

ATTUAZIONE DELLA RIFORMA SANITARIA

*Modalità di percorso di presa in carico
dei pazienti cronici*



STRATIFICAZIONE DELLA DOMANDA

N.
Soggetti
potenziali

150.000

1.300.000

1.900.000

3.000.000

3.500.000

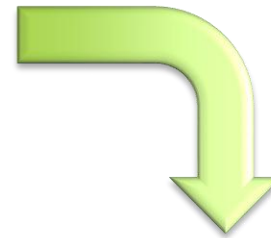
Tipologia Pazienti	Domanda	Bisogni
Fragilità clinica (quattro o più patologie)	Prevalentemente di tipo Ospedaliero e/o Residenziale	Integrazione Ospedale, Socio San (RSA, ADI, RIA,..)
Cronicità polipatologica (2-3 patologie)	Prevalentemente extra ospedaliera ad elevati accessi ambulatoriali (frequent users)	Coordinamento e promozione del percorso di terapia (prev. farmacologica), gestione proattiva del follow up (più visite ed esami all'anno)
Cronicità in fase iniziale (1 patologia) /	Richiesta medio bassa di accessi ambulatoriali integrati	Percorsi ambulatoriali riservati/di favore. Controllo e promozione dell'aderenza terapeutica
Soggetti non cronici	Prime visite/accessi ambulatoriali veri	Accesso a tutte le agende ambulatoriali disponibili sul territorio
Non utilizzatori	Potenziali utenti	



Regione
Lombardia

L'AVVIO DEL NUOVO SISTEMA

1° «Governo della domanda:
avvio della presa in carico di
pazienti cronici e fragili»
DGR n. X/6164 del 30.1.2017



**2° «Riordino della rete di offerta e
modalità di presa in carico dei pazienti
cronici e/o fragili»**
in attuazione dell'art. 9 della L.R. 33/2009
DGR n. X/6551 del 04.05.2017

ECCO COSA CAMBIA: I VANTAGGI PER IL PAZIENTE

- Accompagnamento del paziente nel percorso di presa in carico
- Miglior accesso alle prenotazioni delle visite specialistiche
- Miglior accesso ai servizi sociosanitari quali ADI, CDI, RSA, ecc...
- Continuità assistenziale e follow up del paziente
- Accompagnamento nelle dimissioni protette e successiva attivazione di cure domiciliari di tipo infermieristico
- Facilitare l'appropriata utilizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari
- Presa in carico globale e follow-up attraverso funzioni di case manager e un Centro Servizi, finalizzate a garantire il raccordo funzionale e informativo con i vari livelli di cura
- Miglioramento della qualità della vita del paziente attraverso l'introduzione della Telemedicina
- Riduzione delle liste d'attesa



IL GESTORE DELLA PRESA IN CARICO

Il gestore garantisce il coordinamento e l'integrazione tra i differenti livelli di cura ed i vari attori. **È il titolare della presa in carico.**

Il gestore deve:

- Sottoscrivere il patto di cura con il paziente
- Definire il piano di assistenza individuale PAI
- Prendere in carico proattivamente il paziente, anche attraverso la prenotazione delle prestazioni, il coordinamento dei diversi partner di rete
- Coordinare e attivare i nodi della rete necessari per l'attuazione del PAI
- Erogare delle prestazioni previste dal PAI, direttamente o tramite partner di rete accreditati
- Implementare i servizi innovativi, quali ad esempio la telemedicina
- Monitorare l'aderenza del paziente al percorso programmato

IL RUOLO DEL GESTORE



Il gestore dovrà assicurare direttamente o, a livello di rete le seguenti funzioni:

1. Valutazione multidimensionale del bisogno (VDM)
2. Case management
3. Definizione del PAI e gestione clinica/ medico referente

Il soggetto gestore deve assicurare tutte le fasi della presa in carico e le prestazioni in proprio oppure mediante **l'avvalimento** di soggetti terzi che possono essere:

- Erogatori (case di cura, unità d'offerta sociosanitaria) già contrattualizzati
- Strutture accreditate ma non a contratto: in tal caso l'ATS le contrattualizza per l'erogazione delle sole prestazioni di cui il gestore si avvale.

L'IDONEITA' DEI GESTORI

L'idoneità dei gestori viene valutata dall'ATS territorialmente competente sulla base dei seguenti criteri, che dovranno essere esplicitati al momento della presentazione dell'avviso per l'iscrizione nell'elenco degli idonei:

- Presenza dei requisiti previsti per il gestore
- Completezza della filiera erogativa per i livelli e le aree di patologia o **set di riferimento** per cui ci si candida
- Copertura dell'area territoriale
- Coinvolgimento del MMG/PLS (per i gestori erogatori) e degli erogatori (per i gestori MMG)

Si possono candidare quali gestori della presa in carico **singoli erogatori sanitari e sociosanitari accreditati e a contratto con il SSL al 30.01.2017**, Fondazioni IRCCS e soggetti del sistema delle cure primarie.



CRITERI PER L'INDIVIDUAZIONE DELLE STRUTTURE EROGATRICI DA PARTE DI ATS

- a) Prossimità territoriale
- b) Qualità del servizio e tempi di erogazione
- c) Garanzia della realizzazione dei set di riferimento per la presa in carico del paziente. I set di riferimento sono riconducibili alle branche specialistiche per le quali sono accreditati i soggetti che si candidano per la presa in carico
- d) Rispetto dei tempi di attesa per le strutture a contratto
- e) numero di accessi degli assistiti «frequent users» presso una determinata struttura

LA SELEZIONE DEI GESTORI

La selezione dei gestori avviene attraverso la partecipazione ad un bando che verrà pubblicato dalla ATS

- **La pubblicazione dell'avviso di selezione** per la funzione di gestore, co-gestore ed erogatore **avverrà il 31 maggio 2017**.
- Il termine per la presentazione delle candidature è il **31 luglio 2017**.
- **Entro il 15 settembre 2017** la **ATS effettuerà la valutazione delle domande** per la selezione dei gestori. Contestualmente anche i MMG e PDF che non si candidano quali gestori nelle forme societarie e cooperative previste dovranno esprimere interesse a svolgere funzione di CO-GESTORE
- **Entro il 15 settembre 2017** -
- Valutazione dell'idoneità dei gestori, dei co-gestori e degli erogatori
- Predisposizione e pubblicazione:
 - dell'elenco degli idonei al percorso di presa in carico (ruolo gestore e co-gestore)
 - dell'elenco degli idonei per il ruolo di erogatore a supporto della presa in carico dei pazienti cronici da parte dei MMG/PLS in forma aggregata
- Entro e **non oltre il 15 ottobre 2017** I MMG/PLS in forma aggregata esplicitano la filiera erogativa (elenco idonei erogatori)
- Entro e **non oltre il 31 ottobre 2017** ATS valuta la filiera erogativa dei MMG/PLS in forma aggregata

IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE E PEDIATRA di Famiglia

*Ha un ruolo fondamentale per la presa in carico dei propri assistiti sia come **GESTORE** che come **CO-GESTORE** sviluppando una maggiore integrazione tra cure primarie e cure specialistiche*

Il MMG come soggetto gestore

- *Deve organizzarsi in forme associative dotate di personalità giuridica*
- *E' il gestore prioritario dei pazienti cronici del 3° livello;*
- *E' sempre **responsabile della presa in carico** mentre l'aggregazione dei MMG è titolare delle funzioni di accompagnamento al percorso di cura*
- *Si avvale di una filiera erogativa di prestazioni attingendo da un elenco di idonei messo a disposizione dell'ATS (non devono sussistere conflitti di interesse)*
- *L'ATS una volta definita idonea l'aggregazione, pubblica l'elenco dei medici afferenti sul proprio sito istituzionale*
- *Ogni MMG appartenente all'aggregazione redige il PAI ed il Patto di Cura per i propri assistiti (per questa funzione è riconosciuta una quota non superiore a 10€)*



Il Medico di Medicina Generale e Pediatra di Famiglia

Il MMG come soggetto co-gestore

- *Comunica all'ATS la propria disponibilità ad assumere tale ruolo e a collaborare con un Soggetto Gestore (ad esclusione di altri MMG in forma aggregata)*
- *Redige il PAI per i pazienti cronici di 3° livello e sottoscrive insieme al Gestore il Patto di Cura*
- *Redige il PAI per i pazienti di 1° e 2° livello, il Patto di Cura è sottoscritto dal MMG e dal Gestore insieme al paziente. Nel caso il cui il paziente sia in carico ad un servizio specialistico, il PAI è definito dal medico specialista che ha l'effettiva responsabilità della cura (Piano Nazionale Cronicità). In questo caso il PAI viene trasmesso al MMG che deve formulare il proprio parere entro 15 giorni limitatamente alle prestazioni contenute nel set di riferimento.*
- *L'ATS pubblica sul proprio sito istituzionale l'elenco dei MMG che assumono il ruolo di co-gestore*

Il MMG che non partecipa alla presa in carico

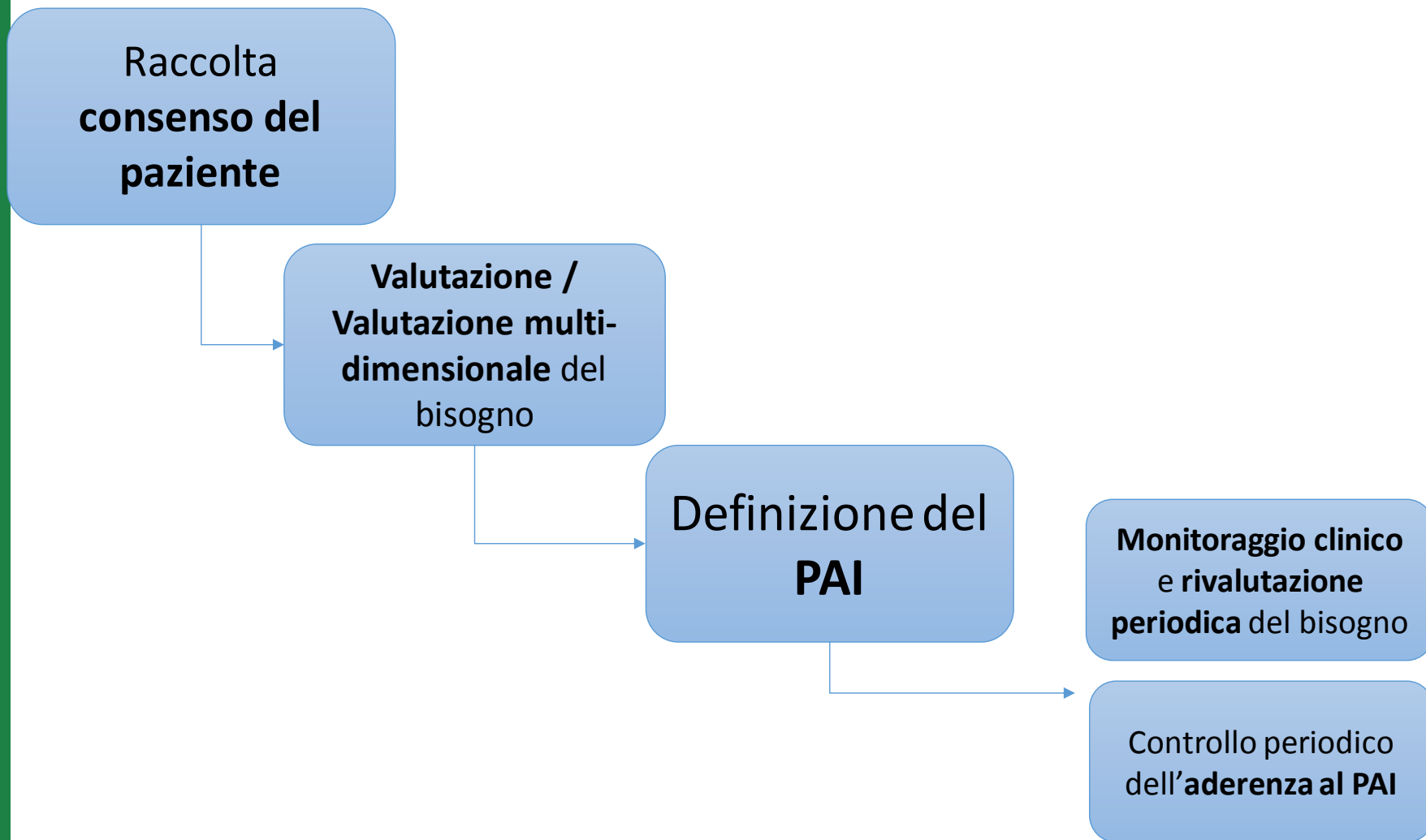
- *Riceve dal Gestore i PAI dei propri assistiti ed esprime parere entro 15 giorni*
- *Rimangono di sua competenza le prescrizioni per le prestazioni non correlate al set di riferimento*

Il ruolo dell'infermiere e delle professioni sanitarie

- *Assumono le funzioni assistenziali di **case management** e costituiscono il riferimento stabile per il paziente e per i suoi caregiver*



IL PERCORSO DI PRESA IN CARICO



IL PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE (PAI)

E' un documento di sintesi del programma annuale di diagnosi e cura e viene predisposto dal **medico referente (clinical manager) responsabile della presa in carico**; rappresenta uno strumento clinico - organizzativo di "presa in carico" del paziente.

Il flusso PAI comprende le seguenti informazioni

- ***Variabili anagrafiche e identificative relative a PAZIENTE, GESTORE, MMG***
- ***Obiettivi della presa in carico, modalità di accesso, variabili cliniche/assistenziali (categorie di cronicità, livelli di complessità)***
- ***Anamnesi fisiologica e stili di vita (fumo, alcool, attività fisica, BMI)***
- ***Programmazione clinico-assistenziale (Ambulatoriale, Farmaceutica, Protesica, Vaccinazioni, Ricoveri, Prestazioni sociosanitarie, Interventi educazionali-counselling, Contatti telefonici)***
- ***Note e raccomandazioni cliniche***

INSIEME DI FUNZIONI DEL GESTORE



Le funzioni di supporto al gestore sono:

- Garantire un accesso rapido e facilitato del paziente a tutte le prestazioni programmate ed effettuate
- offrire il supporto tecnologico consentendo la trasmissione dei dati clinici, dei dati funzionali e l'applicazione del protocollo decisionale;
- permettere la condivisione di tutte le informazioni relative al percorso con il personale infermieristico o il medico afferente all'unità operativa del gestore coinvolta;
- favorire la comunicazione tra i diversi utenti, quali erogatore, medici di medicina generale, medici specialisti, RSA, centri diurni, etc.;
- utilizzare un applicativo clinico-gestionale, interfacciato con il proprio sistema informativo che consenta il corretto tracciamento delle informazioni acquisite attraverso i contatti con i pazienti, gli eventuali altri enti erogatori

LE FUNZIONI DEL GESTORE IN FASE DI PRIMA APPLICAZIONE

Al fine di garantire la robustezza del sistema regionale di presa in carico dei pazienti cronici, è opportuno:

- Valorizzare la prossimità territoriale, individuando la quota massima di **200.000 pazienti presi in carico contemporaneamente** e, rimandando all'ATS il compito di definire eventuali soglie inferiori con le effettive esigenze degli specifici territori
- Garantire il contatto «personalizzato» con i pazienti
- Articolare i livelli di servizio da erogare in funzione del livello di gravità della patologia e dei set di riferimento da garantire

Ove il gestore di avvalga di fornitori terzi per l'erogazione dei servizi utili alla completa presa in carico del paziente, dovranno essere identificate e formalizzate le modalità di gestione per l'erogazione del servizio, i requisiti di sicurezza minimi e gli accordi di non divulgazione delle informazioni.

SET DI RIFERIMENTO PER LA PRESA IN CARICO

Sono le prestazioni correlate ai bisogni espressi da almeno il 5% dei soggetti di ogni patologia e per livello di complessità della stessa. Il soggetto erogatore deve garantire per queste prestazioni, l'erogazione nei modi e nei tempi stabiliti nel piano di assistenza individuale (PAI).

- I set di riferimento non rappresentano un PDTA in quanto non sono esito di una *consensus conference* di professionisti ed anche perché riguardano situazioni molto spesso polipatologiche.
- I set di riferimento approvati con la DGR n.X/6551/2017 rappresentano il risultato di un'analisi pragmatica dei percorsi di cura effettivamente realizzati e contengono i pattern di prestazioni sanitarie programmate ed erogate per le diverse condizioni morbose e le loro combinazioni, da cui ricavare gli elementi per definire un PAI il più vicino possibile al bisogno ideale di un paziente in quelle condizioni.
- Rappresentano «*il menù complessivo*» dal quale attingere per costruire il piano più adeguato per ogni singolo paziente nella certezza che nel menù sono presenti le prestazioni che possono soddisfare i bisogni di necessità statisticamente molto basse (almeno il 5% delle necessità espresse per ogni patologia e livello della stessa).

LA TARIFFA DI PRESA IN CARICO

- Il PAI ed il patto di cura sono, atti sanitari, come previsto sia dal Piano Nazionale della Cronicità, sia dalla DGR n. X/6164/2017 e anche la tariffa e la quota fissa hanno natura socio – sanitaria.
- La quota fissa sarà corrisposta sotto forma di funzione non tariffabile ai soggetti gestori accreditati ed a contratto. Ai MMG gestori aggregati in società di servizio/cooperative sarà corrisposta a seguito di fatturazione emessa all'ATS. In entrambi i casi sarà attribuita in base al numero di pazienti arruolati e presi in carico con patto di cura e con PAI effettuati.
- Sulla base del valore complessivo dei set di riferimento individuato nel 2016 la quota dell'8% corrisponde ad un valore medio di circa 40 euro.
- La quota fissa al lordo della quota prevista per il PAI è:
 - pari a 35 euro per i pazienti monopatologici
 - pari a 45 euro per i pazienti con più di tre patologie
 - pari a 40 euro e per i restanti
- Ogni singolo MMG facente parte di un'aggregazione (cooperative) e quando è co-gestore, redige il PAI e il patto di cura per i propri assistiti e per questa funzione si prevede una specifica quota non superiore ai 10 euro all'interno della quota fissa della tariffa.



LA TARIFFA DI PRESA IN CARICO E LA REMUNERAZIONE

Tariffa presa in carico

Rappresenta il riferimento a garantire la realizzazione e attuazione del PAI, e rappresenta la media dei costi individuati nei diversi set di riferimento.

Set di riferimento

è l'insieme delle attività che contribuiscono a individuare la tariffa e sono altamente correlate alla patologia cronica. Corrisponde alle prestazioni erogate ad almeno il 5% dei soggetti appartenenti ad una specifica patologia principale – livello.

Incentivi di premialità

Per i gestori per cui venga comprovata appropriatezza ed efficacia dalla ATS potranno essere riconosciute premialità nell'anno successivo (indicatori da definirsi con successivo provvedimento)

Budget 2018

Per ogni erogatore a contratto il budget verrà ripartito in due «contenitori» per l'attività ordinaria e per l'attività di presa in carico dei pazienti cronici

Remunerazione MMG gestore e co-gestore

Importo non superiore a 10 euro da detrarre alla remunerazione del gestore



INDICATORI DESCRITTIVI, DI PROCESSO, DI ESITO

Sono finalizzati ad analizzare gli effetti complessivi del modello organizzativo sul macro-sistema Socio-Sanitario

Indicatori descrittivi

- *Distribuzione dei soggetti classificati cronici per ambiti territoriali, per Ente Gestore, per Strutture erogatrici, per categorie di cronicità, per livelli*

Indicatori di processo (valutazione di appropriatezza, efficienza, efficacia)

- *Aderenza alle raccomandazioni derivanti da linee guida e protocolli (diabete, ipertensione, insufficienza renale cronica, ...)*
- *Tassi di variabilità e di modifica dei PAI per Ente gestore, MMG*
- *Giornate di degenza media per Ente gestore, per categoria di cronicità, per Ente Erogatore*

Indicatori di risultato e di esito

- *Rapporto tra tassi di ospedalizzazione (es. **tra pazienti in carico e non**)*
- *Rapporto tra tassi di accesso in Pronto Soccorso*
- *Tassi di ospedalizzazione per complicanze, riacutizzazioni*
- *Tassi di amputazione non traumatica arti inferiori in diabetici*

Indicatori di customer satisfaction

