

per chi vuole saperne di più

**Conosci qualcuno interessato a ricevere notizie della Fnp? Invia una email con nome e recapito email della persona interessata a [pensionati.milano@cisl.it](mailto:pensionati.milano@cisl.it).**

## **PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI CRONICI**

**D.G.R. X/6551 del 4 maggio 2017**

Dopo l'estate probabilmente parecchi cittadini Lombardi riceveranno una comunicazione della propria ATS (nuova denominazione assunta dalle Asl) con la quale si chiede di scegliere il "Gestore" della presa in carico della propria cronicità da un elenco allegato. Naturalmente ci auguriamo, e vigileremo per questo, che la lettera permetta ai cittadini di comprendere la richiesta in modo chiaro ed esaustivo per consentire una scelta consapevole. Cerchiamo fin d'ora di fornire alcune spiegazioni con linguaggio comprensibile di quanto si sta modificando nella sanità in Lombardia.

La legge regionale 23/2015 (evoluzione del sistema socio sanitario lombardo modifiche al titolo I e al titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009 n. 33) di Regione Lombardia introduce il passaggio dal concetto di cura a quello di "prendersi cura", ovvero il principio *della presa in carico del paziente*, già anticipato nel "Libro Bianco" di giugno 2014.

La delibera delle Regole di Sistema del dicembre 2016 e le successive dgr 6164 del gennaio 2017 e dgr 6551 di maggio 2017, stabiliscono come avverrà la "presa in carico dei pazienti cronici".

### **RILEVAZIONE DELLA DOMANDA E DEL BISOGNO**

In primo luogo è stata fatta attraverso la Banca dati della Regione una "stratificazione della domanda e di conseguenza del bisogno" ovvero una rilevazione del numero e tipologia della situazioni di cronicità presenti nei territori delle singole Ats.

I soggetti vengono raggruppati sulla base dei seguenti elementi:

- la patologia principale;
- la presenza di eventuali elementi di fragilità sociosanitaria;
- il livello di complessità, definito in base al numero delle comorbidità o alla presenza di particolari condizioni di fragilità.

Per ogni raggruppamento, sono stati elaborati i dati di spesa storica presenti nella Banca Dati, limitando l'analisi in questa fase ai consumi ambulatoriali, farmaceutici e ospedalieri; in futuro saranno integrati con i dati di consumo sociosanitario. A partire da queste informazioni è stata quindi ricavata una tariffa "modulabile" composta per i diversi bisogni:

- i pazienti di livello 1 sono quelli con il consumo più ampio e diversificato (ospedaliero, residenziale, ambulatoriale, domiciliare).
- il Livello 2 esprime un consumo essenzialmente extra-ospedaliero, caratterizzato da un'alta richiesta di accessi ambulatoriali; per questo sottogruppo viene individuata la necessità di coordinare il percorso di terapia e di favorire atteggiamenti collaborativi nella gestione del follow up.
- i pazienti classificabili al Livello 3 esprimono bisogni medio-bassi e prevalentemente ambulatoriali oppure la necessità di controllare o governare la sola aderenza alle terapie.
- livelli 4 e 5 raccolgono rispettivamente consumatori occasionali o non consumatori di risorse .

per chi vuole saperne di più

Tabella 1 DGR 6164/2017. I 3 Livelli di complessità oggetto del governo della presa in carico

	N° Pazienti / utenti	DOMANDA	BISOGNI	PERTINENZA PREVALENTE
Livello 1	150.000	Fragilità clinica e/o funzionale con bisogni prevalenti di tipo ospedaliero, residenziale, assistenziale a domicilio	Integrazione dei percorsi ospedale / domicilio / riabilitazione / sociosanitario	Struttura di erogazione Strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private accreditate
Livello 2	1.300.000	Cronicità polipatologica con prevalenti bisogni extra-ospedalieri, ad alta richiesta di accessi ambulatoriali integrati/ <i>frequent users</i> e fragilità sociosanitarie di grado moderato	Coordinamento e promozione del percorso di terapia (prevalentemente farmacologica e di supporto psicologico – educativo) e gestione proattiva del <i>follow-up</i> (più visite ed esami all'anno)	Struttura di erogazione e MMG Strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private accreditate MMG in associazione
Livello 3	1.900.000	Cronicità in fase iniziale, prevalentemente mono-patologica e fragilità sociosanitarie in fase iniziale, a richiesta medio-bassa di accessi ambulatoriali integrati e/o domiciliari / <i>frequent users</i>	Garanzia di percorsi ambulatoriali riservati/di favore e controllo e promozione dell'aderenza terapeutica	Territorio (MMG proattivo)

**Tabella 2 DGR 6164/2017. I 2 Livelli di complessità con utilizzo occasionale o potenziale dei servizi (non-cronici o non-utilizzatori)**

	N° Pazienti / utenti	DOMANDA	BISOGNI	PERTINENZA PREVALENTE
Livello 4	3.000.000	Soggetti “non cronici” che usano i servizi in modo sporadico (prime visite/accessi ambulatoriali veri)	Accessibilità a tutte le agenzie ambulatoriali disponibili sul territorio	Territorio (MMG)
Livello 5	3.500.000	Soggetti che non usano i servizi, ma sono comunque potenziali utenti sporadici	Sono solo “potenziali utenti”	Territorio (MMG)

## GESTORE DELLA PRESA IN CARICO

### Cosa deve fare il Gestore.

E' il titolare della presa in carico e dovrà assicurare direttamente o a livello di rete le seguenti funzioni:

- valutazione Multidimensionale del Bisogno (MVD) – Valutazione preliminare e multidisciplinare dei bisogni del paziente e sottoscrizione del patto di cura con il paziente;
- Case Management – Coordinamento operativo per la presa in carico del paziente e riferimento per pazienti e familiari durante il periodo di presa in carico;
- definizione del PAI e gestione clinica – Identificazione di un medico responsabile della presa in carico, che curi la predisposizione e l’aggiornamento del PAI (piano di assistenza individuale);
- predisposizione della documentazione e dei materiali necessari alla presa in carico del paziente;
- erogazione direttamente o attraverso il coordinamento dei nodi della rete delle prestazioni previste dal PAI;
- monitoraggio dell’aderenza del paziente al percorso;
- rilevazione della soddisfazione degli utenti/famiglie almeno il 10% di utenti, famigliari.

### Chi può fare il gestore.

Criteri di idoneità:

- erogazione di prestazioni che permettono di rispondere ai bisogni storicamente espressi dai pazienti
- garanzia delle funzioni di accompagnamento nella presa in carico
- completezza della filiera erogativa per i livelli e le aree di patologia o set di riferimento per cui si candida a copertura territoriale
- coinvolgimento del medico di medicina generale/pediatra di libera scelta (per i Gestori erogatori) e degli erogatori (per i gestori medici di medicina generale)

## per chi vuole saperne di più

L' idoneità dei gestori viene valutata in base ai sopra citati criteri dall'ATS territorialmente competente che compila gli elenchi dei Gestori idonei.

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

Il soggetto gestore deve assicurare tutte le fasi della presa in carico e le prestazioni in proprio oppure attraverso l'avvalimento di soggetti terzi che possono essere erogatori già contrattualizzati, strutture accreditate ma non contratto (in tal caso l'Ats contrattualizza solo le prestazioni di cui il gestore si avvale), medici di medicina generale e pediatri di libera scelta.

### **RUOLO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE (MMG)**

Il Medico di medicina generale può assumere tre diversi ruoli:

#### **Ruolo di Gestore, esclusivamente per i propri assistiti, organizzandosi in forma associativa con altri MMG**

L'aggregazione di MMG è il soggetto titolare della presa in carico e deve garantire i requisiti previsti per il Gestore identificando gli enti erogatori delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie richieste

I MMG devono attestare la non esistenza di conflitti di interesse con gli erogatori proposti dalla Ats come idonei alla presa in carico.

#### **Ruolo di co-gestore dei pazienti cronici:**

Partecipa, in collaborazione con altri gestori, alle modalità di presa in carico dei propri assistiti comunicando alla Ats la propria disponibilità a collaborare con i soggetti gestori per garantire alcune prestazioni, tra cui la definizione del PAI.

Redige il Pai e sottoscrive il patto di cura insieme all'altro Gestore ed al paziente.

#### **MMG che decide di non aderire al modello di presa in carico**

Viene informato dal soggetto Gestore della presa in carico dell'assistito.

Può prendere visione del Pai e fornire un parere entro 15 giorni. La responsabilità del PAI resta al medico specialista che può non accogliere le osservazioni del MMG. In caso di disaccordo il MMG può inviare comunicazione alla ATS.

Restano di competenza del MMG le prescrizioni non inerenti la malattia cronica.

### **RUOLO DELL'INFERMIERE**

La figura infermieristica può fornire un'interfaccia con il paziente contribuendo direttamente alla soluzione dei problemi di accesso alle cure.

### **LE NUOVE STRUTTURE PREVISTE DALLA LEGGE 23/2015**

La legge regionale di "evoluzione del sistema socio sanitario" prevede due nuove strutture che dovrebbero rappresentare sedi privilegiate per garantire la continuità delle cure :

- I Presidi Ospedalieri Territoriale (POT): strutture multi servizio sanitarie deputate all'erogazione di prestazioni residenziali sanitarie e socio sanitarie a media e bassa intensità per acuti e cronici, e di prestazioni ambulatoriali e domiciliari.
- I Presidi Socio Sanitari Territoriali (PreSST): modalità organizzativa di riferimento con lo scopo di integrare le attività e le prestazioni di carattere sanitario, sociosanitario e sociale che concorrono alla presa in carico della persona e delle fragilità.

### **ALCUNE RIFLESSIONI E PERPLESSITA'**

L'atto principale della libertà di scelta, se non l'unico, da parte dell'assistito diviene la scelta del Gestore tra quelli accreditati da parte dell'ATS. Sussisterebbe l'assoluta parità ed indifferenza tra soggetti pubblici e privati. In altri termini sarebbe una concorrenza determinata non più dalla scelta

## per chi vuole saperne di più

dell'erogatore per la singola prestazione (tutta teorica ma alla base della teoria del quasi mercato introdotta e applicata con furore ideologico nel modello lombardo), bensì dalla concorrenza tra filiere aziendali organizzate di servizi sanitari a cui verrebbe assegnata per un periodo annuale la gestione quasi totale del malato cronico.

La cura dei pazienti cronici in Lombardia rappresenta il 70% della spesa sanitaria. E' evidente che la sanità privata, più dinamica e agile nella sua organizzazione rispetto alla sanità pubblica, riuscirà a "farla da padrona" in questo nuovo affare.

Il processo innescato con l'entrata in vigore della legge 23/2015 deve integrarsi con quello di riordino delle cure primarie includendo i medici di medicina generale, anello fondamentale di tutta la catena della presa in carico. A tal fine è imprescindibile l'allineamento con il livello nazionale, anche sotto il profilo della contrattazione collettiva, elemento che non pare rientrare nel programma di attuazione della nuova legge.

Nella nostra tradizione culturale il "Medico di famiglia" riveste un ruolo importante di consigliere informato sulla storia non solo sanitaria degli assistiti. Con questa nuova organizzazione viene messo in secondo piano il rapporto medico/paziente, fondamentale nella cura della cronicità e fragilità, soprattutto delle persone anziane. Si teme il sorgere di contrasti sulla stesura del PAI tra MMG e Gestore che inciderà negativamente sul successo della cura e soprattutto nella aderenza del paziente al piano di cura.

Non è ancora definita la rete dei POT e PreSST, fondamentali per la realizzazione del programma.

Inoltre, con la situazione attuale di carenza di personale sanitario, la concentrazione di risorse per far fronte alle esigenze di cura degli assistiti cronici, potrebbe portare, se non ben governata, ad un allungamento delle liste di attesa per tutti gli altri cittadini, che pure hanno diritto a prestazioni in tempi idonei.

La Cisl, con Cgil e Uil, continueranno il confronto con Regione Lombardia per evitare che la riforma porti a una riduzione dei servizi, o peggio, a una disgregazione del servizio sanitario lombardo che, nonostante alcune criticità, resta ancora uno dei migliori in Italia.

Milano, giugno 2017  
a cura di Pia Balzarini e Emilio Didonè  
Fnp Cisl pensionati Milano Metropoli

**ISCRIVITI E FAI ISCRIVERE ALLA FNP CISL**

**puoi godere dei benefici che offre la nostra tessera  
accedere ai nostri servizi gratuiti e/o prezzi agevolati  
godere delle convenzioni per ottenere sconti e altri vantaggi  
partecipare a iniziative turistiche e culturali**

**LA NOSTRA FORZA È ANCHE LA TUA FORZA**