ambito delle AFT con l'assegnazione di risorse infermieristiche e OSS.

Target A – La presa in carico dei pazienti complessi sarà effettuata con tempi e modalità in accordo con la medicina generale. In tempi simili sarà avviato il progetto interregionale CCM "Malattie croniche: supporto e valutazione comparativa di interventi per l'identificazione proattiva e la presa in carico del paziente complesso" (v. sopra). Al termine del primo anno si procederà alla valutazione dei risultati conseguiti nella prima fase di applicazione.

Pazienti

Target B1 - I pazienti diabetici già arruolati entrano a far parte del target B1 (circa il 50% dei pazienti già arruolati). I nuovi arruolamenti riguarderanno i pazienti diabetici di nuova diagnosi e ipertesi ad alto rischio cardiovascolare. I soggetti afferenti a questo target saranno individuati secondo criteri indicati dalla Commissione per la sanità d'iniziativa insediata presso il CSR.

Target B2 – I pazienti precedentemente arruolati nel progetto per patologia e non eligibili per i target A e B1 vengono arruolati nel target B2.

Target A - I pazienti già arruolati con scompenso cardiaco, pregresso ictus e BPCO, se complessi, entrano a far parte del target A. I nuovi arruolamenti nel target A riguarderanno i pazienti individuati come sopra descritto.

Le fasi di implementazione saranno calendarizzate a livello regionale, a valle della sottoscrizione

dell'accordo con la medicina generale.

2. Soggetti e ruoli

2.1 I medici di Medicina Generale

I medici a ciclo di fiducia dovranno lavorare non solo sulla patologia ma sulla complessità. Partendo dal bisogno struttureranno i PAI e i percorsi con la partecipazione degli infermieri e delle componenti aziendali coinvolte. In attesa che la Continuità Assistenziale realizzi quanto previsto dall'H16 e si attui il ruolo unico della MG, i medici a rapporto orario dovranno essere coinvolti sugli obiettivi della Sanità d'iniziativa attraverso l'integrazione informatica con l'attività primaria e l'implementazione di un sistema di obiettivi a comune.

Il coordinatore di AFT è il referente progettuale dell'AFT nei rapporti con l'azienda sanitaria; coordina l'applicazione del modello all'interno della AFT; assicura la raccolta dei dati di monitoraggio e la trasmette all'azienda, con modalità concordate; cura gli audit periodici e la diffusione delle informazioni ai MMG.

Nell'ambito dei percorsi dedicati alla cronicità necessari al dispiegamento della sanità d'iniziativa il MMG, tramite l'organizzazione della AFT di medicina generale e le risorse messe a disposizione nel team, provvede alla prenotazione delle agende di follow-up di cui alla DGR 694/2014, nonché al contatto con lo specialista di riferimento in caso di necessità di consulenza telefonica, come meglio illustrato al punto 3.1.

Livelli di intervento: target A, B1, B2.

2.2 Le aziende sanitarie

Spettano alle aziende sanitarie:

- la contestualizzazione dei percorsi a livello aziendale;
- il monitoraggio dell'adesione al progetto e della copertura;
- nelle more della istituzione di un sistema informativo integrato, la raccolta dei dati dai coordinatori di AFT e la loro trasmissione all'Agenzia Regionale di Sanità;
- il rapporto con i MMG aderenti al progetto attraverso il coordinatore di AFT;
- la garanzia delle risorse da dedicare al progetto: apporto di personale sanitario, di risorse specialistiche, il raccordo con la rete di presa in carico territoriale ed ospedaliera aziendale, la fornitura di strumentazione e di quanto necessario allo sviluppo della presa in carico del target, il raccordo con il sociale;
- l'individuazione nelle zone dei medici di comunità e responsabili infermieristici incaricati di seguire la sanità d'iniziativa;
- il monitoraggio e la valutazione del progetto sia per gli aspetti aziendali che per la relazione con il livello regionale;
- la facilitazione dell'integrazione con i sistemi informativi aziendali;
- l'erogazione dei compensi ai MMG;
- l'individuazione del personale infermieristico e OSS necessario e facente parte dei team multiprofessionali a partire dal parametro già indicato dalla DGR 716/2009, che si ritiene di confermare, per l'attività sui target A e B1 e B2.

Livelli di intervento: target A, B1, B2, C.

2.3 Zona Distretto

La Zona Distretto:

Promuove le adesioni nelle AFT e tiene i rapporti con i Coordinatori di AFT referenti del progetto

- assicura i percorsi di raccordo operativo con il livello specialistico sulla base di quanto definito, anche funzionalmente, nell'ambito della negoziazione di budget con la direzione aziendale;
- promuove l'integrazione dei percorsi a livello locale, coinvolgendo le professionalità necessarie per i piani assistenziali, con particolare riferimento ai servizi sociosanitari;
- promuove ed è attore operativo delle attività dedicate al supporto al self management e alle iniziative di continuità e di raccordo con la prevenzione descritte per il target C.

Livelli di intervento: target A, B1, B2, C.

2.4 Medico di comunità

Partecipa al processo di sviluppo, monitoraggio e valutazione dell'attività progettuale. Attua su mandato della Direzione la messa a disposizione delle risorse necessarie all'attività; cura l'integrazione con la specialistica. Fornisce la propria competenza professionale per la valutazione ed implementazione delle fasi operative di progetto al competente settore regionale.

Livelli di intervento: target A, B1, B2, C.

2.5 Medici Specialisti

Lo specialista partecipa al progetto con modalità differenziate nei diversi setting.

Nel target A, dove sarà necessario parteciperanno alla definizione dei PAI e garantiranno, in attuazione della DGRT 694/2014 l'assistenza specialistica agli arruolati secondo i percorsi previsti.

Nel target B forniranno la propria competenza in qualità di consulenti del team, poiché la presa in carico è a cura del team stesso.

Elemento irrinunciabile dell'integrazione con il livello specialistico è la strutturazione di percorsi integrati per la cronicità orientati secondo le indicazioni della DGR 694/2014. Si tratta di una offerta dedicata alla gestione della cronicità, programmata organizzativamente su una disponibilità di agende di follow-up con visite di riesame e di controllo, oltre che di risorse diagnostiche, dimensionate ai bisogni e concordate con le AFT. Queste risorse, sia ambulatoriali che domiciliari, non saranno prenotabili con le modalità ordinarie del sistema CUP, ma saranno direttamente prenotabili dall'organizzazione della medicina generale. Con tale modalità vengono fornite anche le prestazioni di primo accesso necessarie alla sanità d'iniziativa. Per le necessità cliniche del target A, inoltre, per l'esigenza di consulenza immediata al MMG sarà attivata la possibilità di un rapporto telefonico diretto fra MMG e specialista di riferimento del team.

Le modalità di attuazione dei percorsi sono meglio specificate al punto 3.

Livelli di intervento: target A, B1, B2.

2.6 Infermieri

La recente organizzazione delle attività sul territorio della Regione Toscana offre l'opportunità di contestualizzare al meglio il contributo dei diversi attori, valorizzando il ruolo degli infermieri che

realizzeranno interventi adeguati al contesto:

- operando prevalentemente al domicilio dei pazienti e delle loro famiglie;
- aiutando le persone nel processo di adattamento ed autogestione delle malattie croniche e della conseguente disabilità;
- contribuendo all'accesso al sistema in rete dei servizi territoriali di cure primarie, al collegamento con i vari soggetti e le varie risorse della comunità;
- contribuendo a garantire la continuità assistenziale nell'ambito del domicilio o delle strutture residenziali o semiresidenziali, collaborando strettamente con i diversi professionisti coinvolti ed in particolar modo con i Medici di famiglia.

L'evoluzione del progetto sanità d'iniziativa, insieme ai modelli organizzativi che si stanno delineando nell'ambito delle cure primarie, implicano lo sviluppo di esperienze avanzate di assistenza personalizzata per rispondere ai diversi livelli di complessità assistenziali modulando l'uso delle risorse alle differenti necessità dei pazienti nei vari setting assistenziali.

L'assistenza infermieristica in cure primarie, specialmente in ambito domiciliare, dovrà essere declinata secondo la logica della proattività, considerando il luogo di vita delle persone come l'ambito preferenziale in cui interagire per perseguire gli obiettivi di salute dei singoli e delle famiglie.

L'applicabilità della Sanità d'iniziativa necessita di una focalizzazione sugli assistiti ad alto rischio cardiovascolare e di un'assistenza fortemente personalizzata ("person focused care"); in questo senso l'infermiere diventa una risorsa dell'intero sistema di presa in carico e di erogazione di cure territoriali.

L'attività degli infermieri dovrà prevedere una maggiore domiciliarità rispetto alla precedente esperienza; ciò dovrà essere garantito dalle aziende attraverso l'eliminazione di tutti gli ostacoli che attualmente non la rendono possibile in tutti gli ambiti territoriali. Gli Infermieri dovranno partecipare alla implementazione del PAI (piano assistenziale individualizzato) con il MMG e le altre strutture aziendali coinvolte. Questo implicherà il concordare con il team assistenziale una diversa organizzazione della sanità di iniziativa rispetto al carico di lavoro del singolo infermiere che dovrà pertanto integrarsi nel modo di operare del team stesso superando la frammentazione e le rigidità che impediscono una reale integrazione professionale.

La progressiva programmazione e strutturazione dell'erogazione delle cure e dell'assistenza a livello dell'AFT richiederà il graduale sviluppo di pool infermieristici di riferimento per le singole AFT che assicureranno le risposte assistenziali infermieristiche coerenti con i bisogni presenti nella popolazione assistita dalle AFT e che solo parzialmente è soddisfatta nell'ambito dei percorsi.

Livelli di intervento: target A, B1, B2, C.

2.7 L'operatore socio sanitario

L'operatore socio sanitario costituisce una risorsa importante per l'attuazione dell'ECCM, in quanto può svolgere importanti funzioni di assistenza a domicilio del paziente nei casi di non autosufficienza o ridotti livelli di autonomia. La presa in carico di pazienti con ridotte capacità di autonomia nella soddisfazione dei propri bisogni orienta verso l'impegno delle competenze dell'OSS in ambito domiciliare, soprattutto per quanto riguarda gli aspetti di cura dell'igiene ambientale e della persona, la mobilitazione, il posizionamento ed il mantenimento delle posizioni terapeutiche secondo indicazioni, il controllo dell'adesione alle terapie prescritte, il monitoraggio dei parametri, il supporto alla famiglia. Una volta definito il PAI, l'OSS risulta risorsa preziosa per la sua applicazione supportando la persona nell'espletamento delle attività di vita quotidiana e favorendo il benessere e l'autonomia residua della persona in collaborazione con le altre figure del

team di cure primarie. Contribuisce inoltre alle azioni necessarie al richiamo attivo dei pazienti arruolati.

Livelli di intervento: target A e B1, B2.

2.8 Fisioterapista

In relazione agli interventi di supporto alle condizioni di cronicità e disabilità ed al mantenimento delle competenze motorie e funzionali, soprattutto nella popolazione anziana, le azioni di tipo riabilitativo-educazionale proattive centrate sul paziente si dimostrano efficaci nel migliorare le condizioni di salute del cittadino e nel determinare maggiori livelli di appropriatezza nell'accesso alle stesse prestazioni di riabilitazione.

La presenza in forma strutturata della figura del fisioterapista all'interno della sanità d'iniziativa sarà chiamata a collaborare alle attività di:

- prevenzione proprie della medicina di iniziativa;
- adeguamenti del contesto abitativo e sociale anche con interventi di assistenza protesica;
- attività di supporto a strategie di self-management e programmi di autocura anche con l'utilizzo di ICT.

Livelli di intervento: target A, B1, B2, C.

2.9 Dipartimento di Prevenzione ed altre articolazioni aziendali di interesse

Collaborano e si integrano operativamente nelle azioni definite localmente, sulla base delle indicazioni del tavolo di coordinamento di cui alla DGR 454/2014, in rapporto con i settori aziendali coinvolte nell'attuazione del percorso per il target C.

Livelli di intervento: target C.

2.10 Coordinamento Regionale delle Aziende e Referenti Aziendali

Organo tecnico paritetico di monitoraggio operativo e coordinamento del progetto, attivo fino dall'inizio della sanità d'iniziativa, supporta la Regione nella gestione delle attività a livello territoriale.

E' composto da:

- a) Direttore Dipartimento della Medicina Generale, Direttore Dipartimento Infermieristico, Direttore Dipartimento Cure primarie/Territoriale e Direttore Dipartimento Area Medica o loro delegati di ogni azienda USL;
- b) due rappresentanti del settore competente della Giunta regionale;
- c) un rappresentante dell'ARS (con particolare riferimento a dati e accompagnamento del territorio verso il nuovo modello).

2.11 Commissione regionale di monitoraggio sull'attuazione della Sanità d'iniziativa (CO.R.M.A.S)

Organismo di monitoraggio. La composizione è modificata rispetto all'attuale come segue:

- a) tre rappresentanti dei settori competenti della Direzione Diritti di cittadinanza e coesione sociale, nominati tra sei candidati designati dal Direttore; tra di essi, su indicazione del

Direttore, è individuato il Presidente della Commissione;

- b) un rappresentante della medicina generale, nominato tra due candidati designati dal Comitato regionale per la medicina generale;
- c) un direttore per la programmazione, designato dal Direttore della Direzione diritti di cittadinanza e coesione sociale;
- d) un rappresentante dei medici di comunità, nominato tra due candidati designati dai Direttori generali delle aziende sanitarie;
- e) un rappresentante delle professioni infermieristiche, nominato tra due candidati designati dai Direttori generali delle aziende sanitarie;
- f) tre rappresentanti della specialistica, nominati tra sei candidati designati dai direttori generali delle aziende sanitarie;
- g) un Direttore Sanitario di un'azienda USL della Toscana, nominato tra due candidati designati dai direttori generali delle aziende sanitarie;
- h) un esperto di sanità pubblica, nominato tra due candidati designati dal Direttore della Direzione Diritti di cittadinanza e coesione sociale;
- i) un rappresentante dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, nominato tra due candidati designati dal Direttore dell'Agenzia;
- j) un rappresentante del Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, nominato tra due candidati designati dal Direttore del Laboratorio MeS;
- k) un rappresentante della Commissione Regionale per l'attività diabetologica, nominato tra due candidati designati dal Presidente della Commissione stessa;
- l) un rappresentante dei cittadini-utenti, nominato tra due candidati designati dal Forum dei cittadini di cui alla DGR 1075/2001;
- m) un rappresentante dei Dipartimenti di Prevenzione, nominato tra due candidati designati dai Direttori generali delle aziende sanitarie.

2.12 Cittadini

Si prevede di mantenere e sviluppare il coinvolgimento attraverso comitati aziendali di partecipazione ed il Forum regionale cittadini-utenti.

3. Modalità di integrazione, strumenti e tutela della privacy

3.1 Organizzazione dei rapporti strutturati fra: dipartimenti specialistici ospedalieri - cure primarie - dipartimento di medicina generale.

Le interconnessioni fra ospedale (specialistica) e territorio (MMG) sono cruciali per il funzionamento del sistema di cure e per la continuità dei percorsi del paziente cronico.

In particolare si prevedono i seguenti sistemi di coordinamento.

a) Ciascuna AFT è in rapporto con figure specialistiche, con una relazione di tipo funzionale, orientata a strutturare una rete clinica integrata territoriale. Gli specialisti, sia ambulatoriali che ospedalieri, sono integrati gestionalmente nel dipartimento ospedaliero che avrà quindi le caratteristiche di transmuralità, per riportare le attività specialistiche ad un unico governo aziendale indipendente dai limiti fra ospedale e territorio. La separazione del governo clinico fra ospedale e territorio delle specialistiche è stata una delle cause della scarsa funzionalità della specialistica extraospedaliera. Come specialistica extraospedaliera si intende anche la specialistica

convenzionata che svolge attività perfettamente integrabili nell'ambito dei PDTA, con compiti precisi ed utili. Alle AFT sono assicurati specialisti di riferimento, talora proiettati nelle sedi territoriali (non solo Case della Salute/UCCP), con i quali saranno instaurati dei preordinati percorsi diagnostico terapeutici. Tali modalità di collaborazione ed integrazione sono in coerenza con la finalità di spostare la logica dell'intervento sanitario dalle mere prestazioni/ procedure/esami alla cura del paziente, all'interno di un percorso condiviso, superando il concetto prestazionale che prevedeva l'erogazione di esami strumentali singoli isolati ad accesso dal CUP di primo livello non percorso-orientato. Le prestazioni specialistiche dovranno quindi trovare riscontro nell'ambito di percorsi clinici preordinati e definiti. Le attività ambulatoriali e strumentali devono avvenire secondo criteri di priorità clinica (urgente, breve, differibile e programmabile), estesi a tutte le componenti professionali delle aziende, e non basate sul tempo di prenotazione. Per le richieste urgenti /brevi si attuerà il concetto di fast track di accesso anche con sistemi telefonici o telematici dedicati (ad es: numero verde della sanità d' iniziativa).

Saranno inoltre sviluppati con sistematicità quei servizi che semplificano la presa in carico integrata o l'erogazione di prestazioni semplici, quali l'utilizzo di attività di teleconsulto, trasmissione ECG, consulenza diretta telefonica, ecoscopia in remoto o anche semplici sistemi avanzati di comunicazione (Apps) per governare i bisogni e favorire la presa in carico ovvero l'erogazione di prestazioni da parte della medicina generale ai sensi del AIR vigente – punto 3.4 (DGR 1231/2012).

b) Day Service Multidisciplinare e diagnostico

Costituisce un sistema complesso di interfaccia con il territorio. Ogni struttura ospedaliera dovrà attivare i Day Service multidisciplinari necessari a garantire, anche nell'ambito delle risposte di primo livello, i PACC (percorsi ambulatoriali complessi e coordinati) costruiti non come un elenco di prestazioni ma come un algoritmo diagnostico preordinato.

Le possibilità di azione del Day Service sono:

- presa in carico su indicazione MMG;
- pacchetti diagnostici a gestione diretta MMG;
- visita specialistica integrata e rinvio al MMG;
- sistema di fast track per l'urgenze differibili.

3.2 Strumenti

Gli strumenti per l'attuazione del nuovo modello si distinguono in trasversali e specifici per target.

3.2.1 Strumenti specifici

Target A

Come sopra descritto, l'individuazione dei pazienti potenzialmente complessi viene avviata con la trasmissione da parte di ARS alle aziende sanitarie dei primi elenchi privati degli elementi identificativi diretti (ID universali). Le aziende sanitarie provvedono alla trasmissione degli elenchi ai titolari delle scelte, tramite i coordinatori di AFT, dopodiché i MMG restituiscono alle aziende le liste dei pazienti complessi arruolati. Le aziende infine ritrasmettono ad ARS le liste stesse per le finalità di monitoraggio e valutazione. Il tutto deve avvenire con modalità adeguate rispetto alle normative vigenti in tema di sicurezza e protezione dei dati personali.

A tal fine ARS organizzerà uno spazio web sul proprio sito istituzionale dove saranno rese disponibili le liste iniziali di pazienti complessi identificati con ID universale per ciascun medico per azienda sanitaria di convenzione. La trasmissione di tali liste alle aziende sanitarie e viceversa potrà avvenire con il supporto di ESTAR, con modalità idonee a garantire la protezione dei dati personali.

Target B1

Come sopra descritto, l'individuazione dei pazienti ipertesi ad alto rischio cardiovascolare deve avvenire con apposito strumento, a partire dall'applicativo sviluppato nell'ambito del progetto Cuore – ISS.

3.2.2 Strumenti trasversali

I pazienti arruolati saranno inclusi in elenchi nel contesto di gestionali ambulatoriali che consentano l'adeguata gestione del follow-up.

Tali gestionali saranno integrati con applicazioni (add-on) che consentano l'estrazione automatica delle liste dei pazienti arruolati e di dati necessari al calcolo di indicatori non calcolabili con l'uso esclusivo di dati amministrativi, (v. DGR 469/2010).

La prenotazione delle prestazioni previste dai percorsi e dai piani assistenziali personalizzati potrà avvenire direttamente da parte dell'organizzazione della medicina generale attraverso accesso esterno al sistema CUP, che dovrà essere garantito a tutti i medici partecipanti. Infatti, tutti i MMG in Sanità d'Iniziativa avranno la disponibilità di agende dedicate ai pazienti arruolati, programmate e gestite al di fuori dell'offerta aperta al resto della popolazione. La prenotazione avviene attraverso numero dedicato o direttamente su software.

La gestione dei pazienti arruolati potrà essere supportata dalla consultazione del Fascicolo Sanitario Elettronico da parte del MMG e/o degli specialisti di riferimento, qualora il paziente abbia provveduto a rilasciare l'apposito consenso, come previsto dalla legge regionale 40/2005, art. 76 bis.

3.3 Tutela della privacy

Lo svolgimento dell'attività di verifica e valutazione dei risultati di attività dei team da parte delle aziende USL presuppone, in considerazione della struttura degli indicatori selezionati, la rilevazione e trasmissione alle aziende stesse da parte dei MMG di alcuni specifici dati relativi agli assistiti arruolati. A tal fine, è necessario che siano assolti gli obblighi normativi vigenti previsti dal D.Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) con riferimento al trattamento di dati personali idonei a rivelare lo stato di salute sia per finalità di tutela della salute, sia per le altre finalità di rilevante interesse pubblico che rientrano nei compiti del Servizio sanitario nazionale. I dettagli attuativi saranno definiti previo accordo con la Medicina Generale.

4. Formazione delle figure professionali coinvolte

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

A livello regionale, d'intesa con la medicina generale, sarà realizzato un percorso formativo volto a formare un gruppo di formatori, medici ed infermieri, da coinvolgere successivamente nelle iniziative aziendali. Il percorso sarà coordinato dalle strutture regionali competenti, dall'organismo di coordinamento di cui al punto 2.8 avvalendosi anche del Centro di Formazione della Medicina Generale.

Spetterà poi alle singole aziende, con le modalità già previste dalla Formazione aziendale, il compito di inserire nei programmi annuali di formazione tematiche inerenti il nuovo modello in ogni aspetto della sua applicazione, in linea con le raccomandazioni che saranno espresse dalla commissione permanente per la sanità di iniziativa del Consiglio Sanitario Regionale.

La Regione potrà inoltre realizzare, anche attraverso aziende USL con la necessaria competenza, interventi formativi specifici rivolti alle singole professioni coinvolte e con la medicina generale secondo le modalità in essere.

5. Informazione

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

6. Partecipazione

Sarà promossa la partecipazione dei cittadini nelle varie fasi di attuazione del progetto attraverso gli organismi regionali a tal fine istituiti (v. Forum permanente per l'esercizio del diritto alla salute) ed attraverso i comitati aziendali.

7. Monitoraggio e valutazione impatto del modello

Come per il modello precedente, si manterrà un sistema di valutazione per la Medicina Generale, basato su indicatori di processo e di esito che saranno definiti successivamente con apposito Accordo.

Inoltre, come per il modello precedente, l'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana ed il Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, per le proprie competenze, effettueranno valutazioni di impatto del modello in termini di qualità delle cure, costi sostenuti e esiti di salute. I risultati prodotti da ARS potranno essere anche sintetizzati sotto forma di indicatori da veicolare attraverso i report di AFT a supporto delle attività di audit della Medicina Generale.