

OGGETTO: GOVERNO DELLA DOMANDA: INDICAZIONI PER L'AVVIO DELLA SPERIMENTAZIONE DI PERCORSI DI PRESA IN CARICO RIVOLTI A PAZIENTI CRONICI, FRAGILI, POLIPATOLOGICI E AD ALTA COMPLESSITA' CLINICO-ASSISTENZIALE.

VISTA la l.r. 30 dicembre 2009 n. 33 (*Testo Unico delle leggi regionali in materia di sanità*), così come modificata dalla l.r. 11 agosto 2015, n. 23, che all'art. 9 prevede:

- l'attivazione di modalità organizzative innovative di presa in carico del paziente cronico e fragile, in grado di integrare le risposte ai bisogni della persona in condizione di cronicità, garantendo continuità nell'accesso alla rete dei servizi e appropriatezza delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali, assicurando anche l'integrazione e il raccordo tra le diverse competenze professionali coinvolte sia ospedaliere, sia territoriali, sia sanitarie che sociosanitarie e sociali;
- la necessità di attivare, anche con progressiva e graduale messa a regime, modalità innovative di presa in carico del paziente, adottando un sistema di classificazione delle malattie croniche in categorie clinicamente significative e omogenee, cui corrisponda una modalità di remunerazione omnicomprensiva delle prestazioni necessarie per la corretta gestione dell'assistito;

VISTE:

- l'Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2013, n. 131 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014–2016 (Rep. N. 82/CSR del 10 luglio 2014);
- l'Intesa, ai sensi dell'art.1, comma 553, della legge 28 dicembre 2015, n.208, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sullo schema di decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) (Rep. Atti n. 157/CSR del 07.09.2016);

VISTI i seguenti atti di programmazione regionale:

- *Programma Regionale di Sviluppo (PRS)* - approvato con d.c.r. n. IX/56 del 28 settembre 2010;
- *Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2010-2014-* approvato con d.c.r. n.

IX/88 del 17 novembre 2010 la cui validità è stata prorogata dalla d.g.r. n. X/2989 del 23 dicembre 2014 fino all'approvazione di un nuovo Piano;

RICHIAMATI i seguenti provvedimenti regionali:

- la DGR n. X/4662 del 23.12.2015, *"Indirizzi regionali per la presa in carico della cronicità e della fragilità in Regione Lombardia 2016-2018"* (di seguito **"Piano Regionale della cronicità e fragilità"**), che ha fra i suoi obiettivi quelli di:
 - individuare la necessità di implementare percorsi ospedalieri di presa in carico, promuovendo anche all'interno dell'ospedale un'organizzazione in grado di riconoscere all'accesso il malato cronico e di avviarlo verso percorsi strutturati diversamente in funzione del bisogno e della gravità;
 - sviluppare un'organizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari orientata ai bisogni del paziente cronico e della sua famiglia, per prevenire l'insorgenza della malattia, ritardarne la progressione e ridurre la morbosità, la mortalità e la disabilità prematura;
 - individuare tipologie differenziate di risposta in funzione dei diversi bisogni di salute, modulando l'erogazione dei servizi in relazione alle effettive necessità assistenziali di specifiche categorie di pazienti, in base al livello di rischio, alla complessità clinica e al bisogno individuale;
 - individuare strumenti di governance innovativi per la gestione del paziente fragile, attraverso l'integrazione della rete dei servizi sanitari e sociosanitari, rafforzando il ruolo di programmazione territoriale delle ATS;
- la DGR n. X/5513 del 02/08/2016 *"Ulteriori determinazioni in ordine alle linee guida regionali per l'adozione dei piani di organizzazione aziendale strategici delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST), degli IRCCS di diritto pubblico della Regione Lombardia e di AREU"* che rimarca il ruolo delle nuove ASST nella presa in carico omnicomprensiva della cronicità, con riferimento specifico ai pazienti con contatti ripetuti interni/esterni all'ospedale ('frequent user') - attraverso un rinforzo dei processi orizzontali tra livelli di erogazione per garantire integrazione e continuità delle cure;
- la DGR n. X/5954 del 05/12/2016 *"Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2017"* che declina tra gli obiettivi del 2017 prioritariamente:

- la ricostruzione della filiera erogativa fra ospedale e territorio attraverso la presa in carico della persona, evitando la frammentazione dei processi e la costruzione di un percorso di cura integrato definito sulla base del livello di intensità del bisogno che caratterizza la domanda;
 - la stratificazione della domanda in 5 classi così da consentire di rivedere il sistema tariffario non più basato in via esclusiva sulle prestazioni erogate, ma anche sulla tipologia di bisogni cui le prestazioni nel loro complesso rispondono, attraverso l'introduzione di una tariffa di presa in carico per pazienti cronici e budget di cura per pazienti fragili;
- la DGR n. X/6105 del 09/01/2017 *“Approvazione del documento “Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018”* che dedica un programma specifico alla prevenzione della cronicità (Programma 6) quale ambito di intervento strategico per raccordare strategie di popolazione per la promozione della salute e interventi individuali di prevenzione nel percorso di presa in carico;

CONSIDERATO che gli attori della presa in carico dovranno rispondere a una logica unitaria, in grado di superare i tradizionali confini ospedalieri degli interventi in acuzie o in elezione, integrando l'attuale separazione tra ambiti sanitari e sociosanitari mediante il coinvolgimento di molteplici discipline e figure professionali, al fine di garantire la presa in carico del paziente lungo l'intero percorso diagnostico-terapeutico e assistenziale;

RITENUTO pertanto di ricostruire la filiera erogativa fra ospedale e territorio attraverso la presa in carico del paziente, evitando la frammentazione dei processi e la suddivisione dei servizi fra area ospedaliera e territoriale;

DATO ATTO che l'obiettivo di cui sopra deve essere raggiunto dagli attori coinvolti attraverso l'implementazione di modelli organizzativi in grado di assicurare:

- la presa in carico della persona nel suo complesso, anche attraverso la valutazione multidimensionale;
- una lettura trasversale dell'organizzazione, rinforzando processi orizzontali, tra diversi servizi, unità d'offerta e livelli di erogazione atti a garantire al paziente la necessaria integrazione e continuità di cura;

- la logistica dei flussi informativi, rendendo disponibili dati/informazioni a supporto della gestione dei percorsi di cura, lungo le varie fasi del processo erogativo, per garantire efficienza e appropriatezza;

RITENUTO pertanto di avviare la sperimentazione del modello del percorso di presa in carico con le ASST in raccordo con le ATS territorialmente competenti e gli attori coinvolti nella filiera erogativa, erogatori pubblici e privati sociosanitari accreditati sui percorsi di presa in carico del paziente polipatologico - fragile e del paziente cronico, mediante l'attivazione di percorsi di cura, anche definendo e organizzando programmi sanitari personalizzati di continuità diagnostica, terapeutica e riabilitativa;

DATO ATTO che l'integrazione dei servizi e il coordinamento della presa in carico dovrà essere garantita mediante:

- la sottoscrizione del **Patto di cura** con il Gestore;
- la programmazione personalizzata del percorso di cura attraverso un Piano Assistenziale Individuale (**PAI**);
- il reclutamento attivo del paziente, presa in carico globale e follow-up proattivo attraverso funzioni di *case manager* e un **Centro Servizi**, anche per garantire il raccordo funzionale e informativo con i vari livelli di cura;
- la modalità di **remunerazione** a percorso di presa in carico, modulabile sui bisogni clinico-assistenziali;

CONSIDERATO che:

- Il Patto di cura è un atto formale, un accordo sottoscritto tra il paziente e il gestore che consente di esprimere il consenso alla partecipazione alla modalità di presa in carico presso il Gestore;
- il PAI è un documento di sintesi del programma annuale di diagnosi e cura, attraverso il quale il medico responsabile della presa in carico documenta la tipologia e cronologia degli interventi diagnostico-terapeutici necessari al paziente sulla base del quadro clinico. Il PAI è pubblicato sul Fascicolo Elettronico Sanitario "FSE";

CONSIDERATO altresì che il flusso PAI consente all'ATS di:

- 1) verificare l'appropriatezza del programma di cura e la sua congruenza con PDTA o altri protocolli di riferimento;
- 2) monitorare la compliance del paziente e il livello di aderenza del paziente al processo di cura e alla terapia;
- 3) valutare l'impatto su outcome di salute, costo e soddisfazione del

paziente;

STABILITO che l'iter procedurale della presa in carico del paziente prevede i seguenti step:

per l'ATS:

1. l'ATS riceve la stratificazione della popolazione assistita nell'ambito territoriale di competenza da parte di Regione Lombardia, che assegna ciascun soggetto ad una fascia a diverso livello di complessità e di domanda, in relazione ai bisogni individuati e verifica e controlla il livello di stratificazione attribuito al paziente;
2. l'ATS valuta e seleziona i Gestori più adatti alla presa in carico dei singoli assistiti attraverso specifici bandi;
3. l'ATS fornisce informativa al paziente relativamente ad un numero di Gestori per la presa in carico per la successiva libera scelta da parte del paziente;
4. l'ATS monitora, controlla e verifica i flussi di rendicontazione delle attività;

per il Gestore:

1. il Gestore concorda il Patto di cura con il paziente e predispone il Piano di Assistenza Individuale (PAI);
2. il Gestore sottoscrive il patto di cura con il paziente;

3. il Gestore informa il Medico di Medicina Generale (MMG) dell'avvenuta presa in carico del suo assistito e del relativo PAI consultabile in qualunque momento tramite il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE); il Medico di Medicina Generale può eventualmente integrare le informazioni contenute nel PAI, provvedendo a darne informativa al Gestore, ma non modificarlo essendo la responsabilità del PAI in capo al Gestore;

RITENUTO pertanto di approvare il documento, allegato parte integrante e sostanziale al presente provvedimento, che definisce gli indirizzi per il governo della domanda nei percorsi di presa in carico e individua i seguenti cinque livelli di stratificazione dei bisogni del paziente:

- fragilità clinica e/o funzionale con bisogni prevalenti di tipo ospedaliero, residenziale, assistenziale a domicilio;
- cronicità polipatologica con prevalenti bisogni extra- ospedalieri, ad alta richiesta di accessi ambulatoriali integrati/frequent users e fragilità sociosanitarie di grado moderato;
- cronicità in fase iniziale prevalentemente monopatologica e fragilità sociosanitarie in fase iniziale a richiesta medio-bassa di accessi ambulatoriali integrati e/o domiciliari /frequent users;
- soggetti non cronici che usano i servizi in modo sporadico (prime visite);
- soggetti che non usano i servizi, ma sono comunque potenziali utenti sporadici;

STABILITO che le sperimentazioni CReG attualmente in atto proseguiranno per il 2017, così come previsto nella DGR n. X/5954 del 05/12/2016, e che nel 2018 la tariffa sarà adeguata al modello di presa in carico approvato con il presente provvedimento;

RICHIAMATA la DGR n. X/4191 del 16/10/2015 ad oggetto "*Ulteriori indicazioni relative alla sperimentazione dei presidi ospedalieri territoriali (POT)*" nella quale si fissa in euro 25,00 per ciascun paziente la valorizzazione economica da riconoscere al MMG per la predisposizione del PAI;

VALUTATO di mantenere inalterati i flussi di rendicontazione per il percorso di presa in carico già vigenti;

DATO ATTO che con successivi provvedimenti saranno:

- stabiliti i criteri ed i requisiti per la definizione della procedura di accreditamento dei percorsi di cura e, con riferimento al Centro Servizi, dei requisiti iniziali, delle caratteristiche e della dotazione tecnologica ed organizzativa;
- fornite le indicazioni per la valutazione dei dati sperimentali nel corso del 2017 attraverso la predisposizione di indicatori di processo e di esito;
- predisposti i modelli del Patto di cura e del Piano Assistenziale Individuale (PAI) attraverso apposito facsimile;

RICHIAMATA infine la necessità di provvedere, con successivo provvedimento, alla destinazione delle risorse che la DGR n. X/5954 del 05/12/2016 "*Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2017*" ha stabilito con riferimento alla "*Macroarea delle attività della presa in*

carico", per un importo fino a 175,80 ml/Euro, così come declinato al punto 8 del paragrafo 2.3.3 (Finanziamento della gestione sanitaria e socio-sanitaria);

VAGLIATE e fatte proprie le predette considerazioni;

A VOTI UNANIMI espressi nelle forme di legge,

DELIBERA

1) di approvare il documento, allegato parte integrante e sostanziale al presente provvedimento, che definisce gli indirizzi per il governo della domanda nei percorsi di presa in carico e individua i seguenti cinque livelli di stratificazione dei bisogni del paziente:

- fragilità clinica e/o funzionale con bisogni prevalenti di tipo ospedaliero, residenziale, assistenziale a domicilio;
- cronicità polipatologica con prevalenti bisogni extra- ospedalieri, ad alta richiesta di accessi ambulatoriali integrati/ frequent users e fragilità sociosanitarie di grado moderato;
- cronicità in fase iniziale prevalentemente monopatologica e fragilità sociosanitarie in fase iniziale a richiesta medio-bassa di accessi ambulatoriali integrati e/o domiciliari /frequent users;
- soggetti non cronici che usano i servizi in modo sporadico (prime visite);
- soggetti che non usano i servizi, ma sono comunque potenziali utenti sporadici;

2) di avviare la sperimentazione del modello del percorso di presa in carico con le ASST in raccordo con le ATS territorialmente competenti e gli attori coinvolti nella filiera erogativa, erogatori pubblici e privati sociosanitari accreditati sui percorsi di presa in carico del paziente polipatologico - fragile e del paziente cronico, mediante l'attivazione di percorsi di cura, anche definendo e organizzando programmi sanitari personalizzati di continuità diagnostica, terapeutica e riabilitativa;

3) di dare atto che l'integrazione dei servizi e il coordinamento della presa in carico, dovrà essere garantita mediante:

- la sottoscrizione del **Patto di cura** con il Gestore;
- la programmazione personalizzata del percorso di cura attraverso un Piano Assistenziale Individuale (**PAI**);

- il reclutamento attivo del paziente, presa in carico globale e follow-up proattivo attraverso funzioni di *case manager* e un **Centro Servizi**, anche per garantire il raccordo funzionale e informativo con i vari livelli di cura;
- la modalità di **remunerazione** a percorso di presa in carico, modulabile sui bisogni clinico-assistenziali;

4) di stabilire che l'iter procedurale della presa in carico del paziente prevede i seguenti step:

per l'ATS:

1. l'ATS riceve la stratificazione della popolazione assistita nell'ambito territoriale di competenza da parte di Regione Lombardia, che assegna ciascun soggetto ad una fascia a diverso livello di complessità e di domanda, in relazione ai bisogni individuati e verifica e controlla il livello di stratificazione attribuito al paziente;
2. l'ATS valuta e seleziona i Gestori più adatti alla presa in carico dei singoli assistiti attraverso specifici bandi;
3. l'ATS fornisce informativa al paziente relativamente ad un numero di Gestori per la presa in carico per la successiva libera scelta da parte del paziente;
4. l'ATS monitora, controlla e verifica i flussi di rendicontazione delle attività;

per il Gestore:

1. il Gestore concorda il Patto di cura con il paziente e predispone il Piano di Assistenza Individuale (PAI);
2. il Gestore sottoscrive il patto di cura con il paziente;
3. il Gestore informa il Medico di Medicina Generale (MMG) dell'avvenuta presa in carico del suo assistito e del relativo PAI consultabile in qualunque momento tramite il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE); il Medico di Medicina Generale può eventualmente integrare il PAI, provvedendo a darne informativa al Gestore, ma non modificarlo essendo la responsabilità del PAI in capo al Gestore;

- 5) di dare atto** che le sperimentazioni CReG attualmente in atto, proseguiranno per il 2017 così come previsto nella DGR n. X/5954 del 05/12/2016, e che nel 2018 la tariffa sarà adeguata al modello di presa in carico approvato con il presente provvedimento;
- 6) di dare atto** che, così come stabilito con la DGR n. X/4191 del 16/10/2015 ad oggetto "*Ulteriori indicazioni relative alla sperimentazione dei presidi ospedalieri territoriali (POT)*", si é fissata in euro 25,00 per ciascun paziente la valorizzazione economica da riconoscere al MMG per la predisposizione del PAI;
- 7) di stabilire** che i flussi di rendicontazione rimarranno inalterati per il percorso di presa in carico;
- 8) di dare atto** che con successivi provvedimenti saranno:
- stabiliti i criteri ed i requisiti per la definizione della procedura di accreditamento dei percorsi di cura e, con riferimento al Centro Servizi, dei requisiti iniziali, delle caratteristiche e della dotazione tecnologica ed organizzativa;
 - fornite le indicazioni per la valutazione dei dati sperimentali nel corso del 2017 attraverso la predisposizione di indicatori di processo e di esito;
 - predisposti i modelli del Patto di cura e del Piano Assistenziale Individuale (PAI) attraverso apposito facsimile;
 -
- 9) di dare altresì atto** che, con successivo provvedimento, si provvederà alla destinazione delle risorse che la DGR n. X/5954 del 05/12/2016 "*Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2017*" ha stabilito con riferimento alla "*Macroarea delle attività della presa in carico*", per un importo fino a 175,80 ml/Euro, così come declinato al punto 8 del paragrafo 2.3.3 (Finanziamento della gestione sanitaria e socio-sanitaria);
- 10) di disporre** la pubblicazione del presente provvedimento sul B.U.R.L. e sul sito web della DG Welfare.

I bisogni della persona e la domanda di salute

Sommario

I BISOGNI DELLA PERSONA E LA DOMANDA DI SALUTE.....	2
DAL GOVERNO DELL'OFFERTA AL GOVERNO DELLA DOMANDA	3
IL NUOVO MODELLO GESTIONALE DI PRESA IN CARICO LOMBARDO	5
Ruoli e funzioni dei principali attori del Modello	6
STRATIFICAZIONE DELLA DOMANDA e CLASSIFICAZIONE DEI PAZIENTI	10
IL PROCESSO DI PRESA IN CARICO	15
GLI STRUMENTI DEL MODELLO	19
IL SISTEMA DI FINANZIAMENTO	22
Calcolo della Tariffa	22

I BISOGNI DELLA PERSONA E LA DOMANDA DI SALUTE

Uno dei principali limiti ravvisati nell'attuale sistema risiede nella frammentazione della rete d'offerta che talvolta si mostra poco adeguata a rispondere alla domanda di salute (complessa) che le persone esprimono. L'occasione fornita dalla L.R. n. 23/2015 di ridefinire la rete d'offerta impone, quindi, un ripensamento radicale del sistema nella prospettiva della personalizzazione delle risposte e della differenziazione territoriale. In quest'ottica la nuova articolazione aziendale deve saper agire secondo il paradigma per cui territori diversi esprimono domande diverse, così come alla specificità di un bisogno o di categorie di bisogno, deve corrispondere una risposta differenziata, anche in termini di intensità nel lavoro di presa in carico.

Occorre ripensare l'articolazione della rete dei servizi a partire dal bisogno della persona ed individuare quindi **modelli di cura e presa in carico fondati sull'appropriatezza rispetto alla domanda**. Deve essere, pertanto, superata la logica "verticale" delle cure, intese come una sommatoria di singoli atti diagnostici, terapeutici ed assistenziali a cui corrisponde un numero uguale di responsabilità, in funzione dell'attuazione di un modello in cui la presa in carico si basa sulla capacità di mettersi a "fianco" del paziente, accompagnandolo ed indirizzandolo, in una logica di **unica responsabilità di presa in carico rispetto ad una molteplicità di attività e servizi**.

Si tratta di un processo di cura che prendendo avvio dall'elaborazione della mole di dati, sanitari e non, in possesso di Regione Lombardia, progressivamente strutturati nel Fascicolo Sanitario Elettronico, (opportunamente integrato con tutti i dati relativi ai LEA erogati per il soggetto e arricchito con informazioni codificate in modo univoco e quindi facilmente elaborabili e confrontabili), assicura la piena accessibilità (e certificazione) alla storia clinica e alla diagnostica effettuata.

Infatti, articolare la rete sulla base dei bisogni di salute dei cittadini e sulla diversa intensità del livello di cura e di accompagnamento, significa strutturare risposte che siano costantemente guidate dalle informazioni sullo stato della persone durante tutto il percorso di presa in carico.

DAL GOVERNO DELL'OFFERTA AL GOVERNO DELLA DOMANDA

In tutti i sistemi sanitari avanzati l'incremento delle tecnologie e delle conoscenze mediche ha comportato una logica di sviluppo fortemente orientata alla specializzazione dell'offerta che, anche in Regione Lombardia, ha visto la crescita di numerose eccellenze nel sistema sociosanitario; tale sviluppo ha parallelamente determinato la necessità di interventi di regolamentazione dell'offerta ospedaliera e territoriale, in linea con quanto avviene a livello nazionale.

L'elemento fortemente innovativo introdotto dalla L.R. 23/2015 e che trova corrispondenza nei nuovi assetti di sistema (ASST e ATS), riguarda la volontà del legislatore di operare un cambio di paradigma, evolvendo da un sistema orientato all'offerta verso un sistema proattivo, orientato alla presa in carico di fasce diverse di utenza in relazione ai rispettivi bisogni di cura e assistenza e finalizzato a migliorare l'accessibilità ai servizi e assicurare la gestione integrata dell'intero percorso del paziente.

La Giunta Regionale ha già adottato una serie di atti per avviare l'attuazione della nuova modalità di presa in carico: gli "Indirizzi regionali per la presa in carico della cronicità e della fragilità in Regione Lombardia" (DGR n. X/4662/2015) piuttosto che le "Linee guida per l'adozione dei POAS" (DGR n. X/5113/2016).

Gli obiettivi strategici risultano confermati così come quanto già avviato nelle diverse sperimentazioni del CReG. Con questo documento si vogliono offrire indicazioni di tipo più operativo alle diverse categorie di soggetti coinvolti, analizzando il processo di presa in carico soprattutto dal punto di vista della rappresentazione della domanda, a partire dall'individuazione:

- della popolazione target
- dei criteri e delle procedure della stratificazione
- del nuovo percorso di cura

Quello che si sta sviluppando in Lombardia è un nuovo modello di *governance* che, intende superare l'attuale frammentazione dei servizi per realizzare un'effettiva integrazione del percorso del paziente al di là dei classici strumenti di razionalizzazione e **razionamento** dell'offerta. In quest'ottica la risposta assistenziale non deve essere centrata solo sulla malattia (e quindi sulle necessarie specializzazioni d'offerta), ma va programmata in funzione della domanda di salute, diversificata per tipologie specifiche di pazienti e **personalizzata** in base ai bisogni individuali e al contesto familiare e sociale.

Non sarà quindi sufficiente regolamentare i servizi attraverso le procedure già acquisite di accreditamento istituzionale e i tradizionali strumenti di programmazione, negoziazione e controllo, ma vanno previste modalità **aggiuntive** di regolamentazione finalizzate anche ad **accreditare i 'percorsi di cura'**.

La conoscenza approfondita delle attitudini di consumo (di prestazioni sanitarie e sociosanitarie) tipiche delle varie fasce di utenza, ci consente di focalizzare l'attenzione non esclusivamente sull' «appropriatezza» delle prestazioni erogate rispetto a standard di riferimento *evidence-based* (PDTA), ma di valutare anche se un Piano Assistenziale Individuale (PAI) è sufficientemente personalizzato e «**adeguato**» rispetto ai bisogni individuali.

IL NUOVO MODELLO GESTIONALE DI PRESA IN CARICO LOMBARDO

Il nuovo modello di gestione individua il **'gestore'** responsabile della presa in carico, oltre a nuove modalità di **remunerazione** dell'intero percorso alternative alla tradizionale remunerazione a prestazione. Dopo una prima fase di sperimentazione dei nuovi percorsi, il modello di presa in carico è, infatti, destinato ad evolvere secondo un **approccio bottom-up**, che valorizza i modelli predittivi, correlando le variabili già utilizzate (cronicità principale e numero di co-morbilità) con altri dati (quali ad esempio l'età anagrafica, l'indice di fragilità, le condizioni economico sociali, etc).

L'evoluzione del sistema verso modelli predittivi dei bisogni consentirà di addivenire ad una **definizione dei PAI** sempre più corrispondente alla domanda di salute della persona.

Per articolare la rete dei servizi in funzione dei bisogni di salute di specifiche tipologie di pazienti, la Regione implementerà **modelli gestionali diversificati** di cura e di accompagnamento della cronicità, accomunati da un'ottica di sviluppo di "sanità d'iniziativa", con interventi adeguati e differenziati in rapporto a livelli differenziati di domanda e bisogni.

Il nuovo modello di cura conferma e fa evolvere alcuni dei principi già presenti nella realtà lombarda. Si pensi, ad esempi, al ruolo di regia, verifica e controllo della **ATS, piuttosto che alla libertà di scelta** che il cittadino esercita con l'individuazione del soggetto Gestore da cui farsi prendere in cura (parità pubblico - privato). Fortemente innovativo risulta inoltre il principio di Responsabilizzazione clinica ed economica del Gestore e del paziente (empowerment), introdotto attraverso la sottoscrizione di un Patto di Cura per l'attuazione di un PAI (Piano Assistenziale Individuale). Solo il cittadino, infatti, può dare l'avvio o concludere il percorso di presa in carico.

E' da tener presente che questa nuova modalità di gestione non elimina la modalità tradizionale di prescrizione ed erogazione delle prestazioni, ma vi si affianca, andando gradualmente a farsi carico solo di alcune fasce di popolazione (tendenzialmente i livelli 1, 2 e 3 come illustrato al capitolo **XXXX**).

Infatti i modelli gestionali che si stanno introducendo per la presa in carico di una persona richiedono che la stessa si trovi in una condizione morbosa e/o di disabilità e fragilità irreversibile, lento decorso, senza possibilità di risoluzione (né di guarigione, né di morte a breve scadenza) e riguardano, pertanto, condizioni permanenti e persistenti nel tempo e non problematiche transitorie della persona e della famiglia.

La presa in carico, quindi, si rivolge a persone in condizioni di tipo duraturo ed irreversibili, di prevalente natura sanitaria o socio sanitaria. In fase di prima applicazione, al fine di coniugare la garanzia di efficacia per i pazienti e la sostenibilità del processo dal punto di vista organizzativo, il modello di presa in carico si rivolgerà alle seguenti 11 principali cronicità che riguardano oggi circa 2 milioni di cittadini: Insufficienza

Formattato: Italiano (Italia)

respiratoria/ossigenoterapia, scompenso cardiaco, diabete tipo I e tipo II, cardiopatia ischemica, BPCO, ipertensione arteriosa, vasculopatia arteriosa, vasculopatia cerebrale, miocardiopatia aritmica, insufficienza renale cronica. Inoltre, in una fase successiva si rivolgerà a quelle situazioni che richiedono cure prolungate e persistenti e supporti prevalentemente di tipo socio sanitario (ADI; RSA aperta, centri diurni, attività ambulatoriali e/o semiresidenziali) quali anziani fragili spesso con diagnosi di demenza o Alzheimer, soggetti in età evolutiva con sindrome di autismo o infine soggetti tossicodipendenti con doppia diagnosi .

Non sono in questa prima fase inclusi nel modello di presa in carico le attività di tipo sociosanitario:

- residenziale persistente (RSA, RSD, comunità per tossicodipendenti)

Per quanto riguarda le patologie neurodegenerative più frequenti (SLA, SMA, SM, distrofie muscolari) gli attuali algoritmi di classificazione verranno aggiornati in modo da avere una stratificazione della complessità e dei bisogni correlati più adeguata ad un percorso efficace di presa in carico.

Ruoli e funzioni dei principali attori del Modello

Il ruolo della Direzione Generale Welfare

- Definisce, con specifici atti, tempi e modalità di sviluppo ed attuazione del modello gestionale
- Opera la stratificazione della popolazione che poi rassegna alle diverse ATS competenti e ne cura i relativi aggiornamenti
- Definisce i requisiti specifici per la presa in carico ed i criteri per l'accREDITAMENTO del percorso
- Coordina la predisposizione degli strumenti (patto di cura, PAI, piattaforma operativa per la condivisione delle informazioni, etc)
- Definisce la Tariffa per la presa in carico

Il ruolo dell'ATS

- Ha il ruolo centrale di regia sull'attuazione del modello nell'ambito territoriale di competenza
- Verifica la stratificazione e la classificazione della popolazione in relazione ai bisogni individuati
- Valuta e seleziona i Gestori in relazione ai vari ambiti, sulla base degli ulteriori requisiti definiti dalla Giunta per l'accREDITAMENTO del percorso di presa in carico
- Cura l'informativa ai pazienti e il raccordo con i MMG
- Monitora e controlla l'attività del Gestore, anche in termini di appropriatezza
- Verifica i flussi di rendicontazione anche ai fini della remunerazione delle attività.

Il ruolo dei soggetti Gestori

I soggetti responsabili della presa in carico dei pazienti dovranno garantire, con intensità ed accentuazioni differenziate a seconda dei diversi livelli di stratificazione della domanda, le seguenti principali funzioni:

- Valutazione della classificazione proposta e definizione del piano di assistenza individuale;
- Coordinamento e attivazione integrata dei nodi della rete erogativa dei servizi sanitari, sociosanitari in relazione ai bisogni individuali rilevati, assicurando anche il raccordo e l'integrazione con i servizi sociali;
- Erogazione diretta, o tramite partner di rete, di prestazioni sanitarie e sociosanitarie afferenti ai diversi livelli essenziali di assistenza, nel pieno rispetto della libertà di scelta dei pazienti;
- Monitoraggio dell'aderenza del paziente al percorso programmato;
- La garanzia della relazione proattiva con il paziente, anche attraverso l'eventuale prenotazione delle prestazioni, il coordinamento dei diversi partner di rete al fine di rispettare la programmazione delle prestazioni/servizi previste nel Piano di Assistenza;
- La garanzia di servizi volti ad assicurare l'accesso alla medicina diffusa, quali ad esempio la telemedicina;
- Il case management in termini di responsabilità clinica e di accompagnamento del paziente in relazione alla complessità clinica e ai bisogni assistenziali.

Il ruolo del MMG

- Mantiene il ruolo di riferimento del paziente, assicurando le funzioni previste dalla convenzione relativamente a quelle proprie nel percorso di diagnosi e di terapia, oltre che a quella prescrittiva.
- Può essere sia gestore diretto della presa in carico (preferenzialmente terzo livello), sia avere invece un ruolo di raccordo con gli altri soggetti titolari della presa in carico del paziente (prevalentemente per i livelli 1 e 2) prendendo atto, condividendo e integrando le informazioni presenti nel PAI, potendo beneficiare, in quest'ultimo caso, di un eventuale margine nella remunerazione della presa in carico in accordo con i singoli gestori.
- Nel primo e nel secondo livello (rosso e giallo), laddove la presa in carico, di norma, è garantita da un contesto prevalentemente specialistico, il MMG, potendo essere coinvolto con convenzioni attraverso l'ATS, partecipa alla predisposizione del PAI, assumendo un ruolo integrativo di presa d'atto; in questi casi la garanzia della conduzione del PAI e quindi l'eventuale margine è del gestore della presa in carico.

Il ruolo del paziente

- **L'utente**, sceglie il Gestore del suo percorso di cura, col quale sottoscrive un Patto di Cura e si responsabilizza all'attuazione del **PAI**.

Si ribadisce, infine, che i soggetti **Gestori della presa in carico** dovranno essere selezionati dalle ATS sulla base di specifici **requisiti** stabiliti dalla Giunta Regionale e che dovranno essere adeguati al livello di domanda e alla natura prevalente del bisogno sanitario e/o sociosanitario per il quale ci si candida a garantire la presa in cura (accreditamento/ idoneità del Gestore). Gli Enti gestori nel percorso di presa in carico devono essere in grado di assicurare l'intera filiera di servizi di cui il cittadino necessita, sia in ordine a bisogni sanitari che sociosanitari, garantendo anche il raccordo con i servizi sociali e con il mondo dell'Associazionismo e del Volontariato anche attraverso accordi convenzionali.

In coerenza con il modello delineato dalla L.R. 23/2015, i soggetti che potranno candidarsi per il ruolo di Gestore della presa in carico saranno diversificati in funzione del livello di complessità preso in carico e della prevalenza della tipologia del bisogno: se prioritariamente di natura "sanitaria" o "socosanitaria". In particolare, ASST ed ospedali privati potranno candidarsi, purché in possesso dei requisiti che dovranno essere definiti, alla presa in carico di complessità di livello 1 e 2. Anche RSA e RSD, per le specificità che le contraddistinguono, potranno prendersi carico di complessità di livello 1 e 2 rispettivamente per anziani fragili, demenze e persone con disabilità. La Medicina generale è prevalentemente candidabile per la presa in carico del livello 3.

In particolare i soggetti gestori devono garantire in proprio una significativa quota dei servizi necessari senza incremento di offerta accreditata e a contratto con il Servizio Sanitario Regionale.

Per meglio chiarire la dinamica del percorso di presa in carico, si riportano le seguenti esemplificazioni:

- 1) Persona non affetta da particolari patologie e classificata in livello 4 e 5: a seguito di un improvviso picco ipertensivo viene ricoverata in Ospedale per emorragia cerebrale. Da questo evento si genera un cambio di livello ed ha avvio la presa in carico da parte del gestore "scelto". Questi ha il compito di definire e stendere il PAI, prevedendo, oltre al primo percorso di riabilitazione intensiva in ambito ospedaliero, l'attivazione, all'atto della dimissione al domicilio, di un diverso setting assistenziale, finalizzato a garantire la continuità delle cure, verosimilmente assicurate da un gestore sociosanitario, attraverso interventi multipli di tipo riabilitativo/neuroriabilitativo/educativo.

- 2) Esempio sul diabete.....(MERLINO)

3) Persona anziana con diagnosi di demenza in stadio iniziale, classificabile al livello 3, in carico al MMG e con un costante care giving assicurato dalla famiglia. A seguito di una caduta accidentale, viene ricoverata in ospedale per la ricomposizione della frattura del femore. Durante la degenza la sintomatologia legata alla demenza si aggrava e la persona, al momento della dimissione, presenta un quadro di evidente peggioramento complessivo con accentuati disturbi della sfera cognitivo comportamentale che ne rendono problematico il rientro al domicilio. Il gestore sanitario concorda con la famiglia l'opportunità di un ricovero di Cure intermedie, finalizzato ad una stabilizzazione delle condizioni cliniche generali, al termine del quale, potrebbe rendersi necessaria l'attivazione di ulteriori servizi, in ambito sociosanitario, quali la RSA aperta e/o la frequenza part time presso un CDI.

STRATIFICAZIONE DELLA DOMANDA e CLASSIFICAZIONE DEI PAZIENTI

Metodologia

Il modello di gestione della cronicità adottato si basa sull'ipotesi che la risposta a differenti livelli di domanda, e quindi fabbisogni, sia da ricercare in diversi set assistenziali.

La creazione di cluster omogenei di domanda è stata realizzata utilizzando due assi dimensionali, relativi il primo alla patologia cronica prevalente (codice CReG), il secondo alla presenza o meno, ovvero alla quantità, di comorbidità, ovvero di condizioni di fragilità di tipo sociosanitario associate a patologie croniche.

Inoltre, come riportato nel paragrafo di illustrazione delle tariffe, oltre alle patologie croniche già oggetto di codifica CReG, saranno introdotte nel sistema di tariffazione alcune specifiche condizioni di fragilità sociosanitaria, in particolare riconducibili all'area degli anziani non autosufficienti, delle demenze, delle disabilità, dell'autismo: quest'ultime saranno integrate successivamente con i dati di chiusura del 2016.

Per ciascun cluster si sono elaborate le componenti di spesa per i diversi ambiti ambulatoriale, ospedaliero e farmaceutico, da poter utilizzare quali mattoni elementari della tariffa di presa in carico.

Alle componenti di spesa di natura sanitaria, successivamente si aggiungeranno le principali prestazioni/servizi di tipo sociosanitarie (in particolare RSA, RSD, CDI, CDD, ADI, Cure intermedie).

Classificazione dei malati cronici

L'identificazione e la classificazione dei malati cronici utilizzano gli algoritmi della Banca Dati Assistito (BDA) modificati secondo le modalità riportate nell'allegato 1) del DDG N.3061 del 17/4/2015.

Ai fini della valutazione della presenza di eventuali condizioni di fragilità sociosanitaria, si fa riferimento agli strumenti già in uso dalle equipe di valutazione multidimensionale delle ATS.

Stratificazione e livelli di complessità

A partire dal modello di classificazione CReG, i soggetti vengono raggruppati sulla base dei seguenti elementi:

- la patologia principale (prime due cifre del codice CReG);
- 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-

Quest'ultimo, in particolare, suddivide i soggetti, a parità di patologia principale, in base a tre livelli di complessità decrescente nel seguente modo:

- **Livello 1:** soggetti ad elevata fragilità clinica in cui sono presenti oltre la patologia principale almeno tre comorbidità (quattro o più patologie complessive) ovvero una fragilità clinica più lieve associata ad una condizione di particolare fragilità.
- **Livello 2:** soggetti con cronicità polipatologica in cui è presente la patologia principale e una o due comorbidità (due o tre patologie complessive) o in cui è presente una condizione di fragilità sociosanitaria non aggravata da un quadro polipatologico.
- **Livello 3:** soggetti con una cronicità in fase iniziale, presenza della sola patologia principale.

Tale classificazione coincide con quanto emerso dalla sperimentazione CReG, nella quale si è rilevato che degli oltre 200.000 soggetti presi in carico il 90% degli arruolati è rappresentato da cronici mono- o bi-patologici.

Per la presa in carico dei soggetti appartenenti ai tre livelli di complessità si definisce un **modello di remunerazione** in cui la “tariffa modulabile” viene composta in base al **bisogno** specifico del singolo soggetto (ad esempio per un bisogno ambulatoriale e ospedaliero la tariffa sarà composta dalla somma delle due componenti), ossia:

- **Livello 1:** prevalenti bisogni di tipo ospedaliero, residenziale, assistenziale a domicilio (integrazione dei percorsi ospedale / domicilio / riabilitazione / sociosanitario);
- **Livello 2:** prevalenti bisogni extra-ospedalieri ad alta richiesta di accessi ambulatoriali integrati e semiresidenziali (coordinamento e promozione del percorso di terapia, prevalentemente farmacologica e gestione proattiva del follow-up);
- **Livello 3:** bisogni medio bassi di accessi ambulatoriali integrati (percorsi ambulatoriali riservati / di favore, controllo e promozione dell'aderenza terapeutica).

In sintesi i cittadini lombardi possono essere classificati, in base alla loro domanda di salute, su cinque livelli di stratificazione della domanda. La stratificazione della domanda consente infatti di ripensare in senso proattivo il sistema regionale della prevenzione, al fine di anticipare la domanda di salute con idonee azioni personalizzate verso quella fascia di persone che oggi sono qualificabili come “non consumatori” ovvero “consumatori occasionali”. Sotto questo profilo la sanità digitale, sulla base delle informazioni raccolte e delle conseguenti correlazioni, offre una pluralità di soluzioni che consentono di agire tempestivamente per promuovere la salute, prevenire le malattie e incoraggiare ambienti favorevoli a stili di vita sani, tenendo conto del principio comunitario “la salute in tutte le politiche”. L’attivazione di percorsi preventivi personalizzati, sulla base della segmentazione della domanda, permette altresì di monitorare gli interventi in tempo reale ed individuare in anticipo le anomalie per porre in essere le conseguenti azioni correttive.

Tabella 1. Domanda, bisogni e pertinenza prevalente

	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 socio sanitarie pubbliche e private accreditate
Livello 2	1.300.000	Cronicità poli-patologica 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 Strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private accreditate
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)

	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 Agende 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)

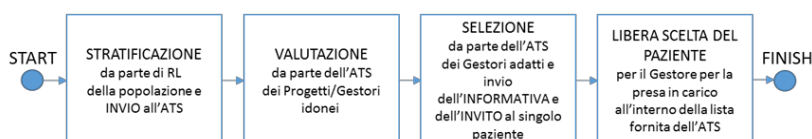
- Rientrano nel **Livello 1** varie condizioni morbose di complessità tale da richiedere cure ospedaliere o residenziali (in emergenza-urgenza o in reparti ad alta intensità di cura o di alta specializzazione), una lunga fase riabilitativa e un follow-up territoriale nei casi in cui si risolve la fase acuta, con necessità di interventi di tipo sociosanitario o, nei casi terminali, di cure palliative domiciliari e hospice. Si tratta di pazienti fragili, non autosufficienti con bisogni che richiedono forte integrazione dei percorsi tra area sanitaria e sociosanitaria. Per quanto riguarda la domanda sociosanitaria, rientrano ad esempio in questa fascia: malati cronici affetti da fragilità sociosanitaria (es. anziani in condizioni di dipendenza), pazienti affetti da demenza severa e pazienti con grave disabilità, minori affetti da autismo, malati psichiatrici complessi. Si tratta in tutti i casi di condizioni con importanti necessità assistenziali e bisogni di presa in carico globale estesa anche alla famiglia.
- Rientrano nel **Livello 2** pazienti poli-patologici, con malattie croniche già complicate o con più condizioni morbose concomitanti che richiedono l'intervento frequente dello specialista ambulatoriale per il follow-up e la stabilizzazione di malattia. La gestione di questi pazienti richiede il raccordo continuo tra più professionisti del livello specialistico e territoriale, per il coordinamento delle terapie e il conseguente follow-up. Per quanto riguarda la domanda sociosanitaria, possono rientrare in questa fascia pazienti affetti da tossicodipendenza con doppia diagnosi e pazienti affetti da demenza e disabilità di grado moderato.
- Nel **Livello 3** rientrano i pazienti con mono-patologia cronica in stadio iniziale (ad esempio, ipertensione non complicata) che richiede supporto all'auto-cura, monitoraggio frequente, o interventi di promozione della salute o di prevenzione secondaria (ad es. screening). Tali pazienti trovano naturale e prevalente risposta nell'ambito territoriale delle Cure Primarie. Per quanto riguarda la domanda sociosanitaria, possono rientrare in questa fascia pazienti affetti da demenza in fase iniziale che necessitano, pertanto, di prestazioni di natura prevalentemente diagnostica e di un accompagnamento con supporto al care giver.
- Il **Livello 4** riguarda la fascia di soggetti 'non cronici' che usano i servizi in modo sporadico (prime visite/accessi ambulatoriali, etc.).

- Il **Livello 5** riguarda la fascia di soggetti che non usano i servizi, ma che sono comunque potenziali utenti del sistema.

IL PROCESSO DI PRESA IN CARICO

I diagrammi che seguono illustrano in modo schematico il modello gestionale di presa in carico lombardo, declinando le fasi consecutive del processo.

Fase 1- Stratificazione della popolazione e modalità di accesso

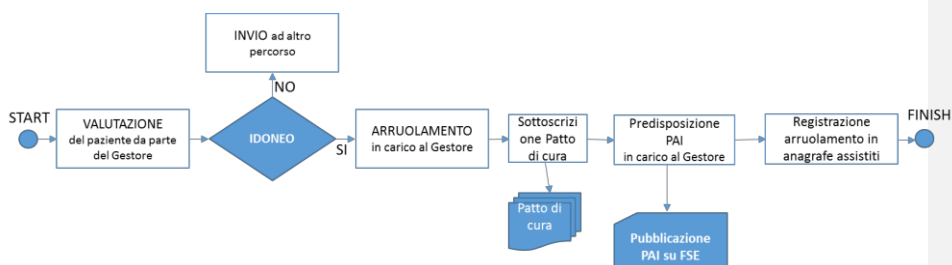


L'ATS riceve la **stratificazione della popolazione** assistita nell'ambito territoriale di competenza da parte di Regione Lombardia che **assegna** ciascun soggetto ad una fascia a diverso livello di complessità in relazione ai bisogni individuati. Per gli utenti che rientrano in uno dei primi tre Livelli di domanda, l'ATS **seleziona** i Gestori più adatti alla presa in carico dei singoli assistiti, individuandoli tra quelli in precedenza valutati come 'idonei' (in ambito di prevalente bisogno sanitario e sociosanitario). La lista dei Gestori, così redatta, viene **inviata da ATS al paziente insieme ad un'informativa, avendo cura di** coinvolgere anche il Medico di Medicina Generale. A tutela della **libertà di scelta**, sarà in ogni caso il paziente a scegliere il Gestore della presa in carico all'interno della lista fornita dall'ATS (per ogni ambito di prevalenza). La tabella che, nel paragrafo precedente, stratifica la domanda, essendo costruita sui dati storici rappresenta un'istantanea che comprende pazienti in condizioni stabili (prevalenti), pazienti aggravati e pazienti all'insorgenza della loro patologia (incidenti). I pazienti arruolabili sono quindi quelli classificabili al momento stabilito per l'arruolamento (pazienti prevalenti).

I nuovi pazienti (incidenti) sono evidentemente curati ed assistiti ma la presa in carico con Patto di cura e PAI avviene all'inizio dell'anno solare successivo all'esordio della malattia, sempre che la stessa descriva una condizione di cronicità / fragilità persistente ed irreversibile.

I pazienti arruolati con un PAI ed una tariffa stabiliti possono nel corso dell'anno avere una rivalutazione della loro classificazione e tariffa solo nel caso in cui si verificano degli eventi che li portano ad essere riclassificati nel primo livello di complessità con necessità di remunerare anche le attività di ricovero. La DG Welfare con specifico atto individua nel dettaglio queste condizioni secondo il principio sopra espresso.

Fase 2- Arruolamento

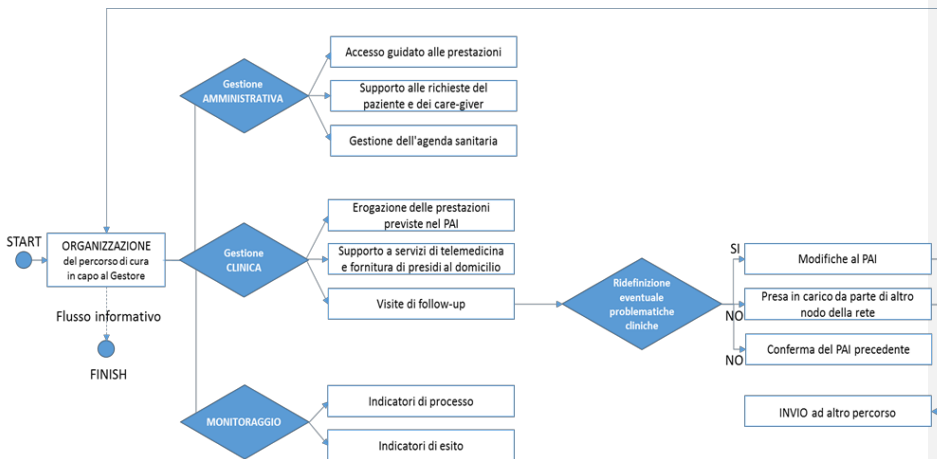


Prima di procedere all'arruolamento del paziente, il Gestore scelto dal paziente effettua una **valutazione dei suoi bisogni clinico-assistenziali** a garanzia di una presa in carico effettivamente adeguata al livello di complessità, e in relazione alla tipologia di offerta disponibile c/o il Gestore.

Se il paziente è valutato come 'idoneo' il Gestore procede al suo **arruolamento** tramite la sottoscrizione di un **Patto di Cura** e la stesura del **PAI**. In caso contrario, viene inviato ad un altro percorso/nodo della rete d'offerta, informando l'ATS e il MMG.

Se non direttamente coinvolto come referente della presa in carico, il MMG deve essere in ogni caso informato dell'avvenuta presa in cura del suo assistito da parte del Gestore; può inoltre prendere visione del PAI in qualunque momento tramite il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE).

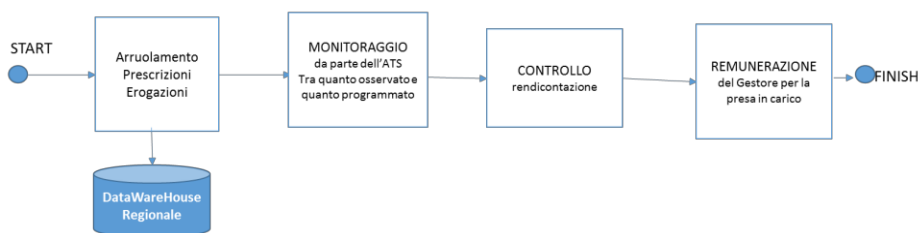
Fase 3 - Organizzazione del percorso di cura (iterativo)



La Figura 3 illustra come viene **organizzato il percorso di cura** grazie anche al supporto di un Centro Servizi, elemento qualificante per la gestione **proattiva** del percorso, attraverso alcune funzioni di supporto al Gestore, di tipo sia clinico che amministrativo, e mediante il monitoraggio costante del processo e dei suoi esiti, a tutela dell'aderenza al PAI. Viene in tal modo avviato un processo dinamico e virtuoso nel quale la programmazione clinico-assistenziale del PAI evolve e si modella in concomitanza all'evoluzione dei bisogni individuali del paziente (**personalizzazione**).

Tutti i PAI dei pazienti arruolati devono essere pubblicati sul Fascicolo Sanitario Elettronico dell'assistito e **registrati nel DataWarehouse Regionale** in formato elettronico per assicurare a tutti gli operatori autorizzati la possibilità di accedervi in qualsiasi momento.

Fase 4 – Monitoraggio, controllo e remunerazione



Dal momento dell'arruolamento tutte le informazioni relative a prescrizioni ed erogazioni vengono registrate utilizzando i flussi già in essere. La condivisione di tali informazioni tra tutti gli attori avverrà utilizzando e potenziando quanto già implementato nel datawarehouse regionale. La **remunerazione** delle attività svolte da ciascun Gestore sarà effettuata dall'ATS **solo** a seguito dei risultati dell'attività di **monitoraggio e controllo** finalizzata a verificare l'appropriatezza del programma di cura (congruenza con PDTA o altri protocolli di riferimento), i livelli di *compliance* e aderenza al PAI, l'impatto su outcome di salute, di soddisfazione del paziente e di spesa.

I dati necessari alla verifica della attuazione del PAI restano quelli raccolti tramite i debiti informativi oggi consolidati e vigenti per le attività sanitarie e socio sanitarie. Gli stessi vengono integrati mensilmente nel FSE del cittadino preso in carico e quindi permettono di verificare l'andamento osservato della presa in carico rispetto a quello atteso dal PAI.

GLI STRUMENTI DEL MODELLO

La presa in carico integrata delle cronicità richiede al soggetto gestore del Piano Assistenziale Individuale (PAI) di interagire, sia in fase di definizione del percorso sia in fase di attuazione e monitoraggio dello stesso, con uno o più altri soggetti erogatori di prestazioni sanitarie e sociosanitarie, con l'ATS per le attività di propria competenza, con il cittadino anche tramite il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e con il Medico di Medicina Generale (MMG).

Tale modello di interazione organizzativa richiede un supporto informatico integrato ed interoperabile a vari livelli, costituito da tre componenti:

1. Una soluzione applicativa di base per la presa in carico, che supporti:
 - le attività di inserimento del paziente nel percorso di gestione,
 - la definizione del patto di cura, con contestuale consenso all'alimentazione del FSE
 - la definizione e aggiornamento del PAI,
 - il monitoraggio e il controllo (sia internamente per l'ente gestore sia verso l'ATS per le attività di propria competenza).
2. Una soluzione di prenotazione che deve permettere
 - al gestore di effettuare per ogni paziente cronico preso in carico la prenotazione (anche tramite Contact Center Regionale) delle prestazioni previste nel PAI.
 - l'aggiornamento dello stesso PAI interagendo con la soluzione applicativa di cui sopra e con le soluzioni di gestione dell'erogazione delle prestazioni presenti a livello aziendale
3. Una componente di consultazione in ambito SISS, ovvero dei PAI all'interno del FSE (in particolare verso altre strutture erogatrici e verso i Medici di Medicina Generale) e l'interazione con il cittadino.

I nuovi modelli gestionali, pur se diversificati in rapporto al bisogno prevalente e quindi in capo a diversi Gestori/nodi della rete d'offerta, hanno alcuni elementi comuni:

1. Patto di Cura e Piano Assistenziale Individuale (PAI)
2. Centro Servizi
3. Modello di remunerazione (di seguito descritto)

Patto di Cura e Piano Assistenziale Individuale

Il Patto di cura è l'atto con cui gestore e paziente condividono l'avvio e le modalità della nuova presa in carico.

Il PAI (documento di sintesi del programma annuale di diagnosi e cura) viene predisposto dal medico referente della presa in carico e rappresenta uno strumento clinico-organizzativo di 'presa in carico' del paziente, in particolare rappresenta lo strumento:

- organizzativo di **pianificazione di interventi personalizzati**;
- di **comunicazione e coordinamento organizzativo** tra tutti coloro che intervengono, a vario titolo, nel percorso di cura all'interno della rete d'offerta (MMG, specialisti, servizi sociali, ecc.);
- di **empowerment** del paziente;
- utile al **monitoraggio e verifica dell'appropriatezza**.

I Modelli fac-simile del Patto di Cura e del PAI saranno approvati ed eventualmente aggiornati con decreti della Direzione Generale Welfare.

Centro Servizi

Il **Centro Servizi supporta il Gestore a tutela dell'aderenza al PAI** e assicura al paziente:

- assistenza nell'accesso alle prestazioni (sanitarie e sociosanitarie) previste dal PAI;
- assistenza nella gestione dell'agenda sanitaria (prenotazioni, contatto telefonico per ricordare appuntamenti e accertamenti, fornitura a domicilio di presidi sanitari e sociosanitari, ecc.);
- supporto a eventuali servizi di Telemedicina;
- supporto alle richieste personali e/o del care giver attraverso interventi di operatori esperti, d'intesa con il medico responsabile della presa in carico;

Garantisce inoltre la gestione dei flussi informativi.

Al fine di superare la fase sperimentale che ha caratterizzato questi ultimi anni nell'adozione di strumenti di telemedicina, Regione Lombardia intende disciplinare con successivo atto questa area di attività del Centro Servizi, andando a definire strumenti, modalità, prestazioni e costi delle prestazioni che dovranno essere erogate nei confronti delle persone prese in carico attraverso tecnologie di medicina diffusa.

Al fine di massimizzare l'efficienza del modello del Centro Servizi, la Giunta provvederà all'adozione di uno specifico provvedimento volto a garantire una copertura minima di popolazione presa in carico presso ciascun Centro che consenta ottimizzazioni di costo a parità di risultati dell'efficacia.

Indicatori di valutazione

La DG Welfare fornirà indicazioni con successivo provvedimento sugli indicatori da utilizzare per le attività di monitoraggio e valutazione del percorso. Saranno presi in considerazione i seguenti ambiti di valutazione:

- Arruolamento (raggiungimento di valori soglia da definire)
- Selezione (rappresentatività del case-mix)
- Presa in carico (congruenza nella fase di programmazione e di erogazione del PAI)
- Esito (efficacia del percorso in termini di salute, qualità percepita, utilizzo dei servizi, ecc.).

IL SISTEMA DI FINANZIAMENTO

- L'articolazione della rete d'offerta a partire dalla stratificazione della domanda e la classificazione dei pazienti richiedono la modifica/integrazione del sistema di finanziamento delle prestazioni oggi prevalentemente basato sulle tariffe (DRG o sulle tariffe sociosanitarie) e sulle funzioni non tariffabili.
- La stratificazione della domanda in 5 classi permette anche di rivedere, ottimizzandolo, il sistema tariffario che non sarà basato in via esclusiva sulle prestazioni erogate (DRG), ma anche sulla tipologia di bisogni cui le prestazioni nel loro complesso rispondono, attraverso l'introduzione di una tariffa di presa in carico per pazienti cronici e budget di cura per pazienti fragili.
- In altri termini, è necessario far evolvere il sistema da una logica a «silos» a una logica di «processo integrato». I modelli di erogazione e finanziamento delle prestazioni devono consentire di ridurre l'inappropriatezza clinica ed organizzativa e di ridefinire i modelli di remunerazione passando dal costo per prestazione al costo per la patologia. In tale contesto, modelli innovativi di remunerazione, ovvero di rimborso non della singola prestazione erogata, ma di un set predefinito di prestazioni e servizi associati ad una tariffa omnicomprensiva, possono concorrere al perseguimento di obiettivi di sostenibilità e qualità dell'assistenza erogata.

Calcolo della Tariffa

Per ciascuna categoria di soggetti definita (63 patologie principali con tre differenti livelli di complessità) vengono analizzati i costi sanitari lordi relativi all'ambito ambulatoriale (incluso PS, MAC e BIC), ospedaliero, farmaceutica convenzionata e File F.

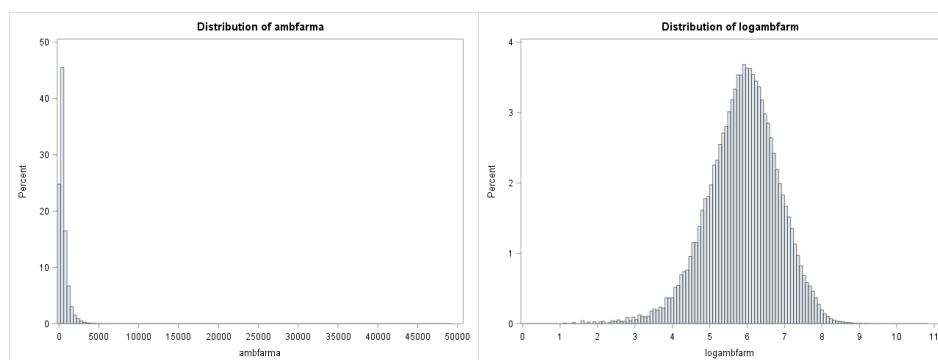


Figura 3. Esempio di trasformazione logaritmica ed eliminazione dei valori estremi

Allo scopo di normalizzare la distribuzione dei costi individuali, che si presenta asimmetrica a destra, questi sono stati sottoposti a trasformazione logaritmica, eliminando poi gli *outlier*, ossia i soggetti *ipo ed iper-consumatori* (ovvero il cui logaritmo dei costi è inferiore al valore medio meno 1 deviazione Standard o

superiore al valore medio più 1,3 Deviazioni Standard). La media dei costi individuali risultanti rappresenta la componente tariffaria di presa in carico per la specifica categoria.

Tale tariffa verrà integrata successivamente con i dati di chiusura del 2016 anche per la componente sociosanitaria.

Queste saranno sommate secondo lo schema in tabella 2 per determinare la tariffa complessiva relativa al fabbisogno del soggetto cronico.

Tabella 2. Composizione della Tariffa

	Ambulatoriale	Farmaceutica Territoriale	Ospedaliera	Sociosanitario*
Livello 1 4 o più Comorbilità / fragilità sociosanitaria	SI	SI	SI	SI
Livello 2 2 o 3 Comorbilità	SI	SI		SI
Livello 3 Monopatologici	SI	SI		

* La componente sociosanitaria sarà inserita a seguito della chiusura dei dati 2016

Il valore di ogni tariffa comprende una quota aggiuntiva che in fase di prima applicazione viene individuata in una percentuale del 8%, per tenere in considerazione i costi di gestione relativi alla presa in carico del soggetto cronico. La percentuale del 8% viene mutuata dai risultati delle rilevazioni dei costi effettuate negli anni per aggiornare le tariffe delle attività di ricovero e cura e di specialistica ambulatoriale ed è compresa entro l'intervallo ritenuto adeguato dalla Corte dei Conti in occasione di alcune specifiche espressioni della stessa.

La remunerazione dei soggetti erogatori avverrà tenendo conto del valore della tariffa, elaborata come precedentemente descritto, nel rispetto delle regole di finanziamento, ovvero del ticket pagato dall'assistito, delle diverse scontistiche, e più in generale, tenendo in considerazione le regressioni tariffarie di sistema.

La "tariffa di presa in carico" non è la definizione del totale dei costi necessari per sostenere la corretta conduzione del PDTA specifico per la patologia.

La tariffa, calcolata sulla base dei consumi storici osservati ed opportunamente normalizzati dal punto di vista statistico, comprende per i tre diversi livelli di stratificazione della domanda tutti i costi relativi ad una presa in carico complessiva del paziente affetto da una specifica patologia principale.

La tariffa lorda, per ciascuna patologia principale e per ogni livello di complessità, è riportata in **Allegato 1**