

# ATTUAZIONE DELLA RIFORMA SANITARIA

*Modalità di percorso di presa in carico  
dei pazienti cronici*



# IL GESTORE DELLA PRESA IN CARICO

Il gestore garantisce il coordinamento e l'integrazione tra i differenti livelli di cura ed i vari attori. **È il titolare della presa in carico.**

Il gestore deve:

- Sottoscrivere il patto di cura con il paziente
- Definire il piano di assistenza individuale PAI
- Prendere in carico proattivamente il paziente, anche attraverso la prenotazione delle prestazioni, il coordinamento dei diversi partner di rete
- Coordinare e attivare i nodi della rete necessari per l'attuazione del PAI
- Erogare delle prestazioni previste dal PAI, direttamente o tramite partner di rete accreditati
- Implementare i servizi innovativi, quali ad esempio la telemedicina
- Monitorare l'aderenza del paziente al percorso programmato

# L'IDONEITA' DEI GESTORI

L'idoneità dei gestori viene valutata dall'ATS territorialmente competente sulla base dei seguenti criteri, che dovranno essere esplicitati al momento della presentazione della manifestazione d'interesse:

- Presenza dei requisiti previsti per il gestore
- Completezza della filiera erogativa per i livelli e le aree di patologia o **set di riferimento** per cui ci si candida
- Copertura dell'area territoriale
- Coinvolgimento del MMG/PLS (per i gestori erogatori) e degli erogatori (per i gestori MMG)

Si possono candidare quali gestori della presa in carico **singoli erogatori sanitari e sociosanitari accreditati e a contratto con il SSL**, Fondazioni IRCCS e soggetti del sistema delle cure primarie.



# IL RUOLO DEL GESTORE



Il gestore dovrà assicurare direttamente o, a livello di rete le seguenti funzioni:

1. Valutazione multidimensionale del bisogno (VDM)
2. Case management
3. Definizione del PAI e gestione clinica/ medico referente

Il soggetto gestore deve assicurare tutte le fasi della presa in carico e le prestazioni in proprio oppure mediante **l'avvalimento** di soggetti terzi che possono essere:

- Erogatori (case di cura, unità d'offerta sociosanitaria) già contrattualizzati, il valorizzato delle prestazioni rese a favore delle persone prese in carico concorre al budget già negoziato
- Strutture accreditate ma non a contratto: in tal caso l'ATS le contrattualizza per l'erogazione delle sole prestazioni di cui il gestore si avvale; i pagamenti per le prestazioni sono effettuati sempre e solo dall'ATS
- Medici di medicina generale

# IL MMG NELLA RETE D'OFFERTA

## MMG come soggetto gestore del paziente cronico

- Il MMG può presentare la propria manifestazione di interesse all'ATS per assumere il ruolo di gestore del paziente cronico organizzandosi con altri MMG, anche in forma aggregata.
- Deve garantire le funzioni e i requisiti previsti per il soggetto gestore con il supporto di altri enti erogatori per l'effettuazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie
- I MMG saranno tenuti a sottoscrivere una dichiarazione che attesti che non vi siano conflitti di interesse nei confronti degli erogatori proposti dall'ATS come idonei alla presa in carico

## MMG come co-gestore dei pazienti cronici

- partecipa alla modalità di presa in carico dei propri assistiti con una funzione di co-gestore se non intende svolgere direttamente la funzione di soggetto gestore
- sottoscrive il Patto di Cura e il PAI con il paziente e, nel patto di cura, individuano il gestore all'interno dell'elenco fornito dall'ATS articolato anche su base territoriale

## MMG che decide di non aderire al modello di presa in carico

- Viene informato dal soggetto gestore dell'avvenuta presa in carico dell'assistito di cui può prendere visione del PAI tramite il Fascicolo Sanitario Elettronico e rimangono di sua competenza le prescrizioni per le ricette di farmaci e le prestazioni previste dall'ACN

Il MMG non essendo erogatore, per garantire il PAI si deve riferire ai soggetti presenti nell'elenco predisposto dalle ATS. In raccordo con i soggetti erogatori possono contribuire all'erogazione di prestazioni di bassa complessità (Monitoraggio TAO, Spirometria, Fundus Oculi.....)

# IL MMG GESTORE NELLA RETE D'OFFERTA

- Le ATS selezionano secondo specifici criteri le strutture erogatrici idonee a partecipare alla filiera erogativa della presa in carico da parte dei MMG associati
- I MMG associati inseriscono nella filiera erogativa le strutture erogatrici selezionate dall'ATS a copertura dell'intero fabbisogno assistenziale
- Nel caso in cui vi siano ulteriori necessità specialistiche o situazioni eccezionali, i MMG possono ricorrere a strutture non inserite nell'elenco previa approvazione dell'ATS.

# CRITERI PER L'INDIVIDUAZIONE DELLE STRUTTURE EROGATRICI DA PARTE DI ATS

- a) Prossimità territoriale
- b) Qualità del servizio e tempi di erogazione
- c) Rispetto dei tempi di attesa per le strutture a contratto
- d) numero di accessi degli assistiti «frequent users» presso una determinata struttura

# I NUOVI PRESIDI OSPEDALIERI TERRITORIALI PER LA PRESA IN CARICO



La l.r. n. 23/2015 definisce i POT quali

- «strutture multi servizio deputate all'erogazione di prestazioni residenziali sanitarie e sociosanitarie a media e bassa intensità per acuti e cronici, e di prestazioni ambulatoriali domiciliari»
- Strutture territoriali per la gestione ed erogazione di servizi di carattere sanitario, sociosanitario e sociale.
- Nodo funzionale della rete dei servizi di diagnosi, cura e assistenza dei pazienti cronici, anche per malati problematici con bisogni complessi



# REQUISITI MINIMI E ATTIVITA' EROGATE DAL POT

## REQUISITI AREA DI RICOVERO

Modulo di almeno 10 posti letto, organizzato a «percorso assistenziale» che risponda ai bisogni del paziente. La costante collaborazione con il Centro Servizi consente la programmazione di dimissioni protette, la stesura ed il monitoraggio del Piano Assistenziale Individuale, quale strumento di pianificazione delle attività

## ALCUNE ATTIVITA' EROGATE

- Degenza a media e bassa intensità
- Ricovero per sub-acuti
- Ricovero di cure intermedie
- Diagnostica di base (punto prelievi, POCT, radiologia tradizionale, ecografia )
- Prestazioni di riabilitazione
- Centri di dialisi
- Servizi di teleassistenza/telemedicina
- Prestazioni di prevenzione
- Prestazioni di riabilitazione



# I NUOVI PRESIDI SOCIO SANITARI TERRITORIALI PER LA PRESA IN CARICO (PreSST)

- La l.r. n. 23/2015, individua i PreSST come «una modalità organizzativa di riferimento con lo scopo di integrare le attività e le prestazioni di carattere sanitario, sociosanitario e sociale e concorrono alla presa in carico della persona e delle fragilità»
- Il PreSSt si rivolge prioritariamente ai soggetti del proprio territorio con fragilità clinica e/o funzionale, i cui bisogni richiedono una risposta fortemente integrata tra l'ambito sanitario, sociosanitario e sociale.



# ATTIVITA' EROGATE DAL PRESST

## Il PreSST deve garantire:

- l'erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie ambulatoriali e, anche attraverso accordi di rete con soggetti accreditati, **l'attivazione di degenze sanitarie mediche** a bassa intensità, cure subacute, riabilitative e sociosanitarie di cure intermedie, ricoveri presso unità d'offerta sociosanitarie, ecc...

## Alcune attività erogate:

- Assistenza specialistica ambulatoriale
- Cure primarie
- Valutazione multidimensionale
- Diagnostica di base
- Prestazioni di prevenzione
- Prestazioni di riabilitazione
- Centri di dialisi
- Assistenza domiciliare e servizi di teleassistenza /telemedicina



# INSIEME DI FUNZIONI DEL GESTORE: IL CENTRO SERVIZI

Il Gestore deve garantire lo svolgimento delle seguenti funzioni:

- l'accesso rapido alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie previste dal PAI
- Il contatto telefonico con il paziente (per ricordare appuntamenti e accertamenti, fornitura a domicilio di presidi sanitari e sociosanitari ecc.)
- eventuali servizi di Telemedicina
- la personalizzazione di interventi specifici richiesti dal paziente
- favorire la comunicazione tra gli attori coinvolti nella presa in carico (MMG/medici specialisti , RSA, ecc...)

Tali funzioni possono essere gestite internamente o esternamente anche in modo parziale



# CARATTERISTICHE DEL CENTRO SERVIZI IN FASE DI PRIMA APPLICAZIONE

il centro servizi se esterno al Gestore:

- Ha un bacino di utenza con estensione territoriale pari a 50 km di raggio per valorizzare la prossimità territoriale



- Ha un tetto massimo di 50.000 pazienti presi in carico contemporaneamente



- Eroga servizi differenziati a seconda del livello di gravità della patologia



# LA TARIFFA DI PRESA IN CARICO



Il PAI ed il patto di cura sono, atti sanitari, come previsto sia dal Piano Nazionale della Cronicità, sia dalla DGR regionale sul governo della domanda e anche la tariffa ed il correlato 8% hanno natura socio - sanitaria

La quota dell' 8% delle tariffe predefinite di presa in carico (DGR n. 6164/17) è da considerare nell'ambito della remunerazione della funzione di integrazione fra assistenza ospedaliera e territoriale ai sensi del D.Lgs. 502/92 art 8 sexies.

Tale quota dell' 8% sarà corrisposta sotto forma di funzione non tariffabile ai soggetti gestori accreditati ed a contratto e sarà attribuita in base al numero di pazienti arruolati e presi in carico con patto di cura e con PAI effettuati.

**Il «set di riferimento» è l'insieme delle attività che contribuiscono a individuare la tariffa e sono altamente correlate alla patologia cronica.**

I MMG, nel caso in cui gli stessi scelgano di svolgere la funzione di soggetto gestore, la quota dell' 8% viene corrisposta nel cedolino all'atto dell'arruolamento con patto di cura e con PAI dei pazienti.

Nel caso in cui il MMG è co-gestore sarà corrisposta la quota relativa alla redazione del PAI

