

REGIONE SICILIA
Assessorato Regionale Sanità



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
RAGUSA

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 1325 del 09 GIU. 2016

REFERENTE DEL PROGETTO: Dr.ssa Angelina Militello

Esecutiva: _____
Atto sottoposto a controllo: _____

OGGETTO: Rimodulazione progetto di PSN 2013/ 2.6 “ Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche- Sviluppo modelli Chronic Care Model” approvato con delibera n.2669 del 17.12.2015.

IL REFERENTE DEL PROGETTO
Responsabile del Procedimento
Dott.ssa Angelina Militello

IL REFERENTE UNICO
PER I PROGETTI VINCOLATI
Dott.ssa Antonina Giacalone

Il 09 GIU. 2016, nella sede dell'Azienda Sanitaria Provinciale, il Direttore Generale Dott. Maurizio Aricò, nominato con Decreto del Presidente della Regione Siciliana n. 201 del 24 giugno 2014, coadiuvato, ai sensi dell'art. 7 della L. R. 30/1993, dai Sigg.:

- Dott.ssa Elvira Amata - Direttore Amministrativo
- Dott. Giuseppe Drago - Direttore Sanitario

e con l'assistenza Sig. Marcello Gugliotta, quale Segretario verbalizzante, adotta la seguente deliberazione:

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott.ssa Elvira Amata

IL SEGRETARIO

Sig. Marcello Gugliotta

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Giuseppe Drago

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Maurizio Aricò

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Si certifica che la presente copia di deliberazione, ai sensi dell'art. 53, comma n. 2 della L.R. 3/11/1993 n. 30, viene pubblicata nell'Albo dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa per 15 giorni consecutivi, dal 12 GIU. 2016

IL SEGRETARIO

Sig. Marcello Gugliotta

La presente copia è conforme
all'originale in atti

IL SEGRETARIO

Su proposta della dott.ssa Angelina Militello, Referente del Progetto di PSN 2013/ 2.6 " *Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche- Sviluppo modelli Chronic care Model*", che con la sottoscrizione del presente atto, controfirmato dal Referente unico per i progetti vincolati, ne attesta la regolarità formale e di legittimità;

VISTO il D.A. n. 641 del 17 aprile 2014 " Adozione schede progettuali relative ai Progetti obiettivo di PSN 2013";

VISTA la nota dell'Assessorato della Salute n. 5/Dip. 0085409 del 07/11/2014 dalla quale si rileva, fra l'altro, la somma assegnata all'ASP di Ragusa per la realizzazione dei progetti di PSN 2013, della linea progettuale citata, pari ad € 289.000,00;

VISTA la nota n. prot./Serv.8/n.62354 del 3 agosto 2015 con la quale l' Assessorato ha comunicato che parte del finanziamento di cui sopra è destinato alla istituzione del Centro Satellite previsto dal D.A. 9 agosto 2013 con riferimento al quale l'ASP di Ragusa ha provveduto , con atto deliberativo n. 1510 del 22 luglio 2015, ad approvare il progetto proposto dal dott. Rosario Salvo, Direttore della UOC del P.O. Maria Paternò Arezzo di Ragusa;

RILEVATO che la quota residua del finanziamento di cui sopra da dedicare allo sviluppo di modelli Chronic care Model è pari a complessivi € 189.000,00;

VISTA la delibera n. 2465 del 3 dicembre 2015 con la quale è stata approvata la proposta di Convenzione tra CINECA ed ASP di Ragusa per il monitoraggio *on line* dei dati di prescrizione farmaceutica nell'ambito dell'Osservatorio ARNO per una spesa di € 48.085,00 da imputare al finanziamento del PSN 2013/2.6 di cui sopra;

VISTA, altresì, la delibera n. 62354 del 3 agosto 2015 con la quale è stato approvato il progetto PSN 2013/ 2.6 " *Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche- Sviluppo modelli Chronic care Model*" il cui costo è pari ad € 140.915,00;

VISTE le note n. 20592 del 1.3.2016 e successiva n. 39592 del 04.05.2016 con le quali il Servizio 8 del DPS dell'Assessorato invita l'Azienda a rielaborare il predetto progetto tenendo conto delle limitazioni imposte dall'Accordo Stato-Regioni del 20.02.2014 per i progetti di PSN 2013 e programmando, quindi, un diverso utilizzo delle somme assegnate quale, a titolo esemplificativo per la formazione di personale già in servizio;

VISTO il progetto, in uno alla presente quale parte integrante, riproposto dal referente aziendale, dott.ssa Angelina Militello la quale, nel confermare le azioni già previste, evidenzia che la presenza degli specialisti (co.co.co.) nel progetto è finalizzata alla formazione degli operatori e dei pazienti, stante la necessità di aumentare i livelli cognitivi, le competenze e le abilità tecniche degli operatori adeguandoli alle nuove esigenze e ai nuovi bisogni sanitari in considerazione della continua evoluzione dei processi lavorativi e, inoltre, la necessità di attivare nei confronti dei pazienti cronici l'empowerment attraverso processi di educazione terapeutica al fine di renderli informati e consapevoli sulla patologia e sulla corretta gestione della stessa e specifica;

VISTO il Regolamento aziendale approvato con atto deliberativo n. 2542 del 30/12/2014 da cui scaturisce la richiesta di attivazione progetto su finanziamento vincolato, da parte del responsabile

della linea progettuale, che si allega per fare parte del presente atto;

RITENUTO di poter approvare il progetto come rimodulato, da sottoporre alla validazione del competente Servizio dell'Assessorato;

Sentiti i pareri favorevoli espressi dai Direttori Amministrativo e Sanitario per quanto di rispettiva competenza;

DELIBERA

Per i motivi espressi in premessa che qui si intendono ripetuti e trascritti:

RIMODULARE il Progetto di PSN 2013/ 2.6 " *Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche- Sviluppo modelli Chronic care Model*", già approvato con delibera n. 2669 del 17 dicembre 2015 nella versione proposta dal Referente, dott.ssa Angelina Militello, in uno alla presente per farne parte integrante;

DARE ATTO che la spesa risulta già autorizzata con la delibera 2669 del 17 dicembre 2015 che si conferma per la parte non modificata dal presente atto;

TRASMETTERE copia del presente atto al Referente del progetto, al Referente unico dei progetti vincolati, al Settore Economico Finanziario, al Controllo di gestione, al Servizio Informatico, al Servizio Tecnico, al Servizio Formazione per i rispettivi adempimenti di competenza e per fornire al referente del progetto il supporto necessario;

TRASMETTERE, altresì, copia del presente atto, a cura del Referente Unico dei progetti vincolati e all'Assessorato della Salute al Serv. 8- DPS, per la prevista validazione.

Data _____		Esercizio _____	
Importo	Autorizzato	Ordine	Conto
	AGOSTO 91/2016		
Visto: Il Direttore del Settore Economico - Finanziario		Il Contabile	
.....		

coll. PROG. 2013/PSN/2.6



Progetto obiettivo di Piano sanitario Nazionale 2013

Linea progettuale 2- PSN 2013 “ Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche – Azione 2.6 Sviluppo modelli Chronic Care Model” Referente : dott.ssa Angelina Militello

Finanziamento: € 289.000,00 (di cui € 100.000,00 per Centro Satellite di Diabetologia pediatrica di cui al D.A. del 9 agosto 2013- v. delibera n. 1510 del 22 luglio 2015 ed € 48.085,00 per Convenzione con CINECA per il monitoraggio on line dei dati di prescrizione farmaceutica nell’ambito dell’Osservatorio ARNO- v. delibera n. 2465 del 3 dicembre 2015
= Somma disponibile € 140.915,00

Titolo del progetto: Sviluppo modelli Chronic Care Model”

Durata del progetto: Biennale

DESCRIZIONE DEL PROGETTO

Contesto:

L’aumento della fragilità e della cronicità richiede un adeguamento delle risposte assistenziali sia sul piano clinico, sia su quello organizzativo-gestionale.

I malati cronici sono in costante aumento e rappresentano il 79% della spesa sanitaria per attività di ricovero e cura, specialistica ambulatoriale e consumo di farmaci.

Intervenire oggi sulla cronicità significa rispondere ai bisogni di malati complessi , nei quali incidono più patologie.

Lo stato di salute di queste persone è influenzato non solo da fattori biologici malattie-specifici, ma in larga misura anche da determinanti personali, non biologici, e da fattori di contesto che interagiscono fra loro in maniera dinamica e condizionano la capacità di accesso alle cure.

La tipologia dei bisogni derivanti da situazione di cronicità richiede quindi un cambio di paradigma e l’evoluzione di un modello di cura, basato sull’erogazione di prestazioni, a un modello centrato sulla presa in carico “ proattiva” e integrata del paziente cronico, la continuità di assistenza Ospedale-Territorio e percorsi dedicati di cura o di accesso ai servizi sanitari.

Creare o implementare modelli e reti in grado di gestire le patologie per ripartire il carico assistenziale tra cure primarie, territorio e ospedale.

In questa riflessione quella di interesse è la medicina di iniziativa e la sua applicazione attraverso il CCM.

L’adozione di tale modello consente di:

- Definire puntualmente il target dei pazienti nella cura;
- Programmare, sia ex-ante sia ex-post, la tipologia del percorso di cura e di assistenza, standardizzando, per quanto possibile, l’intervento;
- Spostare il focus sul paziente.

Il CCM introduce un cambio di paradigma, pone infatti il paziente come fattore di snodo principale all’interno di una rete dell’offerta che deve costruirsi in maniera flessibile attorno al paziente, ed è caratterizzato da una serie di elementi la cui combinazione dà come risultato: l’interazione efficace tra un paziente reso esperto da opportuni interventi di informazione e di educazione e un team

assistenziale multi-professionale, composto da MMG, infermieri e altre figure professionali (operatore socio sanitario, dietista, fisioterapista, ecc..).

In termini di sviluppo strategico avviare un CCM significa:

- Organizzare i team assistenziali (dalla relazione tradizionale “paziente-medico a quella “paziente-team”);
- Impostare un sistema assistenziale gestito e organizzato con una forte, concreta e motivata finalizzazione;
- Avviare un sistema di alleanza individuando sul territorio le strutture (volontariato, Chiese ecc...) per preparare programmi dedicati alla lotta dei fattori di rischio della cronicità;
- Ottimizzare il sistema informativo;
- Promuovere il self management rendendo i pazienti consapevoli della malattia e condividendo la responsabilità della propria salute con coloro che curano;
- Utilizzare sempre la migliore evidenza scientifica.

Considerando tali fattori in una prospettiva che guarda non solo l'individuo ma anche alla comunità si approda ad una forma più evoluta del CCM, e cioè l'ECCM.

Contesto ASP Ragusa

Anche a livello Aziendale la legge 5/2009 e la sua riorganizzazione territoriale promossa dal D.A. 723/2010 hanno comportato un ripensamento dell'organizzazione dell'assistenza al paziente cronico da cui la definizione e attivazione di servizi e strumenti innovativi.

Sono stati attivati tre PTA e due AGI.

ASP _____RAGUSA_____ MONITORAGGIO ATTIVITA' MESE di _MARZO 2015													
DISTRETTO	AMBULATORIO DI GESTIONE INTEGRATA (Indicare ubicazione: PTA, Poliambulatorio, etc)	N° DI MMG ADERENTI AL PROGRAMMA DISTRETTUALE DI GESTIONE INTEGRATA DEI PAZIENTI CRONICI	N° TOT. DI MMG DEL DISTRETTO	N. TOTALE DEI PAZIENTI CRONICI DEL DISTRETTO -REGISTRO CRONICI- (Schede START UP + NUOVI PRESI IN CARICO (PIC))		N. TOTALE DEI PAZIENTI PRESI IN CARICO DALL'AGI		N. PRIMI ACCESSI ALL'AGI		NUMERO TOTALE DI ACCESSI ALL'AGI		N° DI RICOVERI NEI PAZ. SEGUITI DALL'AGI	
				DIABETE	SCOMPENSO	DIABETE	SCOMPENSO	DIABETE	SCOMPENSO	DIABETE	SCOMPENSO	DIABETE	SCOMPENSO
MCDICA	P.T.A. SCICLI C/O P.O. BUSACCA	13	91	5129	1348	394	18	13	0	179	0	0	0
Modica	FCLIAMA POZZALLO via crone-ISPICA-via	21				465	2	7	0	33	0	0	0
RAGUSA	FCLIAMBULATORIO Ragusa via ALICIA	16	78	4308	982	502	6	11	0	36	0	0	0
VITTORIA	P.T.A. CCMISO C/O P.O. REGINA MARGHERITA	22	90	4144	875	552	37	7	0	288	6	0	0
				13581	3205								
					16.786								

Fabbisogno

- Strategie esplicite, con relativa pianificazione a medio e lungo termine e risorse dedicate.
- Valutazione continua dei bisogni e dell'attività di supporto all'auto gestione delle malattie sulla base dei protocolli di cura adottati dagli operatori e dai pazienti.
- Disponibilità di educatori specificamente formati al patient empowerment, al fine di promuovere il cambiamento dei comportamenti;
- Attenzione specifica al care giver.

Obiettivi

Copertura della popolazione target nell'arco del 2016 (30%) attraverso le seguenti fasi-

Arruolamento dei pazienti tramite:

- schede start-up inviate dai MMG

- proposta del MMG
- dimissioni facilitate
- **Valutazione** e Classificazione tipologia paziente con individuazione percorso assistenziale.
- **Effettuazione** del percorso assistenziale con valutazione degli esiti delle prestazioni effettuate ed aggiornamento cartella clinica individuale del paziente.
- **Valutazione** complessiva del paziente e verifica dell'appropriatezza del percorso assistenziale con eventuale variazione dello stesso.

Aumento dell'offerta dei servizi:

- Potenziamento ambulatori Infermieristici
- Incremento dotazione risorse umane -personale medico (n. 1 specialista Diabetologo co.co.co.) ed infermieristico (n. 2 Collaboratori professionali infermieri co.co.co.)
- Acquisto attrezzature: 1 Ecocolordoppler.

Descrizione attività previste:

- Nuova organizzazione delle cure primarie basata su team multi-professionali proattivi.
- Supporto alle decisioni con la condivisione di percorsi diagnostico- terapeutici.

INDICATORI-

Indicatori di realizzazione:

- Potenziamento delle schede di segnalazione da parte dei MMG e PLS;
- Incremento schede di dimissioni facilitate;
- Incremento adesioni MMG. Incremento dei pazienti inseriti in AGI.

Indicatori di processo: AGENAS Indicatori MATRICE

Cardiopatía ischemica cronica

- 1). % di pazienti affetti da cardiopatía ischemica cronica con almeno una valutazione del profilo lipidico nell'anno.
- 2). % di pazienti affetti da cardiopatía ischemica cronica con una misurazione della glicemia o dell'emoglobina glicata nell'anno.
- 3). % di pazienti affetti da cardiopatía ischemica cronica in trattamento con aspirina o terapia alternativa con anticoagulanti o antiaggreganti.
- 4). % di pazienti affetti da cardiopatía ischemica cronica e con pregresso IMA in trattamento con beta-bloccanti.
- 5). % di pazienti affetti da cardiopatía ischemica cronica e con pregresso IMA in terapia con ACE-inibitori o sartanici.
- 6). % di pazienti affetti da cardiopatía ischemica cronica e con pregresso IMA in trattamento con statine.
- 7). % di pazienti affetti da cardiopatía ischemica cronica con almeno un ECG all'anno.
- 8). % di pazienti affetti da cardiopatía ischemica con un test ergometrico ogni 2 anni.

Diabete mellito di tipo 2

- 1). % di pazienti classificati come diabete di tipo 2 che hanno eseguito almeno 2 test per il dosaggio dell'emoglobina glicata nell'anno.
- 2). % di pazienti classificati come diabete di tipo 2 con almeno una valutazione del profilo lipidico nell'anno.
- 3). % di pazienti classificati come diabete di tipo 2 che hanno effettuato almeno un monitoraggio della microalbuminuria nell'anno.
- 4). % di pazienti classificati come diagnosi di diabete di tipo 2 con almeno un esame dell'occhio nell'anno.
- 5). % di pazienti classificati come diagnosi di diabete di tipo 2 in trattamento con statine.

6). % di pazienti classificati come diagnosi di diabete di tipo 2 che hanno effettuato un test del filtrato glomerulare o della creatinina o *clearance* creatinina nell'anno.

7). % di pazienti classificati come diagnosi di diabete di tipo 2 in trattamento con aspirina, non trattati con anticoagulanti o antiaggreganti.

8). % di pazienti in *Guidelines Composite Index* (GCI).

Indicatori di risultato: PNE

Ospedalizzazione per ipertensione arteriosa

Ospedalizzazione per scompenso cardiaco

Ospedalizzazione per angina senza procedure

Ospedalizzazione per intervento di tonsillectomia

Ospedalizzazione per influenza

Ospedalizzazione per gastroenterite pediatrica

Ospedalizzazione per asma pediatrico

Ospedalizzazione per asma negli adulti

Ospedalizzazione per asma senile

Ospedalizzazione per diabete non controllato (senza complicanze)

Ospedalizzazione per complicanze del diabete

Ospedalizzazione per complicanze a breve termine del diabete

Ospedalizzazione per complicanze a lungo termine del diabete

Ospedalizzazione per amputazione degli arti inferiori nei pazienti diabetici

Ospedalizzazione per BPCO.

AZIONI:

PDTA

Riorganizzazione della funzione specialistica integrazione ospedale-territorio aggiornamento e definizione dei percorsi assistenziali:

▪ Aggiornamento del PDTA Diabete Mellito tipo 2 (prima stesura 2011)

▪ Aggiornamento del PDTA Scompenso Cardiaco (prima stesura 2011)

▪ Definizione del PDTA BPCO (prima stesura Dicembre 2014)

I tre PDTA sono in corso di elaborazione e rivisitazione, a cura di un Gruppo di lavoro dell'Azienda coordinato dal Direttore Sanitario Aziendale e costituito dai Direttori di Distretto, dagli Specialisti Territoriali e Ospedalieri ASP, dai Direttori del Servizio Assistenza Sanitaria di Base, Specialistica Territoriale, Farmaceutico e da un gruppo di MMG dei tre Distretti.

La finalità è stata quella di individuare modalità operative che consentano una più agevole integrazione tra assistenza primaria e strutture specialistiche, al fine di garantire la continuità assistenziale dei pazienti cronici target.

INFORMATIZZAZIONE

Con delibera n. 2465 del 3 dicembre 2015 è stata approvata la proposta di Convenzione tra CINECA e ASP di Ragusa per il monitoraggio on line dei dati di prescrizioni farmaceutica nell'ambito dell' Osservatorio ARNO.

Fabbisogno:

Realizzare le varie forme dell'integrazione professionale Sanitaria e Sociosanitaria.

Obiettivi: Migliorare l'appropriatezza organizzativa

Migliorare l'appropriatezza clinica

Ridurre i costi di gestione.

Descrizione attività previste:

- Realizzazione di quanto si realizza in ogni fase della presa in carico – continuità assistenziale di ciascun paziente;
- Misurazione dei conseguenti esiti clinici (out-come);

- Quantificazione dei consumi di prestazioni (Farmacologiche, Diagnostiche, di ricovero, Specialistiche, domiciliari, sociosanitari) relativo ad ogni fase (out-put).
- Metterli a disposizione di tutti i terapeuti e altri operatori sanitari che concorrono alle prese in carico-continuità assistenziali.

Indicatori di risultato:

- Quadro sempre aggiornato della “ Storia Clinica” di ogni paziente;
- Integrazione professionale attraverso il passaggio delle informazioni
- Misure di costi generati da consumi prestazionali e dai fattori produttivi;
- La messa in rete di ogni professionista (Di Base, Dei Servizi Intermedi, Ospedalieri) con ciò garantendo la massima Integrazione Professionale e inter-operabilità;
- L'alimentazione parallela di tutte le Cartelle/Schede Sanitarie dei Professionisti (in particolare MMG) e dei Fascicoli sanitari elettronici dei cittadini/pazienti con il medesimo “set” di dati di informazione;
- Il trasferimento – tramite tali soluzioni di tutti i dati e le informazioni aggiornate sullo stato di salute del paziente (Quadro Clinico, Patient Summary) ad ogni nuovo terapeuta, con ciò favorendo un'ampia e efficiente “Mobilità Sanitaria”.

FORMAZIONE

Fabbisogno: Sviluppare competenze manageriale e relazionali per la gestione dei PDTA.

Sviluppare competenze specifiche per la gestione dei PDTA.

Obiettivi: Migliorare la qualità della programmazione integrata.

Migliorare le competenze relazionali (riunioni, accoglienza, leadership).

Sviluppare capacità di gestione di gruppi di miglioramento e audit.

Attività previste

Sviluppo di competenze organizzative e manageriali per lo sviluppo dei PDTA.

a)**Management:** analisi organizzativa, gestione per processi, utilizzo di strumenti di problem solving.

b)**Progettazione:** progettazione organizzativa (gestione di progetti) Pianificazione delle attività, Progettazione percorsi sanitari.

c)**Valutazione :** Analisi della domanda – Analisi

Analisi dell'attività – Utilizzo di strumenti di assessment.

Sviluppo di competenza per la valorizzazione dei processi relazionali.

a)Integrazione professionale, relazione con rete non professionale, gestione conflitti.

b)Lavorare in gruppo – Coordinare gruppi

Sviluppo di competenze di miglioramento continuo

a)Gruppi di miglioramento

b)Audit.

Indicatori di risultato

- 1)Condivisione e costruzione di percorsi organizzativi
- 2)Definizione di procedure e protocolli
- 3)Programmazione integrata dell'attività tra gli attori
- 4)Miglioramento della cultura organizzativa e delle relazioni

Metodologia

- Formazione residenziale interattiva su temi specifici
- Confronto su problemi organizzativi
- Lavori di gruppo
- Autoformazione

Attori coinvolti

Tutte le aree coinvolte (Medicina di Base – MMG – Specialistica – PUA – U.U.O.O. Ospedaliera – Distretti)

Team docenti/facilitatori

Corpo docente multidisciplinare esterno ed interno
Percorso a cura dell'U.O. Formazione
Costi € 20.000,00

TEMPI DI ATTUAZIONE

Definizione e condivisione PDTA = 6 mesi
Aggiornamento strumenti di integrazione = 6 mesi
Acquisto attrezzature ed altri beni = 6 mesi
Formazione = da giugno 2015 per 15 mesi
Durata incarichi co.co.co. = da luglio 2015 per 18 mesi

RIEPILOGO COSTI DEL PROGETTO :

= Somma disponibile € 140.915,00

(Finanziamento di € 289.000,00 di cui € 100.000,00 per Centro Satellite di Diabetologia pediatrica di cui al D.A. del 9 agosto 2013- v. delibera n. 1510 del 22 luglio 2015 ed € 48.085,00 per Convenzione con CINECA per il monitoraggio on line dei dati di prescrizione farmaceutica nell'ambito dell'Osservatorio ARNO- v. delibera n. 2465 del 3 dicembre 2015)

Costi della presente proposta: € 140.915,00

n. 1 Specialista Diabetologo co.co.co. € 35.000,00 al lordo
n. 1 Specialista Cardiologo co.co.co € 35.000,00 al lordo
Attrezzature: 1 Ecocolor Doppler € 45.000,00
Attrezzatura 1 Elettrocardiografo € 15.000,00
Formazione € 10.000,00

La presenza degli specialisti è finalizzata, alla formazione degli operatori e dei pazienti. Considerata infatti, la continua evoluzione dei processi lavorativi, è necessario aumentare i livelli cognitivi, le competenze e le abilità tecniche, adeguandole alle nuove esigenze e ai nuovi bisogni sanitari.

Inoltre, nei confronti dei pazienti cronici, è necessario attivare l'empowerment attraverso processi di educazione terapeutica al fine di renderli informati e consapevoli sulla patologia e sulla corretta gestione della stessa.

Il Referente del progetto
dott. ssa Angelina Militello



