RegioneLombardia

Regione Lombardia - Giunta
DIREZIONE GENERALE WELFARE

Piazza Città di Lombardia n.1
20124 Milano

Tel 02 6765.1

www.regione.lombardia.it
welfare@pec.regione.lombardia.it

Alla

ATS DELLA MONTAGNA Email: protocollo@pec.ats-montagna.it

ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO Email: protocollogenerale@pec.ats-milano.it

ATS DELL'INSUBRIA Email: protocollo@pec.ats-insubria.it

ATS DELLA BRIANZA Email: protocollo@pec.ats-brianza.it

ATS BERGAMO Email: protocollo@pec.ats-bg.it

ATS BRESCIA Email: protocollo@pec.ats-brescia.it

ATS PAVIA Email: protocollo@pec.ats-pavia.it

ATS DELLA VAL PADANA Email: protocollo@pec.ats-valpadana.it

LORO SEDI

Oggetto : DGR n. X/6551 del 4 maggio 2017 "Riordino della rete di offerta e modalità di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili in attuazione dell'art. 9 della Legge Regionale n. 33/2009" – prime indicazioni operative.

Con riferimento alla DGR n. X/6551 del 4 maggio 2017 avente ad oggetto: "Riordino della rete di offerta e modalità di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili in attuazione dell'art. 9 della Legge Regionale n. 33/2009" e, a seguito degli incontri svolti, si riepilogano le seguenti indicazioni operative inerenti gli adempimenti in tema di selezione dei soggetti idonei alla presa in carico ed in tema di comunicazione a livello territoriale.

1. SELEZIONE IDONEI ALLA PRESA IN CARICO

Come previsto dalla DGR n. X/6551/2017, l'idoneità dei gestori sarà valutata dall'ATS territorialmente competente sulla base dei criteri indicati al paragrafo 2.2 dell'allegato n. 1 del provvedimento regionale (Modalità di presa in carico dei pazienti cronici e fragili); tali criteri dovranno essere esplicitati dai candidati nella domanda di iscrizione all'elenco degli idonei per la presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili.

Nell'incontro della cabina di regia delle ATS tenutosi presso la Direzione Generale Welfare in data 23.5.17, sono stati condivisi:

- il fac-simile dell'avviso per l'iscrizione nell'elenco degli idonei per la presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili;
- i fac-simili delle domande (tre) per i ruoli di gestore, co-gestore ed erogatore a supporto della presa in carico dei pazienti cronici da parte dei MMG/PLS in forma aggregata.

L'avviso verrà pubblicato dall'ATS, come condiviso nell'incontro del 23.05.2017, sul proprio sito istituzionale entro il termine del 31 maggio 2017, garantendone anche la massima diffusione ai potenziali destinatari.

Come previsto dalla DGR n. X/6551/2017, si ricorda che l'iscrizione negli elenchi ha durata triennale.

Sei mesi prima della scadenza del triennio di vigenza dell'elenco, sarà emanato un nuovo avviso finalizzato al rinnovo dell'elenco degli idonei. Annualmente, nell'ambito delle Regole di Gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale, saranno definite le modalità di integrazione con nuovi soggetti dell'elenco vigente.

L'accertamento da parte dell'ATS del venir meno dei requisiti di idoneità o il giudizio, da parte della stessa, di grave inadempimento da parte del gestore agli obblighi di erogazione, comporterà la decadenza del soggetto dall'iscrizione con effetto dalla notifica del relativo provvedimento dell'ATS.

a. Cronoprogramma

Pubblicazione dell'avviso di selezione nel rispetto dei principi di trasparenza e pubblicità per la funzione di gestore, co-gestore ed erogatore a supporto della presa in carico dei pazienti cronici da parte dei MMG/PLS in forma aggregata	**31 maggio 2017**
Ricevimento delle candidature	**31 luglio 2017**
Valutazione dell'idoneità dei gestori, dei co-gestori e degli erogatori	**15 settembre 2017**
Predisposizione e pubblicazione: • dell'elenco degli idonei al percorso di presa in carico (ruolo gestore e co-gestore) • dell'elenco degli idonei per il ruolo di erogatore a supporto della presa in carico dei pazienti cronici da parte dei MMG/PLS in forma aggregata	
I MMG/PLS in forma aggregata esplicitano la filiera erogativa (elenco idonei erogatori)	**15 ottobre 2017**
ATS valuta la filiera erogativa dei MMG/PLS in forma aggregata	**31 ottobre 2017**

b. <u>Requisiti e loro valutazione:</u>

Tipologia di gestore	Requisiti	Valutazione ATS
Erogatore accreditato e a contratto/ MMG in forma aggregata	Estremi identificativi (lettera a allegato n. 2 DGR X/6551/17)	Verifica dati (in coerenza con il sistema di accreditamento)
	Prestazioni erogate direttamente (lettera b allegato n. 2 DGR X/6551/17)	Verifica branche specialistiche accreditate e a contratto alla data del 30-01-2017
		Verificare abbinamento tra enti accreditati e a contratto e set di riferimento
		Verifica del numero e della tipologia dei frequent users già afferenti alla struttura
	Prestazioni erogate mediante avvalimento (lettera b allegato n. 2 DGR X/6551/17)	Verifica branche specialistiche accreditate al 30-01-2017 degli erogatori di cui il gestore si avvale
		Verifica del livello di ulteriori prestazioni con soggetti non contrattualizzati (max 10% eventualmente incrementato al 20% dall'ATS)
	Funzioni da garantire internamente per la presa in carico	Garanzia di case manager e clinical manager cosi come previsto nella DGR n. X/6551/2017

	Funzioni di accompagnamento alla presa in carico (interne o tramite contratti di fornitura)	• Presenza di una struttura organizzativa che permetta di prenotare le prestazioni previste nel PAI e di interfacciarsi con i pazienti arruolati per comunicare/confermare data luogo e orario, nonché per verificare l'esecuzione delle prestazioni • Adeguata accessibilità telefonica per eventuali necessità dei pazienti arruolati in relazione al livello di gravità della patologia e dei set di riferimento della patologia • Eventuale fornitura di dispositivi di telemonitoraggio
Erogatore a supporto della presa in carico dei pazienti cronici da parte dei MMG/PLS in forma aggregata	Prossimità all'ambito territoriale considerato (allegato 1 – par. 2.4 DGR X/6551/2017)	Verifica dati
	Tempi e modalità di erogazione	Verifica dati
	Il rispetto, se le strutture erogatrici sono già a contratto, dei tempi d'attesa	Verifica dati
	Numero di accessi degli assistiti «frequent users» presso una determinata struttura	Verifica dati in coerenza con i dati forniti da Lispa

	Garanzia dei set di riferimento riconducibili in modo oggettivo agli assetti accreditati	Verifica assetto accreditato

Le ATS possono richiedere ai candidati eventuali precisazioni o chiarimenti, qualora necessario ai fini della valutazione delle istanze pervenute, chiedendo un riscontro entro e non oltre 7 gg dalla data della richiesta trasmessa via PEC e, comunque, in modo da garantire la pubblicazione degli elenchi, sul sito web dell'ATS entro il termine di 45 giorni dalla data di scadenza dell'avviso stesso.

c. Rete degli erogatori partner

Nel contesto della DGR n. X/6551/2017, il Gestore deve assicurare tutte le prestazioni e le fasi della presa in carico in proprio, cioè con la propria organizzazione, oppure anche mediante l'avvalimento di soggetti terzi (partner).

In caso di avvalimento di enti terzi, i soggetti che si candidano come gestori devono dichiarare fin da subito la rete che utilizzeranno per poter garantire la presa in carico dei pazienti di competenza. Tale rete potrà essere integrata anche in una fase successiva e, comunque, entro 180 gg dalla pubblicazione dell'avviso per l'iscrizione nell'elenco degli idonei.

I MMG/PLS in forma aggregata, invece, dovranno esplicitare la rete degli erogatori partner per assicurare la presa in carico dei pazienti di competenza, unitamente alla certificazione dell'assenza di conflitti di interesse nei confronti degli erogatori individuati, entro 30 giorni dalla pubblicazione dell'elenco degli idonei da parte dell'ATS.

d. Contratti di scopo

Con riferimento ai contratti di scopo, la DGR n. X/6551/2017 stabilisce un limite pari al 10% del valore complessivo della produzione stimata in relazione all'erogazione dei PAI relativi ai pazienti presi in carico dal gestore; in casi particolari e avuto riguardo a specifiche patologie e alla consistenza della rete di offerta degli erogatori contrattualizzati rispetto alla domanda dei cittadini, il limite è elevabile dalle ATS fino ad un massimo del 20%.

e. Soggetti giuridici associati

Come previsto dalla DGR n. X/6551/2017, le singole ATS, in ragione di particolari condizioni orografiche, di particolare distribuzione della rete di offerta, di assenza di pregresse esperienze associative, etc. potranno anche iscrivere nell'elenco degli idonei soggetti giuridici tra loro associati, nelle varie forme associative previste dall'ordinamento, a condizione che venga sempre indicato il soggetto capofila

titolare della presa in carico.

La scelta del partner strutturato da parte delle ASST a detta associazione dovrà essere effettuato mediante avviso pubblico volto ad individuare i possibili soggetti interessati secondo i canoni di trasparenza e par condicio, fermo il limite (citato al punto d)) del valore complessivo della produzione, nel caso di ricorso a soggetti accreditati, ma non contrattualizzati.

Si precisa che le ASST dovranno sempre procedere tramite avvisi pubblici, secondo i canoni di trasparenza e par condicio, anche per il completamento della filiera erogativa.

f. Cronicità e contesto sociosanitario

Le situazioni di pluricronicità sono caratterizzate da una forte componente sociosanitaria, con particolare riguardo alle caratteristiche di fragilità dei soggetti. In tale contesto l'esperienza maturata da Regione Lombardia nell'organizzazione di un sistema integrato a rilevanza sociosanitaria costituisce una modalità fondamentale nel percorso di accompagnamento alla cronicità.

A tal fine laddove la presa in carico ha una prevalente componente sociosanitaria (es. CDD pag. 11 allegato DGR n. X/6551/17) trova il suo ruolo il gestore sociosanitario accreditato e a contratto che, pur non disponendo in proprio di servizi sanitari, ha comunque la possibilità di avvalersi di gestori sanitari per assicurare la filiera dei servizi richiesti, ciò con particolare riguardo alle patologie individuate dalla DGR n. X/6551/2017.

Per taluni ambiti di intervento indicati nelle DDGR nn. X/6164/2017 e X/6551/2017 (es. demenze, disabilità, tossicodipendenza con doppia diagnosi) in cui prevalgono i bisogni correlati ad un uso continuativo e costante dei servizi che presuppone una presa in carico orientata non solo al singolo, ma anche al suo contesto di vita e di relazione, i gestori di servizi sociosanitari hanno la possibilità di operare come gestori della presa in carico, singolarmente o in associazione con altre strutture socio sanitarie.

In tale contesto e in fase di prima applicazione, potranno presentare la propria candidatura come gestori quegli erogatori sociosanitari che dispongono o di un ventaglio di servizi residenziali, semi residenziali, ambulatoriali, di Cure intermedie/Post acuta, ADI e/o rete CP, Misure, o di un numero di posti letto, singolarmente o in associazione, non inferiore a 60.

g. Dati

L'ATS garantisce l'informazione sui dati aggregati a tutti gli erogatori pubblici e privati accreditati e a contratto del territorio di competenza che ne facciano richiesta.

h. Set di riferimento

La presa in carico necessita di avere un perimetro di attività ben individuabili, verificabili e misurabili che il gestore deve dimostrare a priori di essere in grado di garantire, o da solo, o in raccordo con altri erogatori. Queste attività sono state individuate per l'ambito sanitario e denominate "set di riferimento".

Si tratta delle prestazioni che sono correlate ai bisogni espressi da almeno il 5% dei soggetti di ogni patologia e per livello di complessità della stessa. E' per queste prestazioni che il soggetto erogatore deve garantire l'erogazione nei modi e nei tempi stabiliti nel piano di assistenza individuale (PAI).

I set di riferimento non rappresentano un PDTA, in quanto non sono esito di una consensus conference di professionisti ed anche perché riguardano situazioni molto spesso polipatologiche per le quali, come anche precisa il Piano Nazionale della Cronicità, la logica del PDTA viene messa a dura prova.

Così recita infatti il Piano Nazionale della Cronicità: "la principale limitazione dei PDTA nelle malattie croniche è legata ad una intrinseca rigidità che confligge con il bisogno di personalizzazione delle cure. Tale limite si manifesta nella definizione di obiettivi di salute non contestualizzati nel soggetto, particolarmente nel paziente con multimorbidità, in cui la comorbidità interferisce con l'applicazione del percorso ideale e 'attrae' la traiettoria principale verso un percorso alternativo diverso da quello ideale, ma egualmente appropriato per il paziente specifico. La crescente complessità dei malati cronici rende spesso non applicabili i percorsi di cura al singolo paziente. Affrontare quindi un paziente con condizioni cliniche multiple fa emergere lo spinoso problema della gestione clinica di pazienti per cui si renderebbe necessario seguire le indicazioni di due o più linee guida (una per ogni singola malattia) con la conseguenza di far fronte ad eventuali incompatibilità o eventuali scelte da compiere tra i vari percorsi diagnostico-terapeutici presentati singolarmente ma non nella loro complessità interazionale. La crescente diffusione di dati in campo sanitario offre la possibilità di analizzare pragmaticamente i percorsi di cura effettivamente realizzati attraverso l'estrazione ('mining') di pattern di prestazioni sanitarie programmate o erogate per le diverse condizioni morbose e le loro combinazioni, da cui ricavare gli elementi per definire un PDTA il più vicino possibile al bisogno ideale di un paziente in quelle condizioni. Tale approccio può rappresentare uno strumento di analisi della reale implementazione della evidence-based practice come elaborazione e contestualizzazione individuale della evidence based healthcare".

I set di riferimento allegati alla DGR n. X/6551/2017 rappresentano il risultato della sopra evidenziata analisi pragmatica dei percorsi di cura effettivamente realizzati e contengono i pattern di prestazioni sanitarie programmate ed erogate per le diverse

condizioni morbose e le loro combinazioni, da cui ricavare gli elementi per definire un PAI il più vicino possibile al bisogno ideale di un paziente in quelle condizioni.

Sono il "menù" complessivo dal quale attingere per costruire il piano più adeguato per ogni singolo paziente nella certezza che nel "menù" sono presenti le prestazioni che possono soddisfare i bisogni di necessità statisticamente molto basse (almeno il 5% delle necessità espresse per ogni patologia e livello della stessa).

La DGR n. X/6551/2017 precisa infatti che le restanti prestazioni sono numerose, ma correlate in modo altamente disomogeneo con le patologie specifiche ed i loro tre livelli di complessità e, quindi, sarebbe improprio chiedere a priori la loro disponibilità e garanzia a chi si candida per la presa in carico. Queste prestazioni saranno garantite ai cittadini arruolati nella presa in carico secondo le modalità attualmente vigenti e faranno parte della componente di contratto negoziato tra ATS ed erogatori riferibile alle attività pagate a prestazione e non a presa in carico.

2. COMUNICAZIONE A LIVELLO TERRITORIALE: INDICAZIONI OPERATIVE

Nella DGR n. X/6551 del 04.05.2017, Allegato 1, punto 4.6, viene sottolineato quanto sia fondamentale assicurare tempestivamente ogni necessaria informazione sui servizi presenti nella rete di offerta che via via vengono attivati sul territorio in attuazione delle nuove modalità di presa in carico del paziente cronico e fragile; con particolare riferimento a queste categorie di utenze e loro famiglie.

Al fine di valorizzare i servizi sanitari e sociosanitari che arricchiscono la rete dell'offerta erogativa di nuove opportunità e nuove modalità di accesso, il provvedimento assegna alla Direzione Generale Welfare il compito di monitorare e coordinare a livello regionale il quadro delle azioni informative e di comunicazione realizzate/da realizzarsi, demandando tuttavia ai Collegi dei Direttori – già costituiti con DGR n. X/4734 del 22.01.16 – il compito di raccogliere quanto realizzato sul territorio di riferimento (da ATS, ASST, IRCCS, altri soggetti erogatori) e trasmetterlo a DG Welfare con cadenza bimestrale.

Si dettagliano pertanto le informazioni operative utili ad assicurare la gestione ordinata del flusso informativo delle comunicazioni e dello scambio documentale dai Collegi a Direzione Generale Welfare e viceversa.

ATTIVITÀ DI COMUNICAZIONE OGGETTO DELLA RILEVAZIONE

Il flusso informativo deve riguardare le attività di comunicazione riferite a:

- **Servizi attivati o in corso di attivazione sul territorio in attuazione del nuovo percorso di presa in carico del paziente cronico**

  Nuovi presidi, servizi o sportelli, che abbiano impatto sulla cittadinanza: POT, PRESST, percorsi dedicati, servizi digitali, servizi pe il miglioramento dei tempi di attesa, ecc.)

- **Modifiche nell'erogazione dei servizi - già intercorse o programmate – conseguenti al ridisegno complessivo della rete erogativa in attuazione della l.r. di riforma**

  Chiusura di servizi o riconversione di presidi verso differenti ambiti erogativi, riordino di settori specifici (es: P.S., punti nascita, ecc.)

In riferimento a quanto sopra, saranno censite dalla DG Welfare le attività di comunicazione al cittadino e/o a specifici sottotarget realizzate attraverso:

- strumenti informativi tradizionali (locandine, pieghevoli, video, infografiche, ecc.)
- canali aziendali: internet, social, circuiti televisivi interni, newsletter, ecc.
- media (stampa, tv, radio, affissioni, social, ecc.)
- eventi (convegni, incontri, giornate aperte, ecc.)
- altri strumenti di comunicazione

IL FORMAT DI COMUNICAZIONE

Per favorire anche attraverso la comunicazione la piena riconoscibilità della dimensione "di sistema" propria del declinarsi della riforma sanitaria i prodotti informativi e di comunicazione realizzati a livello territoriale dovranno essere prodotti secondo un format unitario che fortemente richiama l'identità visiva di Regione Lombardia e che è già stato anticipato ai comunicatori aziendali in occasione dell'incontro di coordinamento tenutosi presso Regione Lombardia in data 13 aprile 2017.

Si allega un esempio di tale format applicato alla produzione – a partire da foglio A4 - di un pieghevole a 3 ante, precisando che i file-master in formato eseguibile .pptx sono disponibili per la produzione di strumenti cartacei nei formati: pieghevole a 3 ante, pieghevole a 2 ante, locandina A4, locandina A3.

Ulteriori indicazioni applicative di layout comuni su strumenti diversi da quelli richiamati in prima istanza potranno essere fornite ai comunicatori aziendali con

successive comunicazioni.

3. IL PERCORSO DI MONITORAGGIO

La comunicazione dovrà avvenire compilando in forma sintetica - per ciascun ente monitorato - lo schema allegato (SCHEMA DI RILEVAZIONE COLLEGI).

Nel contenuto informativo dovrà essere indicato anche il riferimento (telefonico e/o e-mail) del contatto al quale rivolgersi in caso di necessità di approfondimenti o integrazioni informative.

Devono essere segnalate a DG Welfare anche le eventuali criticità territoriali - già sorte o potenziali - relative ai nuovi servizi o ai cambiamenti introdotti, dando notizia anche dell'eventuale rilievo delle tematiche sui media locali.

L'attività non potrà tuttavia prescindere dal raccordo con i responsabili della comunicazione aziendali, in quanto è già attivo per loro tramite un canale di scambio documentale con DG Welfare sulle attività di comunicazione in genere e su quelle collegate alla riforma sanitaria in particolare. La compilazione da parte dei Collegi dello schema sopra richiamato dovrà pertanto essere precisato se i materiali di comunicazione realizzati e distribuiti sul territorio sono già stati inviati a DG Welfare dalle singole aziende e in quale data.

Lo schema di rilevazione sintetico bimestrale sarà inviato dai Collegi a DG Welfare scrivendo all'indirizzo: comunicazione_sanita@regione.lombardia.it

Parallelamente i singoli comunicatori aziendali daranno conto a DG Welfare della realizzazione di nuove attività di comunicazione relative alla riforma, con il dettaglio dei prodotti realizzati e inviandone copia (ove possibile in formato elettronico).

Anche in questo caso l'invio della documentazione dovrà avvenire tramite l'indirizzo: comunicazione_sanita@regione.lombardia.it

Si chiede a codeste ATS la massima diffusione dei contenuti della presente comunicazione alle ASST, Fondazioni IRCCS, erogatori pubblici e privati accreditati e a contratto del SSL e MMG/PLS in forma aggregata.

Cordiali saluti.

IL DIRETTORE GENERALE

GIOVANNI DAVERIO

Allegati:

File Schema RILEVAZIONE COMUNICAZIONE_COLLEGI_29.05.17.docx
File Sestino_ATS_ASST.pptx

Responsabile del procedimento: dott. Marco Cozzoli - Dirigente U.O. Evoluzione SSR, Investimenti e Sistema Informativo – tel. 02.6765.3572

Referente dell'istruttoria: dott.ssa Giuseppina Valenti - Dirigente Struttura Attuazione L.R. n. 23/2015 – Tel. 02.6765.6126