

La presa in carico della cronicità: le incertezze dei soggetti gestori

Un contributo di Antonio Monteleone, Presidente Associazione Gestori Servizi sociosanitari e cure Post Intensive (Agespi) Lombardia

Il 19 ottobre si è svolto a Milano il convegno “Il paziente cronico: la Lombardia se ne prende cura”, momento di studio e confronto organizzato da Regione Lombardia con gli attori coinvolti nel processo di presa in carico delineato dalla DGR 4662/2015. L’articolo riporta l’opinione di Agespi su due aspetti nodali discussi nel corso della tavola rotonda.

a cura di Rosemarie Tidoli - mercoledì, ottobre 25, 2017

<http://www.lombardiasociale.it/2017/10/25/la-presa-carico-della-cronicita-le-incertezze-dei-soggetti-gestori/>

Il nuovo modello lombardo di presa in carico della cronicità

[Con l’approvazione della Legge Regionale n. 23/2015](#), Regione Lombardia ha inteso sviluppare un modello di cura del paziente cronico e fragile capace di rispondere pienamente e tempestivamente ai cambiamenti in atto nella società, riorganizzando il sistema socio-sanitario sulla base della consapevolezza che l’aumento della cronicità chiede oggi di cambiare modi, tempi e processi. Seguendo le linee guida tracciate dal Piano Nazionale della Cronicità, con la [DGR 4662/2015](#) la Regione ha pertanto analizzato e stratificato la domanda di salute della popolazione, arrivando così a una ridefinizione della rete di offerta in un nuovo modello di presa in carico delle cronicità in grado di porre il cittadino al centro di un percorso di assistenza personalizzato e accompagnato. Con la [DGR 6551 del 4 maggio 2017](#), gli attori del sistema sociosanitario regionale sono stati chiamati a manifestare l’interesse a diventare gestori, co-gestori o erogatori dei percorsi di presa in carico della cronicità.

In tale contesto, il convegno “**Il Paziente cronico: la Lombardia se ne prende cura**”, organizzato a Milano il 19 ottobre 2017

[1], si è proposto come momento di studio e confronto tra i principali attori del nuovo processo, sui temi legati al modello operativo lombardo di presa in carico del paziente cronico, in particolare nei suoi aspetti organizzativi, clinici e istituzionali.

Ai partecipanti è stato chiesto di esprimersi su questi due punti:

1. Per sviluppare concretamente la presa in carico della cronicità, quali sono le innovazioni organizzative e di servizi più interessanti a cui state lavorando?
2. Per rendere effettive le reti integrate di presa in carico della cronicità quali sono i meccanismi di coordinamento operativo a cui state pensando?

Di seguito riportiamo l’opinione espressa da Agespi Lombardia sui due temi.

L'attesa attenta e riflessiva dei soggetti gestori

I soggetti gestori dell'area sociosanitaria si muovono in un contesto di notevole incertezza e ciò li induce ad attenersi a criteri di cautela (assumendo un atteggiamento di *watchful waiting*, che definisce **un'attesa attenta e riflessiva**).

Perché hanno quest'atteggiamento cauto? A causa delle modalità di composizione dei cluster di soggetti cronici e delle patologie rientranti nei set di riferimento.

Infatti le scelte e le dotazioni organizzative e tecnologiche non possono che essere in rapporto ai volumi reali da gestire. Ossia le attività di coordinamento e accompagnamento occorrerà garantirle nel loro disegno generale e operativamente solo dopo che si conoscerà il numero effettivo dei pazienti reclutati dalle ATS, assegnati ai singoli gestori e con effettiva presa in carico col patto di cura. Tale criterio di *watchful waiting* è suffragato dalle regole di ordinamento dei cosiddetti cluster, raggruppamenti costituiti da soggetti, distinti per patologia e livello di complessità, individuati attraverso profili di consumo, specifici per ambiti ben precisi, **il farmaceutico, l'ambulatoriale e il ricovero ospedaliero.**

I profili di consumo rappresentano le **combinazioni di prestazioni maggiormente ricorrenti** e per ogni specifica patologia sono rappresentati i diversi ambiti di spesa suddivisi a loro volta secondo i differenti livelli di complessità, ovvero ritorniamo agli ambiti citati prima:

- Farmaceutica: Primo Livello, Secondo Livello e Terzo Livello;
- Ambulatoriale: Primo Livello, Secondo Livello e Terzo Livello;
- Ricovero: Primo Livello

L'Assessorato ha comunque previsto che, data l'attuale fidelizzazione dei pazienti (cosiddetti *frequent users*), **nel breve e medio periodo non sia corretto aspettarsi dei cambiamenti significativi e consistenti di afferenza dei pazienti.**

Senonché i frequent users sono enucleati da Ospedali, Ambulatori e Laboratori.

E' ipotizzabile pertanto che **saranno questi, oltre ai MMG e PLS, a esercitare la massima attrattività e ad avere le preferenze dei pazienti al momento di scegliere i gestori.**

Probabilmente qualche opportunità può sorgere **in quei territori non serviti da H o centri sanitari a media intensità (POT- PRESST).**

Tutto ciò spiega perché, per i soggetti gestori, sia necessario essere molto cauti, scendendo in campo solo quando il contesto sarà ben delimitato.

Un nuovo paradigma d'azione

Ovviamente attendere non significa rimanere passivi e senza idee.

Ci siamo, infatti, chiesti: *“Come va condotta dal gestore l'unitarietà di un percorso di presa in carico evitando la frammentazione dei processi e la suddivisione dei servizi tra area ospedaliera e area territoriale?”.*

Ricordo che un'appropriata risposta a tale domanda deve tener conto che ci troveremo di fronte a un

nuovo paradigma d'azione, ossia il passaggio dalla gestione verticale all'integrazione orizzontale dei *setting* assistenziali, in cui il paziente non solo è seguito, ma proattivamente indirizzato e monitorato. Nell'impostazione in questo momento prevalente, le figure di coordinamento, che si pensa debbano affiancare il *clinical manager* (necessariamente un medico), sono essenzialmente due: il *care manager* e il *case manager*. Sappiamo che esiste una discussione sulla *job description*^[2] e che per alcuni *care manager* e *case manager* sono la stessa cosa. Noi li intendiamo invece nel modo che segue:

- il *care manager* è funzionalmente legato all'assistenza alla persona, per cui si confronta col paziente favorendone l'adesione a quanto pianificato nel PAI come risposta ai suoi bisogni e gli fa da guida nel percorso di cura lungo la filiera. Preferenzialmente è un infermiere professionale appropriato a monitorare gli aspetti di salute.
- il *case manager* si confronta con l'assetto territoriale, ossia coordina il flusso lungo le strutture e servizi del territorio compresi quelli sociali, interloquendo quando conveniente anche con la famiglia. Questi compiti di preminente relazionalità formale e informale si attagliano maggiormente, ma non necessariamente, all'assistente sociale.

Sia il *care* che il *case manager* devono essere adeguatamente formati alle dinamiche relazionali e conoscere assetto e specifiche operative della filiera degli erogatori e più in generale dell'intera rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali.

È chiaro che i processi sopra richiamati assumono differenti declinazioni indotte dalle caratteristiche territoriali in cui si agisce. E' altrettanto chiaro che la piattaforma informatica avrà un compito decisamente non trascurabile ai fini di un appropriato coordinamento.

La criticità maggiore: il coinvolgimento del paziente

In chiusura va sottolineato che la criticità maggiore, in cui inevitabilmente si imbatte il modello di presa in carico della cronicità, è quella modernamente definita con l'espressione *patient engagement*, vale a dire il coinvolgimento del paziente in un patto di cura. Già i soggetti monopatologici (diabetici, cardiopatici, ipertesi, ecc.) mostrano scarsa adesione ai protocolli terapeutici ed escono con una certa frequenza dai percorsi pianificati per ciascuno di loro, c'è da ritenere che tali inconvenienti si amplifichino in caso di polipatologia e altri problemi collegati con l'invecchiamento.

Ora il mondo sociosanitario ha nel suo DNA l'attitudine a seguire in modo interdisciplinare e nel corso del tempo pazienti complessi, per cui ci aspettiamo si trovi presto il modo di far scendere in campo i gestori con tutta la loro esperienza.

[1] Alla prima tavola rotonda sono intervenuti: Carlo Nicora, ASST Papa Giovanni XXIII; Marco Bosio, ATS Milano Città Metropolitana; Antonio Monteleone, Associazione Gestori Servizi sociosanitari e cure Post Intensive Lombardia; Dario Beretta, Associazione Italiana Ospedalità Privata; Annarosa Racca, Federfarma Lombardia; Beatrice Mazzoleni, Federazione nazionale IPASVI; Davide Lauri, Cooperativa Medici Milano Centro. Moderatore: Giovanni Daverio, Regione Lombardia. Discussant: Francesco Longo, Cergas Bocconi.

[2] Per descrizione di posizione (*job description*) si intende la descrizione analitica formalizzata per

iscritto delle principali caratteristiche di una posizione organizzativa.

PDF generated by Kalin's PDF Creation Station