

L'avvio del percorso di presa in carico dei pazienti cronici

L'articolo riassume i punti salienti della DGR n. 7655/2017 del 28/12/2017 che dà il via all'iter di presa in carico dei pazienti cronici, soffermandosi anche sull'attuale situazione della pubblicizzazione e dell'arruolamento dei possibili utenti.

a cura di Rosemarie Tidoli - martedì, marzo 20, 2018

<http://www.lombardiasociale.it/2018/03/20/lavvio-del-percorso-presa-carico-dei-pazienti-cronici/>

A fine dicembre, [tra i numerosi atti licenziati dalla Xma legislatura](#) è stata emanata anche la [DGR n. 7655/2017](#)[1] che, facendo seguito alle precedenti delibere sulla presa in carico dei pazienti cronici, stabilisce i passaggi operativi per l'avvio del percorso.

L'analisi completa della normativa sul tema è reperibile nel [compendio di Paolo Ferrario](#), dedicato all'attuale assetto dei servizi sanitari e socio-sanitari lombardi; di seguito esponiamo invece i principali punti della DGR n. 7655/2017 suggerendo, nel caso si desiderasse esaminarli integralmente, [di consultare l'atto e i suoi allegati](#).

Libertà di scelta del paziente. A chi manifesta la volontà di aderire al nuovo modello di presa in carico sarà sempre garantito il principio di libertà di scelta, sancito dall'articolo 2 della l.r. 33/2009. Rientra nella piena libertà di scelta dei pazienti sia la decisione di aderire o meno al nuovo modello, sia la scelta del gestore (tra i MMG aderenti e altri soggetti qualificati idonei dalle competenti ATS).

Arruolamento pazienti. L'arruolamento dei soggetti cronici e/o fragili, fulcro della nuova modalità di presa in carico, rappresenterà l'attività preponderante nel primo semestre 2018. In attuazione della [DGR n. 6551/2017](#) la modalità ritenuta più efficace consiste nell'invio di una lettera sottoscritta dalle ATS territorialmente competenti, indirizzata ai pazienti cronici, stratificati per livello di bisogno. **Le comunicazioni hanno contenuto differente secondo la tipologia del destinatario**, classificato in base alla stratificazione definita dalla [DGR n. X/6164/2017](#).

L'invio delle lettere avverrà con progressività e per scaglioni (corrispondenti alle tipologie in cui sono stati segmentati i pazienti cronici), seguendo il cronoprogramma sotto indicato.

Modalità operative di invio delle lettere per l'adesione al progetto. Le lettere saranno inviate a partire dal 15 gennaio 2018 secondo le tipologie di seguito specificate.

- a) [Pazienti già arruolati con il modello CReG](#), che possono appartenere a tutti i tre livelli di cui alla DGR n. 6164/2017. Nella lettera verrà messo in evidenza che il MMG, in qualità di gestore, costituirà il punto di riferimento prioritario per il paziente con il quale ha già avviato un percorso di presa in carico mediante un PAI attivo di prossima scadenza; sarà pertanto il MMG stesso a contattare il paziente per il passaggio al nuovo modello senza soluzione di continuità.
- b) Pazienti cronici appartenenti al livello 3 in cura presso Medici aderenti (MMG/PLS) qualificati idonei dalle ATS come gestori/cogestori. Nella lettera verrà messo in evidenza che il MMG, in

qualità di gestore, costituirà il punto di riferimento prioritario per tutto ciò che riguarda l'adesione al percorso di presa in carico. Il paziente contatterà il proprio MMG per informazioni e per la sottoscrizione del Patto di cura.

- c) Pazienti cronici appartenenti ai livelli 1 e 2. La lettera conterrà l'indicazione del MMG che ha aderito alla presa in carico ed il numero del contact center regionale. Gli interessati possono scegliere come gestore o co-gestore il loro MMG oppure un altro soggetto, conoscibile telefonando al contact center o collegandosi ad un apposito sito internet. Il paziente potrà quindi scegliere uno dei due canali, sia per le informazioni, sia per l'avvio del percorso.
- d) Pazienti cronici appartenenti ai livelli 1, 2 e 3, definiti dalla DGR n. 6164/2017, e classificati come "super frequent users" e "elevato frequent users"^[2] di gestori qualificati idonei. La lettera conterrà l'indicazione dei gestori, individuati sulla base della frequenza "storica" di accesso alle prestazioni da parte del paziente stesso, nonché il numero del contact center regionale. Il paziente potrà scegliere uno dei due canali sia per informazioni, sia per l'avvio del percorso.
- e) Per i pazienti con MMG non aderente al nuovo modello e per i quali non è possibile individuare una o più strutture di riferimento, la lettera conterrà l'indicazione dei gestori, individuati sulla base della prossimità territoriale allo studio del MMG curante. Il paziente potrà contattare il contact center per informazioni e potrà contestualmente comunicare il gestore prescelto.
- f) In tutte le lettere verrà inoltre indicato un indirizzo web consultabile per informazioni sul nuovo modello di presa in carico.

Servizi informativi ai cittadini. L'invio delle lettere verrà affiancato da un supporto informativo realizzato tramite un'apposita campagna di comunicazione, atta a indirizzare gli aspetti generali, e da un set di servizi erogati dal Contact Center Regionale per rispondere a quesiti specifici dei pazienti. I pazienti che riceveranno la lettera contenente il riferimento al Contact Center si rivolgeranno allo stesso per esprimere la volontà di aderire al percorso indicando il gestore prescelto; l'operatore trasferirà l'informazione al gestore così individuato che, entro cinque giorni lavorativi, dovrà contattare il paziente e fissare l'appuntamento per la stipula del patto di cura e la redazione del PAI, che verrà effettuata non oltre i successivi 45 giorni.

Nel caso in cui il paziente abbia prestazioni sanitarie già prenotate entro 70 giorni dal primo contatto con il gestore, la prenotazione sarà mantenuta; il gestore provvederà in quell'occasione alla stipula del patto di cura e alla redazione del PAI (o all'eventuale integrazione di un PAI già attivo).

Il Contact Center non indirizzerà in nessun modo la scelta del paziente, ma lo supporterà fornendo tutte le informazioni necessarie.

All'atto del primo accesso, il paziente consegnerà al gestore la sua Tessera Sanitaria/CNS ed il codice indicato sulla lettera: questo consentirà al gestore di vedere la sua classificazione e la sua storia clinica, per pianificare la visita specialistica.

Soluzioni informatiche per la presa in carico. Le attività su cui si fonda il processo di presa in carico sono:

- Comunicazione al cittadino che rientra in uno delle classificazioni della possibilità di aderire ad una modalità innovativa di cura
- Firma del patto di cura del paziente con conseguente suo arruolamento
- Implementazione degli scambi operativi tra tutti gli attori coinvolti nel processo (consensi e nomine)
- Definizione del percorso di cura attraverso la stesura del PAI (Pano assistenziale individuale)

- Gestione e monitoraggio del percorso di cura per ogni singolo paziente.
- Monitoraggio del processo attraverso indicatori di processo e di esito
- Determinazione della remunerazione in base alle regole regionali

Questo sistema si sviluppa su due componenti: 1) governo centrale della presa in carico collocata sul dominio centrale del SISS; 2) governo territoriale che supporta il processo di cura attraverso l'integrazione delle varie applicazioni dei sistemi informativi degli Enti coinvolti nello svolgimento del processo.

Relazione gestore – paziente. Elemento fondamentale nel nuovo modello di presa in carico è la corresponsabilizzazione tra il gestore ed il paziente, sia nel merito della condivisione dei contenuti del PAI, sia al fine di garantire il monitoraggio dell'aderenza terapeutica e l'eventuale necessità di variazione/integrazione del PAI.

Ruolo del co-gestore. Per le modalità di coinvolgimento del MMG aderenti al ruolo di co-gestore la delibera rimanda a quanto previsto dalla DGR n. 6551/2017. Possono essere gestori se associati in forme aggregate con personalità giuridica o co-gestori se decidono di partecipare da soli o in gruppi senza personalità giuridica. Il termine co-gestore definisce uno status paritario rispetto al gestore: quest'ultimo garantisce tutte le funzioni di supporto alla presa in carico stabilite dalle DGR n. 6164/2017 e 6551/2017 mentre al co-gestore spetta la redazione del PAI e l'obbligo di collaborare alla gestione del paziente, integrandosi anche informaticamente con il gestore.

Patto di cura e PAI. Il patto di cura è il documento fondamentale in cui si manifesta lo scambio formale di volontà tra il gestore ed il paziente. **E' un vero contratto di durata annuale, non rinnovabile tacitamente, che impegna entrambi i soggetti:** il gestore per le attività ed i servizi previsti nel PAI[3]; il paziente per l'aderenza alla terapia prescritta.

Il PAI può essere redatto contestualmente alla firma del patto di cura o in un momento successivo. Per la redazione del PAI il gestore individua un clinical manager che ha sia il compito di redigere un PAI adeguato alla complessità e molteplicità del quadro clinico, sia quello di sottoscriverlo.

L'allegato 1 alla delibera precisa poi, tappa per tappa, gli scambi di informazione che avverranno tra il livello centrale e quello locale durante la fase di arruolamento del paziente. Un facsimile del patto di cura e i contenuti essenziali dei PAI sono invece visionabili nell'allegato 2.

Alcuni dati [4]

Adesione dei MMG al nuovo modello

DATI MMG

DISTRETTI	MMG IN TOTALE ESCLUSI I MMG>65 ANNI	MMG ADERENTI ALLE COOPERATIVE	MMG SOLO CO- GESTORI	TOTALE MMG ADERENTI ALLA PRESA IN CARICO	% ADESIONE
ATS BERGAMO	604	327	17	344	57%
ATS BRESCIA	627	301	26	327	52%
ATS BRIANZA	560	377	26	403	72%
ATS MONTAGNA	187	125	10	135	72%
ATS INSUBRIA	795	311	43	356	45%
ATS MILANO	1.882	487	111	598	32%
ATS PAVIA	321	90	14	104	32%
ATS VAL PADANA	391	274	34	308	79%
TOTALE	5.367	2.292	281	2.575	48%

Gli erogatori e i gestori accreditati

DATI EROGATORI

ATS	ASST	IRCCS pubblici	ASP	IRCCS privati	STRUTTURE SANITARIE accreditate e a contratto	STRUTTURE SANITARIE solo accreditate	STRUTTURE SOCIO SANITARIE accreditate e a contratto	STRUTTURE SOCIO SANITARIE solo accreditate	STRUTTURE SANITARIE E SOCIO SANITARIE accreditate e a contratto	STRUTTURE SANITARIE E SOCIO SANITARIE solo accreditate	Strutture non di competenza territoriale *	TOTALE
ATS INSUBRIA	3	0	0	0	39	5	75	3	12	0	36	173
ATS MONTAGNA	2	0	0	0	7	1	41	1	1	0	0	53
ATS PAVIA	1	1	1	3	10	0	31	0	0	0	64	111
ATS VAL PADANA	3	0	0	0	17	0	48	1	6	0	69	144
ATS MILANO	9	3	3	9	58	0	131	0	8	0	40	261
ATS BRIANZA	3	1	1	1	26	1	53	0	1	0	ND	87
ATS BRESCIA	3	0	0	2	12	0	64	1	12	0	80	174
ATS BERGAMO	3	0	0	0	13	1	43	0	9	0	0	69
TOTALE	27	5	5	15	182	8	486	6	49	0	289	1072

DATI GESTORI

ATS	COOPERATIVE MIMG/PLS	ASST	IRCCS PUBBLICI	ASP	IRCCS PRIVATI	STRUTTURE SANITARIE ACCREDITATE A CONTRATTO	STRUTTURE SOCIO SANITARIE ACCREDITATE A CONTRATTO	STRUTTURE SANITARIE E SOCIO SANITARIE ACCREDITATE A CONTRATTO	ASSOCIAZIONI/RETI TEMPORANEE DI SCOPO	STRUTTURE NON DI COMPETENZA TERRITORIALE	TOTALE
ATS INSUBRIA	6	3	0	0	0	10	11	4	1	8	43
ATS MONTAGNA	3	2	0	0	0	2	2	0	1	0	10
ATS PAVIA	1	1	1	0	3	3	9	1	1	0	20
ATS VAL PADANA	4	3	0	0	1	10	8	2	3	13	44
ATS MILANO	9	9	3	2	9	18	19	6	6	3	84
ATS BRIANZA	6	3	1	1	1	5	9	1	0	0	27
ATS BRESCIA	6	3	0	0	1	5	5	7	1	12	40
ATS BERGAMO	6	3	0	0	0	7	5	3	2	0	26
TOTALE	41	27	5	3	15	60	68	24	15	36	294

A che punto siamo: le prime fasi di avvio del percorso

Nel momento in cui viene scritto questo articolo (prima metà di marzo), il percorso ha preso l'avvio da circa due mesi. Attualmente lo stato delle cose sembra essere il seguente.

Campagna informativa. Secondo le linee d'azione individuate, il nuovo modello di presa in carico viene pubblicizzato da Regione Lombardia mediante diversi canali (comunicazioni a mezzo stampa e su siti istituzionali, manifesti e volantini nelle sedi di Asst, ospedali, poliambulatori, ecc.).

Lo stesso fanno, in particolare nelle zone di provincia, strutture sanitarie (ad es. Asst e Ospedali) e soggetti diversi (ad es. RSA) che, accreditatisi come gestori, rendono nota la loro disponibilità a svolgere tale ruolo, soprattutto nei confronti della comunità territoriale.

Quotidiani, riviste e siti (gestiti dai sindacati, da associazioni di pazienti cronici, di professioni sanitarie, ecc.) diffondono informazioni e commenti sulla riforma, evidenziando opinioni anche diametralmente opposte.

Informazione e arruolamento dei possibili utenti

A) Pazienti che hanno ricevuto la lettera. Ad oggi diversi pazienti cronici i cui medici sono disponibili al ruolo di gestori o co-gestori hanno ricevuto dalla propria ATS una comunicazione, dal tono sostanzialmente informativo, che potrebbe essere definita di "prima volontaria adesione". Se interessato alle nuove opportunità esposte (percorsi clinici personalizzati, programmazione annuale delle cure con affiancamento nell'intero percorso, facilitazione nella prenotazione di visite ed esami con relativo sollevamento dagli oneri burocratici) il paziente è invitato, secondo i casi, a contattare il proprio medico, il Contact Center oppure a informarsi più a fondo sul portale istituzionale di Regione Lombardia. Gli appartenenti al gruppo d (frequent users), invece, vengono invitati a contattare la struttura sanitaria di riferimento.

In base ai riscontri raccolti, **un certo numero di persone non ha capito il senso della lettera ricevuta; alcuni, inoltre, appaiono poco interessati a chiedere chiarimenti.**

B) Pazienti che non hanno ancora ricevuto la lettera. Questo gruppo al momento sembra essere costituito in prevalenza da persone il cui MMG non aderisce in alcun modo al nuovo modello, indipendentemente dalla classificazione della patologia e dalla zona di residenza.

Alcuni di questi pazienti (o i loro familiari) sono però venuti a sapere, per una via o per l'altra, che per i cronici sta per partire un nuovo percorso; pur non essendo ancora stati interpellati, immaginano che anche per loro potranno esserci novità e cambiamenti di natura e portata sconosciute^[5]. Ciò può provocare un disorientamento tale da indurre molte persone a rivolgersi al proprio MMG per sapere cosa fare: le reazioni e le risposte dei curanti al proposito sembrano essere le più svariate.

Anche tra i MMG aderenti al nuovo modello, comunque, parecchi esplicitano ai pazienti la necessità di aspettare per capirne di più sui prossimi passi.

Attualmente il quadro generale è caratterizzato da fermento e aspettativa ma anche da timori e confusione; va tuttavia sottolineato come la situazione sia in continuo divenire.

Lombardiasociale si propone di iniziare, a partire da ora, uno stretto monitoraggio del percorso annuale di presa in carico, esaminandone via via le varie fasi; il focus prioritario sarà l'analisi delle concrete ricadute sui diretti interessati (i pazienti cronici), sui MMG e sul sistema lombardo.

[1] Modalità di avvio del percorso di presa in carico del paziente cronico e/o fragile in attuazione della dgr. n. X/6551 del 04.05.2017

[2] Con questi termini si indicano i pazienti che hanno registrato, presso la medesima struttura: 1) una frequenza di accessi di almeno l'80% delle prestazioni (super frequent users): 2) una frequenza di accessi compresa tra il 50% e l'80% delle prestazioni (elevato frequent users).

[3] Che per le attività sanitarie sono ricompresi nei set di riferimento, mentre per quelle di tipo socio sanitario sono erogabili con il contributo degli erogatori inclusi nella propria filiera erogativa.

[4] Tutti i dati esposti sono reperibili sui siti delle singole ATS lombarde. Le tabelle già elaborate sono state tratte da: http://www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/articolo.php?articolo_id=54444

[5] Uno degli aspetti che risulta più confuso, infatti, è la volontarietà dell'adesione al nuovo percorso e il fatto che, per chi non lo sceglie, non cambierà nulla.

PDF generated by Kalin's PDF Creation Station