

Sintesi della Delibera 6164/2017 sulla presa in carico della cronicità

Tre sono i pilastri della **delibera della Regione Lombardia sulla "presa in carico" della cronicità** (N. 6164 del 30 gennaio 2017: <https://reteunire.wordpress.com/2017/01/31/la-delibera-della-regione-lombardia-sulla-presa-in-carico-della-cronicita/>) che prosegue e supera la sperimentazione dei CReG:

- **stratificazione della popolazione in base ai bisogni di salute e all'intensità di cura**
- **ruolo e compiti del gestore e del MMG**
- **patto di cura con l'assistito e piano assistenziale individuale (PAI)**

1-Individuazione della popolazione target, criteri e procedure della stratificazione

Il primo passo previsto dalla delibera è la qualificazione della domanda di salute della popolazione, che viene articolata in 5 livelli, compito affidato all'ATS sulla base delle informazioni aggregate della Banca dati Assistito. Di questi 3 sono composti da assistiti affetti da una o più delle **11 patologie croniche** individuate, per un totale di 2 milioni di assistiti: **Insufficienza respiratoria/ossigenoterapia, scompenso cardiaco, diabete tipo I e tipo II, cardiopatia ischemica, BPCO, ipertensione arteriosa, vasculopatia arteriosa, vasculopatia cerebrale, miocardiopatia aritmica, insufficienza renale cronica**. Vediamo in dettaglio questi livelli di stratificazione, comprendenti le coorti dei pazienti cronici di pertinenza del MMG, cercando di quantificare la popolazione interessata sulla base dell'esperienza pratica.

***Livello 1. Fragilità clinica e/o funzionale con bisogni prevalenti di tipo ospedaliero, residenziale, assistenziale a domicilio (150000 assistiti)**. Si tratta in genere di pochi assistiti complessi e pluripatologici, che richiedono un complesso intervento di tipo socio-assistenziale, parallelo a quello medico-sanitario, che afferiscono quindi a strutture residenziali o sono seguiti in ADI multiprofessionale, come terminali o soggetti in stadio avanzati di demenza, ospiti di RSA, RSA aperta, centri integrati etc..

***Livello 2. Cronicità polipatologica con prevalenti bisogni extra- ospedalieri, ad alta richiesta di accessi ambulatoriali integrati/ frequent users e fragilità sociosanitarie di grado moderato(1.300.000 cittadini)**. In questa categoria si possono inserire gli assistiti polipatologici, generalmente geriatrici, ad intensità socio-assistenziale medio-alta, seguiti sia in ambulatorio(un centinaio circa) che in ADP (10-20 per massimalista) con una frequenza di accessi del MMG da mensile a settimanale, solitamente ben compensati, autosufficienti o in caso di disabilità assistiti a domicilio da badante e/o caregiver familiare. Il prototipo di questa categoria è il diabetico tipo II, iperteso e/o con complicanze cardio-vascolari (coronaropatia, vasculopatia cerebrale o periferica, neuropatia, retinopatia, nefropatia etc..). In questo gruppo il bisogno è sia sul versante socio-assistenziale (assistiti in ADP con importante disabilità) che medico-sanitario: si tratta di un'ampia gamma di assistiti che sporadicamente accedono alle strutture ospedaliere per esami e controlli specialistici (in genere per gli esami di laboratorio, ad esempio in caso di TAO, basta il prelievo domiciliare). Alcuni di questi pazienti a causa delle difficoltà di spostamento potrebbero beneficiare di accessi domiciliari da parte di specialisti, che nell'attuale assetto organizzativo non sono troppo agevoli, o di periodici follow-up presso strutture ospedaliere per eseguire pacchetti di prestazioni previste dal PAI. Per questa categoria è prevista la presa in carico sia da parte della MG che delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private accreditate.

***Livello 3. Cronicità in fase iniziale prevalentemente monopatologica e fragilità sociosanitarie in fase iniziale a richiesta medio-bassa di accessi ambulatoriali integrati e/o domiciliari /frequent users (1.900.000)**. In questa categoria rientra la stragrande maggioranza dei cronici, geriatrici o non, autonomi (diabetici, ipertesi, BPCO, scompensati, vasculopatici etc.. per un totale 4-500 assistiti per MMG) che possono accedere autonomamente allo studio del MMG e che continueranno ad essere seguiti come accade ora, con il riferimento delle buone pratiche dei PDTA e con iniziative di Governo Clinico come quelle dell'ATS di Brescia. Grazie alla presa in carico potranno eseguire in un sol giorno alcuni pacchetti di accertamenti previsti dal PAI (ad esempio esami ematici+ECG+FO in caso di diabete tipo 2) che ora devono

prenotare singolarmente e portare a termine in diverse sedute. Ma al di fuori di questi follow-up periodici, continueranno ad accedere la proprio MMG per la prescrizione dei farmaci, i controlli clinici periodici, il monitoraggio delle terapie e il loro aggiustamento, la gestione delle eventuali complicanze, co-morbilità, scompensi momentanei o riacutizzazioni etc... Il terzo livello viene elettivamente affidato al territorio, ovvero al MMG "proattivo", come recita la Delibera.

2-Compiti e ruolo del Gestore della presa in carico e del MMG

Il nuovo modello organizzativo individua nel '**gestore**' il **responsabile della presa in carico**, oltre a definire nuove modalità di remunerazione dell'intero percorso, alternative al tradizionale pagamento a singola prestazione occasionale.

Ruolo e funzioni dei Gestori

I soggetti responsabili della presa in carico dovranno essere accreditati e/o a contratto per garantire, in funzione dei livelli di stratificazione della domanda, le seguenti funzioni:

- Sottoscrizione del **patto di cura** con il paziente previa definizione del **piano di assistenza individuale (PAI)** comprensivo di tutte le prescrizioni necessarie al percorso;
- **Coordinamento e attivazione dei nodi della rete erogativa** dei servizi sanitari e socio-sanitari, tenuto conto dei bisogni individuali;
- **Erogazione di prestazioni** sanitarie e socio-sanitarie per i diversi livelli essenziali di assistenza, direttamente o tramite partner di rete accreditati e/o a contratto;
- **Monitoraggio dell'aderenza al percorso**, anche attraverso la prenotazione delle prestazioni e il coordinamento dei diversi partner di rete, per assicurare le prestazioni/servizi previste nel PAI, anche in telemedicina;
- **Case management**, sia in termini di responsabilità clinica che di accompagnamento del paziente, rispetto ai bisogni assistenziali e alla complessità clinica della classe di appartenenza;
- Assicurare al cittadino un'**ampia gamma di punti di offerta, per garantire la libertà di scelta** in relazione alle attività previste dal PAI.

In sintesi il gestore **coordina tutto il percorso gestionale** della condizione cronica, che inizia con l'arruolamento e la formalizzazione della presa in carico (PAI e patto di cura) e si concretizza con l'attivazione della rete degli erogatori, la fornitura delle prestazioni, la verifica dell'aderenza alle varie tappe del percorso da parte del soggetto "arruolato" e il monitoraggio degli indicatori di processo/esito.

La presa in carico dovrebbe favorire l'evoluzione del sistema da una logica a «silos» a una logica di **«processo integrato»**, in cui i modelli di erogazione e finanziamento devono ridurre l'inappropriatezza clinica ed organizzativa grazie al rimborso non della singola prestazione ma di una tariffa onnicomprensiva relativa ad un **set predefinito di prestazioni e servizi** previsti dal PAI.

I Soggetti **Gestori della presa in carico** dovranno essere selezionati dalle ATS sulla base di specifici **requisiti** di idoneità stabiliti dalla Giunta Regionale, dovranno adeguarsi al livello di domanda e alla natura prevalente del bisogno sanitario e/o socio-sanitario, in modo da garantire il percorso di presa in cura.

Patto di Cura e Piano Assistenziale Individuale

Il Patto di cura, con cui **gestore e paziente condividono** l'avvio e le modalità della nuova presa in carico, è uno strumento:

- **organizzativo di pianificazione di interventi personalizzati;**
- **di comunicazione e coordinamento tra tutti coloro che intervengono, a vario titolo, nel percorso di cura all'interno della rete d'offerta (MMG, specialisti, servizi sociali, ecc.);**

- **di empowerment del paziente, di monitoraggio e verifica dell'appropriatezza.**

Per quanto riguarda il **patto di cura e il PAI "solo il cittadino può dare l'avvio o concludere il percorso di presa in carico**, eventualmente facendo richiesta motivata all'ATS per la sostituzione del proprio Gestore" nello spirito della libertà di scelta, mentre **la nuova modalità di gestione non elimina la modalità tradizionale di prescrizione ed erogazione delle prestazioni, ma vi si affianca.**

Il ruolo del MMG

Rimane il professionista di riferimento del paziente cronico nell'ambito delle funzioni previste dalla convenzione nazionale:

- Può essere il **gestore diretto della presa in carico** (il terzo livello, ferma restando la libertà di scelta del cittadino, è riservato in via preferenziale ai MMG in forma associata, che possono anche candidarsi per gli altri livelli);
- Può avere un **ruolo di raccordo con gli altri titolari della presa in carico** del paziente (prevalentemente per i livelli 1 e 2) prendendo atto, condividendo e integrando le informazioni presenti nel PAI, potendo beneficiare, in quest'ultimo caso, di un eventuale remunerazione in accordo con i singoli gestori. Nel caso la persona necessiti di ulteriori prescrizioni non ricomprese nel PAI, queste dovranno essere condivise tra il MMG e il Gestore.

-

Tappe del processo di arruolamento e di presa in carico

1. **Valutazione del paziente** da parte del gestore per l'idoneità (in caso di inidoneità invio alla commissione di valutazione ATS)
2. **Arruolamento** in carico al gestore
3. Sottoscrizione del **patto di cura**
4. **Predisposizione del PAI** in carico al gestore con pubblicazione sul FSE
5. **Registrazione** dell'arruolamento
- 6.

Organizzazione del percorso di cura in capo al gestore

- **Gestione AMMINISTRATIVA:** accesso gratuito alle prestazioni, supporto alle richieste del paziente e dei care-giver, gestione dell'agenda sanitaria
- **Gestione CLINICA:** erogazione delle prestazioni previste dal PAI, supposto ai servizi di telemedicina e fornitura di presidi a domicilio, visite di follow-up (ridefinizione eventuali problematiche cliniche, modifiche/conferma del PAI, presa in carico da parte di altro nodo della rete ed invio ad altro percorso)
- **MONITORAGGIO:** indicatori di processo e indicatori di esito.