

Partecipare o no al nuovo sistema sulla cronicità?

Un contributo di **Marco Noli**, docente a contratto di Organizzazione dei Servizi, Università Cattolica di Milano

Molti attori del sistema sociosanitario della Regione Lombardia, chiamati a manifestare l'interesse a diventare gestori, co-gestori o erogatori dei percorsi di presa in carico della cronicità ai sensi della dgr n. 6551 del 4 maggio 2017, si stanno chiedendo in questo mese quale decisione prendere. L'articolo propone alcune riflessioni sullo scenario che si prefigura.

a cura di Rosemarie Tidoli - domenica, luglio 09, 2017

<http://www.lombardiasociale.it/2017/07/09/il-modello-di-presa-in-carico-dei-pazienti-cronici-e-fragili-in-lombardia-partecipare-o-non-partecipare/>



Premessa

[La dgr 6551/2017](#) ricolloca le [dgr. n. 6164 del 30 gennaio 2017](#) e la [dgr. n. 4662 del 23 dicembre 2015](#) nel contesto normativo del Piano Nazionale della Cronicità, da cui l'Accordo tra Stato, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano del 15 settembre 2016.

Anzitutto, occorre essere consapevoli che **il riordino della rete dell'offerta per la cronicità coinvolge tutti gli attori del sistema sanitario e sociosanitario e sociale e la posta in gioco è il loro posizionamento nel nuovo sistema di presa in carico della cronicità.**

La letteratura internazionale ha chiarito "*cosa fare*" per assistere in modo efficace i pazienti cronici ma si configurano scenari molto diversificati su "*come farlo*". **Partire dalla domanda per definire gli interventi di assistenza apre gradi di indeterminatezza e imprevedibilità delle risposte** e gli assetti istituzionali conseguenti si complicano. La gestione di questi modelli richiede pertanto maggior capacità di governance rispetto a quelli strutturati sull'offerta.

Rispondere alla domanda posta nel titolo non è semplice e quindi questo contributo non si pone come scopo una risposta. Proverà, dopo aver delineato il modello di presa in carico della cronicità deciso dalla Regione Lombardia, a problematizzare lo scenario che ne consegue per avviare una prima riflessione, che avrà bisogno di ulteriori precisazioni e correzioni.

Il modello regionale

Governo della domanda

Nella prima delibera, la dgr. 6164/2017, la Regione definisce il proprio modello per la gestione della cronicità: per una maggior chiarezza, giova ripercorrerne i punti salienti. La prima azione è la classificazione della popolazione in cluster omogenei di domanda, costruiti attraverso i dati anagrafici e i dati di consumo medi di prestazioni ambulatoriali, farmaceutiche e ospedaliere per patologia principale (65 individuate), considerando tali consumi come indicatori della domanda di assistenza e di probabile spesa futura. I cluster omogenei di popolazione sono raggruppati in 5 livelli con diversi gradi di complessità ed intensità di bisogno così riassumibili:

- Primo livello: pazienti con fragilità clinica importante (quattro o più patologie): circa 150.000 persone;
- Secondo livello: pazienti con cronicità polipatologica (2-3 patologie): circa 1.300.000 persone;
- Terzo livello: pazienti con cronicità iniziale (1 patologia): circa 1.900.000;
- Quarto e Quinto livello: pazienti non cronici che usano in modo sporadico i servizi e persone che non li usano, circa 6.500.000 persone;

Riordino della rete dell'unità di offerta e modalità di presa in carico

Per i livelli 1, 2 e 3 di cronicità la Regione definisce un nuovo modello di presa in carico che prevede una maggior integrazione tra la medicina primaria, l'area specialistica nonché la partecipazione di erogatori della rete sanitaria, sociosanitaria e sociale esistente.

Regione Lombardia individua **il gestore quale soggetto titolare della presa in carico**, che ha la responsabilità di coordinare e facilitare le diverse fasi del percorso di cura, garantendo la successione coordinata ed ininterrotta degli interventi coerenti con i bisogni dei pazienti.

Il **gestore** deve garantire:

- **la valutazione multidimensionale del bisogno (VMD)** nei primi 3 livelli di cronicità, precisando i diversi professionisti necessari. Il **medico referente (clinical manager)** è il medico responsabile della presa in carico e cura la predisposizione e l'aggiornamento del **Piano Assistenziale**

Individuale (PAI). L'arruolamento del paziente avviene attraverso la sottoscrizione del **Patto di Cura e la condivisione del PAI**;

- **la presa in carico proattiva** con il paziente, attraverso l'individuazione del **case manager**, cioè colui che svolge la funzione di coordinamento gestionale – organizzativa delle attività assistenziali delle persone in carico, garantendo la continuità del percorso di cura della filiera erogativa implicata nell'attuazione del PAI. Questa funzione è una declinazione del **Centro Servizi**, strumento che il gestore dovrà attivare e che dovrà assicurare al paziente: A) la gestione dell'agenda sanitaria (prenotazione, contatto telefonico per ricordare appuntamenti e accertamenti, fornitura a domicilio di presidi sanitari e ausili); B) il coordinamento e l'attivazione dei nodi della rete erogativa, garantendo la gestione delle prestazioni sanitarie sociosanitarie previste dal PAI, nonché il suo aggiornamento in accordo con il medico referente; C) il supporto per eventuali interventi innovativi tra i quali la telemedicina, nell'ambito delle indicazioni regionali; D) il supporto alle richieste personali e/o del caregiver; E) il monitoraggio dell'aderenza del paziente al percorso programmato attraverso la gestione dei flussi informativi, tramite la piattaforma informatica di supporto, composta di moduli di base (gestione anagrafica assistito, gestione consensi, arruolamento e patto di cura, redazione e gestione PAI, rendicontazione flussi di attività, report) e moduli opzionali (gestione agende/prenotazioni, monitoraggio assistiti, VMD, gestione comunicazioni, visualizzazione e integrazione PAI, customer satisfaction, telemedicina).

Il gestore deve garantire servizi e strumenti per la comunicazione e l'accompagnamento della presa in carico del paziente nonché la comunicazione tra i nodi della rete attraverso un adeguato supporto tecnologico.

Chi è il gestore?

Il gestore della presa in carico, che dovrà essere un soggetto accreditato e a contratto con il SSN, ad eccezione del sistema di cure primarie, **è la figura deputata a garantire la completezza della filiera erogativa per i livelli e le aree di patologia per cui si candida e a** definire la propria capacità di erogazione nelle patologia scelte e nell'area territoriale di riferimento. Per assicurare l'intera filiera dei servizi potrà avvalersi di soggetti terzi, definiti soggetti erogatori, che possono essere erogatori già contrattualizzati (case di cura, UO sociosanitarie, strutture ambulatoriali extra ospedaliere), o strutture accreditate non contrattualizzate, che saranno quindi contrattualizzate esclusivamente per le prestazioni di cui il gestore si avvale (cosiddetto “ contratto di scopo”).

Posizionamento del Medico di Medicina Generale (MMG)

In questo nuovo scenario per il medico di medicina generale (MMG) sono possibili tre scelte:

- **diventare gestore del paziente cronico.** Il MMG, se organizzato in forma associata con altri medici, può esercitare il ruolo di gestore e come tale deve garantire le relative funzioni e requisiti con il supporto di enti erogatori per lo svolgimento delle prestazioni;
- **diventare co-gestore di pazienti cronici.** Il MMG può co-gestire, cioè partecipare alla presa in

carico, alla redazione del PAI e insieme al gestore sottoscrivere il patto di cura con il paziente. Qualora lo stesso sia in carico ad una struttura o un servizio specialistico, il PAI specialistico sarà definito dal medico che ha l'effettiva responsabilità di cura e condiviso dal MMG.

- **non aderire al modello di presa in carico per la cronicità.** Il MMG sarà informato del PAI elaborato dal soggetto gestore e potrà segnalare all'ATS eventuali disaccordi con lo specialista.

Il MMG continua comunque in tutti i tre casi a svolgere le sue funzioni per la parte non relativa alla cronicità.

POT e PreSST: nuove unità di offerta

La delibera 6551/2017 regola poi le nuove strutture d'offerta per la presa in carico: i Presidi Ospedalieri Territoriali (POT) e i Presidi Socio Sanitari Territoriali (PreSST), definiti dalla legge 23/15 come “*sedi privilegiate per l'esercizio della medicina di iniziativa nei confronti della cronicità e delle fragilità che concorrono a garantire la continuità delle cure*”, anche in attuazione del DM 70/2015.

Presa in carico delle fragilità

Quando la cronicità si associa a:

- condizioni di vulnerabilità sociale;
- livelli di complessità tali da compromettere la normale vita sociale;
- compromissione dell'ambito funzionale, psicomotorio con perdita dell'autonomia

assume la condizione “stato di fragilità”, così come definita dalla delibera.

In questo caso non si tratta di rispondere solo a bisogni sanitari ma anche psico-socio-educativi del paziente e del suo nucleo familiare.

Si rinviando ad un successivo provvedimento le modalità di classificazione e tariffazione dei bisogni complessi delle seguenti tipologie di persone non istituzionalizzate:

- minori e adulti con disabilità diversificate, minori con sindrome di autismo;
- anziani fragili con necessità di interventi di stabilizzazione e persone con demenza diversificate;
- persone con problematiche di tossicodipendenza con doppia diagnosi

Remunerazione del percorso di cura della cronicità

Il gestore della presa in carico dovrà garantire le prestazioni correlate ai bisogni definiti nel “**set di riferimento**”, cioè l'insieme delle attività ambulatoriali specialistiche che contribuiscono a creare la tariffa

e sono altamente correlate alla patologia cronica (prestazioni erogate ad almeno il 5% dei soggetti appartenenti ad una specifica patologia principale / livello)

La **remunerazione del percorso di cura della cronicità** è regolata nel seguente modo:

- le prestazioni di specialistica ambulatoriale, ricovero, subacute, intermedie, ADI (ecc.) comprese nel percorso di cura sono remunerare secondo le regole in vigore relativamente all'erogazione, rendicontazione e tariffazione (quindi, per ora, non si è dato seguito alla previsione di una tariffa onnicomprensiva);
- le prestazioni innovative (telemedicina, teleassistenza o progetti innovativi) devono essere proposte dal gestore, approvate dall'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) e saranno pagate secondo tariffe definite con le regole del sistema 2018.

Ai gestori che dimostrino capacità di coniugare appropriatezza ed efficacia di presa in carico sono destinate premialità da corrispondere nell'anno di gestione successivo.

Per l'accompagnamento alla presa in carico sono inoltre previste risorse aggiuntive per il gestore, determinate come quota fissa (al lordo della quota prevista per il PAI) del valore medio di 40 euro/paziente.

Indicatori

Infine, la Regione, per analizzare gli effetti complessivi sul macro sistema socio sanitario lombardo di questo modello, stabilisce precisi **indicatori descrittivi, di processo** (appropriatezza, efficacia, efficienza), **di risultato** (esito clinico ed economico) e **di customer satisfaction**.

Alcune criticità che andranno gestite

È da considerare positivamente il fatto che Regione Lombardia, assieme ad altre poche regioni, abbia affrontato il tema della cronicità. Il legislatore è partito dalla definizione della domanda che genera la cronicità e sulla base di questa ha previsto un riordino delle Unità di offerta, rifacendosi anche a modelli internazionali di presa in carico della cronicità.

Se ciò è condivisibile e presenta innegabili aspetti innovativi, è però certo che i diversi attori coinvolti si troveranno a gestire alcune criticità, elencate di seguito.

Paziente cronico

Al paziente cronico sarà chiesto tramite lettera di scegliere il gestore, al quale sarà vincolato con il patto di cura e con il PAI per un anno. Sorge spontaneo porsi interrogativi su quali criteri il paziente potrà utilizzare per la sua decisione, tenendo conto che di solito la scelta del curante è sostenuta dalla fiducia. Conseguentemente, si pone il tema di come informare e accompagnare i pazienti all'individuazione del gestore.

Ente gestore

Il modello regionale lascia ampi spazi al gestore: potrebbe essere gestore di un livello o di tutti i tre e/o contemporaneamente erogatore di uno dei tre livelli o puramente gestore di piattaforme dei dati e dei flussi di gestione.

Questo modello regionale oggettivamente favorisce le strutture private, che per la costruzione degli accordi di filiera erogativa non sono sottoposte ai vincoli contrattuali del pubblico (bandi di gara ecc.)

Nasce, rispetto ad oggi, una diversa competizione: gli enti erogatori sono spinti ad associarsi in filiere erogative che entreranno in concorrenza nell'arruolamento di pazienti cronici. Nello stesso tempo i contratti con gli enti erogatori saranno gestiti dal gestore e non solo più dalla Regione. Non è dato di prevedere gli esiti di questi sostanziali cambiamenti.

Medici di Medicina Generale

Il MMG dovrà scegliere la sua collocazione nel nuovo sistema; se, da una parte, qualora decida di essere gestore o co-gestore potrà avvalersi con più facilità degli specialisti della filiera del gestore, dall'altra questa collaborazione potrebbe essere fonte di conflitto.

Infatti, se non ci saranno accordi condivisi sulla gestione clinica di patologia e di filiera tra specialisti e MMG, è possibile ipotizzare divergenze e criticità di cui potrebbe fare le spese il paziente.

Agenzia di Tutela della Salute (ATS)

L'Agenzia di Tutela della Salute sarà chiamata ad implementare, accompagnare, supportare e regolare questo processo organizzativo, evitando comportamenti opportunistici, che sappiamo essere dietro l'angolo ad ogni riforma nella sanità: dovrà affrontare una grossa sfida.

Ci sono poi altre criticità che è bene evidenziare:

- la problematicità della gestione tra l'insieme delle prestazioni dei PAI, che all'inizio dell'anno riempiranno le agende, e le altre prestazioni dei pazienti non cronici (6.500.000 persone dei livelli 4 e 5), dato il noto problema delle liste di attesa che segnala una sottoproduzione di prestazioni rispetto a quelle necessarie;
- la complessità, i tempi e i costi per la costruzione di piattaforme gestionali capaci di governare tutti i dati dei pazienti e renderli disponibili in tutti i punti erogativi della filiera. Inoltre, si pensi ai possibili utilizzi di tali dati nel futuro in termini di potere contrattuale con gli enti gestori, nonché con i pazienti, se non saranno definite precise verifiche e controlli (per fare un solo esempio, tali piattaforme saranno in grado di analizzare i bisogni soddisfatti dal SSR e quelli non soddisfatti, rendendoli disponibili al mercato e alla spesa out-of-pocket dei pazienti);
- l'accennata e rinviata definizione degli "stati di fragilità", chiaramente afferenti all'area sociosanitaria, apre margini di incertezza non indifferenti. Su questi stati di fragilità, e più in generale sul tema della presa in carico, sembra ci si dimentichi del know how patrimonio dei gestori sociosanitari e di quanto essi hanno garantito in questi anni nella gestione delle cronicità. Un'altra criticità consiste anche nell'irrilevante cenno al ruolo dei servizi sociali comunali nell'ambito del processo di presa in carico di pazienti cronici. Sostanzialmente, ad oggi, ci si è concentrati quasi esclusivamente sugli interventi sanitari (medicina di base, medicina specialistica e degenza ospedaliera) contraddicendo in parte l'impianto della presa in carico di tutto il percorso della cronicità.

Conclusioni

Tirate le somme, emerge con sufficiente chiarezza che la Lombardia, a differenza di altre regioni, ha delineato un modello totalmente aperto di cui è difficile prevedere gli assetti finali. Questo è certamente stimolante ma contemporaneamente fonte di forte preoccupazione perché ci sono in gioco circa 1.500.000 / 3.500.000 pazienti cronici (a seconda che si considerino solo i primi due livelli o anche il terzo), e le relative significative risorse.

Una domanda fondamentale

Sappiamo che il paziente cronico necessita non solo e non tanto di *presa in carico* ma di qualcuno che si "*faccia carico*", perché la cronicità non è un evento solo clinico ma esistenziale. Infatti, la domanda che porta il paziente cronico è: "*che ne sarà di me visto che non posso guarire*"? Questo implica non soltanto un intervento sanitario ma il supporto di quello che si chiama "welfare generativo", "di comunità", che esprima vicinanza e prossimità. Se oggi spesso il malato cronico è solo ad affrontare le "porte girevoli" dei servizi e dei presidi, **in che modo** questa nuova entità (il gestore della presa in carico) riuscirà a tenere conto di questa antropologica e fondamentale condizione del paziente cronico? Sarà opportuno continuare la riflessione.

PDF generated by Kalin's PDF Creation Station