

Aldo Gazzetti

La sanità lombarda sembra evolversi, espandersi e mutarsi nei propositi e nei tempi a seconda delle reazioni e delle pressioni dei vari stakeholders. Alcuni hanno definito tutto questo una riforma confusa ma in questa apparente confusione c'è del metodo. È un disegno complesso e strategico che va compreso in tutti i numerosi aspetti: nella maggiore Regione Italiana cambia radicalmente il sistema organizzativo di offerta e gestione della sanità, controllato per larga parte da entità private. A queste la Regione delega ed assegna le funzioni di programmazione, committenza ed erogazione diretta ed indiretta per il 30% della popolazione classificata come affetta da malattie croniche e grande consumatrici di servizi.

È andato in scena il secondo atto del nuovo modello lombardo di presa in carico degli ammalati cronici (vedi precedente post [Lombardia: i malati cronici al miglior offerente](#)). **All'inizio di maggio la Giunta Lombarda ha deliberato un nuovo provvedimento amministrativo** (Delibera 6551 del 4 maggio 2017.[1] **Ultimo atto conclusivo?** Sembra di no. In questa seconda delibera già se ne annunciano altre che dovrebbero riguardare: ulteriori tariffe relative alle categorie di cronicità, in particolare per l'ambito sociosanitario, e al trattamento dei dati e la costituzione di organismi "tecnici" di verifica dell'attuazione del modello di presa in carico, di verifica e di monitoraggio dell'appropriatezza e della tariffa (con presenza dei rappresentanti dei MMG e soprattutto delle associazioni degli erogatori privati).

È un modello “liquido” che sembra evolversi, espandersi e mutarsi nei propositi e nei tempi a seconda delle reazioni e delle pressioni dei vari stakeholders. Alcuni hanno definito tutto questo una riforma confusa ma in questa apparente confusione c'è del metodo. È un disegno complesso e strategico che va compreso in tutti i numerosi aspetti: nella maggiore Regione Italiana cambia il sistema organizzativo di offerta e gestione della sanità, controllato per larga parte da entità private. A queste la Regione delega ed assegna le funzioni di programmazione, committenza ed erogazione diretta ed indiretta per il 30% della popolazione classificata come affetta da malattie croniche e grande consumatrici di servizi per una spesa stimata del 70% (circa 8 miliardi di euro).

Alcuni contenuti della delibera

Con la delibera 6551 vengono poste le basi per attivare, con progressiva messa a regime, le modalità innovative di presa in carico dei pazienti basate sul sistema di classificazione delle malattie croniche già definito con la precedente DGR X/6164 del 30 gennaio 2017 e scaturito dall'analisi dei dati relativi alla domanda di prestazioni rilevati in serie storica. Principale scopo del provvedimento è la definizione delle modalità di attivazione del nuovo percorso di presa in carico con individuazione degli attori protagonisti del processo, delle loro funzioni e del nuovo ruolo a loro assegnato e viene ben definito il ruolo del Gestore della presa in carico, i suoi compiti e i suoi poteri.

Di seguito alcuni schemi riassuntivi dei meccanismi di presa in carico e di gestione.

La DGR 6164/17 inizia a definire il target di popolazione coinvolta, gli attori coinvolti, i ruoli e le responsabilità per la messa in atto del nuovo modello di presa in carico del paziente cronico e fragile.

In particolare definisce:

- I nuovi soggetti (Ente Gestore ed erogatori della rete di offerta)
- Le caratteristiche e i requisiti dei nuovi soggetti
- Responsabilità e le aree di azione
- Il nuovo ruolo di MMG/PLS nella rete di offerta
- I nuovi Presidi Ospedalieri-territoriali per la presa in carico (POT)
- I nuovi Presidi Socio Sanitari Territoriali per la presa in carico (Presst)
- le modalità di remunerazione

La DGR 6551 definisce ulteriormente le caratteristiche dei soggetti che compongono le reti di offerta e le modalità operative previste.

In particolare definisce

- Il contesto normativo nazionale di riferimento fa riferimento al PNC dentro il quale si collocano le due DGR 6164/6551
- Le caratteristiche del Gestore (funzioni e requisiti)
- Il ruolo degli MMG/PLS
- Le nove strutture per la presa in carico: POT e PreSST
- Servizi e strumenti funzionali al percorso di presa in carico
- Strumenti di governo del percorso di presa in carico (aspetti economici, monitoraggio e controllo)
- La comunicazione verso il cittadino

➔ TITOLARE DEL PERCORSO DI PRESA IN CARICO È IL **GESTORE**, CIOÈ IL SOGGETTO CHE GARANTISCE IL COORDINAMENTO E L'INTEGRAZIONE TRA I DIFFERENTI LIVELLI DI CURA E TRA I VARI ATTORI COINVOLTI.

IL GESTORE IN PARTICOLARE:

➔ SOTTOSCRIVE IL PATTO DI CURA CON IL PAZIENTE E REDIGE IL PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE (PAI) PRENDE IN CARICO PROATTIVAMENTE IL PAZIENTE, ANCHE ATTRAVERSO LA PRENOTAZIONE DELLE PRESTAZIONI

EROGA LE PRESTAZIONI PREVISTE DAL PAI, DIRETTAMENTE O TRAMITE PARTNER DI RETE ACCREDITATI MONITORA L'ADERENZA DEL PAZIENTE AL PERCORSO PROGRAMMATO

➔ IDONEITÀ DEI GESTORI

SONO LE AGENZIE DI TUTELA DELLA SALUTE TERRITORIALMENTE COMPETENTI A VALUTARE L'IDONEITÀ DEI GESTORI SULLA BASE DI CRITERI UTILI AD ACCERTARE IL POSSESSO DEI REQUISITI NECESSARI ALLA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE:

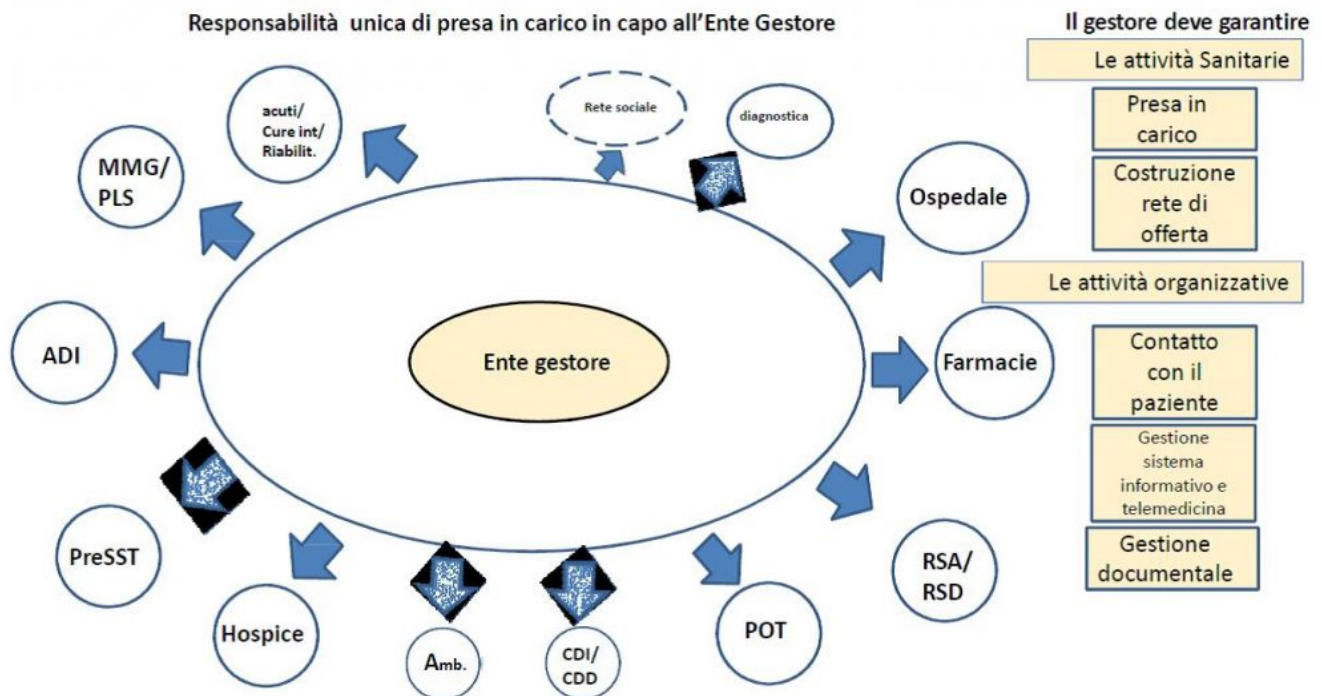
CAPACITÀ DI ASSICURARE L'INTERA FILIERA EROGATIVA PREVISTA PER I LIVELLI E LE AREE DI PATOLOGIA PER CUI SI CANDIDA;

PIENA COPERTURA DELL'AREA TERRITORIALE DI RIFERIMENTO;

COINVOLGIMENTO DI TUTTI I SOGGETTI DELLA RETE DI OFFERTA UTILI ALLA PRESA IN CARICO.

➔ POSSONO SVOLGERE RUOLO DI GESTORE:

LE STRUTTURE ACCREDITATE E A CONTRATTO CON IL SISTEMA SOCIO SANITARIO LOMBARDO; LE COOPERATIVE DI MEDICI DI MEDICINA GENERALE/PEDIATRI DI LIBERA SCELTA; UN SINGOLO MEDICO DI MEDICINA GENERALE/PEDIATRA DI LIBERA SCELTA PUÒ SVOLGERE FUNZIONE DI CO-GESTORE, IN AFFIANCAMENTO ALLA FUNZIONE DI GESTORE ESERCITATA DA UNA STRUTTURA EROGATRICE ACCREDITATA E A CONTRATTO.



L' idoneità dei candidati a svolgere il ruolo dei gestori viene riconosciuta con criteri molto generici basati su una autocertificazione della capacità erogativa, la copertura dell'area territoriale di riferimento e la capacità organizzativa dei soggetti della rete di offerta. Al gestore dunque si delega la funzione di committenza e di scelta o della erogazione diretta o indiretta mediante accordi pattizi con terzi. Si può ben comprendere la possibilità dell'immediata creazione di joint venture e di filiere completamente privatizzate. All'Agenzia regionale (ATS) è assegnato dalla Regione un ruolo di *gatekeeper* della rete assistenziale sempre più privatizzata. Dichiara i gestori idonei tra quelli già accreditati e contrattualizzati, magari per altre funzioni e per altri tipi di assistenza (esempio: l'accreditamento delle RSA è ben diverso dalle strutture ospedaliere). In un altro senso si potrebbe definire la sua funzione come stazione appaltante di una serie di servizi che a loro volta possono essere subappaltati.[2] L'ampiezza gestionale massima della presa in carico per ogni gestore è di 200.000 pazienti arruolati contemporaneamente.[3] Anche se le singole ATS la potranno abbassare, questa soglia che non appare giustificata nel testo. D'altra parte nella delibera e nemmeno in altri documenti si dà un quadro della rete di offerta e una programmazione trasparente della ampiezza di offerta ottimale. Le esperienze estere consolidate di prese in carico della popolazione

cronica non sembrano mai raggiungere uno spettro così ampio sia per patologie sia come numero arruolati.[4]

Il nuovo ruolo della medicina di base

Con la nuova delibera il nuovo ruolo della medicina di base viene precisato, rivalutato ed ampliato. D'altra parte il progetto CREG (2011-2017) ha avuto protagoniste le Cooperative Mediche e di fatto ha rappresentato la sperimentazione sia della stratificazione della domanda sia della presa in carico. Alla fine del 2016 18 cooperative possono avere già la possibilità a candidarsi come gestori. La strutturazione organizzativa dell'attività dei CREG è stata basata sulla creazione dei Centri Servizi gestiti a loro volta da quattro o cinque società private (TELBIOS, @CCURA, PAXME, VIVISOL, VREE HEALTH).

I numeri della sperimentazione dei CREG in Lombardia

IN TOTALE				LOMBARDIA – NUMERI PROGETTO CREG 2016		ASL	Cooperative
ASL	Cooperati ve	Totale MMG	Totale Arruolati Stimato	ASL	Cooperative Provider	MILANO 1	
10	18	1.008	196.858				GST Legnano Coop Soc. Salute Groane Coop. Soc. Medica Rodense Gestione Cure Primarie Soc. Coop
				Milano Città	Coop Medici Milano Centro ATI Milano Citta'	MONZA- BRIANZA	Consulto Formativo Brianza Coop IML Bergamo
					Coop Como Medicare Coop Cosma 2000 Coop MMG – CREG	CREMONA	Coop Medicina Territoriale Soresina CMMG Soresina Soc. Coop Med- Gadesco Pieve del Mona
				Como	Coop Paxme Gestioni		
				Bergamo	Coop Iniziativa Medica Lombarda Coop Iniziativa Medica Lombarda Coop CReG	SONDRIO	Coop Valcura Coop IML Bergamo
				Milano 2	Servizi	VARESE	GST Legnano COSMA 2000 Varese Salute-Coop Soc. Medici
				Lecco	Coop COSMA Lecco		

ATS	ARRUOLATI
ATS CITTA' METROPOLITANA	51.262
ATS DELLA BRIANZA	39.127
ATS DELLA MONTAGNA	9.799
ATS DI BERGAMO	20.496
ATS INSUBRIA	48.446
ATS VAL PADANA	18.450
TOTALE	187.580

Si può prevedere che aumenterà l'adesione dei Medici di base a questo modello

imprenditoriale già strutturato e sperimentato ed, ora, possibile sorgente di ulteriori guadagni.

Viene infatti ora definita un'attività specifica e retribuita di accompagnamento alla presa in carico. Come viene introdotta la figura del medico co-gestore e la sua presenza retribuita nella definizione del Patto di Cura e del PAI. Il MMG/PLS che non partecipa al percorso di presa in carico viene informato e riceve copia del PA e continua a svolgere le funzioni previste dall'ACN.

COME CAMBIA LA MEDICINA DI BASE

Nella nuova modalità di presa in carico del paziente cronico e fragile Medici e Pediatri di famiglia possono collocarsi nel percorso secondo differenti modalità:



MMG/PLS Gestore

- Il MMG/PLS può assumere il ruolo di gestore del paziente cronico organizzandosi con altri MMG, in forme associative, quali cooperative e altre forme previste dalla normativa vigente.
- Deve garantire le funzioni e i requisiti previsti per il soggetto gestore con il supporto di altri enti erogatori per l'effettuazione delle prestazioni.



MMG/PLS Co-gestore

- Per i pazienti cronici monopatologici (3° livello) il singolo MMG/PLS può candidarsi come co-gestore. e in questo caso - insieme al Gestore - redige il PAI e sottoscrive il Patto di cura;
- Per i pazienti cronici polipatologici (2° livello) e con fragilità clinica (1° livello), il MMG può essere co-gestore e redige il PAI. **Il Patto di cura è sottoscritto dal MMG e dal Gestore insieme al paziente.**



MMG/PLS che non partecipa al modello di presa in carico

Al MMG/PLS che non partecipa al percorso di presa in carico, viene in ogni caso trasmesso il PAI dei pazienti assistiti da parte del soggetto gestore, per la condivisione informativa.
Per la parte non relativa alla cronicità, il MMG/PLS continua a svolgere le funzioni previste dall'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina di base.

Aldo Gazzetti - Esperto organizzazione-legislazione-valutazione sanitaria - Forum Diritto alla Salute

Bibliografia

dgr X/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 legge regionale N. 33/2009"
Art. 9 (Modelli di Presa in Carico per il Paziente Cronico e Fragile)«Il Sistema Sociosanitario Lombardo attiva modalità organizzative innovative di «presa in carico» in grado di

integrare, anche facendo uso delle più aggiornate tecnologie e pratiche metodologiche, in particolare di telemedicina, le modalità di risposta ai bisogni delle Persone in condizione di cronicità e fragilità, al fine di garantire la continuità nell'accesso alla rete dei servizi e l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali. A tale scopo sono adottati modelli organizzativi, attraverso reti di cura ed assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale, che assicurino l'integrazione ed il raccordo tra tutte le diverse competenze professionali coinvolte, sia ospedaliere che territoriali».

Sarebbe interessante sapere se è stato chiesto un parere all'ANAC (Autorità Nazionale Anticorruzione).

Vedasi DGR 6551 Allegato 1 - Modalità di presa in carico dei pazienti cronici e fragili PAG.

18

Assessing chronic disease management in European health systems -Concepts and approaches-© World Health Organization 2014

Facebook

Twitter

LinkedIn