



Attuazione L.r. 23/2015

**Governo della domanda e avvio della
presa in carico di pazienti cronici e fragili**


(DGR 6164/2017 e DGR 6551/2017)




La Legge regionale 23/2015:

il difficile compito di migliorare l'eccellenza

Dal **1 gennaio 2016**, la Legge regionale n. 23 del 2015 ha apportato alcune modifiche al Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità (Legge regionale n. 33 del 2009), dando il via all'evoluzione del sistema sociosanitario lombardo con l'obiettivo di spostare l'asse di cura dall'ospedale al territorio attraverso:


- 1. maggiore integrazione tra gli interventi sanitari, sociosanitari e sociali;**
 - 2. messa a sistema di interventi per la presa in carico e la continuità assistenziale delle cronicità e delle fragilità;**
 - 3. separazione delle funzioni di programmazione, erogazione e controllo.**
- 



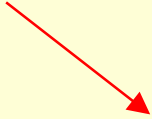
A seguito dell'entrata in vigore della L.R. 23/2015 si sono costituite:

8 Agenzie di Tutela della Salute che attuano la programmazione regionale sul territorio di competenza.

27 Aziende Socio Sanitarie Territoriali articolate in due settori aziendali:
Rete Territoriale e Polo Ospedaliero.





Rete territoriale dedicata alle prestazioni distrettuali attraverso POT e PreSST.



Polo Ospedaliero dedicato al trattamento del paziente in fase acuta e all'offerta sanitaria specialistica.


Viene superata la tradizionale suddivisione tra Azienda Ospedaliera e Azienda Territoriale attraverso la re-integrazione dei servizi territoriali nelle pre-esistenti Aziende Ospedaliere; l'esigenza dell'integrazione tra rete ospedaliera e reti territoriali è riconosciuta attraverso nuovi compiti assegnati alle ASST.






L'elemento fortemente innovativo riguarda la volontà di operare un **cambio di paradigma** evolvendo da un sistema centrato sull'offerta verso un sistema approvativo orientato alla presa in carico di fasce diverse di utenza in relazione ai rispettivi bisogni di cura e assistenza, finalizzato a migliorare l'accessibilità ai servizi e a assicurare la **gestione integrata dell'intero percorso del paziente**.

Gli obiettivi strategici del governo dell'offerta dei servizi sono:


- l'introduzione di **nuovi modelli di presa in carico del paziente cronico e fragile** (art. 9) per garantire la continuità nell'accesso alla rete dei servizi e l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali, incentrati sulla partecipazione del sistema delle cure primarie (art. 10) e delle unità di offerte sociosanitarie (art. 26) alla presa in carico della persona fragile e cronica;
 - il principio dell'**integrazione fra le componenti sanitaria e sociale** (art. 26).
- 



● La **DGR 6164 del 30.01.2017** “*Governo della domanda: avvio della presa in carico di pazienti cronici e fragili. Determinazioni in attuazione dell’art.9 della legge n. 23/2015*” prevede:

- a) l’attivazione di **modalità organizzative innovative per l’avvio della presa in carico** dei pazienti cronici e fragili;
- b) la realizzazione di un **sistema di classificazione delle malattie croniche** per categorie clinicamente omogenee e significative;
- c) l’attivazione di **piani di cura e costruzioni di rete** che integrino prestazioni sanitarie sociosanitarie e sociali.

● La Direzione Welfare di Regione Lombardia:

- - ha stratificato la popolazione in livelli di complessità, suddividendo i pazienti cronici in 3 classi a complessità crescente, in ognuna delle quali sono rappresentate **62 categorie di cronicità**;
 - - ha definito i requisiti per la presa in carico, e la relativa tariffa, ed i criteri di idoneità dei gestori.
- 


Tre livelli di complessità

oggetto del governo della presa in carico

	N°pazienti/utenti	Tipologia Pazienti	Bisogni/Domanda	Pertinenza prevalente
Livello 1	150.000	Fragilità clinica e/o funzionale con bisogni prevalenti di tipo ospedaliero, residenziale, assistenziale a domicilio (4 o più patologie)	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 con prevalenti bisogni extra-ospedalieri, ad alta richiesta di accessi ambulatoriali integrati/frequent users e fragilità sociosanitarie di grado moderato (2/3 patologie)	Coordinamento e promozione del percorso di terapia (prevalentemente farmacologica e di supporto psicologico-educativo) e gestione proattiva del follw-up (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/ frequent users (1 patologia)	Garanzia di percorsi ambulatoriali riservati/di favore e controllo e promozione dell'aderenza terapeutica	Territorio MMG proattivo



Funzioni dei Gestori

- In qualità di soggetti responsabili della presa in carico, secondo quanto previsto dalla **Dgr. 6551 del 4 maggio 2017** *“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”*, i Gestori dovranno:
 - **Sottoscrivere il patto di cura con i pazienti;**
 - **Definire il piano di assistenza individuale;**
 - Coordinare l’attivazione dei nodi della rete erogativa dei servizi sanitari sociosanitari e il raccordo con quelli sociali;
 - **Erogare le prestazioni** direttamente o tramite partner accreditati o a contratto;
 - Monitorare l’aderenza dei pazienti al PAI;
 - Garantire una relazione proattiva con il paziente anche attraverso la prenotazione di prestazioni;
 - Svolgere il ruolo di case management in raccordo con le professioni sanitarie.
- 

Caratteristiche dei “Gestori”

Possono essere “Gestori”:

- le strutture accreditate e a contratto con il Sistema Sociosanitario Lombardo;
- le cooperative di Medici di Medicina Generale (MMG) e/o Pediatri di Libera Scelta (PLS).

L’idoneità dei gestori viene valutata dall’ATS sulla base dei seguenti **criteri**:

- presenza dei requisiti previsti;
- completezza della filiera erogativa per i livelli e le aree di patologia o set di riferimento per cui si candida;
- copertura dell’area territoriale;
- coinvolgimento del MMG/PDL (per i gestori erogatori) e degli erogatori (per i gestori Medici di Medicina Generale).



Funzioni dei Medici di Medicina Generale (e dei Pediatri)


MMG e PLS, in qualità di soggetti di riferimento del paziente, assicurano le funzioni previste dalla convenzione nazionale.

Essi possono:

- assumere il ruolo di **gestore** della presa in carico,
- assumere il ruolo di **co-gestore** della presa in carico,
- non partecipare al modello di presa in carico.


Per candidarsi come gestore **il MMG non può candidarsi singolarmente, ma deve organizzarsi in forme associative** (cooperative, ...), possibilmente in coerenza con gli Ambiti distrettuali per il rispetto del principio di prossimità territoriale.

Anche il PLS potrà candidarsi per il ruolo di gestore e co-gestore, prioritariamente per i pazienti cronici del 3° livello.





Funzioni dell'ATS

- Regia dell'attuazione del modello nell'ambito del territorio di competenza;
 - Verifica della stratificazione e della classificazione della popolazione in relazione ai bisogni individuati ed eventuali aggiornamenti;
 - Valutazione e selezione dei gestori;**
 - Cura dell'informativa ai pazienti e raccordo con gli MMG;
 - Monitoraggio e controllo del gestore e degli enti coinvolti nella presa in carico, anche in termini di appropriatezza;
 - Verifica della rendicontazione ai fini della remunerazione;
 - Istituzione della commissione con compiti di verifica delle procedure implementate, di gestione di contenziosi e di richiesta di aggravamento di patologie.
- 




Il paziente

Il paziente che accetti di essere coinvolto in questo percorso di presa in carico:

- Sceglie il gestore del suo percorso di cura;
- Sottoscrive con il gestore il patto di cura da confermare o disdire annualmente.

A tutela della libertà di scelta, sarà il paziente a scegliere il gestore della presa in carico all'interno di quelli accreditati e idonei in ogni ambito di prossimità (la **lista dei Gestori sarà inviata ai cittadini** presenti nella stratificazione insieme a un'informativa di funzionamento del sistema).

Il gestore scelto dal paziente sarà responsabile del suo intero percorso di cura relativo alla patologia primaria.



I soggetti della filiera della presa in carico

- **Strutture accreditate e a contratto con il Sistema Sociosanitario Lombardo** (case di cura, unità d'offerta sociosanitaria, strutture ambulatoriali ed extraospedaliere);
- **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 (Contratto a scopo); i pagamenti per le prestazioni sono effettuati sempre e solo dall'ATS.

- sistema delle cure primarie, anche con le nuove modalità organizzative delle AFT e delle UCCP
- strutture di ricovero e cura
- reparti di assistenza sub-acuta
- strutture di cure intermedie
- reparti di degenza riabilitativa
- degenze di comunità
- presidi ospedalieri territoriali (POT)
- presidi sociosanitari territoriali (PreSST)

- assistenza domiciliare integrata (ADI)
- Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)
- Centri Diurni Integrati (CDI)
- Residenze Sanitarie assistenziali per Disabili (RSD)
- Centri Diurni per Disabili (CDD)
- Strutture riabilitative ambulatoriali
- Strutture di assistenza specialistica ambulatoriale
- Servizi di medicina di laboratorio (SMeL)
- Servizi di diagnostica

Ai nodi sanitari e sociosanitari si affiancano, integrando le attività qualora necessario, le **farmacie** e i servizi della **rete sociale**.

Centro Servizi

Le **funzioni di supporto** del Centro Servizi al Gestore devono essere:

- garantire un accesso rapido e facilitato del paziente a tutte le prestazioni programmate ed effettuate;
- offrire 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 soggetti**, quali erogatore, MMG, Medici specialisti, RSA, centri diurni, ecc.;
- 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.

Tariffe e risorse di accompagnamento alla presa in carico

Il “set di riferimento” è l’insieme delle attività che contribuiscono a individuare la tariffa per il gestore e sono correlate alla patologia cronica.

La quota fissa annua della tariffa è:

- Pari a 35 € per pazienti monopatologici (livello verde);
- Pari a 40 € per pazienti pluripatologici con 2/3 patologie (livello giallo);
- Pari a 45 € pazienti con più di 4 patologie (livello rosso).



Avviso pubblico ATS per l'iscrizione nell'elenco degli idonei

L'ATS di Bergamo, secondo le indicazioni regionali, ha emanato un avviso finalizzato alla costituzione di:

- un **elenco di soggetti gestori e co-gestori**
- un **elenco di erogatori a supporto della presa in carico** dei pazienti cronici da parte dei MMG/PLS in forma aggregata


Modalità di presentazione della domanda

I soggetti interessati presenteranno **una domanda per ogni specifico ruolo**: gestore, co-gestore, erogatore a supporto della presa in carico da parte di MMG/PLS in forma aggregata.

Termine presentazione delle domande: 31 luglio 2017

Un'apposita commissione interna all'ATS esaminerà le istanze presentate e stilerà degli **elenchi di idonei, che verranno pubblicati sul sito web dell'ATS entro il 15 settembre 2017.**

L'elenco degli idonei avrà validità triennale e verrà confermato o integrato sei mesi prima della scadenza con un nuovo avviso pubblico.





Chi può CANDIDARSI QUALE GESTORE della presa in carico:


- Enti sanitari e sociosanitari accreditati e a contratto
- soggetti del sistema delle Cure Primarie organizzati in forme associative (dovranno esplicitare la rete degli erogatori partner individuati).

Chi può CANDIDARSI QUALE CO-GESTORE della presa in carico: MMG e PLS singoli come co-gestori esclusivamente per i propri assistiti, per svolgere una funzione di collaborazione nei confronti dei Gestori

Chi può CANDIDARSI QUALE EROGATORE a supporto della presa in carico:

- strutture accreditate e contrattualizzate (case di cura, unità d'offerta sociosanitarie, ambulatori extraospedalieri)
- strutture accreditate al 30.01.2017 ma non a contratto.

Chi si propone come gestore deve assicurare tutte le prestazioni e le fasi della presa in carico in proprio oppure mediante soggetti terzi, che possono essere:

- erogatori già a contratto (case di cura, unità d'offerta sociosanitarie, ambulatori extraospedalieri)
 - strutture accreditate ma non a contratto, che ATS contrattualizza per l'erogazione delle sole prestazioni di cui si avvale il gestore
- 



UFFICIO SINDACI - Via Galliccioli 4, Bergamo tel. 035/385384-5 cell. 335.1834092 e-mail: ufficio.sindaci@ats-bg.it

