

Riforma della sanità: definito il percorso per i pazienti cronici

Pubblicato: Giovedì 4 Maggio 2017



Approvata dalla giunta regionale lombarda **la delibera ‘Riordino della Rete di Offerta e modalità di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili’.**

In base al provvedimento spiegato, dall’**assessore al Welfare Giulio Gallera**, è stato **definito il ruolo del ‘Gestore’** ovvero di chi sarà titolare della presa in carico dei pazienti cronici e o fragili e garantirà il coordinamento e l’integrazione tra i differenti livelli di cura ed i vari attori.

CHI È IL GESTORE – Le strutture sanitarie e sociosanitarie accreditate e a contratto con il Ssl (Sistema sanitario lombardo), le cooperative di medici di Medicina generale, il MMG singolo come co-gestore di una struttura accreditata e a contratto”.

COSA FA – Il gestore, che non potrà superare la quota massima di 200.000 pazienti presi in carico contemporaneamente, sottoscrive il patto di cura con il paziente e redige il Pai (Piano assistenziale individuale); prende in carico proattivamente il paziente, anche attraverso la prenotazione delle prestazioni; eroga le prestazioni previste dal Pai, direttamente o tramite partner di rete accreditati; monitora l’aderenza del paziente al percorso programmato.

FUNZIONI – Per consentire l’attuazione del Pai esistono alcune funzioni di assistenza dal quale il gestore non può prescindere e che deve garantire. Le funzioni sono ricomprese in due macro ambiti: **organizzativo e tecnologico**. Per quanto riguarda quello organizzativo deve essere dotato di figure professionali inquadrare tra personale infermieristico, assistenti sociali e personale amministrativo; sul fronte tecnologico, invece, deve garantire un accesso rapido e facilitato del paziente a tutte le prestazioni programmate ed effettuate; infine, deve permettere la condivisione di tutte le informazioni relative al percorso di cura tra i diversi utenti, quali erogatore, medici di medicina generale, medici specialisti, Rsa, centri diurni, eccetera.

MMG – Un ruolo cardine spetterà al medico di Medicina generale: sarà lui a scegliere come aderire al nuovo sistema, in qualità di gestore, organizzandosi in forme associative, sotto forma di co-gestore, collaborando con i soggetti gestori, (in questo caso redige il Pai e sottoscrive insieme al gestore il ‘Patto di cura’). Nel caso non intenda partecipare alla presa in carico, potrà, in ogni caso, ricevere il Pai dal gestore scelto dal suo paziente, sul quale è chiamato a esprimere il proprio parere”.

SET DI RIFERIMENTO E TARIFFA – Le prestazioni che dovrà garantire sono indicate nel ‘set di riferimento’. Si tratta dell’insieme delle attività correlate alla patologia cronica che contribuiscono a individuare la tariffa. Sulla base di questo ‘set’ le tariffe di presa in carico, all’anno, saranno: pari a 35 euro per i pazienti mono patologici (livello verde); pari a 40 euro per i pluri patologici (2/3 patologie – livello giallo); pari a 45 euro per i pazienti con più di 4 patologie (livello rosso).

ATS VALUTA IDONEITÀ – L’idoneità dei gestori viene valutata, dall’Ats territorialmente competente, sulla base della modalità di erogazione delle attività di presa in carico; sulla completezza della filiera erogativa per i livelli e le aree di patologia o set di riferimento per cui si candida; sulla copertura dell’area territoriale e sul coinvolgimento del MMG (medico di Medicina generale) e dei Pls (Pediatra di libera

scelta).

Redazione VareseNews
redazione@varesenews.it