

**CORSO DI FORMAZIONE MANAGERIALE PER
DIRETTORI DI AZIENDA SANITARIA**

**PROSPETTIVE DI SVILUPPO DELLA “PRESA IN CARICO”
DAL PUNTO DI VISTA DELLA DOMANDA E
DELL’OFFERTA**

Corsisti:

Ettore Presutto

Francesco Tarricone

Relatore:

Silvano Casazza

A.A. 2017-2018

INDICE

Premessa.....	3
1. Il Piano Nazionale della Cronicità	4
2. La “presa in carico” come risposta ai bisogni di salute.	7
3. Fattori che influenzano il “patto di cura”	10
4. Alcune considerazioni sul nuovo sistema di presa in carico a quasi 3 anni dalla riforma introdotta dalla L.R. 23/2015	12
5. Il modello di presa in carico: le fasi operative di attuazione	16
6. I primi risultati del modello della presa in carico: quali scelte intraprendere dal lato della domanda.....	19
7. Dal PAI al PAI integrato.....	22
8. Conclusioni	29
Allegato: Questionario per la valutazione sulla soddisfazione della presa in carico	31

Il vero viaggio di scoperta
non consiste nel cercare
nuove terre, ma nell'avere
nuovi occhi

Marcel Proust

Premessa: cosa si intende per “cronicità” e per “fragilità”

Cronicità

Definite nella letteratura anglosassone non-communicable diseases - in contrapposizione con le malattie infettive che si possono invece trasmettere - le malattie croniche sono un insieme di condizioni patologiche eterogenee, accomunate da lunga latenza patogenetica ed esordio graduale, lunga durata e lenta progressione che porta in genere verso un progressivo aggravamento. Lo stato di salute e di benessere del malato cronico non è influenzato solo da fattori biologici o malattia-specifici, ma anche in larga misura da determinanti non biologici, quali ad esempio lo status socio-familiare, economico, ambientale, l'accessibilità delle cure, ecc., che interagiscono fra loro e coi fattori malattia-specifici in maniera dinamica, a delineare diversi livelli di malattia. Si tratta di malattie ad eziologia multifattoriale, legata a fattori di rischio complessi derivanti dall'interazione tra fattori genetici e ambientali, per le quali l'obiettivo principale della cura non può essere la guarigione, come nel caso delle malattie acute, quanto mantenere una buona qualità di vita e prevenire un aggravamento o possibili complicanze.

Fragilità

Con il termine “fragilità” si intende invece una condizione di precaria omeostasi bio-psico-sociale, riferita al declino delle risorse biologiche, psichiche e sociali e dei meccanismi di compenso (riserva funzionale) che la persona utilizza nell'adattarsi alle richieste, alle stimolazioni e alle perturbazioni che provengono dall'ambiente che la circonda. Si fa riferimento al concetto di fragilità proposto nel 1988 dalla Consensus Development

Conference on Geriatric Assessment Methods del National Institute of Health americano, che ha definito 'fragili' le "persone che manifestano grande complessità medica e vulnerabilità, malattie con presentazioni atipiche o oscure, grossi problemi cognitivi, affettivi e funzionali, sono particolarmente suscettibili alla iatrogenesi, spesso isolati socialmente, poveri economicamente e ad alto rischio di istituzionalizzazione prematura o inappropriata". Questa descrizione ha introdotto elementi, come la complessità medica e la vulnerabilità, che insieme alla disabilità rappresentano i tre fattori fondamentali che definiscono la fragilità, soprattutto dell'anziano.

1. Il Piano Nazionale della Cronicità

In Italia il Ministero della Salute ha prodotto nel 2016, il Piano Nazionale della Cronicità, un documento di 150 pagine che fa proprie le parole chiave del *Chronic Care Model*:

- **empowerment del paziente** inteso secondo la definizione condivisa da Aenas, ossia come "un processo dell'azione sociale attraverso il quale le persone, le organizzazioni e le comunità acquisiscono competenza sulle proprie vite, al fine di cambiare il proprio ambiente sociale e politico per migliorare l'equità e la qualità di vita" (Wallerstein N. 2006, *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe - Health Evidence Network report; <http://www.euro.who.int/Document/E88086.pdf>, December 2007);
- **approccio multidimensionale e di team** e non solo relazione "medico-paziente";
- **costruzione condivisa di percorsi integrati, personalizzati e dinamici** e superamento dell'assistenza basata unicamente sulla erogazione di prestazioni, occasionale e frammentaria.
- **presa in carico pro-attiva ed empatica** e non solo risposta assistenziale all'emergere del bisogno.

Anche sul piano concettuale il Piano contiene precisi richiami alla filosofia del Chronic Care Model:

"Gli obiettivi di cura nei pazienti con cronicità, non potendo essere rivolti alla guarigione, sono finalizzati al miglioramento del quadro clinico e dello stato funzionale, alla minimizzazione della sintomatologia, alla prevenzione della disabilità e al miglioramento

della qualità di vita. Per realizzarli è necessaria una corretta gestione del malato e la definizione di nuovi percorsi assistenziali che siano in grado di prendere in carico il paziente nel lungo termine, prevenire e contenere la disabilità, garantire la continuità assistenziale e l'integrazione degli interventi sociosanitari. Il paziente cui ci si riferisce è una persona, solitamente anziana, spesso affetta da più patologie croniche incidenti contemporaneamente (comorbidità o multimorbidità), le cui esigenze assistenziali sono determinate non solo da fattori legati alle condizioni cliniche, ma anche da altri determinanti (status socio-familiare, ambientale, accessibilità alle cure ecc.). (...) La presenza di **pluripatologie** richiede l'intervento di diverse figure professionali ma c'è il rischio che i singoli professionisti intervengano in modo frammentario, focalizzando l'intervento più sul trattamento della malattia che sulla gestione del malato nella sua interezza, dando talvolta origine a soluzioni contrastanti, con possibili duplicazioni diagnostiche e terapeutiche che contribuiscono all'aumento della spesa sanitaria e rendono difficoltosa la partecipazione del paziente al processo di cura. (...) In tale concezione, le cure primarie costituiscono un sistema che integra, attraverso i Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali (PDTA), gli attori dell'assistenza primaria e quelli della specialistica ambulatoriale, sia territoriale che ospedaliera e, in una prospettiva più ampia, anche le risorse della comunità (welfare di comunità). La costruzione di PDTA centrati sui pazienti è garanzia di effettiva presa in carico dei bisogni "globali" e di costruzione di una relazione empatica tra il team assistenziale e la persona con cronicità ed i suoi Caregiver di riferimento".

Chris Ham, professore di *Health Policy and Management*, uno dei più noti e autorevoli analisti di politica sanitaria, **ha dedicato alla gestione delle malattie croniche un ampio studio**, "*The ten characteristics of the high-performing chronic care system*", in cui traccia la storia dell'applicazione del Chronic Care Model nel decennio 2000-2010, valutandone i risultati e evidenziando quanto ancora è necessario per migliorare il sistema e riorientare i servizi per soddisfare i bisogni delle popolazioni.

Sulla base dell'esperienze che meglio hanno funzionato e dell'ampia letteratura a disposizione C. Ham traccia una sorta di decalogo, un elenco delle dieci caratteristiche necessarie per garantire un'efficace gestione delle malattie croniche (**Tabella 1**).

Tabella 1. *The ten characteristics of the high-performing chronic care system.* Le dieci caratteristiche di un sistema efficace di controllo e gestione delle malattie croniche

1	<i>The first and arguably most important characteristic of the high-performing chronic care system is 'ensuring universal coverage', for without universal coverage it is difficult to act consistently on the other characteristics.</i>	La prima e più importante condizione – anzi la preconditione – è che vi sia un sistema di copertura universale .
2	<i>The second characteristic is the provision of 'care that is free at the point of use', or at least care that is provided at a cost that does not act as a major deterrent to sick patients seeking medical help.</i>	E che l' assistenza sia gratuita nel punto di erogazione delle prestazioni . E comunque che l'eventuale tariffa non sia un deterrente per rinunciare alla cura
3	<i>The third characteristic is that 'the delivery system should focus on the prevention of ill health' and not just the treatment of sickness.</i>	L'organizzazione dei servizi deve focalizzarsi sulla prevenzione.
4	<i>The fourth characteristic is that 'priority is given to patients to self manage their conditions with support from carers and families': a number of reviews have summarised the evidence on the benefits of self- management support.</i>	La priorità deve essere data al supporto all'auto-cura , sia nei riguardi dei pazienti che delle loro famiglie.
5	<i>The fifth characteristic is that 'priority is given to primary health care'. This characteristic derives from evidence on the contribution that primary care makes to overall system performance, and to the everyday reality that most chronic disease management takes place in primary care in most health care systems (and commensurately that most primary care entails the management of chronic disease, especially, but not exclusively among older people). To be more specific, there is evidence of the value of multidisciplinary team work in primary care with much of the responsibility for the management of chronic diseases resting with nurses working as part of the team.</i>	La priorità deve essere data alle cure primarie , al cui interno è di fondamentale importanza il lavoro multidisciplinare in team , con la partecipazione degli infermieri.
6	<i>The sixth characteristic is that 'population management is emphasised' through the use of tools to stratify people with chronic diseases according to their risk and offering support commensurate with this risk.</i>	E' di fondamentale importanza l'analisi dei bisogni della popolazione, attraverso la stratificazione dei rischi per offrire servizi commisurati a tali rischi.
7	<i>The seventh characteristic is that 'care should be integrated to enable primary health care teams to access specialist advice and support when needed'</i>	L'assistenza deve essere fortemente integrata per consentire agli specialisti di far parte del team .

8	<i>The eighth characteristic, closely linked to the last point, is 'the need to exploit the potential benefits of information technology in improving chronic care'.</i>	Utilizzare al massimo le potenzialità offerte dalle tecnologie informatiche.
9	<i>The ninth characteristic is to ensure that 'care is effectively coordinated'. Coordination is particularly important in the care of people with multiple conditions who are at much greater risk of hospital admission than people with single diseases.</i>	Garantire il coordinamento e la continuità delle cure.
10	<i>The tenth characteristic, alluded to in the review of the evidence above, is to 'link these nine characteristics into a coherent whole as part of a strategic approach to change'. This is important in view of evidence that it is the cumulative effect of different elements that explains the degree of impact of the Chronic Care Model rather than individual components.</i>	Fare in modo che le suddette 9 caratteristiche siano parte coerente di un approccio strategico di cambiamento

2. La “presa in carico” come risposta ai bisogni di salute

Gli “Indirizzi regionali per la presa in carico della cronicità e della fragilità elaborati da Regione Lombardia nel 2015 (DGR 4662/2015)” rappresentano il primo atto che ha definito i principi della “presa in carico”, successivamente ripresi e sviluppati nella “delibera della domanda” (DGR 6164/2017) e nella “delibera dell’offerta” (DGR 6551/2017), e sottolineato in particolare che “se un sistema costruito sulla specializzazione dell’offerta si adatta facilmente alla domanda per acuti (che richiede interventi rapidi ed immediati), **lo stesso sistema poco risponde alle problematiche di gestione delle patologie croniche. Nuova è pertanto l’ottica in cui ci si deve porre ad analizzare l’attuale struttura del sistema sanitario per rapportarlo agli specifici bisogni di cura delle patologie croniche.**”

Inoltre, prosegue il documento, “grazie al contributo della scienza medica e all’abbondanza dell’informazione medico-scientifica, si sta configurando una maggiore partecipazione e consapevolezza delle persone rispetto ai temi della salute, che contribuisce a far evolvere le dinamiche della domanda di servizi. Parallelamente alla generale richiesta di benessere e di migliore qualità della vita, la

salute ha assunto una posizione centrale nella scala dei valori individuali”.

Ciò inverte il punto di vista che per anni è stato insegnato sui banchi dell’università e ripetuto dai professionisti di management sanitario in tutti i corsi di formazione in base al quale “in sanità è l’offerta che determina la domanda”.

Nell’esperienza lombarda degli ultimi mesi, in cui i soggetti gestori si stanno attrezzando per attuare il percorso di presa in carico del paziente secondo le indicazioni fornite dalla DGR 7655/2017, le energie si stanno focalizzando principalmente nello strutturare strumenti e formare professionisti per fornire risposte alla domanda di salute rilevata attraverso la stratificazione descritta nella DGR 6164/2017, che ha preso le mosse dall’analisi dei consumi sanitari dei cittadini residenti in Lombardia. Pur sottolineando positivamente il nuovo approccio di Regione Lombardia che punta a strutturare l’offerta partendo dalla domanda dei bisogni sanitari, si rileva come questo sia solo l’inizio dell’analisi dei bisogni di salute, che in una prospettiva più organica, dovrà approfondire l’analisi della domanda prendendo in esame anche le variabili socio-sanitarie e sociali.

I bisogni di “benessere fisico, mentale e sociale” non sono separabili nel momento in cui si sostiene che tutti insieme siano i fondamenti dello stato di salute. Quindi pensare alla salute del cittadino ma fornire risposte solo in ambito sanitario e sociosanitario rappresenta una risposta parziale ai risultati che si aspetta il cittadino. Pensare all’ambito solo sanitario e sociosanitario significa utilizzare prevalentemente ancora il paradigma del “prendersi cura” cioè “prescrivere i rimedi opportuni e sottoporre la persona alle cure mediche e chirurgiche necessarie alla guarigione” (definizione Treccani) che è diverso dal “prendere in carico” la persona.

Questo è il motivo per cui bisognerebbe partire con l’analizzare tutti i fattori che influenzano il “benessere fisico, mentale e sociale”, definire per ciascuna di queste dimensioni delle scale di valutazione e sulla base dei risultati ottenuti da ogni scala, definire gli obiettivi e pianificare gli interventi specifici che consentano di raggiungere gli specifici obiettivi definiti sul singolo cittadino. (Figura 2)

Figura 2 (flow chart “analisi dei bisogni-risposte ai bisogni”)



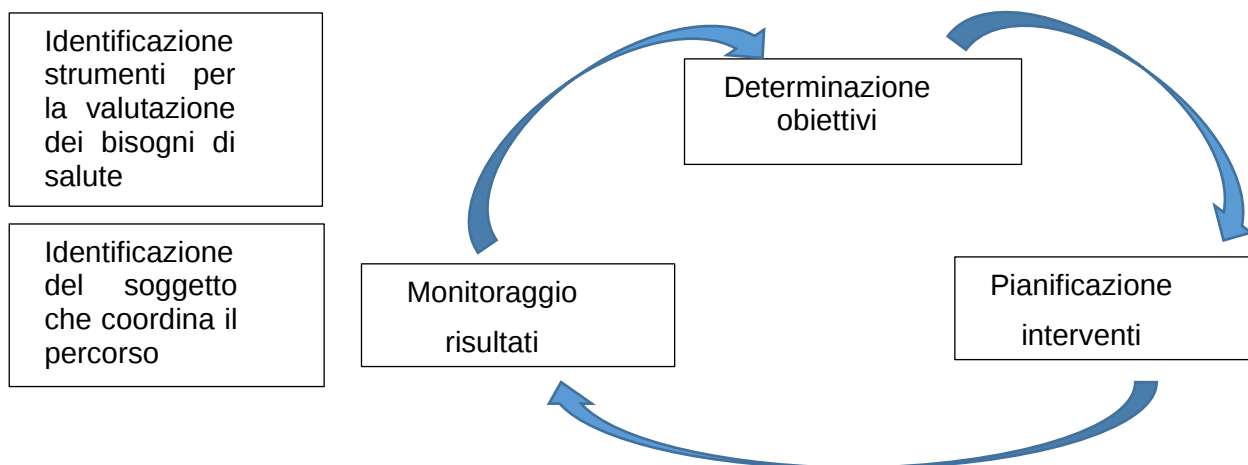
E' evidente che in questa prospettiva non si debba aspettare che una persona si “ammali” per intervenire, perché ciascuna persona, in qualsiasi stato di salute si trovi, ha un obiettivo proprio di salute a cui occorre dare risposta. E le risposte non si può pensare che sia un unico soggetto a poterle fornire, ma si può programmare una forma di coordinamento tra più attori, più o meno numerosi, per dare risposta al bisogno di salute.

Ciò presuppone:

1. identificare strumenti per la valutazione dei bisogni di salute
2. identificare un soggetto che coordini, avvalendosi del contributo specialistico di più attori, l'identificazione degli obiettivi e gli interventi da pianificare
3. pianificare gli interventi da svolgere
4. monitorare i risultati attraverso gli stessi strumenti utilizzati per la valutazione iniziale
5. identificare nuovi obiettivi

La Figura 3 riassume il ciclo della programmazione dei bisogni di salute.

Figura 3 (ciclo della programmazione della salute)



In un sistema come quello italiano, fondato sulla responsabilità pubblica della tutela della salute (art. 32 Costituzione e legge 833/1978), e dai principi di universalità ed equità di accesso ai servizi sanitari, il compito di guidare il percorso di presa in carico deve essere assicurato da un attore pubblico, che svolge un ruolo di programmatore degli interventi da effettuare, coordinatore degli attori da coinvolgere e controllore degli esiti monitorati ciclicamente.

“Tutelare la salute” non significa quindi intervenire in maniera occasionale in funzione dei segnali forniti dai cittadini, ma svolgere una politica innanzitutto di prevenzione, di promozione e di monitoraggio continuo della salute dei cittadini, fornendo a tutti la possibilità di accedere ai servizi disponibili diffondendone la conoscenza, promuovendo gli strumenti di “autocura”, prendendo “in cura” i cittadini quando questi, in funzione della valutazione dei propri bisogni, necessitano di un soggetto che coordini l’accesso ai servizi che gli soddisfino l’obiettivo di “salute”.

Per identificare i bisogni di salute occorre quindi partire dalle aspettative che ha ciascuna persona in termini di benessere fisico, mentale e sociale.

3. Fattori che influenzano il “patto di cura”

La letteratura è ricca di testi in cui si sottolinea la centralità del rapporto medico-paziente nelle cure, fondato soprattutto sul riconoscimento della professionalità del medico da parte del paziente e, nel tempo, affiancato alla capacità di stabilire una relazione con il paziente. Tant’è che oggi si parla di ***fiducia, lealtà, ascolto ed engagement*** che sono al centro del dibattito attuale come parole chiave proposte dal punto di vista dei professionisti medici per guidare il nuovo rapporto medico-paziente.

In particolare l’engagement, inteso come coinvolgimento attivo del paziente da parte del medico, è la nuova variabile che sposta l’attenzione dal fattore *professionale*, considerato fino a qualche tempo fa come l’unico presupposto su cui instaurare il rapporto del medico con il paziente, ad una dimensione di tipo relazionale, grazie alla quale le altre tre variabili (fiducia, lealtà ed ascolto) risultano rafforzate, introducendo come presupposto del rapporto medico paziente il concetto di “umanizzazione”.

Ciò sottolinea che il rapporto medico-paziente sempre più diventa un rapporto personale,

dove la fiducia è il collante che ne assicura la tenuta nel tempo che difficilmente può essere sostituita dalla sola professionalità o dalle tecnologie, soprattutto se il paziente ha patologie croniche che richiedono un accompagnamento costante nel tempo nella soluzione di problemi.

Ma se andiamo nella prospettiva della presa in carico del cittadino/paziente, parallelamente alla variabile dell'engagement deve essere introdotta quella dell'**empowerment**, inteso come **un processo attraverso il quale non solo le persone, ma anche le organizzazioni e le comunità, diventino proattive nella soddisfazione dei bisogni di salute.**

In sanità si tratta, quindi, di accrescere le competenze necessarie affinché i cittadini, i pazienti e i professionisti siano attivamente coinvolti - come singoli, come organizzazione e come comunità - nelle decisioni che riguardano la propria salute e la pianificazione, gestione e valutazione dei servizi per la salute.

La partecipazione e il coinvolgimento di cittadini, pazienti e professionisti, sono, infatti, determinanti per incrementare i valori di efficacia delle cure, di equità nell'uso delle risorse e la sostenibilità dei sistemi sanitari.

Come evidenziato dal programma Health 2020 dell'OMS, occorre riconoscere i pazienti come una risorsa e come partner e promuoverne l'assunzione di responsabilità rispetto agli esiti di salute.

L'empowerment di pazienti e cittadini ha ricadute positive sulla qualità dei servizi sanitari, agendo a vari livelli. Nei servizi i fruitori collaborano alle attività, per cui il loro coinvolgimento e il fatto che siano preparati ne migliorano il funzionamento. Questo vale in modo particolare nella sanità, dove la collaborazione dell'utente, specie nella prevenzione, in certe patologie, procedure e cure, è essenziale e dove ci si muove in un contesto delicato e a rischio. L'empowerment tende poi a innalzare il livello di competenza, oltre che degli utenti, anche degli operatori, chiamati a presentare lucidamente informazioni sanitarie precise e a curare la relazione. Migliora la partecipazione e la collaborazione degli utenti, i rapporti tra professionisti e tra strutture sanitarie, oltre che il clima organizzativo e il buon funzionamento della macchina organizzativa. L'empowerment dei pazienti è qualcosa di complesso, che comprende l'alfabetizzazione sanitaria, lo

sviluppo di padronanza e di certe abilità, oltre che la presa di coscienza dei problemi legati alla gestione delle malattie e alla costruzione della salute.

Le istituzioni sanitarie sono tradizionalmente centrate sulla cura delle malattie acute, dove gli operatori sono chiamati a intervenire prontamente sui pazienti per salvarli o per liberarli dalle sofferenze. L'enfasi sulle malattie acute assieme al corrente uso di tecniche specialistiche induce a considerare la sanità nient'altro che erogazione di prestazioni diagnostiche e terapeutiche, quasi come se le istituzioni sanitarie fossero fabbriche di prestazioni. Resta poco spazio per un lavoro come quello dell'empowerment, relazionale, formativo e perciò anche difficile da riconoscere e inquadrare in un contesto dove ciò che conta sono le prestazioni.

Ma se andiamo oltre i bisogni sanitari, come dovrebbe essere nella prospettiva della presa in carico, l'empowerment del cittadino/paziente amplia la propria attenzione verso risposte che non sono solo a bisogni sanitari, ma anche agli altri che, come sopra è stato detto, rientrano nella tutela della salute.

In questa prospettiva cambiano i soggetti coinvolti nel prendere in carico il cittadino/paziente, che quindi devono costruire un diverso rapporto con il cittadino per dare risposta ai suoi bisogni di salute, ma cambiano anche i rapporti tra i soggetti che sono chiamati a prendere in carico il cittadino/paziente.

Gli operatori, sia quelli sanitari che quelli coinvolti nel mondo sociale, vengono formati in modo tradizionale, per trattare le malattie e per operare in istituzioni sanitarie centrate sulla medicina e sul trattamento delle malattie. L'empowerment è qualcosa cui non sono abituati e che mal si concilia con la loro cultura e con la loro identità professionale.

Da questa constatazione dovrebbe essere sviluppata una riflessione sul modo in cui adeguare gli strumenti di presa in carico alle esigenze dei cittadini/pazienti.

4. Alcune considerazioni sul nuovo sistema di presa in carico a quasi 3 anni dalla riforma introdotta dalla L.R. 23/2015.

Il riordino della rete dell'offerta per la cronicità coinvolge tutti gli attori del sistema sanitario, socio-sanitario e socio-assistenziale 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 indeterminazione 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 "partecipare o no al nuovo sistema di presa in carico del malato cronico" non è semplice e quindi questa analisi non si pone come scopo una risposta alla complessa questione. Si proverà, dopo aver analizzato criticamente il modello di presa in carico della cronicità definito da Regione Lombardia, ad identificare alcuni risultati dello scenario attuale ed avviare una riflessione sugli scenari che si potrebbero prospettare.

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

Paziente cronico

E' giunta la fase attuativa del percorso di presa in carico ed al paziente cronico viene chiesto, tramite lettera, di scegliere il gestore, al quale sarà vincolato con il patto di cura e con il PAI per un anno. Sarebbe stato utile in questa fase dare indicazioni su quali criteri il paziente potrà utilizzare per la sua decisione, tenendo conto che di solito la scelta del curante (MMG) è sostenuta dalla fiducia.

Un tema da approfondire potrebbe essere appunto quello di stabilire come 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.

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. Saranno da valutare 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 vissuta come fonte di conflitto.

Infatti, sono auspicabili accordi condivisi sulla gestione clinica di patologia e di filiera tra specialisti e MMG, onde scongiurare divergenze e criticità di cui potrebbe fare le spese il paziente.

Agenzia di Tutela della Salute (ATS)

L'Agenzia di Tutela della Salute è chiamata ad implementare, accompagnare, supportare e regolare questo processo organizzativo, evitando comportamenti impropri: 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 prescritte;
- 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);

- un'altra criticità è il marginale ruolo per ora riservato ai 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 primaria, medicina specialistica e degenza ospedaliera) rinviando in parte l'impianto della presa in carico di tutto il percorso della cronicità; la continuità assistenziale e la presa in carico integrata avviene ora sulla base di protocolli/processi presenti nei singoli territori.

Emerge con sufficiente chiarezza da tutto questo che la Lombardia, a differenza di altre regioni, ha delineato un modello totalmente aperto di cui è difficile prevedere gli assetti finali ma che tuttavia è il caso di coglierne la stimolante sfida. Infatti tutto questo è certamente stimolante ma contemporaneamente fonte di forte attenzione perché ci sono in gioco 3.500.000 pazienti cronici e le relative significative risorse.

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? Da queste domande nascono spunti per una più ampia riflessione su come intendere la presa in carico del paziente cronico e fragile.

E' evidente che il dialogo istituzionale è alla base di ogni approccio verso il welfare generativo e di comunità, soprattutto in virtù del fatto che tutta la materia socio assistenziale è di esclusivo appannaggio dei Comuni, la qualcosa deve assolutamente portare ad una forte sensibilizzazione delle Istituzioni ad aprire un dialogo finalizzato appunto ad una più ampia e concreta presa in carico che coinvolge tutto il territorio, nel

senso di tenere appunto in debita considerazione tutte le esigenze, non solo sanitarie e sociosanitarie, del malato cronico.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità, in un recente Report sui modelli integrati e 'people-centered' per la gestione e il finanziamento dei servizi, ha sottolineato che non esiste un modello unico di riferimento, ma che l'evidenza dimostra la necessità di individuare e adattare localmente il mix di interventi più appropriato al contesto specifico, in base agli assetti istituzionali e alle specificità organizzative, finanziarie e valoriali di contesto.

5. Il modello di presa in carico: le fasi operative di attuazione

Il modello di presa in carico che la Regione propone parte dall'analisi delle molte informazioni che i database regionali hanno accumulato in questi anni, a partire dalla Banca Dati Assistito (BDA). Il programmatore regionale vuole ora utilizzare le diverse informazioni raccolte nella BDA per "*stratificare*" – dividere in sottogruppi con caratteristiche relativamente omogenee – tutta la popolazione regionale registrata. In pratica, in questa fase, sono state selezionate 11 malattie di lunga durata sulle 62 complessive previste dal sistema. I dati di consumo di farmaci e prestazioni hanno permesso una prima suddivisione in 5 Livelli di complessità, esemplificati nelle tabelle 1 e 2 allegate alla DGR 6164/2017.

Per ogni raggruppamento, sono stati elaborati i dati di spesa storica presenti nella BDA, limitando l'analisi in questa fase ai consumi ambulatoriali, farmaceutici e ospedalieri. In futuro saranno integrati i dati di consumo sociosanitario.

I pazienti di livello 1 sono quelli con il consumo più ampio e diversificato (ospedaliero, residenziale, ambulatoriale, domiciliare). Il Livello 2 esprime un consumo essenzialmente extra-ospedaliero, caratterizzato da un'alta richiesta di accessi ambulatoriali; per questo sottogruppo viene individuata la necessità di coordinare il percorso di terapia e di favorire atteggiamenti proattivi nella gestione del follow up. I pazienti classificabili al Livello 3 esprimono bisogni medio-bassi e prevalentemente ambulatoriali oppure la necessità di controllare o governare la sola aderenza alle terapie. I Livelli 4 e 5 raccolgono rispettivamente consumatori occasionali o non consumatori di risorse *tout court*.

I risultati della stratificazione sono stati messi a disposizione delle ATS competenti per territorio.

I Gestori

Ogni ATS ha provveduto ad emettere nel mese di luglio 2017 un bando per la candidatura a gestore per individuare i soggetti ai quali affidare la presa in carico dei pazienti. In applicazione alla DGR 7655 del 28 dicembre 2017 "Modalità di avvio del percorso di presa in carico del paziente cronico e/o fragile in attuazione della DGR N. X/6551 del 04/05/2017", a partire dal mese di gennaio del 2018 sono state inviate ai pazienti cronici 5 tipologie di lettere, tutte contenenti le indicazioni sul nuovo modello di presa in carico e su come potessero scegliere il soggetto "gestore" che guidasse il percorso nella gestione delle proprie patologie croniche.

Il processo riguarderà i pazienti già noti e stabili al momento della stratificazione (pazienti prevalenti); i nuovi pazienti (pazienti incidenti) saranno arruolati nell'annualità successiva. Il gestore selezionato valuterà il paziente, deciderà se è idoneo o no a entrare nel percorso e, in caso positivo, arruolerà il paziente tramite la sottoscrizione di un **Patto di cura** e l'elaborazione di un **Piano assistenziale individuale (PAI)**. Una Commissione dell'ATS potrà essere coinvolta nel caso di eventuali incongruenze fra la classificazione attribuita dalla Regione e i risultati della valutazione, eventualmente rivedendo la classificazione della persona o orientandola verso un altro nodo della rete. Il MMG sarà informato dell'avvenuta presa in carico da parte del gestore e potrà prendere visione del PAI contenuto nell'Fascicolo sanitario elettronico (FSE) del suo assistito. I gestori saranno remunerati con una **Tariffa di presa in carico** erogata con acconti mensili, che si affiancherà alla normale tariffa che tutti i gestori della rete continueranno a ricevere per i servizi erogati. La remunerazione del Gestore della Presa in carico, sarà quindi quella complessiva prevista dal percorso programmato, detratto quanto consumato in termini di prestazioni da parte degli altri gestori della rete, direttamente remunerati dalle ATS. **I MMG possono diventare Gestori a tutti gli effetti** o potranno eventualmente percepire una quota della tariffa di presa in carico se la persona sceglie per sé un altro gestore. Il sistema prevede una remunerazione aggiuntiva, che potrebbe essere riconosciuta se i risultati ottenuti dal Gestore sono particolarmente efficaci in termini di

appropriatezza, esiti, adesione e soddisfazione dei pazienti e efficienza economica.

Il gestore titolare del PAI dovrà interagire con gli altri attori della rete, con l'ATS, con il cittadino e con il MMG che non sia gestore. Questa interazione deve essere garantita da strumenti informatici integrati e interoperabili, che dovranno ruotare intorno a tre elementi comuni: il Patto di cura/PAI, il Centro Servizi e il Modello di remunerazione. Il modello fac-simile del Patto e del PAI sono stati elaborati dalla DG Welfare. Il Centro Servizi dovrebbe supportare il Gestore, svolgendo funzioni di case e/o care management di tipo clinico e amministrativo, monitorizzando il processo di cura del paziente e l'aderenza del percorso al PAI.

In tutto questo la complessità non è tanto nel sistema di presa in carico messo in campo da Regione Lombardia ma nel fatto di farlo atterrare senza che il paziente si accorga della "rivoluzione copernicana" in cui verrà coinvolto, anzi il successo dipenderà molto dalla verifica che il paziente cronico, senza scossoni che gli stravolgono la vita, abbia effettivamente a percepire tutti gli aspetti positivi e i benefici insiti nella riforma.

Per loro, è noto, la malattia è solo una delle componenti della propria esistenza. E' una parte della realtà, non il tutto.

Persone e famiglie sono chiamate a riprogettarsi intorno alle nuove esigenze dettate o imposte dalle malattie, ma sanno anche trovare un nuovo senso e una nuova coerenza al proprio progetto di vita.

Imparare a vivere con le malattie o con una disabilità (oppure, nonostante malattie e disabilità) rappresenta il motore primo di quella misteriosa capacità che le persone hanno – tecnicamente si chiama resilienza – di rintracciare obiettivi e significati personali anche nelle situazioni più difficili. Durante questo percorso, non è facile trovare operatori e servizi che sappiano sostenere questa ricerca di senso con lo spirito e la delicatezza del compagno di viaggio esperto. La sola offerta di prestazioni, anche di buona qualità, può non essere sufficiente e l'implicita complessità di molti percorsi amministrativi può aggiungere – invece che contribuire ad alleviare – difficoltà a chi è chiamato a vivere le malattie più gravi. Senza indulgere troppo nella filosofia, diciamo che il percorso di presa in carico disegnato dalla delibera, finché non estenderà il proprio ambito di applicazione anche agli aspetti di fragilità sociale spesso presenti nella vita di un paziente cronico, rischia di apparire con connotazioni essenzialmente economiche e amministrative. Farsi

carico delle fatiche e delle sofferenze altrui e gestirle insieme alle persone attiene probabilmente ad altri capitoli del concetto di presa in carico, non a questo.

In sintesi, quindi, la DGR 6164 parla un linguaggio che necessita di ulteriori sviluppi. Parte dalla domanda di salute ma la analizza e si struttura poi intorno ai “consumi”, ma, per essere piena ed efficace, deve fugare il rischio che si legga una **sorta di grande centro commerciale intorno a cui modellare la rete dei servizi**. Clienti, prodotti, costi di produzione, gestione, management sono chiavi di lettura che rendono più leggibile il documento, soprattutto se applicato all’interpretazione più semplice dell’agire medico. Nel modello clinico tradizionale i medici sono chiamati a fare diagnosi di una malattia, ad esempio l’ipertensione arteriosa. Per curarla bene sarà quindi necessario programmare con una determinata frequenza la misurazione della pressione arteriosa, l’esecuzione di alcuni esami o accertamenti diagnostici e specialistici e prescrivere una terapia da assumere con regolarità. Nel suo decorso potranno poi insorgere complicazioni, soprattutto nelle fasi più avanzate, che troveranno certamente accoglienza nella rete d’offerta. Lungo questo percorso, è abbastanza semplice definire un PDTAR (Percorso Diagnostico, Terapeutico, Assistenziale e Riabilitativo) atteso e ottimale. Sarà anche abbastanza facile misurare se il percorso reale del paziente scorre lungo questa strada o se ne discosta per difetto o per eccesso; quindi, se i costi misurati sono in linea o in eccesso/difetto. Era la logica portante dei CReG già sperimentati in Regione Lombardia dal 2011. La DGR 6164 applica i CReG su una scala più ampia, ma deve confrontarsi con scenari un po’ più complicati.

6. I primi risultati del modello della presa in carico: quali scelte intraprendere dal lato della domanda

Dai primi dati in possesso di Regione Lombardia, su 3,5 milioni di lettere spedite, ad oggi risulta che poco più di 100.000 cittadini hanno manifestato l’interesse ad aderire al nuovo percorso (cioè 1 su 35 cittadini), indicando prevalentemente di preferire come gestore le cooperative di MMG (oltre 80.000). Risulta inoltre che i cittadini con livello di cronicità 1 hanno manifestato prevalentemente l’intenzione di scegliere il proprio MMG come gestore, mentre alle strutture sanitarie pubbliche e private si stanno rivolgendo

molti cittadini con profilo 3.

Un altro dato di sicuro interesse è che rispetto alle manifestazioni di interesse inizialmente espresse, quando i cittadini vengono contattati dal gestore per un appuntamento finalizzato alla sottoscrizione del patto di cura, circa 1/3 dei cittadini rifiuta di fissare l'appuntamento.

Rispetto a questi risultati generali, ci si è focalizzati sulle risposte fornite dai cittadini residenti nel Distretto Rhodense, dove sono state spedite da parte di ATS Città Metropolitana di Milano oltre 156.000 lettere così distribuite:

Totale	Tipo 1	Tipo 2	Tipo 3	Tipo 4	Tipo 5
156.348	12.798	23.321	17.647	56.975	45.607

Fonte: ATS Città Metropolitana di Milano

Rispetto agli oltre 156.000 pazienti residenti nel Distretto Rhodense raggiunti dall'invito ad aderire al nuovo percorso, 427 hanno manifestato l'interesse a rivolgersi all'ASST Rhodense; di questi sono stati contattati fino ad oggi 162 cittadini per proporre un appuntamento per la sottoscrizione del patto di cura e ben 62 hanno rifiutato o annullato l'appuntamento.

Questi i dati in sintesi:

Manifestazioni di interesse – ASST Rhodense					
Manifestazioni	In attesa	In lavorazione	Prenotate	Rifiutate	Annullate
427	264	17	84	50	12

Fonte: ASST Rhodense

Questi sono tutti dati che meritano di essere analizzati per comprendere cosa bisogna migliorare per implementare il nuovo modello organizzativo.

Che risposte fornire a chi è seguito per due patologie in due strutture diverse? Se un paziente è già seguito da un medico e chiede di continuare a mantenere lo stesso riferimento, ma quel medico non è uno dei "clinical manager", occorre rivedere

l'organizzazione o proporre un altro specialista al paziente? Se un paziente ha un evento acuto che si ripercuote anche sulla patologia cronica, chi gli rivede la terapia il MMG o il clinical manager?

Queste sono solo alcune delle domande a cui si è chiamati a dare risposte ai cittadini.

Forse occorrerebbe approfondire, sulla scorta delle variabili sopra descritte che influenzano il rapporto medico-paziente, se il paziente sceglie un Gestore in quanto "soggetto giuridico" o se la sua scelta sia fatta anche in considerazione di un legame che va al di là della struttura a cui appartiene il professionista. Forse non è neanche necessario che sia sempre un medico il punto di riferimento del paziente, ma, in relazione alle priorità dei bisogni, che sia un infermiere o un assistente sociale che lo metta in relazione con gli specialisti di cui ha bisogno, organizzandogli il percorso.

Per comprendere ciò ed individuare le variabili su cui concentrarsi per sviluppare la capacità di attrattività del modello di presa in carico, occorre partire dai bisogni che manifestano i cittadini in tema di salute, su cosa sono insoddisfatti e su come intendono la propria "presa in carico". Strutturare l'organizzazione sulla base delle conoscenze professionali o delle sensazioni fondate sui commenti delle persone non è la via corretta da percorrere.

Occorre definire un sistema di raccolta di informazioni e di successiva analisi per poi definire la risposta organizzativa più appropriata possibile. Questo è tanto più vero quanto più si pensa non solo ai bisogni sanitari ma al bisogno di salute dei cittadini, che richiede da una parte comprendere anche i loro bisogni sociosanitari e sociali e dall'altra definire una rete di rapporti con attori che possono fornire risposte complementari a quelle delle strutture sanitarie ed i cui interventi che possono offrire richiedono di essere coordinati tra di loro.

Seguendo questa logica, nell'ASST Rhodense è stato strutturato un breve questionario di 10 domande da somministrare ai pazienti che hanno ricevuto la lettera per scegliere il "gestore" per comprendere cosa hanno deciso di fare dopo l'arrivo della lettera, perché hanno fatto quella scelta, quali sono gli aspetti che ritengono già soddisfatti nel modo in cui sono gestiti e cosa vorrebbero in più. (Vedi allegato questionario)

7. Dal PAI al PAI integrato

La DGR 6164/2017 sottolinea che *“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**”*

Con quest’approccio la rete dei servizi che si deve costruire attorno ai pazienti cronici deve partire dai bisogni di salute che questi manifestano cercando di soddisfarli nel migliore dei modi, ricordando che parlare di **bisogni di salute** significa riferirsi, come nella definizione fornita dall’OMS, a quelle esigenze che avverte l’individuo per raggiungere uno *“stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza dello stato di malattia o infermità”*.

Come detto, parlare di “benessere fisico, mentale e sociale” significa andare oltre il semplice soddisfacimento di bisogni di tipo sanitario, significa entrare in un’altra dimensione finora poco approfondita nell’accezione del paradigma del “prendersi cura”, che ha cercato di fornire risposte limitatamente ai confini del settore sanitario e sociosanitario, trascurando completamente i bisogni sociali che rappresentano spesso, soprattutto nei pazienti con cronicità, la parte della domanda di salute più rilevante.

La DGR 6164/2017, come già sottolineato, propone cambiamenti sostanziali del tradizionale approccio sanitario. Soprattutto, sposta l’attenzione del sistema verso il governo del percorso di cura analizzato nella sua globalità. Esce quindi dalla logica più diffusa, che vuole il sistema strutturato in grandi e piccoli “contenitori” di servizi, ognuno dei quali tendenzialmente autoreferenziale e spesso poco o mal collegato ai restanti.

L’obiettivo è quindi interessante e certamente auspicabile, il metodo proposto va integrato, almeno in questa fase. E’ comunque da sottolineare che tutto questo sta avvenendo in un momento di grandi cambiamenti organizzativi, ancora tutti da

integrare e perfezionare. Occorre superare tuttavia il grande peccato originale nel continuare ad utilizzare la malattia come variabile primaria, necessaria o indispensabile per spiegare i percorsi di cura delle persone. Questi sono ben più complicati, soprattutto quando vengono confusi con il concetto - ben più impegnativo - di presa in carico. La maggior parte delle persone e delle famiglie che vivono oggi l'esperienza delle malattie di lunga durata e delle loro conseguenze, hanno da tempo applicato l'arte italiana del "fai da te" ma una riforma, per essere favorevolmente evolutiva, deve avere come obiettivo principale quello di avvicinare le istituzioni alle persone, nel senso della territorialità, e deve fugare quel senso di abbandono e di rassegnazione che spesso accompagna coloro che, non per scelta, convivono con la propria cronicità.

Il modello che si propone è appunto quello che porta a sviluppare il **"PAI integrato"**, **dove tutto il sistema, dal sanitario al sociale, viene valutato e integrato in un unico percorso di presa in carico, mettendo insieme ed in maniera coordinata e funzionale il PAI e la Cartella Sociale.**

a. Un po' di definizioni e riferimenti normativi in ambito socio-assistenziale integrato con il socio-sanitario

- **SERVIZI SOCIO – ASSISTENZIALI:** prestazioni ed attività dirette alla promozione sociale e a sostenere le famiglie con l'erogazione di servizi o prestazioni economiche.
- **SERVIZI SOCIO-SANITARI (art. 3 septies D. Lgs. 30.12.1992, n. 502):**
 - **Servizi sanitari a rilevanza sociale** (promozione della salute, prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie): Azienda Sanitaria Locale
 - **Servizi sociali ad elevata integrazione sanitaria** (particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria): Azienda Sanitaria Locale
 - **Servizi sociali a rilevanza sanitaria** (hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o emarginazione condizionanti lo stato di salute): Comune

Il D.P.C.M. 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento relativo all'integrazione sociosanitaria" definisce tre livelli di prestazioni:

- ❖ prestazioni sanitarie a rilevanza sociale: sono erogate contestualmente a interventi sociali e sono finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi ed invalidanti di patologie congenite o acquisiti, tenuto conto delle componenti ambientali, della partecipazione alla vita sociale ed alla espressione personale. Sono prestazioni di competenza delle A.S.L. e a carico del Fondo sanitario Nazionale e sono articolate in progetti personalizzati di durata medio – lunga.
- ❖ prestazioni socio sanitarie ed elevata integrazione sanitaria: tutte le attività specifiche delle aree materno - infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico - degenerative caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria (di competenza delle Aziende Sanitarie Locali e a loro carico).
- ❖ prestazioni sociali a rilevanza sanitaria: comprendono tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o emarginazione condizionanti lo stato di salute. Sono di competenza dei Comuni, prevedono la gratuità per i soggetti indigenti e la partecipazione alla spesa degli altri utenti. Gli interventi sono inseriti in progetti personalizzati di durata non limitata ed erogati nelle fasi estensive e di lungo – assistenza. (Gli ambiti di intervento sono: a) interventi di sostegno e promozione a favore dell'infanzia, dell'adolescenza e delle responsabilità familiari; b) interventi per contrastare la povertà nei riguardi dei cittadini impossibilitati a produrre reddito per limitazioni personali e/o sociali; c) interventi di sostegno o aiuto domestico finalizzati a favorire l'autonomia e la permanenza nel proprio domicilio di persone non autosufficienti; d) interventi di ospitalità alberghiera presso strutture residenziali e semiresidenziali di adulti e anziani con limitazioni dell'autonomia, non assistibili a domicilio; e) interventi, anche di natura economica, atti a favorire l'inserimento sociale di soggetti affetti da disabilità o patologia psicofisica e da dipendenza, fatto salvo quanto previsto dalla normativa vigente in materia di diritto al lavoro dei disabili; f) ogni altro intervento qualificato quale prestazione sociale a rilevanza sanitaria e inserito fra i livelli essenziali di assistenza secondo la legislazione vigente).

Il sistema integrato di interventi e servizi sociali si realizza mediante politiche e prestazioni coordinate nei diversi settori della vita sociale, integrando servizi alla persona e al nucleo familiare con eventuali misure economiche, e la definizione di percorsi attivi volti ad ottimizzare l'efficacia delle risorse, impedire sovrapposizioni di competenze e settorializzazione delle risposte.

La integrazione deve riguardare:

- **i soggetti coinvolti**
- **la tipologia di interventi**
- **la integrazione con altre tipologie di interventi (soprattutto a livello sanitario)**

I principi fondamentali della riforma sanitaria (L.R. Lombardia 23/2015) sono presenti e coerenti con il percorso regionale degli ultimi anni, ben esplicitato nella stessa legge 3/2008:

- **La scelta libera, consapevole e responsabile dei cittadini di accesso alle strutture (legge 23/2015)**
- **Liberà di scelta, nel rispetto della appropriatezza delle prestazioni (legge 3/2008)**

Il principio della libertà di scelta è da collegarsi alla valutazione multidimensionale del bisogno ed alla appropriatezza degli interventi nell'ambito di un progetto individualizzato. Orientamento alla presa in carico della persona nel suo complesso (legge 23/2015) ben si concilia con la personalizzazione delle prestazioni, ai fini di una effettiva e globale presa in carico della persona (legge 3/2008).

Il sistema italiano dei servizi è organizzato in due grandi sottosistemi: quello sanitario, che fa capo alle Regioni e quello dei servizi sociali, che fa capo ai Comuni. Tale distribuzione dei compiti ha reso, e rende, sempre problematica la connessione fra questi due mondi. La presenza dei sindaci (o loro delegati) è prevista nelle assemblee di distretto e in quelle degli ambiti territoriali.

Nel complesso rapporto interistituzionale fra servizi sanitari di competenza della Regione e servizi sociali di competenza dei Comuni, **acquista rilievo strategico la riorganizzazione dei Distretti.**

I distretti sono articolati in "ambiti distrettuali", la cui popolazione di norma non potrà

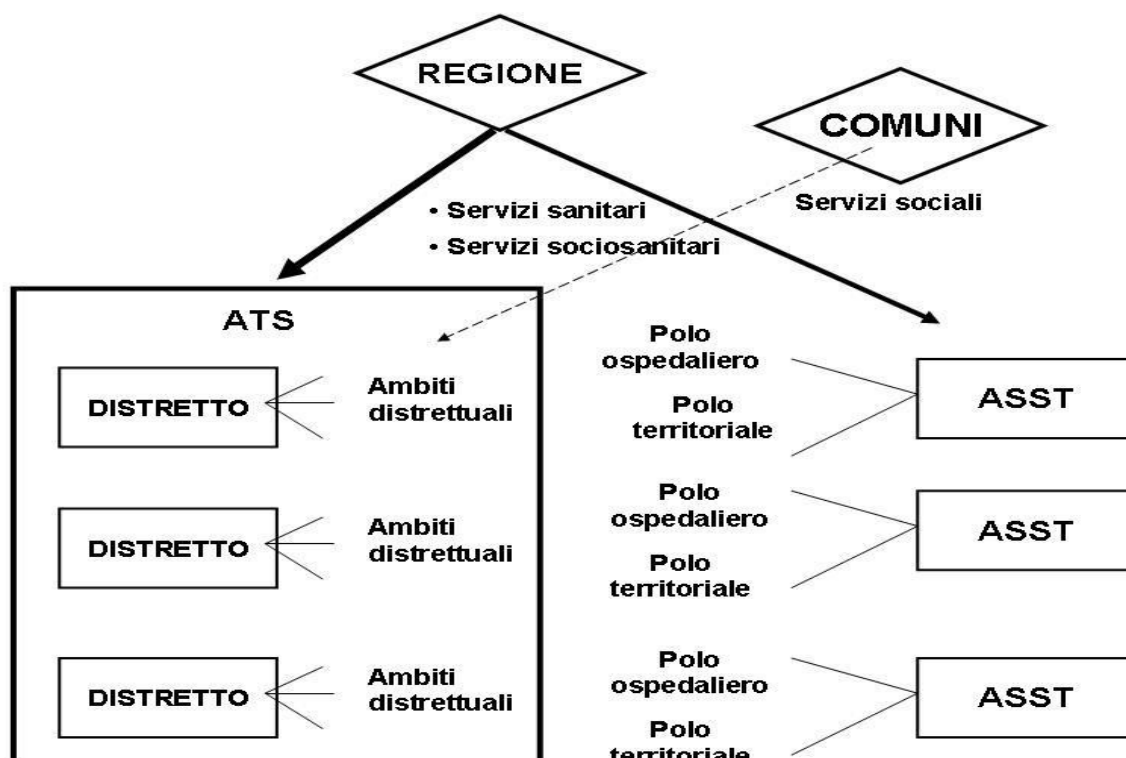
essere inferiore agli 80.000 abitanti.

In connessione a queste articolazioni territoriali andrà sviluppata una nuova fase di implementazione dei Piani di Zona.

Quale il ruolo del Comune nella presa in carico, anche nelle situazioni di titolarità?

Occorre attendere di conoscere in che modo verrà declinato l'articolo 9 (Modello di presa in carico per il paziente cronico e fragile) che descrive le "modalità organizzative innovative di presa in carico in grado di integrare le modalità di risposta ai bisogni delle persone in condizione di cronicità e fragilità per garantire la continuità nell'accesso ai servizi e l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali». Si prevede che la Regione definisca i modelli per "l'individuazione delle prestazioni appropriate..." attraverso la valutazione multidimensionale e "i criteri di accreditamento e remunerazione per le attività di presa in carico dei pazienti da parte di soggetti di natura pubblica e privata" interessati ad attuare questo modello.

L'accesso agevolato alle prestazioni sociali ed il relativo livello di compartecipazione al costo è stabilito dai Comuni nel rispetto della disciplina statale sull'I.S.E.E. e dei criteri ulteriori, che tengono conto del bisogno assistenziale, stabilito dalla Giunta Regionale.



b. La Cartella Sociale Informatizzata

Uno strumento rilevante per lavorare nella giusta direzione di integrazione delle attività è la Cartella Sociale Informatizzata (C.S.I.), quale utile strumento al lavoro degli operatori e non un mero adempimento burocratico. Nel febbraio scorso è stato fatto un focus presso Regione Lombardia sullo stato dell'arte raggiunto dal processo di implementazione della CSI. Si è partiti dal processo di definizione e implementazione delle linee guida regionali sulla Cartella Sociale Informatizzata, illustrando il percorso che ha avuto avvio nel 2014 e successivamente con la DGR 2/08/2016 n° 5499, il cui obiettivo è stato quello di fare una fotografia della situazione e uniformare sul territorio, a livello contenutistico, la cartella sociale. Con la DGR del dicembre 2016 sono stati stanziati i fondi per lo sviluppo della CSI. Sono susseguite altre due DGR del marzo 2017 e del gennaio 2018; questa fase ha consentito di conseguire il raggiungimento di omogeneità e la strutturazione di una CSI c/o gli Enti Locali e i Piani di Zona (su 93 ambiti che hanno partecipato, 86 hanno raggiunto gli obiettivi assegnati).

E' stato rappresentato come ci siano state più fasi e tavoli di lavoro per rendere omogeneo sul territorio lombardo tale progetto, anche rispetto a come gestire i flussi (DGR 147 del 2017) SIUSS. Le informazioni raccolte coprono esigenze e bisogni (Tavolo con INPS, nuove anagrafiche, informazioni sui nuclei familiari) ed ora si è maturi per passare alla fase successiva.

Infatti la prossima fase sarà proprio quella di integrare i dati con quelli sanitari, favorendo la possibilità di interscambio con il socio – sanitario. E' allo studio una bozza di protocollo di intesa tra ATS/ASST e Enti erogatori per dare appunto uno strumento operativo in tale direzione. Laddove verranno trattati i dati sanitari per attività di scambio tra ATS/ASST e Piani di Zona sarà opportuno porre la dovuta sensibilità e attenzione su ciò che attiene ai dati sensibili e che il tutto sia coerente con la normativa di settore.

Sono state rappresentate le esperienze già effettuate da alcune realtà comunali e territoriali ed è stata l'occasione per impostare e raccontarsi i passi successivi.

Nel complesso è emersa l'importanza del progetto, con in rilievo l'approccio multi professionale che vede coinvolti per specifiche competenze i seguenti operatori:

Assistenti Sociali, Psicologi, Educatori, Amministrativi, Amministratori politici e

Servizi Informatici degli Enti; manca poco a che tutto questo si integri con il mondo sanitario per poi conseguire una vera e compiuta presa in carico dei malati cronici e fragili, così attuando in senso realistico e pragmatico il principio del “prendersi cura” della persona. Anche in questo caso la progettazione del software è partita dall’analisi dei bisogni, sviluppata e raccolta sulla base di adeguata formazione a favore di operatori che ha interessato più realtà, tanto da consentire la raccolta di materiale digitale e cartaceo.

Il software consente ora all’operatore di connettersi da remoto (es. attività di ADI), consente il monitoraggio del carico di lavoro e funziona da “CRUSCOTTO” in merito ai ritorni informatici in base a quanto inserito: dati statistici per mappare prestazioni sociali, analizzare i dati e confrontarli, creare report immediati, verificare i dati raccolti, monitorare l’utilizzo della CSI.

Nei Comuni le funzioni hanno coinvolto: il segretariato sociale, il Servizio Tutela, le prestazioni che hanno una gestione economica i Servizi domiciliari. La sperimentazione si è conclusa nel 2015 e la relazione finale ha messo in evidenza sia i vantaggi connessi alla presa in carico sia la possibilità di disporre informazioni e sintesi puntuali tali da consentire una adeguata e consapevole programmazione.

Utile l’integrazione tra anagrafe e cartella sociale informatizzata, così come con l’INPS per possibilità ad es. di effettuare integrazione per ISEE.

Come detto, ora va sviluppata, anche attraverso il supporto normativo, la integrazione con il socio-sanitario, non dimenticando il nuovo scenario in materia di trattamento dei dati sensibili sopraggiunto con il regolamento comunitario (Regolamento UE 2016/679).

Una sperimentazione del PAI integrato in questa ottica, che potrebbe ora diventare P.A.S.S.I. (**piano assistenziale sanitario e sociale individuale**) potrà trovare le sua prima applicazione nell’ambito dei PreSST e delle Case Mediche (es. vedi foto di seguito) messe in campo a seguito di virtuosa collaborazione tra i Comuni, ATS e MMG dove l’accordo con il Comune non si limiterà più alla mera disciplina sull’uso specifico del patrimonio pubblico comunale, ma dovrà comprendere anche servizi comunali finalizzati alla presa in carico sotto il profilo socio assistenziale del malato cronico, facendo sintesi in un tutt’uno dei processi alla base del PAI e della Cartella Sociale.



Assessorato Area Metropolitana, Casa e Demanio
Direzione Centrale Casa e Demanio
Settore Politiche per la Casa e Valorizzazione sociale spazi

Veduta d'insieme



Vista ingresso



Vista ingresso da via Dei Cinquecento

Allegato B - Avviso di selezione pubblica per l'assegnazione a terzi, mediante procedura di evidenza pubblica, di un' ala- piano rialzato della RSA Casa per Coniugi di via Dei Cinquecento n.19 - Milano di proprietà comunale per la realizzazione di una CASA MEDICA per la cura della Salute.

8 Conclusioni

Il percorso di presa in carico è senz'altro un obiettivo da perseguire perché, come è stato sottolineato negli ultimi anni in contesti autorevoli nazionali ed internazionali, è un traguardo di civiltà: consente di mettere il cittadino al centro e strutturare tutti i servizi sanitari, sociosanitari e sociali, in relazione ai propri bisogni di salute.

Ciò da cui servirebbe partire sono le esigenze che manifesta il cittadino/paziente perché solo comprendendo "come vuole sentirsi al centro", "con chi vuole avere rapporti", "quali bisogni si aspetta che siano soddisfatti" che può essere definita la strategia della presa in carico.

La scommessa per il futuro è quella di gestire i bisogni di salute in stretta sinergia con il territorio, sfruttando il più possibile le risorse già esistenti, definendo una visione strategica delle politiche per la persona che forniscano risposte complete ai cittadini. Spesso ci si affanna nel mettere a reddito il patrimonio pubblico dimenticandosi che una virtuosa "messa a reddito" o un "intelligente uso di risorse" può coincidere con la mera eliminazione e/o sovrapposizione di costi sostenuti dai vari attori pubblici, spesso fonte di sperpero di danaro per mancanza appunto di

sinergie, coordinamento e flussi informativi tra Istituzioni, nella misura tale da consentire un utilizzo ottimale, efficace e funzionale delle reciproche risorse verso l'obiettivo principale: **il benessere dei cittadini**.

Nel caso della presa in carico del paziente cronico e fragile è di strategico valore la sinergia tra ATS, ASST e Comuni, oltre che di tutti gli operatori privati con analoga vocazione sociale, dove a fronte di una mappatura territoriale delle cronicità e delle fragilità sociali si possa efficacemente strutturare l'offerta dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali, mettendo a sistema le rispettive risorse umane e professionali, fornendo risposte quanto più complete possibili ai bisogni di salute dei cittadini.

In questo senso si ritiene che si debba, da una parte, dare una forte enfasi alla leva della comunicazione, intesa come strumento per consentire di ascoltare ciò di cui i cittadini manifestano come esigenze legate al proprio stato di salute e veicolare in maniera chiara, diretta e tangibile i vantaggi del nuovo modello di presa in carico; dall'altra, avviare un percorso di lavoro interistituzionale, partendo dai Piani di Zona, per definire una rete di rapporti finalizzata a mettere a disposizione dei cittadini in maniera coordinata tutti i servizi necessari per dare risposte complete alla cronicità ed alla fragilità.

**QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE SULLA SODDISFAZIONE
DELLA PRESA IN CARICO**

Genere	☐ M	☐ F		
Età	☐ Minore di 40	☐ Compresa tra 40 e 50	☐ Compresa tra 50 e 65	☐ Maggiore di 65
Grado di istruzione	☐ Media inferiore	☐ Media superiore	☐ Laurea	

Occupazione	☐ Casalinga	☐ Pensionato/a	☐ Disoccupato/a	☐ Operaio/a
	☐ Impiegato/a	☐ Commerciante	☐ Dirigente	☐ Libero Professionista
	☐ Medico	☐ Infermiera	☐ OTA/OSS	☐ Altro

- 1) Prima di ricevere la lettera era già a conoscenza delle novità previste dalla riforma del Sistema Socio-sanitario della Regione Lombardia in merito alla presa in carico?

- a. ☐ Sì
- b. ☐ No

- 2) Dopo aver letto la lettera attraverso cui Le è stata comunicata la nuova modalità di presa in carico prevista dalla Regione Lombardia:
- a. Ritene comprensibili le informazioni riportate nella lettera?
 - i. ☐ Sì
 - ii. ☐ No
 - b. Cosa ha fatto o ha intenzione di fare?
 - i. ☐ Ho contattato/contatterò il MMG
 - ii. ☐ Ho contattato/contatterò il Call Center Regionale
 - iii. ☐ Ho contattato/contatterò il medico della struttura presso cui sono in cura
 - iv. ☐ Non mi interessa il nuovo percorso proposto
- 3) Quali sono secondo Lei gli elementi più importanti che sono sottolineati nella lettera?
- a. ☐ Percorsi Clinici Personalizzati
 - b. ☐ Libertà di scelta del soggetto a cui rivolgersi per la presa in carico
 - c. ☐ Facilitazione del percorso di accesso a visite ed esami
- 4) Come considera la modalità in cui è stato finora gestito il Suo percorso di cura?
- a. ☐ Molto soddisfacente
 - b. ☐ Abbastanza soddisfacente
 - c. ☐ Soddisfacente
 - d. ☐ Insoddisfacente
- 5) Cosa ha scelto o ha intenzione di scegliere come soggetto che la seguirà nel Suo percorso di cura?
- a. ☐ MMG
 - b. ☐ Struttura Sanitaria (ASST, IRCCS, Struttura privata)
 - c. ☐ Struttura Sociosanitaria (RSA, CDI, altro)
 - d. ☐ Non ho ancora scelto perché desidero approfondire l'argomento
 - e. ☐ Non ho scelto né ho intenzione di scegliere alcun soggetto che mi prenda in carico
- 6) Con riferimento alla risposta precedente, ha seguito il suggerimento di qualcuno?
- a. ☐ Sì, ho consultato il mio medico di medicina generale
 - b. ☐ Sì, ho consultato lo specialista che mi segue nell'ambulatorio
 - c. ☐ Sì, ho seguito il consiglio di conoscenti (parenti, amici,)
 - d. ☐ No, ho scelto in autonomia

- 7) Con riferimento alla domanda 5, se non ha ancora scelto il soggetto che la prenderà in carico perché ha intenzione di approfondire l'argomento, quale aspetto desidera chiarire:
- a. ☐ Se posso continuare ad essere visitato dal medico che mi ha finora seguito
 - b. ☐ Se il soggetto che mi prenderà in carico è in grado di facilitare il mio percorso
 - c. ☐ Devo chiarire se il mio rapporto con il mio medico di medicina generale resterà invariato
 - d. ☐ Altro (specificare)

- 8) Se ha scelto il medico o la struttura che la seguirà nel percorso di presa in carico, cosa si aspetta che cambierà rispetto alle attuali modalità di gestione?
- a. ☒ Riduzione tempi di prenotazione
 - b. ☐ Avere un unico interlocutore per la gestione del mio percorso di cura
 - c. ☐ Possibilità di rivolgermi ad un'unica struttura per tutte le prestazioni di cui ho bisogno
 - d. ☐ Altro (specificare)

- 9) Quali sono gli aspetti che non la soddisfano rispetto all'attuale modalità di gestione del Suo percorso di presa in carico (indicare anche più di una risposta)
- a. ☐ Nessuno mi segue in modo continuativo
 - b. ☐ Devo sempre passare dal mio medico di medicina generale per ogni prescrizione
 - c. ☐ Non ricevo le prestazioni sempre nella stessa struttura e dallo stesso specialista
 - d. ☐ Non riesco a prenotare le prestazioni in modo da rispettare i tempi richiesti dal medico
 - e. ☐ Altro (specificare)

10) Cosa vorrebbe che migliori nel Suo percorso di gestione per una corretta e completa presa in carico (indicare anche più di una risposta)

- a. ☐ Tempi e modalità di prenotazioni
- b. ☐ Rapporto con il medico di medicina generale/specialista
- c. ☐ Supporto per recarsi negli ambulatori per le visite/esami periodici
- d. ☐ Possibilità che gli esami e le visite siano effettuati a domicilio
- e. ☐ Possibilità di avere un unico interlocutore a cui rivolgere le domande relative al mio percorso di cura
- f. ☐ Altro (specificare)