

## PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI CRONICI

Regione Lombardia con Dgr 7655 del 28/12/17 ha definito le modalità di avvio della presa in carico del paziente cronico e/o fragile.

Confermando:

- ◆ la stratificazione dei cittadini in 5 classi, di cui le prime 3 riguardano pazienti cronici, classificati a seconda del numero di patologie presenti. Livello 1 fragilità clinica (quattro o più patologie), Livello 2 cronicità polipatologica (2-3 patologie), Livello 3 cronicità in fase iniziale (1 patologia);
- ◆ la volontà di riorganizzare la filiera erogativa tra Ospedale e territorio attraverso “la presa in carico della persona”;
- ◆ il diritto ai pazienti che aderiranno al nuovo modello il principio di “Libertà di scelta”.

### Lettera personalizzata inviata a tutti i pazienti dal 15 gennaio 2018

Tutti i pazienti residenti nel territorio ATS di competenza riceveranno una lettera personalizzata con contenuto differente a seconda della tipologia del destinatario classificato in base alla stratificazione della domanda.

Per i minori la lettera, come per le vaccinazioni, verrà indirizzata ai genitori.

Per pazienti affetti da particolari patologie, regolate da specifiche normative, la presa in carico per l'adesione al nuovo percorso avverrà da parte dei centri e degli ospedali in cui sono in cura in occasione dei loro accessi usuali.

#### a) Pazienti già arruolati con modello CreG che possono appartenere a tutti i tre livelli.

Nella lettera a loro indirizzata verrà indicato che il **MMG/Pls (Medico di Medicina Generale/Pediatra di libera scelta)** costituirà il **punto di riferimento prioritario**, con il quale ha già avviato un percorso di presa in carico mediante un PAI di prossima scadenza; **sarà pertanto il MMG a contattare il paziente** per il passaggio al nuovo modello senza soluzione di continuità

#### b) Pazienti cronici appartenenti al livello 3 in cura presso MMG/Pls aderenti e qualificati come idonei dalle ATS come gestori/cogestori.

In questo caso il **Medico di Medicina Generale costituirà il punto di riferimento** prioritario per tutto ciò che riguarda l'adesione di presa in carico. **Il paziente contatterà il MMG** indicato nella lettera stessa per informazioni e per la sottoscrizione del Patto di cura.

#### c) Pazienti cronici appartenenti ai livelli 1 e 2 in cura presso MMG/Pls aderenti e qualificati idonei dalle ATS (Agenzia tutela salute) come gestori/cogestori.

La lettera conterrà l'indicazione del MMG che ha aderito alla presa in carico e il numero del **CONTACT CENTER Regionale**, in quanto **il paziente potrà scegliere il proprio medico come gestore o cogestore o un altro ente gestore che si potrà conoscere telefonando al contact center o collegandosi al sito internet preposto**. Il paziente potrà scegliere uno dei due canali sia per informazioni che per avvio del percorso. Nel caso in cui si rivolga al contact center il paziente potrà comunicare il gestore da lui prescelto e l'informazione sarà trasferita dal contact center al gestore con le modalità dei servizi informativi ai cittadini.

#### d) Pazienti cronici appartenenti ai livelli 1,2 e 3, classificati come super frequent users, elevato frequent users e frequent users (cioè che hanno utilizzato per la medesima struttura una frequentazione di accessi molto elevata).

In questi casi la lettera conterrà l'indicazione dei gestori e il numero del contact center. Il paziente potrà scegliere uno dei due canali sia per informazioni che per avvio del percorso.

#### e) Pazienti per i quali non è possibile individuare una o più strutture di riferimento con MMG non aderente.

La lettera conterrà l'indicazione dei **gestori individuati sulla base della prossimità territoriale**. Il paziente potrà contattare il Contact Center per informazioni e scelta.

**IN TUTTE LE TIPOLOGIE DI LETTERE VERRÀ INOLTRE INDICATO UN INDIRIZZO WEB CONSULTABILE PER OGNI INFORMAZIONE SUL NUOVO MODELLO DI PRESA IN CARICO.**

## Servizi informativi ai cittadini

La Regione attiverà un CONTACT CENTER (numero verde) che:

- darà informazioni sulla modalità di accesso al percorso;
- raccoglierà le manifestazioni di interesse da parte del paziente per la presa in carico presso un determinato gestore;
- si offrirà per i gestori che ne faranno richiesta anche come riferimento per prenotare il primo accesso per la definizione del PAI (Piano individuale di assistenza).

Per i pazienti Creg e per quelli con Medico di medicina generale aderente al percorso di presa in carico, il medico costituirà l'interlocutore prioritario di riferimento cui rivolgersi per richieste di informazioni relative alla sottoscrizione del Patto di cura, e la definizione del PAI.

Tutti gli altri pazienti dovranno rivolgersi al Contact Center esprimendo la volontà di aderire al percorso indicando anche il gestore prescelto: l'operatore trasferirà l'informazione al gestore che entro 5 giorni dovrà contattare il paziente.

Oltre al canale telefonico attiverà un canale via email e un servizio web.

## PATTO DI CURA E PIANO INDIVIDUALE DI ASSISTENZA

Il processo di presa in carico prevede l'identificazione della stratificazione del paziente tramite la presentazione da parte dello stesso di:

- tessera sanitaria
- codice indicato sulla lettera per pianificare la visita specialistica

Il **Patto di cura** è il documento fondamentale in cui si manifesta lo scambio formale di volontà tra il gestore e il paziente, è un contratto vero e proprio di durata annuale che non può essere tacitamente rinnovato. Una copia dello stesso verrà consegnata al paziente.

Il **Piano Individuale di Assistenza** è un documento di sintesi del programma di diagnosi e cura e viene predisposto dal medico referente della presa in carico ed è lo strumento clinico ed organizzativo del paziente. Può essere redatto sia contestualmente al Patto di cura o anche in un momento successivo.

Per i pazienti CreG che hanno la possibilità di trasferimento dal vecchio al nuovo PAI viene assicurata la continuità assistenziale.

Se redatto da un soggetto diverso dal Medico di Medicina Generale/Pediatra di libera scelta dovrà sempre essere inviato al MMG/Pls per la condivisione informativa e il necessario parere (che si riterrà acquisito trascorsi 15 giorni).

Per la redazione del PAI il gestore individua un Clinical Manager, che lo sottoscrive. Se il MMG/Pls ha aderito alla presa in carico diventa anche Clinical manager.

Il PAI verrà inserito nella tessera sanitaria.

**L'ELEMENTO DI GARANZIA PER L'EFFICACIA DEL NUOVO PERCORSO È DA INTENDERSI COME RESPONSABILIZZAZIONE ALLA GESTIONE CONSAPEVOLE DELLA PROPRIA MALATTIA CRONICA CHE SI REALIZZA ATTRAVERSO L'INFORMAZIONE, IL COINVOLGIMENTO NELLE SCELTE TERAPEUTICHE ED UN' EDUCAZIONE A SANI MODELLI E STILI DI VITA.**

**Sempre informati con CISL FP Lombardia!**  
**Il sindacato sempre al tuo fianco!**