

**LA RIFORMA DEL WELFARE LOMBARDO E LE
NUOVE MODALITA' DI PRESA IN CARICO DEL
PAZIENTE CRONICO E FRAGILE: COME
COMUNICARE PER FAVORIRE L'ADESIONE AL
PERCORSO DA PARTE DEI CITTADINI.**



L'evoluzione legislativa per la costruzione del nuovo Modello di Welfare Lombardo

Dalla legge 23/15 che introduce il nuovo sistema degli attori, delle responsabilità e le finalità del Sistema di Welfare... alle DGR attuative: DGR 6164/17 sul “Governare della Domanda” e DGR 6551/17 sul “Riordino della rete di offerta”...al Piano Nazionale delle Cronicità

Legge 23/15 art. 3 «La Regione... promuove, in particolare, l'**integrazione dei servizi sanitario, sociosanitario e sociale**, favorendo la realizzazione di reti sussidiarie di supporto che intervengono in presenza di fragilità sanitarie, sociali e socioeconomiche; le reti sono finalizzate a tutelare il benessere di tutti i componenti della famiglia, anche in presenza di problematiche assistenziali derivanti da non autosufficienza e da patologie cronico-degenerative.»

Art. 9

(Modelli di Presa in Carico per il Paziente Cronico e Fragile)

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



I principi ispiratori della riforma

- **Libertà di scelta** della persona e delle famiglie
- **Parità e competitività** tra pubblico - privato
- **Promozione e valutazione dell'appropriatezza** clinica, economica ed organizzativa
- **Sussidiarietà** orizzontale per **garantire pari accesso ai cittadini** e garanzia di universalità del SSL
- **Promozione di forme di integrazione operativa e gestionale** tra soggetti erogatori dei **servizi sanitari, sociosanitari e sociali** del SSL

I punti salienti della riforma

- **Riequilibrio dell'asse di cura ospedale - territorio** in una logica di **valorizzazione di entrambi i sistemi e di continuità assistenziale**
- **Reale integrazione tra sanitario, sociosanitario e sociale** nella **presa in carico della persona**
- **Messa a sistema** di soluzioni per **garantire la presa in carico e la continuità assistenziale** delle cronicità e delle fragilità
- **Separazione delle funzioni** programmazione, erogazione, controllo (nuovi soggetti ATS, ASST, erogatori,..)
- **Superamento della frammentazione dell'organizzazione** territoriale



L'evoluzione legislativa per la costruzione del nuovo Modello di Welfare Lombardo

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

In particolare definisce:

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



L'evoluzione legislativa per la costruzione del nuovo Modello di Welfare Lombardo

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

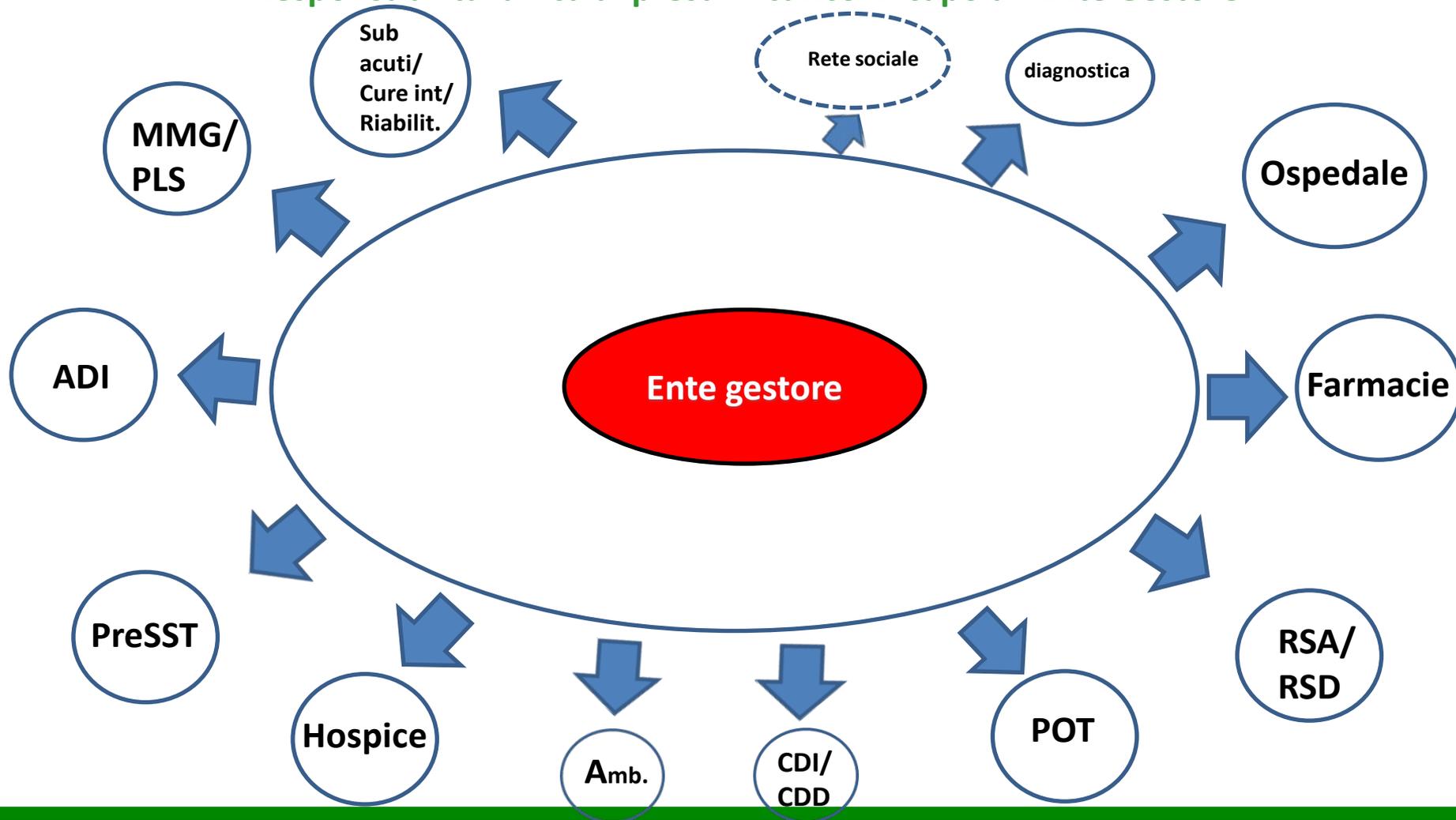
In particolare definisce

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

Il Piano nazionale della Cronicità cita: ..che i nuovi modelli di presa in carico della cronicità non possono prescindere da una sempre maggiore integrazione tra l'area delle cure primarie e l'area specialistica.... va promosso un approccio centrato sulla persona ed orientato su una migliore organizzazione dei servizi e una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza.....

DGR 6164/17 I nuovi attori della presa in carico del paziente cronico e fragile

Responsabilità unica di presa in carico in capo all'Ente Gestore



Compiti del Gestore della presa in carico

Il gestore deve garantire

Le attività Sanitarie

Presa in
carico

Costruzione
rete di
offerta

Le attività organizzative

Contatto
con il
paziente

Gestione
sistema
informativo e
telemedicina

Gestione
documentale

IL Gestore resta “**unico responsabile**” della presa in carico e del patto di cura e non potrà mai delegare la titolarità e la responsabilità clinica e complessiva della presa in carico ad altro soggetto

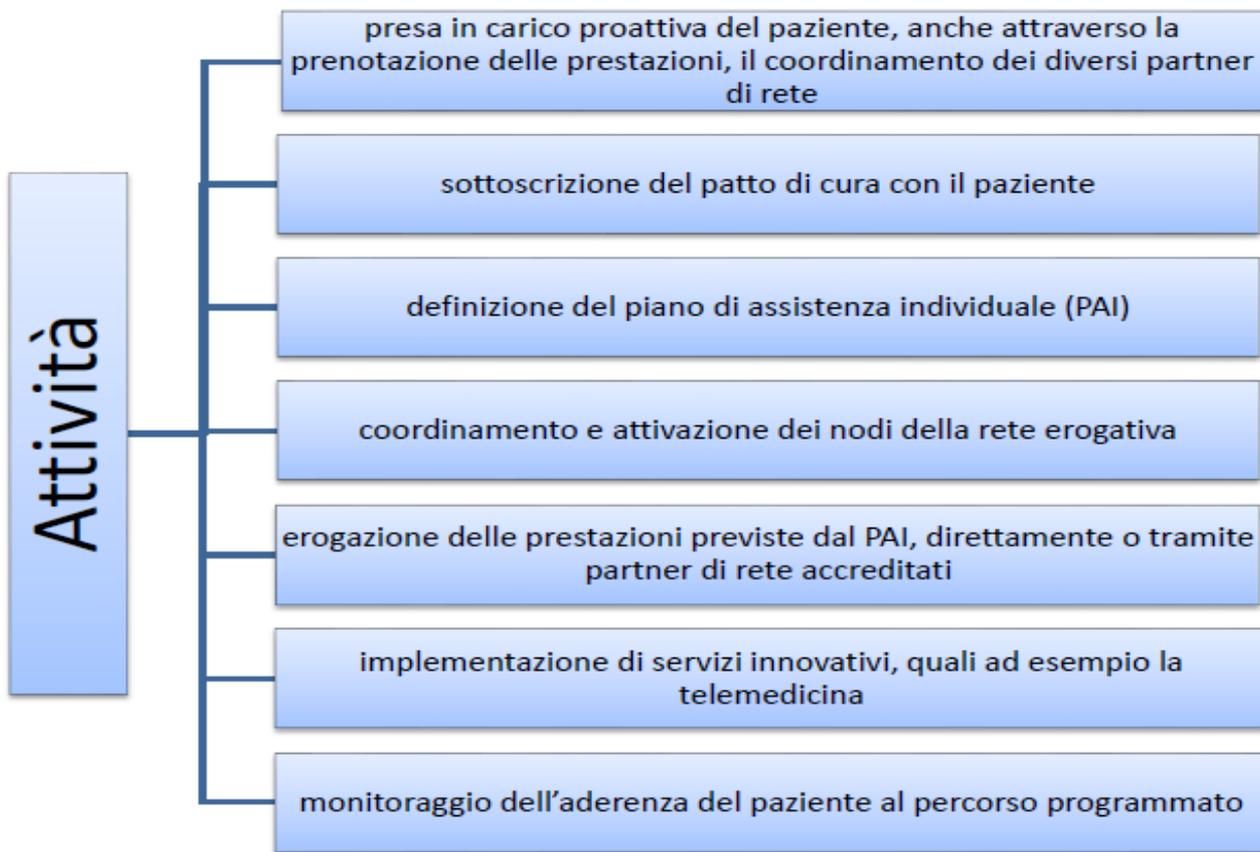
Funzioni sanitarie del gestore

valutazione multidimensionale
del bisogno (VMD)

case management

definizione del PAI e gestione
clinica

Ente Gestore



La DGR 6551 precisa: il Gestore deve assicurare le varie opzioni diagnostiche, preventive, terapeutiche e riabilitative... (direttamente o indirettamente)...comprendendo ad es. anche servizi informativi sulle modalità di riconoscimento di invalidità civile o su come accedere ai servizi gestiti da altri Enti es. Comuni

Integrazione
con i
Comuni



Caratteristiche della rete di offerta

I soggetti della rete degli erogatori possono essere:

- **Erogatori già a contratto alla data del 30-1-17**
- **Strutture Accreditate ma non a contratto alla data del 30-1-17 in tal caso L'ATS interviene con contratti di scopo (limite del 10% del valore della produzione stimata per la presa in carico dei PAI del gestore con deroga possibile se necessaria fino al 20%)**
- **Il soggetto che si propone come gestore deve assicurare tutte le prestazioni anche mediante l'avvalimento di soggetti terzi . Questi soggetti terzi (partner) possono essere case di cura, unità d'offerta sociosanitaria, strutture ambulatoriali extraospedaliere.**



MMG come soggetto gestore del paziente cronico

Il MMG può assumere il ruolo di gestore del paziente cronico organizzandosi con altri MMG (forma associata) e non singolarmente.

Deve garantire le funzioni e i requisiti previsti per il soggetto gestore con il supporto di altri enti erogatori per l'effettuazione delle prestazioni.

MMG come co-gestore dei pazienti cronici

partecipa alla modalità di presa in carico dei propri assistiti con una funzione di co-gestore , redige il PAI e insieme al gestore sottoscrive il patto di cura con il paziente.

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

Al MMG viene trasmesso dal Gestore a titolo informativo il PAI dei pazienti presi in carico. MMG formula il suo parere che non è vincolante per il medico specialista. MMG continua a svolgere le funzioni previste dal suo ruolo per la parte non relativa alla cronicità.

Nella nuova DGR 6551" Riordino della rete di offerta, mette" in evidenza come sia necessaria una sempre maggiore integrazione tra l'area delle cure primarie e la specialistica per attuare i nuovi modelli di presa in carico della cronicità, anche secondo quanto previsto dal Piano Nazionale delle Cronicità.

**POPOLAZIONE CRONICA E FRAGILE DEL TERRITORIO ATS BRIANZA****Quanti cittadini verranno coinvolti nella prima fase di applicazione della DGR 6164/17**

LIVELLO	STRATIFICAZIONE POPOLAZIONE			
	<u>ATS</u>	<u>LECCO</u>	<u>MONZA</u>	<u>VIMERCATE</u>
1	15.752	4.707	4.884	6.161
2	151.837	41.997	47.762	62.078
3	246.001	68.646	75.180	102.175
	413.590	115.350	127.826	170.414



come raggiungere questa popolazione per favorire l'adesione al nuovo modello di presa in carico ?

PERCHE' E' IMPORTANTE GOVERNARE LA COMUNICAZIONE VERSO IL CITTADINO?



Una possibile criticità per l'attuazione della riforma sta nella **adesione volontaria** del paziente alla nuova modalità di presa in carico offerta dagli enti gestori. Se non comunichiamo adeguatamente al cittadino i **vantaggi** offerti dalla nuova modalità di presa in carico rischiamo di avere bassa adesione e insufficiente comprensione delle opportunità offerte dal nuovo percorso.



Il nostro target di popolazione da contattare per informare non è più solo il paziente ma il suo sistema familiare/care giver di riferimento, quindi parliamo di 413.000 famiglie



Nella dgr 6551 al punto 4.6 si esplicita la necessità di attivare una comunicazione capillare e tempestiva in merito ai nuovi servizi attivati per i diversi target di utenza.

Perché è importante la Comunicazione

IL PROCESSO DI COMUNICAZIONE

OBIETTIVI ED EFFETTI DA GENERARE

informare

Consentire una scelta informata e consapevole



motivare

Suscitare l'interesse per le nuove opportunità offerte



attivare

Favorire l'inserimento nei nuovi percorsi di presa in carico



orientare

Fornire precise informazioni sui nuovi soggetti e modalità operative della presa in carico



I macro contenuti della Comunicazione previsti nella DGR 6551/17

La DGR 6551/17 cita:....Le azioni di comunicazione dovranno valorizzare azioni che concorrono alla effettiva realizzazione di obiettivi di integrazione sanitaria/sociosanitaria e di continuità ospedale/territorio. Esse dovranno essere principalmente orientate a:

- Facilitare l'appropriata utilizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari
- Accompagnare il paziente nella fruizione dei nuovi percorsi di presa in carico
- Facilitare l'accesso ai servizi sanitari dedicati nell'intera filiera erogativa
- Facilitare l'accesso ai servizi sociosanitari quali ADI, CDI, RSA, RSA aperta, CDD, Cure Intermedie
- Far comprendere i vantaggi dell'adesione al Patto di cura e della sottoscrizione del PAI
- Informare sull'introduzione di nuovi strumenti (strumenti di rete, telemedicina, ecc.)
- Valorizzare i vantaggi per il paziente e/o per il care giver/familiare (in termini di qualità dell'assistenza, di tempo, ecc.)
- Promuovere percorsi di continuità assistenziale e follow up



Cosa vogliamo realizzare insieme a Voi....

Un Piano di Comunicazione condiviso che definisca:

- Chi sono i soggetti «**grandi comunicatori**» cioè a **chi** si rivolgeranno principalmente i cittadini per avere informazioni
(**MMG/PLS**, Associazioni volontariato, Farmacie, Comuni, soggetti rappresentativi della società civile, soggetti della rete erogatrice di servizi..)
- Quali strumenti di comunicazione attivare (supporti cartacei, media, internet, news letter, sito, altro...)
- Quali messaggi veicolare (contenuti specifici per ogni canale di comunicazione utilizzato, secondo indicazioni regionali e del gruppo di lavoro)
- tempistica



Come vogliamo realizzare il Piano di Comunicazione partecipato?

Azioni	Soggetti da coinvolgere	Metodo di lavoro	Risorse disponibili
costruire nei prossimi 60 giorni un piano di comunicazione che ci permetta di raggiungere i nostri cittadini con una comunicazione chiara adeguata ed esaustiva a supporto delle scelte di salute	Grandi comunicatori	<ul style="list-style-type: none"> Attivazione con ogni categoria distinta di Grandi Comunicatori, di un gruppo di lavoro dedicato 	<ul style="list-style-type: none"> ATS metterà a disposizione un team di esperti che insieme a voi definiranno i canali, i messaggi e gli strumenti di comunicazione da realizzare
Attuare il Piano di Comunicazione	Grandi comunicatori ed eventuali altri soggetti successivamente individuati	Predisposizione degli strumenti operativi della comunicazione e loro diffusione sul territorio	

Il Processo di comunicazione...la tempistica



M

G

L

A

S

O

N

D