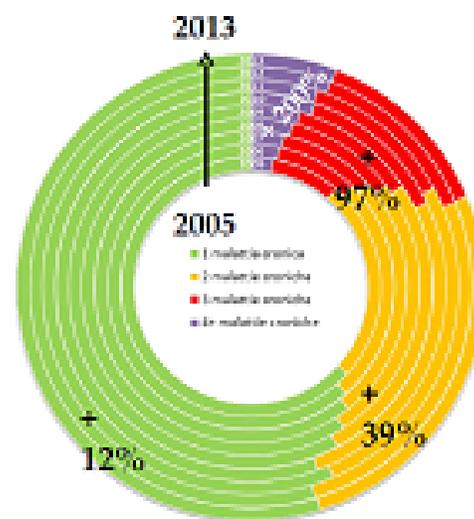


Tabella 1. Domanda, bisogni e pertinenza prevalente

	N° Pazienti/ Utenti	DOMANDA	BISOGNI	PERTINENZA PREVALENTE
Livello 1	100.000	Fragilità clinica e/o funzionale con bisogni prevalenti di tipo ospedaliero, residenziale, assistenziale e domiciliare	Integrazione del percorso ospedali/domicilio/riabilitazione/sociosanitario	Struttura di erogazione Strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private accreditate
Livello 2	1.000.000	Cronicità poli-patologica con prevalenti bisogni extra-ospedalieri, ad alta richiesta di accessi ambulatoriali integrati / frequent users e fragilità socio-sanitarie di grado moderato	Coordinamento e promozione del percorso di terapia (prevalentemente farmacologica e di supporto psicologico - educativo) e gestione proattiva del follow-up (più visite ed esami all'anno)	Struttura di erogazione Strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private accreditate
Livello 3	1.000.000	Cronicità in fase iniziale, prevalentemente mono-patologica e fragilità socio-sanitarie in fase iniziale, a richiesta medio-bassa di accessi ambulatoriali integrati e/o domiciliari / frequent users	Garanzia di percorsi ambulatoriali riservati/ di favore e controllo e promozione dell'aderenza terapeutica	Territorio (MMG proattivi)
Livello 4	5.000.000	Soggetti "non cronici" che usano i servizi in modo sporadico (prime visite/accessi ambulatoriali veri)	Accessibilità a tutte le Agende ambulatoriali disponibili sul territorio	Territorio (MMG)
Livello 5	5.500.000	Soggetti che non usano i servizi, ma sono comunque potenziali utenti sporadici	Sono solo "potenziali utenti"	Territorio (MMG)

## La cronicità in Lombardia ... qualche numero



- 6.700 MMG  
65% in forma associativa
- 3,5 milioni di pazienti cronici (30% della popolazione)
- 75% della spesa sanitaria regionale
- Prevalenza in aumento, in particolare con poli-patologia e/o poli-trattati

# STRATIFICAZIONE DELLA DOMANDA: LA PATOLOGIA PRINCIPALE

Classificazione dei pazienti:

**62 classi di  
PATOLOGIA PRINCIPALE**



**OGNI PATOLOGIA PREVEDE 3 LIVELLI DI STRATIFICAZIONE**

altre 3 classi condizioni di vulnerabilità / fragilità, ad elevato impatto sociosanitario, saranno trattate con successivo provvedimento regionale:

- sindrome dello spettro autistico
- demenza
- tossicodipendenza associata a disturbi psichiatrici ovvero doppia diagnosi

(presa in carico di persone non istituzionalizzate)

## IL PROCESSO DELLA PRESA IN CARICO



I MMG/PLS in forma aggregata potranno esplicitare la filiera erogativa **fino al 15 ottobre**

**La valutazione di tale filiera avverrà entro il 31 ottobre da parte di ATS**

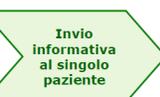
## IL PROCESSO DELLA PRESA IN CARICO



**Ipotesi di tempistica: 31 Marzo**



## IL PROCESSO DELLA PRESA IN CARICO



Verrà inviata ai pazienti una informativa nella quale verrà esplicitato il processo della presa in carico e i gestori che i pazienti potranno scegliere.

**Tra ottobre e novembre**



## IL PROCESSO DELLA PRESA IN CARICO



**Verosimilmente entro il 31 Marzo**

**Preso in carico da parte del gestore scelto**



# 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.



# 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



Regione  
Lombardia

# 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 del bisogno
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.

# 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

# 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*



# LE 4 DIMENSIONI DELLA PRESA IN CARICO

## 1. Reclutamento precoce

- **Esercizio della medicina di iniziativa nei confronti delle cronicità e delle fragilità che concorre a garantire la continuità delle cure.**
- La DGR n. X/6164/2017 assegna a ciascun soggetto una fascia a diverso livello di complessità e di domanda in relazione ai bisogni individuati e verifica e controlla il livello di stratificazione attribuito alla persona.

## 2. Set di riferimento

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).

Stesura del PAI, quale strumento clinico-organizzativo di «presa in carico» del paziente

# LE 4 DIMENSIONI DELLA PRESA IN CARICO

## 3. Integrazione della filiera professionale

- Introduzione della figura del Gestore che è il titolare della presa in carico ed è la figura individuata per garantire il coordinamento e l'integrazione tra i differenti livelli di cura ed i vari attori.
- Responsabile della presa in carico è il medico ed è individuato dal Gestore per curare la predisposizione e l'aggiornamento del piano assistenziale individuale.
- La governance dei processi erogativi garantisce il coordinamento della presa in carico attraverso interdipendenze organizzate tra i diversi livelli di erogazione

## 4. Controllo della compliance

- Il Gestore della presa in carico individua la figura del **case manager** che ha il compito di monitorare l'aderenza al PAI, effettuare il monitoraggio clinico e la rivalutazione periodica.
- Sistema informativo integrato che garantisce il monitoraggio degli sviluppi clinici e sociali del paziente cronico e/o fragile e in particolare dell'aderenza al percorso programmato nel PAI, di competenza del Gestore.

Sistema Socio Sanitario

 **Regione  
Lombardia**  
ATS Insubria

# 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*



## **delibera N. 7655 del 28 dicembre 2017**

### **ALLEGATO 1**

Nella premessa si ricorda che la l.r. 33/2009 sottolinea la *“scelta libera, consapevole e responsabile dei cittadini di accesso alle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, per la cura e la PiC, in un'ottica di trasparenza e parità di diritti e doveri tra soggetti pubblici e privati che operano all'interno del SSL”*, mentre nello specifico della PiC, **“rientra nella piena libertà di scelta dei pazienti sia la decisione di aderire o meno al nuovo modello, sia la scelta del gestore tra MMG aderenti e altri soggetti qualificati gestori idonei dalle competenti ATS”**.

### **1-Invio delle lettere**

L'attività di arruolamento dei soggetti cronici e/o fragili, fulcro della nuova modalità di PiC, rappresenterà l'attività preponderante nel primo semestre 2018. L'invio delle lettere avviene a scaglioni corrispondenti alle tipologie in cui sono stati segmentati i pazienti cronici, secondo il cronoprogramma indicato di seguito, a partire dal 15 gennaio; per i cronici minori di età, le lettere verranno indirizzate ai genitori presso la residenza del minore o all'esercente la potestà genitoriale. Per i pazienti affetti da particolari patologie regolate da specifiche normative in materia di trattamento dei dati, l'adesione al percorso di PiC

a) **Pazienti già arruolati con il modello CReG**, appartenenti a tutti i tre livelli di cui di PiC. Nella lettera verrà messo in evidenza che il MMG, in qualità di gestore, costituirà il loro riferimento prioritario e sarà pertanto il MMG stesso a contattare il paziente per il passaggio al nuovo modello senza soluzione di continuità.

b) **Pazienti appartenenti al livello 3** in cura presso Medici aderenti (MMG/PLS) idonei 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 PiC. Il paziente contatterà il proprio MMG, indicato nella lettera stessa, per informazioni e per la sottoscrizione del Patto di cura.

c) **Pazienti appartenenti ai livelli 1 e 2**, in cura presso Medici (MMG/PLS) gestori/cogestori qualificati idonei. La lettera per questi pazienti conterrà l'indicazione del MMG che ha aderito alla PiC ed il numero del contact center regionale, dato che gli stessi possono scegliere il loro MMG come gestore o cogestore oppure un altro ente gestore, che potranno conoscere telefonando al contact center o collegandosi ad un apposito sito internet. Il paziente potrà utilizzare uno dei due canali, sia per informazioni, sia per l'avvio del percorso. Nel caso in cui si rivolga al contact center, potrà contestualmente comunicare il gestore da lui prescelto ed il call center trasferirà l'informazione allo stesso con le modalità descritte nel paragrafo "servizi informativi ai cittadini".

d) Per i **pazienti appartenenti ai livelli 1, 2 e 3 classificati come "super frequent users"** (frequenza di accessi presso la medesima struttura di almeno l'80% delle prestazioni) e **"elevato frequent users"** (frequenza di accessi presso la struttura compresa tra il 50% e l'80% delle prestazioni): la lettera conterrà l'indicazione dei gestori, individuati sulla base della frequenza "storica" di utilizzo 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. Nel caso in cui si rivolga al contact center, il paziente potrà contestualmente comunicare il gestore da lui prescelto ed il contact center trasferirà l'informazione al gestore con le modalità descritte nel successivo paragrafo "servizi informativi ai cittadini". Il processo di elaborazione degli elenchi dei "frequent user" prende in

e) Ai pazienti per i quali non è possibile individuare una o più strutture di riferimento con **MMG non aderente**, la lettera conterrà l'indicazione dei gestori, individuati sulla base della prossimità territoriale allo studio del proprio MMG curante. Il paziente potrà contattare il contact center per informazioni e potrà contestualmente comunicare allo stesso il gestore prescelto. Il contact center trasferirà l'informazione al gestore con le modalità descritte nel successivo paragrafo "servizi informativi ai cittadini". In tutte le tipologie di lettere verrà inoltre indicato un Servizi informativi per i pazienti

## **2-Servizi informativi per i pazienti**

L'invio delle lettere ai pazienti verrà affiancato da un supporto da una campagna di comunicazione e da un set di servizi erogati dal **Contact Center Regionale** per rispondere a quesiti specifici relativi a: informazioni sulla modalità di accesso al percorso, raccolta della manifestazione di interesse alla PiC, prenotazione del primo accesso per la definizione del PAI.

I pazienti potranno rivolgersi al Contact Center per la **manifestazione di interesse al percorso indicando il gestore prescelto**; l'operatore trasferirà l'informazione al gestore il quale, entro cinque giorni lavorativi, dovrà contattare il paziente e fissare l'appuntamento per la stipula del patto di cura e la redazione del PAI, non oltre i successivi quarantacinque giorni.

# ATTUAZIONE PERCORSO DI PRESA IN CARICO

Hanno aderito al modello di presa in carico, su tutto il territorio lombardo

- 294 gestori
- 1072 erogatori
- 2.575 medici di medicina generale pari al 48% del totale
- 402 pediatri di libera scelta pari al 36% del totale

# MEDICI DI MEDICINA GENERALE

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 MMG SUL TOTALE MMG
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%
<b>TOTALE</b>	<b>5.367</b>	<b>2.292</b>	<b>281</b>	<b>2.575</b>	<b>48%</b>

## GESTORI IDONEI

ATS	COOPERATIVE MMG/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 COMPENZA 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
<b>TOTALE</b>	<b>41</b>	<b>27</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>15</b>	<b>60</b>	<b>68</b>	<b>24</b>	<b>15</b>	<b>36</b>	<b>294</b>

#### **4-Relazione gestore-paziente**

Fondamentale nel modello di PiC 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. Elemento di garanzia per l'efficacia del nuovo percorso è l'empowerment del paziente, inteso come responsabilizzazione alla gestione consapevole della propria malattia cronica che si realizza attraverso l'informazione, il coinvolgimento nelle scelte terapeutiche ed un'educazione ai

#### **5-Ruolo del cogestore**

Con la delibera X/6551 del 2017 sono state definite le modalità di coinvolgimento degli MMG e PLS nella PiC. Al co - gestore spetta la redazione del PAI e l'obbligo di collaborare alla gestione del paziente, di integrarsi anche informaticamente con il gestore con la prelazione a suo favore per la PiC dei pazienti del terzo livello. Le comunicazioni inviate a cittadini il cui MMG/PLS è idoneo come gestore o co - gestore, indicheranno di riferirsi al proprio MMG e PLS per informazioni e, se lo vorranno, per la PiC, come specificato nelle modalità operative di invio delle lettere sopra richiamato. Nel caso in cui siano afferenti ai livelli 1 e 2 si ricorderà loro che possono anche scegliere come gestore un altro soggetto e comunque, se il cittadino lo vorrà potrà decidere che il PAI venga redatto dal suo MMG/ PLS co - gestore ed il gestore, eventualmente scelto dal cittadino, dovrà rispettare questa scelta. Se il medico è un co-gestore idoneo ed un suo paziente lo desidera, ha la priorità relativamente alla redazione del PAI.

## 6-PAI e patto di cura

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 contratto vero e proprio di durata annuale che non può essere tacitamente rinnovato e che impegna entrambi i soggetti: il gestore per le attività ed i servizi previsti nel PAI; il paziente per l'aderenza alla terapia prescritta (si veda il fac simile dell'allegato n. 2)

Il documento del PAI (Piano di Assistenza Individuale) contiene gli elementi essenziali utili a programmare, accompagnare ed aggiornare il percorso dei pazienti e sarà gestito in modalità esclusivamente informatica. Quanto sopra esposto consente di coinvolgere tutti gli attori interessati al percorso di PiC, specie chi ha l'incarico della cura e dell'assistenza dei pazienti con un  
Per quanto riguarda **le prestazioni specialistiche e ed i farmaci sono contenute nei set di riferimento** allegati alla DGR n. X/7038 del 3 agosto 2017 e del presente atto. Per la farmaceutica i set di riferimento sono in prima fase di attuazione definiti per le 11 patologie che rappresentano le necessità di più di due terzi dei soggetti affetti da patologie croniche (allegato n. 3). Gli elementi essenziali del PAI riguardano il momento di inizio della PiC, salvo essere aggiornati con altre prestazioni contenute nei set di riferimento; non è inibita nessuna prestazione che sia ritenuta appropriata e necessaria dal clinical manager ed il monitoraggio delle attività del primo anno permetterà di misurare la completezza dei set di riferimento e l'eventuale necessità di aggiornarli, specie in caso di fragilità, disabilità o di patologie intercorrenti, in coerenza con il Piano Nazionale della Cronicità e con il set dei CReG. Il PAI può essere redatto contestualmente alla firma del patto di cura o anche in un momento successivo, a cura del clinical manager che non ha non solo il compito di redigere un PAI adeguato alla complessità e molteplicità cliniche, ma anche quello di sottoscriverlo.

Si ritiene opportuno che il clinical manager venga identificato nel MMG/PLS, qualora abbia aderito alla PiC o, in caso contrario, nello specialista individuato del gestore, che si avvarrà anche della consulenza di altri specialisti. Nel caso di paziente il cui MMG/PLS non abbia aderito alla PiC, si ritiene in ogni caso indispensabile il coinvolgimento dello stesso per la condivisione delle informazioni e le eventuali interazioni tra le terapie farmacologiche.

**Le prescrizioni farmaceutiche e di prestazioni specialistiche, correlate alle patologie oggetto della PiC, sono di competenza del gestore,** mentre rimangono di competenza del MMG che non partecipa alla PiC le prescrizioni relative alle ricette di farmaci e le prestazioni previste dall'ACN non strettamente correlate ai set di riferimento relativi alle patologie croniche.

Il MMG/PLS che redige il PAI, così come il clinical manager del gestore diverso dal MMG, hanno la responsabilità

- clinica delle prescrizioni ivi contenute che devono essere formulate in coerenza con le buone pratiche cliniche e le evidenze scientifiche

## 8-Soluzioni informatiche

Le attività su cui si fonda il processo di PiC sono:

- Comunicazione al cittadino che rientra nella classificazione della possibilità di partecipare ad una modalità innovativa di cura della sua patologia;
- Firma del patto di cura con conseguente arruolamento paziente dello stesso;
- Implementazione degli scambi informativi tra tutti gli attori coinvolti nel processo (Consensi e Nomine);
- Definizione del percorso di cura attraverso la stesura del Piano Assistenziale Individuale;
- Gestione e monitoraggio del percorso di cura per ogni paziente;
- Monitoraggio del progetto attraverso indicatori di processo e di esito;
- Determinazione della remunerazione in base alle regole regionali

Il sistema si sviluppa su due macrocomponenti:

- quello centrale della PiC, integrato nel dominio del SISS, che ha la responsabilità dell'implementazione delle regole di business del sistema e dei servizi per la gestione delle attività fondamentali per l'avvio, il monitoraggio e la chiusura del percorso di cura, tramite il **rilascio di un numero di protocollo che identifica il patto e abbina il cittadino al gestore;**
- il sistema territoriale locale che supporta il processo di cura attraverso **il rilascio del numero identificativo del PAI**, l'integrazione delle varie applicazioni dei sistemi informativi degli Enti coinvolti nello svolgimento del processo di PiC, e che supporta infine anche il dialogo tra tali applicazioni e il dominio centrale
- **sulla ricetta dematerializzata dovrà essere indicato sia il numero identificativo del patto di cura sia quello del PAI**, al fine di poter visionare tutti i passaggi e di confrontare

## **delibera N. 7600 del 22 dicembre 2017**

**2.5. I presidi territoriali POT e PRESST** Regione Lombardia prosegue nel percorso avviato nel 2017 per rafforzare il proprio sistema di offerta, in coerenza con la riforma e con le con le D.G.R. n. X/6164/2017 e D.G.R. n. X/6551/2017 sulla presa in carico del paziente cronico. In tale ambito si inserisce lo sviluppo e l'implementazione dei Presidi Socio-Sanitari Territoriali (PreSST) e dei Presidi Ospedalieri Territoriali (POT). Con successivo specifico atto di giunta regionale saranno definiti i requisiti di accreditamento istituzionale dei servizi attivabili in tali presidi, tra i quali le degenze di comunità. In tale atto saranno anche definite le modalità con cui i soggetti erogatori interessati dovranno provvedere, ove necessario, ad abilitare all'esercizio e accreditare i presidi. Sia pure in una logica di estrema flessibilità strutturale ed organizzativa, i PreSST e i POT devono, infatti, possedere gli strumenti necessari ad assicurare parte dei servizi di primo livello per la gestione del percorso dei pazienti presi in carico.

**2.6. Medicina diffusa** All'interno della DGR X/6164 del 30/01/2017, che disciplina le principali funzioni del gestore, è possibile riscontrare la previsione di servizi volti ad assicurare l'accesso alla medicina diffusa, quali ad esempio la telemedicina. La medicina diffusa, intesa quale insieme delle metodiche di assistenza al domicilio del paziente che fanno ricorso alle nuove tecnologie, rappresenta un fattore critico di successo nel percorso di riforma in atto ed, in particolare, nella presa in carico. A questo proposito, la Regione intende avviare un percorso finalizzato alla messa a sistema sul territorio regionale della medicina diffusa, attraverso la definizione di requisiti di accreditamento e di un sistema di remunerazione.

## PATTO DI CURA

Tra

Si conviene e si stipula quanto segue

Art. 1

### **Oggetto e scopo del Patto di Cura**

Il patto di cura è l'atto con cui gestore e paziente condividono l'avvio e le modalità di realizzazione del nuovo modello di presa in carico secondo il principio di responsabilizzazione (empowerment) del medico (MMG, PLS o specialista) garantito dal gestore, ma anche del paziente.

Con la sottoscrizione del patto di cura il paziente ufficializza la scelta del proprio gestore, dichiarando la sua formale adesione al nuovo percorso di accompagnamento e consentendo al medico (MMG, PLS o specialista) garantito dal gestore di predisporre, insieme al paziente, il programma annuale di tutti gli interventi sanitari e sociosanitari (Piano Assistenziale Individuale) necessari per un miglior controllo della sua patologia, garantendo così cure più appropriate, controlli puntuali e periodici.

## Art. 2

### **Il Gestore**

Il gestore è il titolare della presa in carico con il compito di garantire il coordinamento e l'integrazione tra i differenti livelli di cura ed i vari attori.

In particolare deve:

- sottoscrivere il patto di cura con il paziente;
- garantire la valutazione dei bisogni del paziente in coerenza con la patologia;
- garantire la definizione del piano di assistenza individuale PAI, che indica il programma annuale di diagnosi e cura e rappresenta uno strumento clinico

organizzativo

di presa in carico del paziente. Al suo interno sono contenute tutte le prestazioni (visite ed esami) e le prescrizioni farmacologiche che il paziente cronico deve effettuare nell'arco di un anno, relativamente alla sua specifica patologia.

Il flusso di informazioni contenute all'interno del PAI è informatizzato e pubblicato sul Fascicolo Sanitario Elettronico "FSE" del cittadino, divenendo così accessibile a tutti i professionisti sanitari chiamati a concorrere all'attuazione del programma delle cure;

- garantire la presa in carico proattiva del paziente, anche attraverso la prenotazione delle prestazioni, l'attivazione, il coordinamento e l'integrazione dei diversi partner di rete necessari per dare attuazione agli interventi previsti nel PAI;

- garantire l'erogazione delle prestazioni previste dal PAI, direttamente o tramite partner di rete accreditati, anche con sede in territori afferenti ad altre ATS ma che garantiscano la continuità territoriale, al fine di assicurare la realizzazione dei set di riferimento per la presa in carico del paziente;
- garantire l'implementazione di servizi innovativi, quali ad esempio la telemedicina;
- garantire il monitoraggio dell'aderenza del paziente al percorso programmato;
- assicurare la varie opzioni diagnostiche, preventive, terapeutiche e riabilitative anche fornendo indicazioni sulle modalità per ottenere forniture di ausili e presidi, riconoscimento di invalidità civile o per accedere a servizi gestiti dai comuni o da altri enti;
- garantire il case manager, il medico referente MMG, PLS o specialista (clinical manager) e tutte le figure professionali necessarie al percorso di presa in carico;
- adottare opportune procedure e protocolli e definire le modalità di gestione della documentazione nel rispetto della normativa vigente in materia di Privacy (informativa e consenso al trattamento dei dati da parte del paziente arruolato).

Art. 3

### **Il Paziente**

Il paziente si impegna a rispettare, per la sua parte, il PAI (fare visite nei tempi programmati, prendere i farmaci prescritti etc. etc.) ciò in coerenza col principio di

responsabilizzazione di tutte le parti della relazione di cura come richiamato all'art. 1. Al fine di garantire una presa in carico efficace ed efficiente, il paziente si impegna a comunicare al gestore eventuali prescrizioni effettuate da soggetti erogatori diversi da quelli previsti nella filiera del gestore stesso e relative a prestazioni riconducibili a quanto previsto nel PAI o prestazioni di cui si è usufruito in regime di solvenza.

Art. 4

### **Durata del Patto di Cura**

Il Patto di cura ha durata annuale e non può essere tacitamente rinnovato. Il cittadino può concludere anticipatamente il percorso di presa in carico, ed eventualmente fare richiesta motivata all'ATS per la sostituzione del proprio gestore, qualora ricorrano gravi e giustificati motivi, che verranno valutati da un'apposita commissione, anche con riferimento alla mancata osservanza da parte del gestore di quanto previsto dall'art.

2.

Art. 5

### **Trattamento dei dati**

Il Trattamento dei dati sensibili dovrà avvenire nel rispetto di quanto previsto nelle singole schede di cui all'allegato B) del Regolamento Regionale n. 3 del 24.12.2012 *“Regolamento per il trattamento dei dati sensibile e giudiziari di competenza della Giunta regionale, delle aziende sanitarie, degli enti e agenzie regionali, degli enti vigilati dalla Regione Lombardia (artt. 20 e 21 del D. Lgs. N. 196/2003)”*

I dati raccolti dal gestore saranno utilizzati per le sole finalità della presa in carico del paziente, nel rispetto della normativa in materia di trattamento dei dati personali e tutela della privacy.

Al termine della vigenza del Patto di cura il gestore dovrà provvedere a gestire i dati acquisiti, secondo le modalità previste dalle norme nazionali e/o regionali, in modo tale che gli stessi non siano più fruibili per gli operatori.

Art. 6

### **Disposizioni finali**

Il presente patto di cura viene sottoscritto dal Gestore della presa in carico e, per accettazione dall'interessato che, a tal fine, dichiara di aver compreso i vincoli e gli obiettivi del patto di cura e i benefici del correlato Piano Assistenziale che verrà predisposto dal medico referente.

## ALCUNE RIFLESSIONI DI PROSPETTIVA

- **Istituzione di contenitori istituzionali dedicati alla raccolta di fondi per la non autosufficienza.** L'auspicata autonomia della Regione Lombardia sarà il terreno fertile per far crescere iniziative in questa direzione. La gestione centralistica dell'INPS di tutte le risorse e le modalità erogative sotto forma di monetizzazione impediscono alle regioni di integrare le politiche e ampliare l'offerta di servizi. A livello centrale spendiamo troppo e male.
- **Integrazione/separazione:** uno dei tratti caratteristici del modello lombardo è il superamento della dimensione sanitaria e di quella sociosanitaria a favore della presa in carico della persona e dell'accompagnamento rispetto ai suoi bisogni. Ancora una volta è la centralità della persona che guida la rete d'offerta e non viceversa, le rigide separazioni (sia organizzative che istituzionali) tipiche delle esperienze europee (ad es Francia e Germania) mostrano il limite di segmentare il bisogno e conseguentemente offrire una risposta parziale.

## Medicina democratica: “Le otto criticità della riforma sanitaria lombarda”. E ai pazienti: “Restate con i vostri medici di famiglia”

- 1. [la riforma] non affronta e non risolve il problema annoso delle liste di attesa.** Tale disfunzione, fra le maggiori inefficienze lamentate dai soggetti interessati, risulta ulteriormente aggravata dalla cattiva gestione derivante dai “tetti di spesa” (che sono causa notoria del blocco di attività ambulatoriali, visite specialistiche e prestazioni sanitarie regolarmente verificatesi negli ultimi mesi dell’anno, a cui dovrebbe avviarsi – ma il suggerimento è meramente indicativo essendo ben più ampio il campo degli sprechi – limitando o eliminando consulenze, uffici di staff e altre sovrastrutture burocratiche oggettivamente inutili. Da anni si assiste invece a tagli continui e sistematici al sistema sanitario pubblico, “compensati” da abnormi finanziamenti a favore del sistema privato accreditato. Anche i provvedimenti in esame risentono della medesima filosofia);
- 2. toglie ai malati cronici la libertà di scelta,** ovvero la possibilità di continuare a farsi seguire dallo stesso specialista o dalla stessa struttura sanitaria presso i quali erano in cura precedentemente, costringendoli ad accettare lo specialista e le strutture sanitarie, pubbliche o private accreditate, imposte dal gestore;
- 3. ignora volutamente che, per evitare sia inutili e interminabili attese telefoniche sia lunghe liste di attesa,** sarebbe sufficiente ristabilire, come era nel passato, la possibilità di fissare immediatamente, al termine della visita programmata, la data per il successivo controllo. Questa soluzione sarebbe ottimale in particolare per i malati cronici ed estremamente conveniente sul piano economico perché non necessiterebbe di alcun gestore;
- 4. determina possibili e spiacevoli situazioni conflittuali e di confusione** nel caso in cui il paziente scegliesse un gestore per la cronicità pur rimanendo necessariamente in carico al proprio medico di base per tutte le altre malattie;
- 5. omette di precisare se eventuali prestazioni non inserite nel PAI** che si rendessero necessarie nel corso dell’anno saranno, o meno, a carico del paziente;
- 6. provoca indebite violazioni del segreto professionale e del diritto alla privacy,** rinviando genericamente a successivi provvedimenti le modalità di trattamento dei dati sensibili;
- 7. prevede la destinazione di soldi pubblici per pagare i compensi destinati alle nuove figure** previste dalla proposta regionale (manager, coordinatori, medici addetti alla stesura del PAI, ecc.); in tal modo diminuirà la disponibilità economica destinata direttamente alle cure e all’assistenza dei cittadini;
- 8. contiene errori madornali nella formulazione dei set di riferimento.** Valga, ad esempio, il set relativo ai pazienti ipertesi, nel quale risultano inclusi la mammografia, la RX lombosacrale, del femore e della caviglia e la visita urologica, mentre sono del tutto assenti il monitoraggio 24 ore pressione, l’ECG dinamico Holter, il test da sforzo, EcoColor Doppler grossi vasi addominali, EcoColor Doppler arterie renali. Non essendo prevista la possibilità che il gestore richieda prestazioni al di fuori dei Set di riferimento, deve dedursi che le stesse, a causa dell’illogicità della previsione del set (di cui sarebbe interessante conoscerne gli autori), siano a totale carico del paziente”.

Il giorno 15 dicembre 2017 presso l'ATS di Milano Città Metropolitana si sono incontrati il Direttore Generale Dott. Marco Bosio e le OOSS territoriali CGIL CISL UIL, FP CGIL FP CISL CISL Medici UIL FPL e SPI FNP UILP di Milano, Ticino Olona, Lodi (per la CISL comprensorio di Pavia e Lodi).

#### Attuazione lr 23/2015

Garanno attivati incontri periodici per confrontarsi sull'applicazione della legge regionale 23 e il conseguente riordino sul territorio nonché il suo impatto sui servizi erogati alla cittadinanza, sugli atti di programmazione dell'ATS con particolare riferimento all'integrazione delle attività sanitarie e sociosanitarie con quelle sociali, dall'analisi dell'offerta socio sanitaria e sanitaria e verifica dei bisogni del territorio. A questo proposito verranno forniti i dati necessari ad una chiara comprensione del fenomeno e verrà data opportuna informazione sui provvedimenti che ATS intende adottare, con particolare attenzione all'attuazione delle delibere regionali e alle conseguenti ricadute sui servizi e sul Personale.

Oggetto del confronto sarà anche lo stato di implementazione del POAS.  
Di norma, gli incontri si effettueranno ogni tre mesi o su richiesta di una delle Parti.

FP  
CISL UIL

#### Cronicità.

Garanno attivati incontri periodici per illustrare gli sviluppi del modello di presa in carico, con particolare riferimento alle ricadute sui cittadini portatori di patologie croniche. Nella prima fase di implementazione dei percorsi relativi alla presa in carico della cronicità, la cadenza degli incontri potrà essere mensile; quando il processo sarà a regime gli incontri si effettueranno di norma ogni 3 mesi o su richiesta di una delle Parti.

In quella sede l'ATS presenterà i dati necessari ad una chiara comprensione del fenomeno nelle varie fasi del processo: candidatura dei soggetti gestori, struttura delle reti di erogatori, arruolamento del paziente, presa in carico, organizzazione e gestione del percorso di cura, monitoraggio dell'efficacia, modalità di remunerazione, coinvolgimento dei MMG e PLS, e a dare opportuna informazione sui provvedimenti che la ATS intende adottare, con particolare attenzione all'attuazione delle delibere regionali e alle conseguenti ricadute sui servizi e sul Personale.

Poiché il tema dell'informazione riveste importanza cruciale, l'ATS svilupperà tutte le azioni necessarie a illustrare i nuovi percorsi di presa in carico e i relativi atti di adesione, anche per creare le condizioni di un consenso informato e consapevole. Le OO.SS. dichiarano la propria disponibilità a favorire la diffusione delle informazioni anche attraverso la rete territoriale delle strutture sindacali.

FP  
CISL UIL

Milano, 15.1.2018

A partire da oggi i pazienti cronici residenti in Lombardia riceveranno due comunicazioni: una lettera dell'assessorato al Welfare e una della propria Ats di riferimento. Con questa comunicazione Regione Lombardia dà avvio alla fase in cui i cittadini lombardi affetti da una o più patologie croniche potranno scegliere se aderire o meno alle nuove modalità operative di gestione del

loro percorso di cura, definite "presa in carico del paziente cronico e/o fragile".

Lo scopo del modello è di aiutare i singoli pazienti nella programmazione e gestione delle

prestazioni o delle visite loro necessarie, che saranno stabilite nel Piano assistenziale

individuale. Il modello ha previsto infatti la selezione, da parte delle Ats, di appositi elenchi

di strutture sanitarie e sociosanitarie private e pubbliche che sono state ritenute idonee a

fornire l'organizzazione necessaria al modello di accompagnamento e di "presa in carico".

Di questi elenchi fanno parte anche le cooperative di medici di medicina generale. Anche

singoli medici hanno aderito al modello, pur se con numeri molto diversi da territorio a

territorio.

Cgil, Cisl, Uil Lombardia, con i sindacati dei pensionati Spi, Fnp, Uilp, e i sindacati di

categoria Fp Cgil, Fp Cisl, Cisl Medici, Fp Uil della Lombardia, ricordano che il medico di

medicina generale resta in tutti i casi il riferimento primario del paziente e l'adesione al

nuovo modello di organizzazione per i cronici non fa mai venir meno l'assegnazione del

medico di base e la relazione di cura con lui. Piuttosto, con questa figura deve affiancarsi o

integrarsi. La scelta del paziente è quindi una fase molto delicata che non va in nessun

modo strumentalizzata.

**15 GEN** - "Cgil, Cisl, Uil Lombardia, con i sindacati dei pensionati Spi, Fnp, Uilp, e i sindacati di categoria Fp Cgil, Fp Cisl, Cisl Medici, Fp Uil della Lombardia, ricordano che il medico di medicina generale resta in tutti i casi il riferimento primario del paziente e l'adesione al nuovo modello di organizzazione per i cronici non fa mai venir meno l'assegnazione del medico di base e la relazione di cura con lui. Piuttosto, con questa figura deve affiancarsi o integrarsi. La scelta del paziente è quindi una fase molto delicata che non va in nessun modo strumentalizzata".

Chi riceverà le comunicazioni da Regione Lombardia, sottolineano i sindacati, dovrà essere

accompagnato, prima di tutto dal proprio medico, a una valutazione attenta in relazione alle

proprie condizioni di salute.

L'eventuale adesione del paziente alla "presa in carico" avrà infatti carattere annuale e si

tradurrà in un vero e proprio contratto definito "patto di cura" fra il paziente e il medico o la

struttura che il paziente avrà scelto fra quelle idonee.

Come fatto finora, le organizzazioni sindacali intendono continuare a confrontarsi nel merito

di questa sperimentazione con Regione Lombardia, a maggior ragione adesso che entra

operativamente in atto sia per i pazienti che per le strutture sanitarie. Lo scopo deve

restare quello di trovare soluzioni positive in grado di migliorare la condizione di