



Regione Lombardia

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° XI / 1863

Seduta del 09/07/2019

Presidente **ATTILIO FONTANA**

Assessori regionali FABRIZIO SALA *Vice Presidente*
STEFANO BOLOGNINI
MARTINA CAMBIAGHI
DAVIDE CARLO CAPARINI
RAFFAELE CATTANEO
RICCARDO DE CORATO
MELANIA DE NICHILLO RIZZOLI
PIETRO FORONI

GIULIO GALLERA
STEFANO BRUNO GALLI
LARA MAGONI
ALESSANDRO MATTINZOLI
SILVIA PIANI
FABIO ROLFI
MASSIMO SERTORI
CLAUDIA MARIA TERZI

Con l'assistenza del Segretario Enrico Gasparini

Su proposta dell'Assessore Giulio Gallera

Oggetto

ULTERIORI DETERMINAZIONI IN ORDINE AL PERCORSO DI PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CRONICO E/O FRAGILE A SEGUITO DELLE DD.G.R. NN. X/6164/17, X/6551/17, X/7038/17, X/7655/17, XI/412/18, XI/754/18

Si esprime parere di regolarità amministrativa ai sensi dell'art.4, comma 1, l.r. n.17/2014:

Il Direttore Generale Luigi Cajazzo

I Dirigenti Marco Cozzoli Luca Merlino Marco Salmoiraghi Giuseppina Valenti

L'atto si compone di 78 pagine

di cui 66 pagine di allegati

parte integrante



Regione Lombardia

LA GIUNTA

VISTA:

- la legge regionale 30 dicembre 2009 n. 33 *"Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità"* come modificata, tra l'altro dalla l.r. 11 agosto 2015, n. 23, che all'art. 9 prevede l'attivazione di modalità organizzative innovative di presa in carico della persona cronica e/o fragile, in grado di integrare le risposte ai bisogni, garantendo continuità nell'accesso alla rete dei servizi e appropriatezza delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali, assicurando anche l'integrazione ed il raccordo tra le diverse competenze professionali sanitarie, sociosanitarie e sociali coinvolte sia in ambito ospedaliero che territoriale;

RICHIAMATI i seguenti provvedimenti regionali sul nuovo modello di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili:

- la D.G.R. n. X/6164 del 30 gennaio 2017 *"Governo della domanda: avvio della presa in carico di pazienti cronici e fragili. Determinazioni in attuazione dell'art. 9 della legge n. 23/2015"*;
- la D.G.R. n. X/6551 del 4 maggio 2017 ad oggetto *"Riordino della rete di offerta e modalità della presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili in attuazione dell'art. 9 della legge n. 33/2009"*;
- la D.G.R. n. X/7038 del 3 agosto 2017 ad oggetto *"Ulteriori determinazioni e indicazioni operative per la procedura di valutazione degli idonei di cui alla DGR n. X/6551 del 04/05/2017: Riordino della rete di offerta e modalità della presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili in attuazione dell'art. 9 della legge n. 33/2009"*;
- la D.G.R. n. X/7655 del 28 dicembre 2017 *"Modalità di avvio del percorso di presa in carico del paziente cronico e/o fragile in attuazione della D.G.R. n. X/6551 del 04.05.2017"*;
- il Decreto del Direttore Generale Welfare n. 9841 del 6 luglio 2018 *"Disposizioni attuative della DGR n. X/7655 del 28.12.2017 "Modalità di avvio del percorso di presa in carico del paziente cronico e/o fragile in attuazione della DGR n. X/6551 del 04/05/2017"*;
- la D.G.R. n. XI/412 del 2 agosto 2018 *"Ulteriori determinazioni in ordine al percorso di presa in carico del paziente cronico e/o fragile a seguito delle DD.G.R. nn. X/6164/17, X/6551/17, X/7038/17, X/7655/17"*;
- la D.G.R. n. XI/754 del 5 novembre 2018 *"Nuove modalità di gestione ed attuazione del percorso di presa in carico del paziente cronico e/o fragile ed approvazione del Protocollo d'intesa tra l'Assessorato al Welfare e la Federazione Regionale degli Ordini dei Medici chirurghi e degli Odontoiatri della Lombardia"* che da ultimo ha, tra i vari aspetti



Regione Lombardia

LA GIUNTA

disciplinati, individuato ulteriori modalità per favorire e supportare il coinvolgimento del MMG/PLS clinical manager in forma singola e stabilito che il Gestore svolga le funzioni non cliniche di accompagnamento della presa in carico definite dalla DGR 6551/2017;

RICHIAMATE altresì:

- la DGR n. XI/1046 del 17 dicembre 2018 *“Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2019”* che, tra le altre cose, ha:
 - dato mandato alla Direzione Generale Welfare di aggiornare il facsimile di Patto di Cura approvato con la D.G.R. n. X/7655/2017 in quanto, nella presa in carico con MMG/PLS clinical manager in forma singola prevista dalla citata DGR n. XI/754/18, il patto di cura viene sottoscritto dal paziente e dal Gestore da lui scelto, e non anche dal MMG/PLS clinical manager in forma singola. La sottoscrizione del patto di cura rientra tra i compiti propri del Gestore ed ha come finalità quella di assicurare l'erogazione del PAI secondo i modi ed i tempi decisi dal MMG/PLS clinical manager. Il paziente sottoscrivendo il patto di Cura conferma di aver compreso l'utilità del modello di presa in carico e si impegna ad aderirvi secondo quanto previsto nel PAI dal suo medico;
 - dato mandato alla Direzione Generale Welfare di definire, in coordinamento con le ATS, le variabili per l'integrazione degli attuali algoritmi di stratificazione con elementi utili ad individuare le situazioni a maggiore rischio di fragilità clinica e di vulnerabilità sociale. Queste ulteriori caratterizzazioni dei soggetti cronici permetteranno di coinvolgere in modo più appropriato ed efficace le unità di offerta socio sanitarie nel processo di presa in carico;
 - fornito indicazioni al paragrafo n. 1.4.1.7 in ordine all'erogazione di alcune prestazioni previste nel PAI effettuate in telemedicina, afferenti ai set di riferimento, effettuate dagli MMG/PLS nel contesto della presa in carico della cronicità e della loro rendicontazione, rinviando la definizione delle modalità di implementazione di queste attività, che saranno valorizzate secondo le tariffe previste nel nomenclatore regionale di specialistica ambulatoriale, ad uno specifico accordo integrativo regionale, in accordo con il vigente ACN e con i principi che fondano i lavori di definizione nel nuovo ACN;
 - previsto l'arruolamento proattivo dei soggetti cronici, sia da parte



Regione Lombardia

LA GIUNTA

degli MMG/PLS per i loro assistiti, sia da parte dei centri specialistici ospedalieri per i pazienti mono/polipatologici complessi, sia infine da parte delle Strutture sanitarie in ogni occasione utile (scelta MMG, visite presso MMG, accesso PS, ricovero, visita specialistica);

- la DGR n. XI/1444 del 25 marzo 2019 ad oggetto "*Ulteriori determinazioni relative alla gestione del Servizio sociosanitario regionale per l'esercizio 2019*", con la quale, alla luce delle nuove modalità di implementazione del modello di presa in carico, è stato prorogato dal 31 marzo al 31 dicembre 2019 il termine per l'adesione dei MMG/PLS, sia in forma singola che aggregati in cooperative, ed alla medesima data è stato prorogato anche l'arruolamento dei pazienti, con rinvio per eventuali ulteriori determinazioni alle Regole di gestione del SSR per l'esercizio 2020;

RICHIAMATA da ultimo la DGR n. XI/1591 del 7 maggio 2019 "*Approvazione della Preintesa sull'Accordo Integrativo Regionale MMG anno 2019*" che, con specifico riferimento alla presa in carico, ha disposto:

- l'aumento da 10 a 15 euro della remunerazione del PAI 2019, sia per i PAI di nuova redazione, sia per i rinnovi annuali dello stesso; ciò in considerazione della grande valenza clinica del documento PAI che "*necessita di integrare tra loro varie informazioni sugli stili di vita, sui fattori di rischio e sulle diverse terapie ed attività diagnostiche in corso*";
- l'inclusione tra i progetti di governo clinico della "*chiamata proattiva dei propri assistiti qualificati come "pazienti cronici" ai fini della presa in carico*";
- il riconoscimento, in attuazione del paragrafo n. 1.4.1.7 della DGR n. XI/1046/2018 (Regole 2019) e nel rispetto delle disposizioni contenute nell'allegato D, lettera C dell'ACN vigente, delle prestazioni diagnostiche eseguibili dai Medici di Medicina Generale, nei vincoli della programmazione delle ATS e senza duplicazione di costo per il SSR, dando mandato alle ATS stesse di: accogliere le manifestazioni di interesse a partecipare alla erogazione di dette prestazioni da parte dei medici operanti nel territorio di competenza; verificare la sussistenza dei requisiti strutturali, tecnologici e professionali dell'operatore; autorizzare l'erogazione delle prestazioni indicate ai medici che si avvalgono della refertazione eseguita da strutture già contrattualizzate, anche tramite telemedicina;

DATO ATTO altresì che l'Accordo Integrativo Regionale MMG anno 2019 ha rinviato ad una successiva circolare applicativa la definizione delle modalità



Regione Lombardia

LA GIUNTA

operative di esecuzione delle prestazioni sopra indicate;

DATO ATTO che, in conseguenza dell'aumento della remunerazione del PAI previsto dall'Accordo Integrativo Regionale MMG anno 2019 di cui sopra, la tariffa di presa in carico precedentemente stabilita con la DGR n. X/6551/2017, al lordo dell'importo previsto per il PAI, risulta come di seguito specificata:

- per i pazienti monopatologici (livello verde) ammonta a 40 euro (in luogo della somma originaria di euro 35);
- per i pazienti con due/tre patologie (livello giallo) ammonta a 45 euro (in luogo della somma originaria di euro 40);
- per i pazienti con più di tre patologie (livello rosso) ammonta a 50 euro (in luogo della somma originaria di euro 45);

DATO ATTO che la variazione della predetta tariffa di presa in carico, che è uguale per tutti i Gestori e si applica per le attività di presa in carico connesse alla redazione dei PAI redatti nell'anno 2019 o ai rinnovi annuali effettuati a decorrere dal 1 gennaio 2019, ammonta ad un valore presunto pari a € 250.000,00 e trova copertura nel capitolo del bilancio regionale n.13.01.104.8376;

RITENUTO pertanto di approvare l'allegato n. 1 "*Ulteriori indicazioni sul percorso di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili*", parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, con il quale:

- si stabilisce, al fine di semplificare ove più possibile per il paziente la modalità di prosecuzione nel percorso di presa in carico e sollevarlo da ripetuti adempimenti di carattere burocratico ed amministrativo, di prevedere - in modifica delle precedenti disposizioni regionali - il rinnovo automatico dei patti di cura sottoscritti a far data dall'adozione del presente provvedimento, salvo che il paziente comunichi espressamente il proprio recesso al suo gestore o MMG/PLS in forma singola. Con riferimento ai patti di cura già sottoscritti e in scadenza o scaduti mantengono validità se non disdettati dall'utente che, a tal fine, deve essere tempestivamente e formalmente informato da parte del gestore, sia della prosecuzione della validità, che della facoltà di recesso;
- si stabilisce altresì che il piano assistenziale individuale (PAI), richieda ai fini del rinnovo una valutazione clinica, da parte del clinical manager, dell'andamento della patologia cronica del paziente e degli esiti delle prestazioni sanitarie e farmaceutiche previste nel PAI, da effettuarsi sulla base dell'esame della documentazione presente nel FSE o nelle cartelle cliniche dei MMG/Gestori e mediante il colloquio con il paziente. Il PAI di



Regione Lombardia

LA GIUNTA

- rinnovo o, in caso di recesso espresso, il PAI di disarruolamento dovranno essere pubblicati dal Gestore (o dal MMG/PLS in forma singola) entro 120 giorni dalla data di scadenza del precedente PAI;
- si forniscono indicazioni in ordine alle modalità di arruolamento proattivo, così come previsto nella citata DGR n. XI/1046/2018 (Regole 2019):
 - proposta di arruolamento in ambito della presa in carico per alcune patologie da parte delle Strutture sanitarie;
 - proposta di arruolamento, in occasione delle dimissioni, ai pazienti cronici che abbiano avuto un episodio di ricovero;
 - proposta di arruolamento da parte dello specialista in occasione delle visite specialistiche ambulatoriali;
 - si forniscono le linee guida per lo svolgimento e la remunerazione delle prestazioni previste nei PAI erogabili dal clinical manager MMG/PLS in studio con l'ausilio della telemedicina, nel rispetto del paragrafo n. 1.4.1.7 della citata DGR n. XI/1046/2018. Tale attività sarà monitorata trimestralmente dai competenti uffici di Regione Lombardia in condivisione con la Federazione Regionale degli Ordini dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Lombardia e le ATS al fine di verificare l'appropriatezza e la qualità dei servizi resi in telemedicina;

RITENUTO inoltre necessario aggiornare il fac-simile di Patto di Cura precedentemente approvato con la D.G.R. n. X/7655/2017, adeguandolo alla nuova modalità del rinnovo automatico ed in coerenza alle vigenti disposizioni in tema di privacy (Regolamento n. 679/2016/UE del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016);

DATO ATTO che, per maggior chiarezza, sono stati predisposti due modelli di Patto di cura, come di seguito specificato, entrambi parti integranti e sostanziali del presente provvedimento, comprensivi delle informative relative al trattamento dei dati personali di competenza di Regione Lombardia e delle ATS le quali dovranno provvedere ad inserire i relativi dati di riferimento:

- il facsimile di patto di cura relativo alla presa in carico da parte delle Strutture pubbliche e private e delle Cooperative (allegato n. 2);
- il facsimile di patto di cura relativo alla presa in carico in presenza di MMG/PLS clinical manager in forma singola (allegato n. 3);

RITENUTO altresì di approvare l'allegato n. 4 "Scambio informativo tra Gestori, MMG/PLS, ATS – Servizio EPIC", parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, concernente il servizio denominato "EPIC" (Eventi Presa In Carico)



Regione Lombardia

LA GIUNTA

che controlla e rende disponibili, sulla base della pertinenza, necessità e non eccedenza, le informazioni in merito all'evoluzione di eventi che riguardano la presa in carico del cittadino stesso, con riferimento ai seguenti scenari di applicazione:

- la presa in carico da parte del Medico in Forma Singola;
- la trasmissione dei PAI alle ATS per gli assistiti presi in carico sul territorio;
- la comunicazione di eventi quali prescrizioni, prenotazioni, erogazioni, anagrafica cittadino, presa in carico stessa (arruolamento, PAI, disarruolamento..);
- l'invio delle variazioni della stratificazione regionale degli assistiti;

RITENUTO infine di approvare l'allegato n. 5 "*Presa in carico: monitoraggio e controllo*", parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, che stabilisce le modalità di calcolo con riferimento ai setting di indicatori per il monitoraggio del modello di presa in carico previsti dalla DGR n. X/6551/2017 (indicatori descrittivi, indicatori di processo, indicatori di risultato e indicatori di *customer satisfaction*);

DATO ATTO che l'effettuazione dei controlli secondo le modalità di cui all'allegato n. 5 è propedeutica al pagamento del saldo e che per gli anni 2018 e 2019, in considerazione dell'avvio del modello, i controlli verranno svolti in modo graduale, fino al progressivo raggiungimento degli obiettivi stabiliti nel predetto allegato;

CONSIDERATO che:

- l'arruolamento dei pazienti stratificati è stato avviato a partire dal mese di marzo 2018 ed è proseguito per tutto l'anno con un trend incrementale;
- lo start up del modello ha imposto ai gestori la necessità di dotarsi delle professionalità e degli strumenti per la presa in carico dimensionandoli in relazione all'incremento dei pazienti arruolati e ai volumi di attività;

RICHIAMATO quanto stabilito dalla DGR n. XI/412 del 02 agosto 2018, in relazione alla remunerazione dei gestori della presa in carico che ha definito la percentuale di acconto pari al 75% in relazione alla fase di start up del modello di presa in carico;

RITENUTO che ai fini del riconoscimento del saldo finale della tariffa di presa in carico relativa ai PAI redatti nell'anno 2018, l'attività di controllo da parte delle ATS si intenderà conclusa con esito positivo, senza determinare conguagli/decurtazioni al raggiungimento del:



Regione Lombardia

LA GIUNTA

- 70 % del rispetto delle dotazioni strumentali, tecnologiche e professionali poste in essere dal gestore riconosciute di livello quantitativo e qualitativo tali da garantire l'accompagnamento del paziente cronico nel percorso di cura;
- 30 % dei seguenti indicatori riportati nell'allegato 5 del presente provvedimento quali fondamentali strumenti di analisi che diano evidenza dell'effettiva gestione del PAI finalizzata ad un'erogazione efficace ed efficiente delle prestazioni di cura:
 - P01 - Indice di congruità di programmazione del PAI,
 - P06 - Indice di aderenza terapeutica farmacologica,
 - P07 - Indice di aderenza ambulatoriale al PAI,
 - E03 - Effettuazione HB1Ac in pazienti diabetici.

L'analisi di tali informazioni consentirà di individuare e mettere in atto interventi di miglioramento delle performances, tenendo conto inoltre degli esiti dell'andamento della media regionale nonché del miglioramento dello stato di salute dei pazienti cronici presi in carico rispetto allo stato di salute iniziale;

RITENUTO altresì, per il riconoscimento del saldo 2019 da parte delle ATS, di dare mandato alla Direzione Generale Welfare di istituire una commissione per il monitoraggio e lo sviluppo degli indicatori proposti all'allegato n. 5 che diano evidenza dell'efficacia e dell'effettiva gestione del percorso di cura finalizzato ad una maggiore efficacia nell'erogazione delle prestazioni programmate nel PAI. Tale commissione sarà composta da 2 rappresentanti per ciascuno dei soggetti di seguito indicati: Direzione Generale Welfare, ARIA Spa, ATS, Cooperative di gestori, professionisti sanitari ed Università;

RITENUTO infine di stabilire che quanto previsto dalla DGR N. XI/412/2018, in ordine al criterio di remunerazione della tariffa di presa in carico relativamente ai pazienti aderenti al previgente modello CREG transitati entro il 30 giugno 2018, sia applicabile anche ai pazienti transitati dal previgente modello Creg al modello di presa in carico entro il 31 dicembre 2018;

VAGLIATE e fatte proprie le suddette considerazioni;

A VOTI UNANIMI espressi nelle forme di legge;

DELIBERA

1. di approvare l'allegato n. 1 *"Ulteriori indicazioni sul percorso di presa in*



Regione Lombardia

LA GIUNTA

carico dei pazienti cronici e/o fragili”, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, con il quale:

- si stabilisce, al fine di semplificare ove più possibile per il paziente la modalità di prosecuzione nel percorso di presa in carico e sollevarlo da ripetuti adempimenti di carattere burocratico ed amministrativo, di prevedere - in modifica delle precedenti disposizioni regionali – il rinnovo automatico dei patti di cura sottoscritti a far data dall'adozione del presente provvedimento, salvo che il paziente comunichi espressamente il proprio recesso al suo gestore o MMG/PLS in forma singola. Con riferimento ai patti di cura già sottoscritti e in scadenza o scaduti mantengono validità se non disdettati dall'utente che, a tal fine, deve essere tempestivamente e formalmente informato da parte del gestore, sia della prosecuzione della validità, che della facoltà di recesso;
- si stabilisce altresì che il piano assistenziale individuale (PAI), richieda ai fini del rinnovo una valutazione clinica, da parte del clinical manager, dell'andamento della patologia cronica del paziente e degli esiti delle prestazioni sanitarie e farmaceutiche previste nel PAI, da effettuarsi sulla base dell'esame della documentazione presente nel FSE o nelle cartelle cliniche dei MMG/Gestori e mediante il colloquio con il paziente. Il PAI di rinnovo o, in caso di recesso espresso, il PAI di disarruolamento dovranno essere pubblicati dal Gestore (o dal MMG/PLS in forma singola) entro 120 giorni dalla data di scadenza del precedente PAI;
- si forniscono indicazioni in ordine alle modalità di arruolamento proattivo, così come previsto nella citata DGR n. XI/1046/2018 (Regole 2019):
 - proposta di arruolamento in ambito della presa in carico per alcune patologie da parte delle Strutture sanitarie;
 - proposta di arruolamento, in occasione delle dimissioni, ai pazienti cronici che abbiano avuto un episodio di ricovero;
 - proposta di arruolamento da parte dello specialista in occasione delle visite specialistiche ambulatoriali;
- si forniscono le linee guida per lo svolgimento e la remunerazione delle prestazioni previste nei PAI erogabili dal clinical manager MMG/PLS in studio con l'ausilio della telemedicina, nel rispetto del paragrafo n. 1.4.1.7 della citata DGR n. XI/1046/2018. Tale attività sarà monitorata trimestralmente dai competenti uffici di Regione Lombardia in condivisione con la Federazione Regionale degli Ordini dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Lombardia e le ATS al fine di verificare l'appropriatezza e la qualità dei servizi resi in telemedicina;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

2. di dare atto, come riportato sempre nell'allegato n. 1 al presente provvedimento, che in conseguenza dell'aumento della remunerazione del PAI previsto dall'Accordo Integrativo Regionale MMG anno 2019, la tariffa di presa in carico precedentemente stabilita con la DGR n. X/6551/2017, al lordo dell'importo previsto per il PAI, risulta come di seguito specificata:
 - per i pazienti monopatologici (livello verde) ammonta a 40 euro (in luogo della somma originaria di euro 35);
 - per i pazienti con due/tre patologie (livello giallo) ammonta a 45 euro (in luogo della somma originaria di euro 40);
 - per i pazienti con più di tre patologie (livello rosso) ammonta a 50 euro (in luogo della somma originaria di euro 45);
3. di dare atto che la variazione della predetta tariffa di presa in carico, che è uguale per tutti i Gestori e si applica per le attività di presa in carico connesse alla redazione dei PAI redatti nell'anno 2019 o ai rinnovi annuali effettuati a decorrere dal 1 gennaio 2019, ammonta ad un valore presunto pari a € 250.000,00 e trova copertura nel capitolo del bilancio regionale n.13.01.104.8376;
4. di approvare, per le motivazioni esplicitate in premessa, in aggiornamento del facsimile di Patto di cura di cui alla D.G.R. n. X/7655/2017, i seguenti allegati, parti integranti e sostanziali del presente provvedimento, comprensivi delle informative relative al trattamento dei dati personali di competenza di Regione Lombardia e delle ATS:
 - il facsimile di patto di cura relativo alla presa in carico da parte delle Strutture pubbliche e private e delle Cooperative (allegato n. 2);
 - il facsimile di patto di cura relativo alla presa in carico in presenza di MMG/PLS clinical manager in forma singola (allegato n. 3);
5. di approvare inoltre l'allegato n. 4 "*Scambio informativo tra Gestori, MMG/PLS, ATS – Servizio EPIC*", parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, concernente il servizio denominato "EPIC" (Eventi Presa In Carico) che controlla e rende disponibili, sulla base della pertinenza, necessità e non eccedenza, le informazioni in merito all'evoluzione di eventi che riguardano la presa in carico del cittadino stesso, con riferimento ai seguenti scenari di applicazione:
 - la presa in carico da parte del Medico in Forma Singola;
 - la trasmissione dei PAI alle ATS per gli assistiti presi in carico sul territorio;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

-
- la comunicazione di eventi quali prescrizioni, prenotazioni, erogazioni, anagrafica cittadino, presa in carico stessa (arruolamento, PAI, disarruolamento, ecc.);
 - l'invio delle variazioni della stratificazione regionale degli assistiti;
6. di approvare infine l'allegato n. 5 "*Presa in carico: monitoraggio e controllo*", parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, che stabilisce le modalità di calcolo con riferimento ai setting di indicatori per il monitoraggio del modello di presa in carico previsti dalla DGR n. X/6551/2017 (indicatori descrittivi, indicatori di processo, indicatori di risultato e indicatori di customer satisfaction);
 7. di dare atto che l'effettuazione dei controlli, secondo le modalità di cui all'allegato n. 5, è propedeutica al pagamento del saldo e che per gli anni 2018 e 2019, in considerazione dell'avvio del modello, i controlli verranno svolti in modo graduale fino al progressivo raggiungimento degli obiettivi stabiliti nel predetto allegato;
 8. di stabilire che ai fini del riconoscimento del saldo finale della tariffa di presa in carico relativa ai PAI redatti nell'anno 2018, l'attività di controllo da parte delle ATS si intenderà conclusa con esito positivo, senza determinare conguagli/decurtazioni al raggiungimento del:
 - 70 % del rispetto delle dotazioni strumentali, tecnologiche e professionali poste in essere dal gestore riconosciute di livello quantitativo e qualitativo tali da garantire l'accompagnamento del paziente cronico nel percorso di cura;
 - 30 % dei seguenti indicatori riportati nell'allegato 5 del presente provvedimento quali fondamentali strumenti di analisi che diano evidenza dell'effettiva gestione del PAI finalizzata ad un'erogazione efficace ed efficiente delle prestazioni di cura:
 - P01 - Indice di congruità di programmazione del PAI,
 - P06 - Indice di aderenza terapeutica farmacologica,
 - P07 - Indice di aderenza ambulatoriale al PAI,
 - E03 - Effettuazione HB1Ac in pazienti diabetici.
- L'analisi di tali informazioni consentirà di individuare e mettere in atto interventi di miglioramento delle performances, tenendo conto inoltre degli esiti dell'andamento della media regionale nonché del miglioramento dello stato di salute dei pazienti cronici presi in carico rispetto allo stato di salute iniziale;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

9. di dare mandato alla Direzione Generale Welfare, di istituire una commissione per il monitoraggio e lo sviluppo degli indicatori proposti all'allegato n. 5 che diano evidenza dell'efficacia e dell'effettiva gestione del percorso di cura finalizzato ad una maggiore efficacia nell'erogazione delle prestazioni programmate nel PAI, ai fini del riconoscimento del saldo 2019 da parte delle ATS;
10. di stabilire che la predetta commissione sia composta da 2 rappresentanti per ciascuno dei soggetti di seguito indicati: Direzione Generale Welfare, ARIA Spa, ATS, Cooperative di gestori, professionisti sanitari ed Università;
11. di stabilire che quanto previsto dalla DGR N. XI/412/2018, in ordine al criterio di remunerazione della tariffa di presa in carico relativamente ai pazienti aderenti al previgente modello CREG transitati entro il 30 giugno 2018, sia applicabile anche ai pazienti transitati dal previgente modello Creg al modello di presa in carico entro il 31 dicembre 2018;
12. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul B.U.R.L. e sul sito web della Regione Lombardia: www.regione.lombardia.it.

IL SEGRETARIO
ENRICO GASPARINI

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge

ULTERIORI INDICAZIONI SUL PERCORSO DI PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI CRONICI E/O FRAGILI

Premessa

Il processo di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili, delineato a partire dal 2017, è un percorso in progress, in continua evoluzione, sia per quanto concerne la procedura di arruolamento dei pazienti, sia per l'ambito finalità di realizzare una presa in carico complessiva del paziente cronico e/o fragile che può essere realizzata solo pervenendo alla massima integrazione tra i vari soggetti che a diverso titolo vi intervengono.

Nei provvedimenti regionali più recenti sono state introdotte significative novità che richiedono di essere sviluppate nei loro aspetti amministrativo-organizzativi ed informatici per proseguire nello sviluppo e nell'implementazione quali-quantitativa del modello.

Il modello organizzativo lombardo è stato ulteriormente perfezionato grazie al confronto con i Presidenti degli Ordini dei Medici delle province Lombarde che ha dato vita al documento approvato con D.G.R. n. XI/754 del 5.11.2018, nel quale viene riconosciuto al MMG il ruolo di clinical manager, cioè di diretto referente clinico dei propri assistiti e come tale redattore del PAI con la sola esclusione dei pazienti monopatologici o polipatologici complessi per i quali il medico specialista sia il referente più qualificato.

Alla luce delle nuove modalità di implementazione del modello di presa in carico del paziente cronico, la data precedentemente stabilita al 31 marzo 2019 quale termine ultimo per l'adesione da parte dei MMG/PLS e per l'arruolamento dei pazienti non risulta più funzionale nella fase di avvio della realizzazione del modello di presa in carico.

Con la DGR n. XI/1444 del 25 marzo 2019 ad oggetto "*Ulteriori determinazioni relative alla gestione del Servizio sociosanitario regionale per l'esercizio 2019*", è stato pertanto prorogato al 31 dicembre 2019 il termine per l'adesione al modello di presa in carico dei MMG/PLS, sia in forma singola che aggregati in cooperative, ed alla medesima data è stato prorogato anche l'arruolamento dei pazienti, con rinvio per eventuali ulteriori determinazioni alle prossime Regole di gestione del SSR per l'esercizio 2020.

Inoltre, come previsto nella DGR n. XI/1046 del 17/12/2018 (Regole 2019), è stato stabilito che l'arruolamento dei soggetti cronici avvenga in modo proattivo, sia da parte degli MMG/PLS per i loro assistiti, sia da parte dei centri specialistici ospedalieri per i pazienti mono/polipatologici complessi, al fine di rendere più concreta la possibilità che i pazienti possano aderire al nuovo modello attraverso il rapporto di fiducia che hanno con i professionisti direttamente coinvolti nella loro cura.

Dall'avvio del nuovo modello di presa in carico ad oggi anche il PAI si è progressivamente evoluto per promuovere anche gli aspetti preventivi della PIC e, sempre nelle Regole 2019, è stata prevista per i PAI redatti dal 1 gennaio 2019 e per quelli rinnovati nel 2019, anche la compilazione della sezione relativa agli stili di vita ed ai fattori di rischio, in aggiunta a quelle riservate alle attività di specialistica ambulatoriale, di laboratorio analisi e alle terapie farmacologiche.

Con DGR n. XI/1591 del 7 maggio 2019 è stata approvata la Preintesa sull'Accordo integrativo regionale MMG anno 2019 nella quale, con specifico riferimento alla presa in carico, le parti si sono accordate in merito a: aumento della remunerazione da corrispondere per la stesura del PAI da 10 a 15 euro (sia per la redazione dei nuovi PAI, sia per i rinnovi annuali dello stesso); inclusione della chiamata proattiva dei propri assistiti ai fini della presa in carico tra i possibili ambiti dei progetti di governo clinico; possibilità per i medici che aderiscono al percorso di presa in carico, di eseguire nei propri studi esami diagnostici di I livello presenti nel PAI dell'assistito arruolato, in attuazione di quanto disposto al paragrafo n. 1.4.1.7 della DGR n. XI/1046/2018 (Regole 2019).

STRATIFICAZIONE PAZIENTI

Come previsto nelle Regole 2019 per la gestione del Servizio sociosanitario regionale per l'esercizio 2019 (DGR n. XI/1046 del 17/12/2018), la Direzione Generale Welfare, in coordinamento con le ATS, ha definito le variabili che saranno utilizzate per integrare gli attuali algoritmi di stratificazione con elementi utili ad individuare le situazioni a maggiore rischio di fragilità clinica e di vulnerabilità sociale. Queste ulteriori caratterizzazioni dei soggetti cronici permetteranno di coinvolgere in modo più appropriato ed efficace le unità di offerta socio sanitarie nel processo PIC.

Gli algoritmi, aggiornati al 31 dicembre 2018, verranno messi a disposizione dei gestori da parte delle ATS.

Il sistema di validazione semi automatica viene effettuato da Regione su delega al trattamento da parte delle ATS. Questa validazione è sufficiente per corrispondere gli acconti e per pagare il PAI al medico, ferma restando la possibilità di fare ulteriori controlli.

PATTO DI CURA

La nuova modalità di gestione del percorso di presa in carico del paziente cronico e/o fragile da parte del MMG/PLS clinical manager in forma singola, introdotta dalla sopra richiamata D.G.R. n. XI/754/2018, pone la sottoscrizione del patto di cura in capo al gestore ed al paziente, e non anche al MMG/PLS clinical manager in forma singola.

Si rende pertanto necessario, così come previsto dalla DGR delle Regole 2019, l'aggiornamento del fac-simile di Patto di Cura precedentemente approvato con la D.G.R. n. X/7655/2017.

Tale aggiornamento ha portato alla predisposizione di due facsimili di Patto di Cura:

- un facsimile relativo alla presa in carico da parte delle Strutture pubbliche e private e delle Cooperative (allegato n. 2);
- un facsimile relativo alla presa in carico in presenza di MMG/PLS clinical manager in forma singola (allegato n. 3).

I nuovi fac-simili e l'allegata informativa sono stati inoltre aggiornati con riferimento alla nuova normativa sulla privacy, ai sensi del Regolamento n. 679/2016/UE del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.

RINNOVO AUTOMATICO PATTO DI CURA SALVO RECESSO PAZIENTE

Al fine di semplificare ove più possibile per il paziente la modalità di prosecuzione nel percorso di presa in carico e sollevarlo da adempimenti di carattere burocratico ed amministrativo, si prevede - in modifica delle precedenti disposizioni regionali - che, per i patti di cura sottoscritti a far data dall'adozione del presente provvedimento, ove il paziente non comunichi espressamente al proprio gestore o MMG/PLS in forma singola la volontà di recedere, il patto di cura di durata annuale si rinnovi automaticamente di anno in anno.

Il paziente che intenda proseguire nella presa in carico non dovrà pertanto ogni anno sottoscrivere un nuovo Patto di cura con il gestore prima della registrazione del nuovo documento PAI o in data corrispondente all'inizio di validità del PAI.

Il Patto di cura, salvo recesso espresso, si rinnoverà in automatico a far data dal giorno successivo a quello di scadenza del Patto precedente.

In caso di recesso del paziente dal Patto di cura, il Gestore o MMG/PLS in forma singola dovrà darne comunicazione tempestiva all'ATS di riferimento.

Con riferimento ai patti di cura già sottoscritti e in scadenza o scaduti, gli stessi mantengono validità se non disdettati dall'utente che a tal fine deve essere tempestivamente e formalmente informato da parte del gestore, sia della prosecuzione della validità che della facoltà di recesso.

Per esigenze di massima trasparenza, si richiede che la data dell'avvenuta informativa al paziente in merito al rinnovo del Patto di cura venga registrata nella cartella clinica del assistito, o in altra modalità che evidenzii l'avvenuta informazione.

RINNOVO PAI E DISARRUOLAMENTO IN CASO DI MANCATO RINNOVO

Se il paziente intende proseguire nel percorso di presa in carico e pertanto non comunica il recesso dal patto di cura, il clinical manager al termine della validità del PAI dovrà procedere al rinnovo dello stesso entro 120 giorni dalla scadenza.

Il rinnovo del PAI, quale atto di natura esclusivamente clinica di pianificazione delle attività sanitarie e socio sanitarie, suscettibile di rivalutazioni periodiche, presuppone la valutazione clinica dell'andamento della patologia cronica del paziente e degli esiti delle prestazioni sanitarie e farmaceutiche previste nel PAI.

La predetta valutazione verrà effettuata sulla base dell'esame della documentazione presente nel FSE o nelle cartelle cliniche dei MMG/Gestori, con riguardo a molteplici aspetti (quali, a titolo esemplificativo, l'attualità della classificazione del paziente, l'aderenza terapeutica, eventuali fattori di rischio, eventuali interazione tra farmaci assunti e loro eccessiva numerosità, ecc.) e mediante il colloquio con il paziente, anche al fine di acquisire dallo stesso informazioni ulteriori rispetto a quelle presenti nel FSE (quali ad esempio: comunicazioni su prestazioni eseguite in regime di solvenza, riscontri diretti in ordine all'aderenza terapeutica ed agli stili di vita condotti nell'anno, ecc.).

Per esigenze di massima trasparenza, si richiede che la data dell'avvenuta informativa al paziente in merito al rinnovo del PAI venga registrata nella cartella clinica del assistito.

Il PAI di rinnovo dovrà essere pubblicato dal clinical manager del Gestore o dal MMG/PLS in forma singola entro 120 giorni dalla data di scadenza del precedente PAI.

Qualora invece il paziente abbia espresso la volontà di recedere dal Patto di cura e lo stesso, quindi, non sia automaticamente rinnovato, anche il PAI dovrà essere chiuso ed il paziente dovrà essere disarruolato. Anche in questa eventualità, il PAI di disarruolamento dovrà essere pubblicato entro 120 giorni dalla data di scadenza del precedente PAI.

Quanto sopra in modifica delle precedenti disposizioni regionali di cui al paragrafo n. 1.4.1.2 della DGR n. XI/1046 del 17.12.2018 (Regole 2019).

La rinuncia da parte del paziente al percorso di presa in carico è comunque sempre possibile in qualunque momento; come già previsto infatti dalla richiamata DGR n. XI/754/2018, nell'allegato n. 3 par. 6.1, *“Qualora il paziente intenda rinunciare al percorso di presa in carico o cambiare gestore, il gestore (o il MMG/PLS in forma singola) ha l'obbligo di chiudere il PAI in corso di validità interrompendo quindi la presa in carico: il cittadino viene disarruolato e ritorna arruolabile per un'eventuale futura presa in carico”*.

ARRUOLAMENTO PROATTIVO

In ottemperanza a quanto disposto nella DGR n. 1046 del 17/12/2018 “Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sociosanitario per l'esercizio 2019” l'arruolamento dei soggetti cronici deve avvenire in modo proattivo da parte degli MMG/PLS per i loro assistiti e, come previsto dalla D.G.R. XI/754/2018, può

essere effettuato proattivamente anche da parte delle strutture sanitarie per i pazienti mono/polipatologici complessi, informando preventivamente il MMG/PLS che il proprio assistito intende aderire al percorso.

Regione Lombardia con questo provvedimento vuole fornire possibili indicazioni per l'arruolamento proattivo:

1. Proposta di arruolamento in ambito della presa in carico per alcune patologie da parte delle Strutture sanitarie;
2. Proposta di arruolamento, in occasione delle dimissioni, ai pazienti cronici che abbiano avuto un episodio di ricovero;
3. Proposta di arruolamento da parte dello specialista in occasione delle visite specialistiche ambulatoriali.

1. Proposta di arruolamento in ambito presa in carico per alcune patologie da parte delle Strutture Sanitarie

Per i pazienti complessi, prevalentemente afferenti ai livelli 1 e 2, che ancora non abbiano aderito al progetto PIC è utile proporre loro proattivamente, nel pieno rispetto della libertà di scelta del cittadino, il percorso di presa in carico quale modalità di gestione appropriata della cronicità.

L'approccio proattivo della presa in carico della cronicità è realizzabile attraverso:

- il riconoscimento di modelli aziendali già attivi che valorizzino la presa in carico;
- l'interazione fra gli attori del sistema, capaci di superare logiche di separazione e di promuovere l'integrazione tra soggetti diversi, ovvero attraverso la valorizzazione e il coinvolgimento delle risorse presenti capaci di attivare e potenziare percorsi di cura multi professionali e interdisciplinari attraverso l'integrazione tra servizi sanitari (ospedalieri e territoriali) e sociali;
- la riorganizzazione delle agende ambulatoriali;
- la formazione al ruolo di clinical manager dei medici specialisti, affinché siano in grado di predisporre e gestire il Piano di Assistenza Individuale (PAI);
- implementazione del ruolo strategico di figure professionali in grado di garantire continuità di cura, tra ospedale e territorio, attraverso il monitoraggio dello stato di salute del paziente e della sua aderenza al percorso di cura.

Le Strutture sanitarie individueranno specifiche modalità organizzative atte a favorire il percorso di presa in carico, modalità che potranno divenire "best practices" replicabili su scala regionale.

2. Proposta di arruolamento in occasione delle dimissioni dei pazienti ricoverati.

Il modello di presa in carico deve essere illustrato e proposto al paziente cronico, in ogni occasione di contatto fra il cittadino e il sistema sanitario.

La dimissione ospedaliera è talvolta non sempre correttamente pianificata, causando discontinuità e frammentazione delle cure, esponendo così i pazienti al rischio di riacutizzazioni nell'immediato post-dimissione e a reiterati ricoveri.

La dimissione ospedaliera rappresenta nel suo insieme un processo di pianificazione, che comincia all'atto del ricovero ospedaliero, o addirittura in una fase precedente, nel caso di ricoveri programmati.

Il momento della dimissione deve garantire una comunicazione efficace tra ospedale, paziente, servizi di assistenza territoriale e MMG/PLS. Questo favorisce nel paziente l'adesione alla terapia prescritta e agli eventuali cambiamenti nel proprio stile di vita, con beneficio del proprio stato di salute.

Di norma il paziente durante il ricovero ospedaliero viene curato secondo percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) standardizzati, che per i pazienti cronici pluripatologici rappresenta un limite.

E' pertanto auspicabile che tale tipologia di pazienti aderisca al progetto di presa in carico in quanto il PAI consente di superare tale limite dal momento che si basa sull'analisi dei bisogni specifici della persona.

L'identificazione dei fattori di rischio distinti per patologia clinica può essere attuata fin dall'ingresso del paziente in reparto e l'intervento educativo, esteso al caregiver, può così iniziare nel corso del ricovero, risultando più efficace.

E' necessario che i pazienti e i loro familiari vengano orientati a questa modalità di gestione delle patologie croniche fin dal momento della dimissione dal personale di reparto, quando accedono agli ambulatori specialistici, o presso gli studi degli MMG/PLS.

Una volta fornite le informazioni al paziente, qualora lo stesso decida di aderire al progetto, deve scegliere in completa libertà il proprio gestore. Qualora questo sia diverso dalla struttura presso la quale sono state fornite le informazioni, il paziente deve essere correttamente indirizzato al proprio MMG o ad altra struttura da lui indicata.

3. Proposta di arruolamento da parte dello specialista in occasione delle visite specialistiche ambulatoriali.

Al fine di favorire l'arruolamento proattivo dei pazienti cronici, come previsto nelle Regole 2019, in ogni occasione utile (visite presso MMG, accesso PS, ricovero, visita specialistica ambulatoriale) è prevista la possibilità da parte della struttura sanitaria/sociosanitaria di verificare lo stato di arruolabilità e il livello di stratificazione del paziente stesso.

In considerazione della complessità di tali operazioni, qualora non sia possibile effettuarle, è comunque necessario fornire accurate informazioni al paziente in

merito al modello e alle modalità per accedervi, nonché la pluralità di gestori cui potrà fare riferimento, attuando la propria libertà di scelta.

REMUNERAZIONE PAI

La stesura del PAI rappresenta il tempo zero della presa in carico e l'occasione per effettuare con il paziente un importante ed unico lavoro di raccordo anamnestico e di riconciliazione delle terapie farmacologiche in atto e delle attività di follow up già in corso, ma non integrate e coordinate tra loro.

Si tratta quindi di un momento di grande valenza clinica che necessita di integrare tra loro varie informazioni sugli stili di vita, sui fattori di rischio e sulle diverse terapie ed attività diagnostiche in corso.

In ragione di ciò, nell'Accordo Integrativo Regionale di cui alla già citata DGR n. XI/1591/2019 *"Preintesa sull'Accordo integrativo regionale MMG anno 2019"*, la remunerazione del **PAI** passa da 10 a **15 euro**, per valorizzare la complessità clinica nella redazione del documento in quanto comporta la necessità di integrare tra loro varie informazioni sugli stili di vita, sui fattori di rischio e sulle diverse terapie ed attività diagnostiche in corso.

La nuova remunerazione vale sia per i PAI di nuova redazione sia per i rinnovi annuali dello stesso.

La gestione del pagamento avviene nel cedolino con cadenza semestrale: la nuova tariffa sarà già applicata per i PAI pubblicati dal 1 gennaio al 30 giugno 2019 e remunerati a luglio 2019; a gennaio dell'anno successivo saranno remunerati i PAI pubblicati dal 1° luglio al 31 dicembre dell'anno precedente (oltre i PAI pubblicati nel primo semestre ma non ancora remunerati).

REMUNERAZIONE TARIFFA DI PRESA IN CARICO

In conseguenza dell'aumento della remunerazione del PAI stabilito dall'Accordo Integrativo Regionale MMG anno 2019 di cui alla DGR n. XI/1591/19, la tariffa di presa in carico stabilita con la DGR n. X/6551/2017, al lordo dell'importo previsto per il PAI, risulta pertanto come segue:

- per i pazienti monopatologici (livello verde) ammonta a **40** euro (in luogo della somma originaria di euro 35);
- per i pazienti con due/tre patologie (livello giallo) ammonta a **45** euro (in luogo della somma originaria di euro 40);
- per i pazienti con più di tre patologie (livello rosso) ammonta a **50** euro (in luogo della somma originaria di euro 45).

La predetta tariffa di presa in carico è uguale per tutti i Gestori e si applica per le attività di presa in carico connesse alla redazione dei PAI redatti nell'anno 2019 o ai rinnovi annuali effettuati a decorrere dal 1 gennaio 2019.

PRESTAZIONI PREVISTE NEI PAI EROGABILI DAL CLINICAL MANAGER MMG/PLS IN STUDIO CON L'AUSILIO DELLA TELEMEDICINA

Con la già menzionata *"Preintesa sull'Accordo integrativo regionale MMG anno 2019"*, sono state riconosciute come prestazioni diagnostiche eseguibili dai medici di medicina generale, anche in telemedicina, quelle assicurate esclusivamente nei confronti dei propri assistiti per i quali è stato redatto e validato il PAI nell'ambito degli accordi regionali, elencate al punto 1.4.1.7 della DGR n. XI/1046 del 17.12.2018 e riportate nella Preintesa stessa.

Sulla base dell'accordo siglato, alcuni esami potranno essere svolti all'interno dello studio del MMG/PLS che, se in possesso delle competenze e della specializzazione nella disciplina medica per la quale si intendono erogare le prestazioni specialistiche potrà anche refertare il risultato dell'esame. Ciò consentirà ai medici che aderiscono al percorso di presa in carico di eseguire nei propri studi esami diagnostici di I livello presenti nel PAI dell'assistito arruolato, favorendo l'aderenza al PAI e l'appropriatezza erogativa e senza sovraffollare le strutture sanitarie.

Le parti nella Preintesa hanno concordato che l'erogazione delle predette prestazioni sia vincolata alla programmazione delle ATS. In particolare tali prestazioni non devono generare duplicazione di costo per il Servizio Sanitario Regionale (SSR) ed essere erogate ad assistiti esenti per le prestazioni di cui trattasi.

Nel pieno rispetto del paragrafo n. 1.4.1.7 della DGR n. XI/1046 del 17.12.2018, le ATS dovranno accogliere le manifestazioni di interesse a partecipare alla erogazione di dette prestazioni da parte dei medici operanti nel territorio di competenza e verificare la sussistenza dei requisiti strutturali, tecnologici e professionali dell'operatore.

Le predette prestazioni eseguite dal medico di assistenza primaria verranno retribuite secondo le modalità previste dal punto 1.4.1.7 della DGR n. XI/1046 del 17.12.2018, in presenza sia dei requisiti strutturali, tecnologici e di appropriatezza degli spazi che dei requisiti professionali dell'operatore, così come previsto dalla normativa vigente in materia a cui le indicazioni dell'allegato B) – Sub Allegato 7 della D.G.R. n. X/2989 del 23/12/2014 non possono comunque derogare.

La Legge Regionale n. 23 del 2015 ribadisce, tra gli altri, l'orientamento alla presa in carico della persona nel suo complesso, nel rispetto della libera scelta, e promuove l'integrazione operativa e gestionale tra erogatori dei servizi sanitari, sociosanitario e sociale (art. 2, art. 3).

In particolare, in tema di cronicità, stabilisce all'articolo 9 di attivare modalità innovative di presa in carico del paziente cronico e fragile, anche attraverso l'utilizzo della Telemedicina, sviluppando modelli organizzativi che assicurino l'integrazione e il raccordo tra tutte le competenze professionali coinvolte, ospedaliere e territoriali, attraverso reti di cura e assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale.

Le tecniche di telemedicina e monitoraggio dei parametri clinici possono contribuire a ridurre le ospedalizzazioni, perché creano una continuità assistenziale fra paziente, ospedale e medico di medicina generale (MMG), promuovono l'autocontrollo della malattia e la compliance al trattamento farmacologico e permettono il riconoscimento anche precoce dei segni iniziali di instabilizzazione emodinamica.

Le risorse per finanziare queste attività sono quota parte di quelle stanziare per la specialistica ambulatoriale (2%) e le tariffe sono quelle previste dal vigente nomenclatore regionale della specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale.

Per consentire anche ai medici soci di cooperative di erogare prestazioni sanitarie con l'uso della telemedicina, poiché la cooperativa non può erogare prestazioni sanitarie, si rende necessaria la sottoscrizione di un accordo convenzionale con una struttura erogatrice accreditata per la realizzazione di progetti telemedicina.

A tal fine le ATS predispongono un elenco sulla base delle manifestazioni di interesse ricevute da parte di erogatori accreditati che si rendono disponibili a fornire questo tipo di servizio, sia ai MMG in forma singola che in forma aggregata; il servizio è comprensivo della fornitura degli strumenti di tipo informatico e tecnologico necessari a svolgere le attività, ove necessario, al fine di garantire appropriatezza e certificazioni di qualità.

Le prestazioni in telemedicina vengono quindi effettuate presso gli ambulatori da parte dei Medici di Medicina Generale, che se in possesso della specializzazione nella disciplina medica per la quale si intendono erogare le prestazioni specialistiche potranno anche refertare l'esame; nel caso contrario la refertazione è eseguita da parte dello Specialista della/e Struttura/e con cui si intende implementare il progetto.

La prestazione svolta in telemedicina sarà rendicontata da parte della struttura erogatrice con il flusso di cui alla circolare 28/SAN che seguirà un apposito tracciato record definito dalla DGR n.XI/1697/2019 in cui sarà obbligatorio la valorizzazione del campo indicando se le prestazioni sono state erogate in modalità di Telemedicina.

La remunerazione della prestazione svolta in telemedicina, secondo le tariffe determinate dal Nomenclatore tariffario di specialistica ambulatoriale pubblicato annualmente dalla Regione Lombardia, è definita nella percentuale del 70% a favore del medico di medicina generale e nella percentuale del 30% a favore della struttura accreditata, entro i limiti di cui alla DGR n. X/6551/2017, che gestirà la parte amministrativa relativa all'invio del flusso di rendicontazione ed eventualmente anche alla refertazione nel caso specifico che la prestazione sia svolta da parte del medico che non possiede la specializzazione nella disciplina medica per la quale viene erogata la prestazione in telemedicina.

Quanto sopra in considerazione della rilevanza dell'impegno del medico che effettua la selezione del paziente eleggibile, organizza gli appuntamenti e il rilascio delle impegnative, esegue la prestazione e provvede alla relativa refertazione, e invia l'impegnativa alla struttura sanitaria accreditata per procedere alla trasmissione dei flussi.

Lo svolgimento dell'attività sarà monitorato trimestralmente dai competenti uffici di Regione Lombardia in condivisione con la Federazione Regionale degli Ordini dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Lombardia e le ATS al fine di verificare l'appropriatezza e la qualità dei servizi resi in telemedicina.

La remunerazione della quota percentuale riconosciuta al MMG sarà corrisposta nel cedolino con cadenza semestrale.

ATTIVITA' DI MONITORAGGIO E CONTROLLO

Il monitoraggio della presa in carico viene effettuato per gli ambiti e le funzioni di competenza, dal gestore, dalla ATS e dalla Direzione Generale Welfare. Si dispone che l'attività operativa di controllo si applichi alla verifica della attività condotta, nell'ambito della PIC, dagli enti gestori/cooperative di MMG aderenti al nuovo modello organizzativo.

Con particolare riferimento all'art. 4 (compiti dell'ATS) del facsimile di contratto approvato con la DGR n. XI/412 del 02 agosto 2018, l'ATS con cadenza annuale, procederà alla verifica del mantenimento dei requisiti organizzativi e gestionali del gestore della validità dei PAI predisposti per i pazienti secondo modalità omogenee in ambito regionale, della congruenza tra le prescrizioni pianificate nel PAI e le prestazioni effettuate dai pazienti.

Si conferma che verrà riattivato anche il flusso relativo alle chiamate effettuate dal Centro Servizi dei gestori cooperative al fine di permettere un puntuale monitoraggio delle attività di accompagnamento alla presa in carico.

L'attività di controllo dovrà essere effettuata sulla base della metodologia indicata nell'allegato n. 5. Le attività di controllo effettuate dalle ATS saranno prodromiche al pagamento del saldo dei PAI redatti.

Per gli anni 2018 e 2019, in considerazione dell'avvio del modello, i controlli verranno svolti in modo graduale fino al progressivo raggiungimento degli obiettivi stabiliti nell'allegato n. 5.

Ai fini del riconoscimento del saldo finale della tariffa di presa in carico relativa ai PAI redatti nell'anno 2018, l'attività di controllo da parte delle ATS si intenderà conclusa con esito positivo, senza determinare congruagli/decurtazioni al raggiungimento del:

- 70 % del rispetto delle dotazioni strumentali, tecnologiche e professionali poste in essere dal gestore riconosciute di livello quantitativo e qualitativo tali

da garantire l'accompagnamento del paziente cronico nel percorso di cura;

- 30 % dei seguenti indicatori riportati nell'allegato 5 del presente provvedimento quali fondamentali strumenti di analisi che diano evidenza dell'effettiva gestione del PAI finalizzata ad un'erogazione efficace ed efficiente delle prestazioni di cura:
 - P01 - Indice di congruità di programmazione del PAI
 - P06 - Indice di aderenza terapeutica farmacologica
 - P07 - Indice di aderenza ambulatoriale al PAI
 - E03 - Effettuazione HB1Ac in pazienti diabetici

L'analisi di tali informazioni consentirà di individuare e mettere in atto interventi di miglioramento delle performances, tenendo conto inoltre degli esiti dell'andamento della media regionale nonché del miglioramento dello stato di salute dei pazienti cronici presi in carico rispetto allo stato di salute iniziale.

Per il riconoscimento del saldo 2019 da parte delle ATS, si dà mandato alla Direzione Generale Welfare di istituire una commissione per il monitoraggio e lo sviluppo degli indicatori proposti all'allegato n. 5 che diano evidenza dell'efficacia e dell'effettiva gestione del percorso di cura finalizzato ad una maggiore efficacia nell'erogazione delle prestazioni programmate nel PAI.

Tale commissione sarà composta da 2 rappresentanti per ciascuno dei soggetti di seguito indicati: DG Welfare, ARIA Spa, ATS, Cooperative di gestori, professionisti sanitari ed università.

Il monitoraggio degli indicatori dovrà essere condotto almeno semestralmente, in linea con la cadenza semestrale delle relazioni previste dal Protocollo d'Intesa tra regione Lombardia ed il Ministero della Salute sull'attuazione della legge regionale n. 23/2015.

Si invitano infine le ATS ad assumere un rinnovato ruolo nel governo territoriale della presa in carico, quale interlocutori dei gestori e di questi ultimi con gli erogatori rafforzando la funzione di controllo.

PATTO DI CURA
STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE/PRIVATE E COOPERATIVE

Tra

Denominazione Gestore e/o denominazione dell'eventuale co – gestore di seguito **IL GESTORE**, con sede in..... Via..... C.F. o Partita I.V.A., rappresentato da.....

E

Il/la Sig. /Sig.ra.....
Nato/a a..... il
C.F.....

Premesso che

- Regione Lombardia ha individuato un **nuovo modello di cura e di presa in carico** per garantire alle persone in condizione di cronicità cure meglio rispondenti ai bisogni individuali di salute, al fine di semplificare al paziente la gestione della patologia, oltre che in ottica di sostenibilità generale del sistema;
- le DD.G.R. n. X/6164 del 30/01/2017, n. X/6551 del 04/05/2017, n. X/7038 del 03/08/2017, n. X/7655 del 28/12/2017, n. XI/412 del 02/08/2018, n. XI/754 del 05/11/2018 che hanno stabilito i ruoli, le modalità, la remunerazione e le condizioni per la presa in carico dei pazienti cronici da parte di Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private;
- nel nuovo modello il soggetto gestore, sulla base delle decisioni del MMG, PLS o specialista di riferimento del paziente, organizza tutti i servizi sanitari e sociosanitari per rispondere ai bisogni del singolo paziente, programmando prestazioni ed interventi di cura specifici, alleggerendo così il paziente dalla responsabilità di prenotare visite ed esami. Il medico specialista o MMG e PLS

è invece il responsabile degli aspetti clinici del percorso di cura e della redazione del PAI (piano di assistenza individuale);

- con il nuovo modello, Regione Lombardia garantisce al cittadino affetto da patologie croniche un migliore accesso alle cure, un'assistenza sanitaria e sociosanitaria continuativa per fornire in questo modo una risposta semplice ad una complessa domanda di cure integrate;
- l'adesione al nuovo percorso consente al paziente:
 - **la scelta di una organizzazione (detta gestore) di fiducia.** Nel nuovo modello di presa in carico, il cittadino avrà un medico (MMG, PLS o specialista), garantito dal gestore, al quale affidare la cura della propria patologia, l'organizzazione e la gestione del relativo percorso terapeutico. Il gestore **garantisce il coordinamento e l'integrazione** tra i differenti livelli di cura e i vari attori del Sistema Sanitario e Sociosanitario lombardo (Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta, Medici Specialisti, Strutture Sanitarie e Sociosanitarie pubbliche e private, Farmacie, Infermieri, ecc.);
 - **l'organizzazione di visite ed esami prescritte da parte del clinical manager** così che il peso della prenotazione dei servizi collegati alla patologia cronica non è più a carico del cittadino.
 - **l'accompagnamento nell'intero percorso di cura.** Grazie alla presa in carico, il paziente è accompagnato nella gestione di tutti gli adempimenti burocratici collegati alla patologia. Il paziente in questo modo viene sollevato, lungo l'intero percorso di cura, da stress e preoccupazioni legati alla gestione della propria cronicità, guadagnando così tempo e qualità di vita per sé e per i propri familiari;

Si conviene e si stipula quanto segue

Art. 1

Oggetto e scopo del Patto di Cura

Il patto di cura è l'atto con cui gestore e paziente condividono l'avvio e le modalità di realizzazione del nuovo modello di presa in carico secondo il principio di responsabilizzazione (empowerment) del medico (MMG, PLS o specialista) garantito dal gestore, ma anche del paziente.

Con la sottoscrizione del patto di cura il paziente ufficializza la scelta del proprio gestore, dichiarando la sua formale adesione al nuovo percorso di accompagnamento e consentendo al medico (MMG, PLS o specialista) garantito dal gestore di predisporre,

insieme al paziente, il programma annuale di tutti gli interventi sanitari e sociosanitari (Piano Assistenziale Individuale) necessari per un miglior controllo della sua patologia, garantendo così cure più appropriate, controlli puntuali e periodici.

Art. 2

Il Gestore

Il gestore è il titolare della presa in carico con il compito di garantire il coordinamento e l'integrazione tra i differenti livelli di cura ed i vari attori.

In particolare deve:

- sottoscrivere il patto di cura con il paziente;
- garantire, attraverso il clinical manager, la valutazione dei bisogni del paziente in coerenza con la patologia;
- garantire la definizione del piano di assistenza individuale PAI, che indica il programma annuale di diagnosi e cura e rappresenta uno strumento clinico-organizzativo di presa in carico del paziente. Al suo interno sono contenute tutte le prestazioni (visite ed esami) e le prescrizioni farmacologiche che il paziente cronico deve effettuare nell'arco di un anno, relativamente alla sua specifica patologia.

Il flusso di informazioni contenute all'interno del PAI è informatizzato e pubblicato sul Fascicolo Sanitario Elettronico "FSE" del cittadino, divenendo così accessibile a tutti i professionisti sanitari chiamati a concorrere all'attuazione del programma delle cure;

- garantire la presa in carico proattiva del paziente, anche attraverso la prenotazione delle prestazioni, recall per appuntamenti fissati, l'attivazione, il coordinamento e l'integrazione dei diversi partner di rete necessari per dare attuazione agli interventi previsti nel PAI;
- garantire l'erogazione delle prestazioni previste dal PAI, direttamente o tramite partner di rete accreditati, anche con sede in territori afferenti ad ATS diverse da quella di competenza territoriale, ma che garantiscano la continuità del percorso di cura, al fine di assicurare la realizzazione dei set di riferimento per la presa in carico del paziente;
- garantire l'implementazione di servizi innovativi, quali ad esempio la telemedicina;
- garantire il monitoraggio dell'aderenza del paziente al percorso di cura programmato nel PAI;

- assicurare la varie opzioni diagnostiche, preventive, terapeutiche e riabilitative anche fornendo al paziente indicazioni sulle modalità per ottenere forniture di ausili e presidi, riconoscimento di invalidità civile o per accedere a servizi gestiti dai comuni o da altri enti;
- garantire il case manager, il medico referente MMG, PLS o specialista (clinical manager) e tutte le figure professionali necessarie al percorso di presa in carico;
- adottare opportune procedure e protocolli e definire le modalità di gestione della documentazione nel rispetto della normativa vigente in materia di Privacy (informativa e consenso al trattamento dei dati da parte del paziente arruolato).

Art. 3

Il Paziente

Il paziente si impegna a rispettare, per la sua parte, il PAI (fare le visite nei tempi programmati, assumere i farmaci prescritti, rispettare i consigli sugli stili di vita ed i fattori di rischio, etc.) ciò in coerenza col principio di responsabilizzazione di tutti i soggetti della relazione di cura come richiamato all'art. 1.

Al fine di garantire una presa in carico efficace ed efficiente, il paziente si impegna a comunicare al gestore eventuali prescrizioni effettuate da soggetti erogatori diversi da quelli previsti nella filiera del gestore stesso e relative a prestazioni riconducibili a quanto previsto nel PAI o prestazioni di cui si è usufruito in regime di solvenza.

Art. 4

Durata del Patto di Cura

Il Patto di cura ha durata annuale e si rinnova automaticamente a far data dal giorno successivo a quello di scadenza del Patto precedente, qualora il paziente non comunichi espressamente al proprio gestore la volontà di recedere.

Quanto sopra, al fine di semplificare ove più possibile per il paziente la modalità di prosecuzione nel percorso di presa in carico e sollevarlo da ripetuti adempimenti di carattere burocratico ed amministrativo.

Il paziente può concludere anticipatamente il percorso di presa in carico in qualsiasi momento.

Qualora intenda proseguire la presa in carico con un altro gestore, dovrà fare richiesta motivata all'ATS per la sostituzione, anche con riferimento alla mancata osservanza da parte del gestore di quanto previsto dall'art. 2.

Art. 5

Trattamento dei dati

Il Trattamento delle categorie particolari di dati personali dovrà avvenire nel rispetto di quanto previsto dal Regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali n. 679/2016/UE, dal D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e dal D.Lgs. 10 agosto 2018, n. 101.

I dati raccolti dal gestore saranno utilizzati per le sole finalità della presa in carico del paziente, nel rispetto della normativa in materia di trattamento dei dati personali e tutela della privacy.

Al termine della vigenza del Patto di cura il gestore dovrà provvedere a gestire i dati acquisiti, secondo le modalità previste dalle norme nazionali e/o regionali, in modo tale che gli stessi non siano più fruibili per gli operatori.

Art. 6

Disposizioni finali

Il presente patto di cura viene sottoscritto dal Gestore della presa in carico e, per accettazione dall'interessato che, a tal fine, dichiara di aver compreso i vincoli e gli obiettivi del patto di cura e i benefici del correlato Piano Assistenziale che verrà predisposto dal medico referente.

Le parti danno espressamente atto che il presente Patto di cura si intende automaticamente modificato e/o integrato, previa comunicazione e informazione da parte del Gestore al paziente, per l'effetto di qualsivoglia emanazione di norme legislative o regolamentari, sia nazionali che regionali, nonché a seguito dell'adozione di provvedimenti amministrativi regionali, incidenti sul contenuto dello stesso.

Luogo.....Data.....

Il Gestore

Il Paziente

CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI E AUTORIZZAZIONI PER L'ACCESSO AI DATI

Il sottoscritto

Nato a il

Codice fiscale

preso atto di quanto previsto nell'informativa sul trattamento dei dati personali

ESPRIME liberamente il proprio consenso al trattamento dei dati;

AUTORIZZA il Gestore ad effettuare i trattamenti dei dati e delle informazioni relative alla sua condizione di salute, con riferimento al PAI, alle prescrizioni, prenotazioni e prestazioni effettuate, rendendoli fruibili alle strutture organizzative della sua filiera di servizi, nelle misure e modalità necessarie ed opportune per qualificare e monitorare il suo stato di salute e le sue esigenze assistenziali secondo quanto previsto al punto 5 dell'allegata informativa sul trattamento dei dati per la Presa in Carico;

AUTORIZZA la Regione Lombardia e l'ATS di riferimento, nell'ambito dei rispettivi ruoli e competenze, a raccogliere centralmente e rendere fruibili al Gestore della Presa in carico ed ai soggetti da Lei autorizzati i dati e le informazioni utili a qualificare e monitorare il suo stato di salute e le sue esigenze assistenziali secondo quanto previsto al punto 5 dell'allegata informativa sul trattamento dei dati per la Presa in Carico;

INDIVIDUA le seguenti categorie professionali di Operatori, appartenenti al Gestore, che potranno accedere ai suoi dati (limitatamente alle categorie di dati previste al punto 8. dell'informativa):

- ✓ Medico Referente della Presa in carico
- ✓ Case Manager
- ✓ Operatori Amministrativi
- ✓ ...

Luogo.....Data.....

Firma dell'assistito.....

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI EFFETTUATO CON IL FASCICOLO
SANITARIO ELETTRONICO (FSE)**

(NECESSARIO OVE NON GIA' PRECEDENTEMENTE PRESTATO)

Il sottoscritto
nato ail
codice fiscale

preso atto di quanto previsto nell'informativa sul trattamento dei dati personali
effettuato con il Fascicolo Sanitario elettronico (FSE)

ESPRIME liberamente il proprio consenso al trattamento dei dati.

Luogo.....Data.....

Firma dell'assistito.....

Informativa sul trattamento dei dati personali
(ai sensi dell'art. 13, Regolamento UE 2016/679)

Prima che Lei aderisca al percorso di Presa in Carico del paziente cronico e/o fragile della Regione Lombardia, in armonia con quanto previsto dal Regolamento generale sulla protezione dei dati personali – Regolamento UE 2016/679 e dal d.lgs 196/2003 come novellato dal D.Lgs 101/2018, è necessario che Lei prenda visione di una serie di informazioni che possono aiutarLa a comprendere le motivazioni per le quali i Suoi dati personali saranno trattati, le modalità attraverso le quali si svolgeranno le operazioni di trattamento, quali sono i Suoi diritti e come li potrà esercitare.

1. Finalità e base giuridica del trattamento

Nell'ambito del percorso di Presa in Carico del paziente cronico e/o fragile, taluni Suoi dati personali – anche riconducibili alle categorie particolari individuate dall'art. 9, del Regolamento UE 2016/679 – saranno soggetti ad operazioni di trattamento.

A titolo esemplificativo, tali dati potranno includere informazioni anagrafiche, recapiti di contatto, così come informazioni inerenti al Suo stato di salute, relative a prescrizioni diagnostiche o farmaceutiche, connesse a visite specialistiche o ricoveri ospedalieri, inerenti a piani terapeutici o assistenziali.

I dati saranno trattati per il perseguimento delle seguenti finalità:

- a) arruolamento proattivo nel percorso di Presa in Carico, e conseguenti adempimenti gestionali, al fine di migliorare la qualità e l'efficacia dell'assistenza sanitaria;
- b) assistenza e cura nell'ambito del percorso di Presa in Carico;
- c) monitoraggio e controllo dei trattamenti sanitari erogati, anche al fine di una corretta gestione delle connesse voci di spesa.

Le operazioni di trattamento verranno pertanto svolte, in conformità alle vigenti disposizioni di legge, per motivi di interesse pubblico rilevante, consistenti nella programmazione, gestione, controllo, e valutazione, dell'assistenza sanitaria nel Sistema sanitario regionale della Regione Lombardia, ai sensi degli artt. 9, comma 2, lett. g), Regolamento UE 679/2016, e 2-sexies, comma 2, lett. v), d.lgs. 196/03, e per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico, ai sensi degli artt. 6, comma 1, lett. e), e 6, comma 3, lett. b), Regolamento UE 2016/679, e 2-ter, comma 1, d.lgs. 196/03, (trattamenti di cui alle finalità a e c); per necessità di diagnosi, assistenza e terapia sanitaria, ai sensi dell'art. 9, comma 2, lett. h), Regolamento UE 679/2016 (trattamenti di cui alla finalità b) – nonché previa espressione da parte Sua di uno specifico, esplicito, libero, inequivocabile, ed informato, consenso al trattamento dei dati.

2. Titolare del trattamento

Titolare del trattamento è l'Agenzia di Tutela della Salute della Regione Lombardia _____,
(cod. fisc. _____), con sede in (_____) _____, via _____, n. _____. Il titolare del trattamento può essere contattato a mezzo posta ordinaria, ovvero via posta elettronica all'indirizzo email: _____.

3. Responsabile della protezione dei dati (RPD)

Il responsabile della protezione dei dati dell'Agenzia di Tutela della Salute può essere contattato scrivendo al seguente indirizzo di posta elettronica: _____.

4. Destinatari e ambito di comunicazione dei dati personali

I Suoi dati personali saranno trattati dal titolare del trattamento, e da responsabili del trattamento appositamente incaricati - quali la società ARIA S.p.A., fornitore di servizi IT di Regione Lombardia - nonché, nel rispetto ed entro i limiti delle rispettive mansioni e qualifiche, dai loro dipendenti, collaboratori, ausiliari, o professionisti, allo scopo autorizzati al trattamento dei dati ed adeguatamente istruiti in ordine alle finalità e alle modalità da applicarsi alle operazioni di trattamento.

I Suoi dati potranno essere comunicati ad altra Agenzia di Tutela della Salute – diversa da quella presso la quale ha avviato il percorso di Presa in Carico, competente in base alla Sua residenza anagrafica – nelle ipotesi in cui Lei trasferisca la Sua residenza presso un comune rientrante nella competenza amministrativa di altra Agenzia di Tutela della Salute, ovvero nell'ipotesi in cui preferisca ricevere le prestazioni sanitarie da una struttura afferente ad altra Agenzia di Tutela della Salute.

Il Suoi dati saranno comunicati alla Regione Lombardia, la quale, in qualità di titolare autonomo, svolgerà propri trattamenti per finalità di monitoraggio, programmazione e valutazione dell'assistenza sanitaria.

I dati, per le medesime finalità, potranno, altresì essere oggetto di comunicazione a favore dei Comuni della Regione Lombardia, i quali provvedono a svolgere attività di trattamento in conformità alle funzioni di monitoraggio e controllo disciplinate dalla L. R. 12 marzo 2008, n. 3.

Il Suo Piano Assistenziale Individuale (PAI) – elaborato dal medico di medicina generale, dal pediatra di libera scelta, o dal Gestore pubblico, o accreditato, o a contratto, con il Servizio Sanitario Regionale, operanti per conto dell'Agenzia di Tutela della Salute – così come i documenti clinici elettronici formati durante lo svolgimento del percorso di Presa in Carico, saranno resi disponibili all'interno del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), in conformità ai connessi consensi da Lei prestati (consenso all'alimentazione e consenso alla consultazione del Fascicolo Sanitario Elettronico).

I Suoi dati personali non saranno in alcun caso soggetti a diffusione.

5. Trasferimento dei dati verso Paesi non appartenenti all'Unione Europea

La informiamo che i Suoi dati personali non saranno soggetti a trasferimento verso Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea.

6. Trattamenti di dati sanitari conformemente a leggi speciali

Eventuali dati sanitari oggetto di specifica disciplina, in forza di leggi speciali preposte alla tutela dell'anonimato della persona (norme di legge in materia di HIV, interruzione volontaria della gravidanza, tossicodipendenza, violenze, etc.) sono trattati in conformità alle disposizioni di tali particolari leggi (L. 22 maggio 1978 n. 194; L. 5 giugno 1990, n. 135; DPR 9 ottobre 1990, n. 309; art. 734-bis del codice penale, etc.).

7. Periodo di conservazione

I dati personali saranno trattati, in conformità ai principi di minimizzazione del trattamento e di limitazione della conservazione, per un arco di tempo non superiore a quello strettamente necessario al conseguimento delle finalità per le quali sono trattati e, più specificamente, secondo i criteri e le indicazioni di seguito precisate.

Per le finalità di cui alle lettere a) e c), del punto 3 della presente informativa: i dati inerenti alle Sue iniziali condizioni di salute, posti a fondamento del Suo arruolamento nel percorso di Presa in Carico, saranno conservati per un periodo di tempo non superiore a 18 mesi; i dati relativi al Suo Piano Assistenziale Individuale (e alle connesse prescrizioni diagnostiche o farmaceutiche, visite specialistiche, ricoveri ospedalieri, etc.) ed al Patto di Cura da Lei sottoscritto, saranno conservati sin tanto che Lei parteciperà al

percorso di Presa in Carico della Regione Lombardia, nonché per i successivi 10 anni per eventuali esigenze di tutela legale.

Per la finalità di cui alla lettera b), del punto 3 della presente informativa, tutti i suoi dati personali saranno conservati – ai sensi di legge – in conformità ai periodi di conservazione indicati nel “Titolario e Massimario del sistema sociosanitario lombardo”, consultabile in Internet all’indirizzo _____.

I dati resi disponibili all’interno del Fascicolo Sanitario Elettronico saranno conservati in conformità ai tempi definiti nella relativa informativa sul trattamento dei dati personali.

Allo scadere dei tempi di conservazione indicati, ulteriori periodi di conservazione potranno essere adottati esclusivamente su specifica richiesta dell’autorità giudiziaria e/o delle forze dell’ordine, o in conformità a vigenti disposizioni di legge. Esaurito il tempo di conservazione dei dati, gli stessi saranno sottoposti a processi informatici o analogici tali da renderli definitivamente inaccessibili e inintelligibili

8. Diritti dell’interessato

In qualità di interessato al trattamento, Lei ha facoltà di esercitare, nei casi espressamente previsti ai sensi di legge (art. 15 e ss., Regolamento UE 2016/679), i seguenti diritti:

- a) chiedere al titolare del trattamento l’accesso ai dati personali che lo riguardano, e/o la loro eventuale rettifica o cancellazione;
- b) chiedere al titolare del trattamento la limitazione del trattamento che lo riguarda, ovvero opporsi al trattamento;
- c) esigere la c.d. “portabilità” dei dati (ovvero la loro comunicazione in un formato strutturato, di uso comune, e leggibile da un dispositivo automatico), anche al fine di poter comunicare i Suoi dati personali ad un altro titolare del trattamento;
- d) revocare, in qualsiasi momento, il consenso al trattamento dei dati che lo riguardano (qualora il trattamento sia svolto su base consensuale, e restando salva la liceità dei trattamenti svolti prima della revoca del consenso);
- e) proporre reclamo ad un’autorità di controllo (il Garante per la protezione dei dati personali).

Le Sue eventuali richieste inerenti all’esercizio dei suddetti diritti dovranno essere inoltrate al titolare del trattamento a mezzo posta ordinaria, ovvero tramite fax al n. _____, ovvero via posta elettronica all’indirizzo email: _____.

9. Natura del conferimento dei dati

L’adesione al percorso di Presa in Carico del paziente cronico e/o fragile della Regione Lombardia è del tutto facoltativa. Qualora Lei intenda aderire al percorso di Presa in Carico, il conferimento dei dati deve ritenersi obbligatorio in quanto, in mancanza, non sarà possibile svolgere le attività e le prestazioni connesse al percorso.

Informativa sul trattamento dei dati personali
(ai sensi dell'art. 14, Regolamento UE 2016/679)

La Regione Lombardia, in considerazione del ruolo svolto nel percorso di Presa in Carico del paziente cronico e/o fragile, in armonia con quanto previsto dall'art. 14 del Regolamento generale sulla protezione dei dati personali – Regolamento UE 2016/679 e dal d.lgs 196/2003 come novellato dal D.Lgs 101/2018, desidera fornirLe una serie di informazioni che possono aiutarLa a comprendere le motivazioni e le modalità in conformità alle quali essa, in veste di titolare autonomo, svolgerà operazioni di trattamento sui Suoi dati personali, ricevuti dalle Agenzie di Tutela della Salute della Regione Lombardia.

1. Finalità e base giuridica del trattamento

Nell'ambito delle proprie funzioni istituzionali, Regione Lombardia tratterà taluni Suoi dati, inerenti al percorso di Presa in Carico del paziente cronico e/o fragile, per finalità di monitoraggio, di programmazione e di valutazione dell'assistenza sanitaria.

Le operazioni di trattamento verranno pertanto svolte, in conformità alle vigenti disposizioni di legge, per motivi di interesse pubblico rilevante, consistenti nella programmazione, gestione, controllo, e valutazione, dell'assistenza sanitaria nel Sistema sanitario regionale della Regione Lombardia, ai sensi degli artt. 9, comma 2, lett. g), Regolamento UE 679/2016, e 2-sexies, comma 2, lett. v), d.lgs. 196/03, nonché per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico, ai sensi degli artt. 6, comma 1, lett. e), e 6, comma 3, lett. b), Regolamento UE 2016/679, e 2-ter, comma 1, d.lgs. 196/03.

I dati saranno trattati sempre nel rispetto dei principi di necessità e di minimizzazione rispetto alle finalità perseguite.

2. Titolare del trattamento

Titolare del trattamento è l'ente Regione Lombardia, (cod. fisc. 80050050154, p.iva 12874720159), con sede centrale in (20124) Milano, Piazza Città di Lombardia, n. 1. Il titolare del trattamento può essere contattato a mezzo posta ordinaria al recapito di Via Torquato Taramelli, n. 26, (20124) Milano, all'attenzione dell'ufficio privacy, ovvero via fax al numero 02.39331534, o ancora a mezzo posta elettronica all'indirizzo email: privacy@crs.lombardia.it, o a mezzo pec all'indirizzo: privacy@pec.crs.lombardia.it.

3. Responsabile della protezione dei dati (RPD)

Il responsabile della protezione dei dati di Regione Lombardia può essere contattato scrivendo al seguente indirizzo di posta elettronica: rpd@regione.lombardia.it.

4. Categorie di dati oggetto di trattamento

Le operazioni di trattamento interesseranno dati personali "comuni" (quali, ad esempio, Sue informazioni anagrafiche), ed anche dati riconducibili alle categorie particolari di cui all'art. 9 del Regolamento UE 2016/679. In particolare, dati relativi al Suo stato di salute (attuale e pregresso) saranno rinvenibili nei Piani Assistenziali Individuali (PAI), messi a disposizione della Regione Lombardia da parte dalle Agenzie di Tutela della Salute, nonché nei flussi informativi e nelle basi di dati già legittimamente nella disponibilità della Regione Lombardia.

5. Destinatari e ambito di comunicazione dei dati personali

I Suoi dati personali saranno trattati dal titolare del trattamento, e da responsabili del trattamento appositamente incaricati - quali la società ARIA S.p.A., fornitore di servizi IT di Regione Lombardia - nonché, nel rispetto ed entro i limiti delle rispettive mansioni e qualifiche, dai loro dipendenti, collaboratori, ausiliari, o professionisti, allo scopo autorizzati al trattamento dei dati ed adeguatamente istruiti in ordine alle finalità e alle modalità da applicarsi alle operazioni di trattamento.

I dati non saranno soggetti a comunicazione, né a diffusione.

6. Trasferimento dei dati verso Paesi non appartenenti all'Unione Europea

La informiamo che i Suoi dati personali non saranno soggetti a trasferimento verso Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea.

7. Trattamenti di dati sanitari conformemente a leggi speciali

Eventuali dati sanitari oggetto di specifica disciplina, in forza di leggi speciali preposte alla tutela dell'anonimato della persona (norme di legge in materia di HIV, interruzione volontaria della gravidanza, tossicodipendenza, violenze, etc.) saranno trattati in conformità alle disposizioni di tali particolari leggi (L. 22 maggio 1978 n. 194; L. 5 giugno 1990, n. 135; DPR 9 ottobre 1990, n. 309; art. 734-bis del codice penale, etc.).

8. Periodo di conservazione

La Regione Lombardia conserva i dati in ossequio al principio generale di minimizzazione del trattamento e nel rispetto dei criteri specificamente individuati dall'art. 5, comma 1, lett. e), del Regolamento UE 2016/679.

I dati relativi ai Piani Assistenziali Individuali (PAI), ricevuti dalle Agenzie di Tutela della Salute, sono conservati dalla Regione Lombardia, al fine di poter compiutamente svolgere le considerate attività di monitoraggio, programmazione e valutazione dell'assistenza sanitaria, per un periodo di 30 anni decorrente dalla data del loro ricevimento.

Allo scadere del tempo di conservazione indicato, ulteriori periodi di conservazione potranno essere adottati esclusivamente su specifica richiesta dell'autorità giudiziaria e/o delle forze dell'ordine, o in conformità a vigenti disposizioni di legge. Esaurito il tempo di conservazione dei dati, gli stessi saranno sottoposti a processi informatici o analogici tali da renderli definitivamente inaccessibili e inintelligibili. i

9. Diritti dell'interessato

In qualità di interessato al trattamento, Lei ha facoltà di esercitare, nei casi espressamente previsti ai sensi di legge (art. 15 e ss., Regolamento UE 2016/679), i seguenti diritti:

- a) chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali che lo riguardano, e/o la loro eventuale rettifica o cancellazione;
- b) chiedere al titolare del trattamento la limitazione del trattamento che lo riguarda, ovvero opporsi al trattamento;
- c) esigere la c.d. "portabilità" dei dati (ovvero la loro comunicazione in un formato strutturato, di uso comune, e leggibile da un dispositivo automatico), anche al fine di poter comunicare i Suoi dati personali ad un altro titolare del trattamento;
- d) revocare, in qualsiasi momento, il consenso al trattamento dei dati che lo riguardano (qualora il trattamento sia svolto su base consensuale, e restando salva la liceità dei trattamenti svolti prima della revoca del consenso);
- e) proporre reclamo ad un'autorità di controllo (il Garante per la protezione dei dati personali).

Le Sue eventuali richieste inerenti all'esercizio dei suddetti diritti dovranno essere inoltrate al titolare del trattamento a mezzo posta ordinaria, ovvero tramite fax al n. 02.39331534, ovvero via posta elettronica all'indirizzo email: privacy@crs.lombardia.it.

10. Fonte da cui hanno origine i dati personali

I dati soggetti a trattamento sono messi a disposizione della Regione Lombardia – attraverso un canale di comunicazione sicuro– a cura delle Agenzie di Tutela della Salute della Regione Lombardia.

PATTO DI CURA
(IN CASO DI MMG/PLS IN FORMA SINGOLA)

Tra

Denominazione Gestore e/o denominazione dell'eventuale co – gestore di seguito **IL GESTORE**, con sede in..... Via..... C.F. o Partita I.V.A., rappresentato da.....

E

Il/la Sig. /Sig.ra.....
Nato/a a..... il
C.F.....

Premesso che

- Regione Lombardia ha individuato un **nuovo modello di cura e di presa in carico** per garantire alle persone in condizione di cronicità cure meglio rispondenti ai bisogni individuali di salute, al fine di semplificare al paziente la gestione della patologia, oltre che in ottica di sostenibilità generale del sistema;
- le DD.G.R. n. X/6164 del 30/01/2017, n. X/6551 del 04/05/2017, n. X/7038 del 03/08/2017, n. X/7655 del 28/12/2017, n. XI/412 del 02/08/2018, n. XI/754 del 05/11/2018 che hanno stabilito i ruoli, le modalità, la remunerazione e le condizioni per la presa in carico dei pazienti cronici da parte di Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private;
- nel nuovo modello il soggetto gestore, sulla base delle decisioni del MMG/PLS clinical manager, organizza tutti i servizi sanitari e sociosanitari per rispondere ai bisogni del singolo paziente, programmando prestazioni ed interventi di cura specifici, alleggerendo così il paziente dalla responsabilità di prenotare visite ed esami.

- con il nuovo modello, Regione Lombardia garantisce al cittadino affetto da patologie croniche un migliore accesso alle cure, un'assistenza sanitaria e sociosanitaria continuativa per fornire in questo modo una risposta semplice ad una complessa domanda di cure integrate;
- l'adesione al nuovo percorso consente al paziente:
- ***la scelta di una modalità organizzativa di fiducia.***
 1. Il paziente si affiderà al proprio MMG/PLS clinical manager, come coordinatore clinico della presa in carico, in quanto interlocutore privilegiato che ha la conoscenza completa del quadro clinico e familiare del proprio assistito. Il MMG/PLS clinical manager redigerà il piano di assistenza individuale (PAI) che rappresenta il documento clinico di pianificazione delle attività sanitarie e sociosanitarie per la presa in carico del paziente;
 2. Il gestore **garantisce il coordinamento e l'integrazione** tra i differenti livelli di cura e i vari attori del Sistema Sanitario e Sociosanitario lombardo (MMG/PLS, Medici Specialisti, Strutture Sanitarie e Sociosanitarie pubbliche e private, Farmacie, Infermieri, ecc.);
- ***l'organizzazione da parte del gestore di visite ed esami prescritte da parte del MMG/PLS del paziente*** così che il peso della prenotazione dei servizi collegati alla patologia cronica non è più a carico del cittadino.
- ***l'accompagnamento nell'intero percorso di cura.*** Grazie alla presa in carico, il paziente è accompagnato nella gestione di tutti gli adempimenti burocratici collegati alla patologia. Il paziente in questo modo viene sollevato, lungo l'intero percorso di cura, da stress e preoccupazioni legati alla gestione della propria cronicità, guadagnando così tempo e qualità di vita per sé e per i propri familiari;

Si conviene e si stipula quanto segue

Art. 1

Oggetto e scopo del Patto di Cura

Il patto di cura è l'atto con cui gestore e paziente condividono l'avvio e le modalità di realizzazione del nuovo modello di presa in carico.

Con la sottoscrizione del patto di cura il paziente ufficializza la scelta del proprio gestore, dichiarando la sua formale adesione al nuovo percorso di accompagnamento.

All'atto della sottoscrizione del patto di cura con il paziente, il Gestore si impegna a garantirgli tutte le funzioni non cliniche di supporto alla presa in carico.

Art. 2

Il Gestore

Il gestore in particolare deve:

- sottoscrivere il patto di cura con il paziente;
- garantire l’attuazione del piano di assistenza individuale (PAI) redatto dal MMG/PLS clinical manager in forma singola, che indica il programma annuale di diagnosi e cura e rappresenta uno strumento clinico-organizzativo di presa in carico del paziente. Al suo interno sono contenute tutte le prestazioni (visite ed esami) e le prescrizioni farmacologiche che il paziente cronico deve effettuare nell’arco di un anno, relativamente alla sua specifica patologia. Il flusso di informazioni contenute all’interno del PAI è informatizzato e pubblicato sul Fascicolo Sanitario Elettronico “FSE” del cittadino, divenendo così accessibile a tutti i professionisti sanitari chiamati a concorrere all’attuazione del programma delle cure;
- garantire la presa in carico proattiva del paziente, anche attraverso la prenotazione delle prestazioni, recall per appuntamenti fissati, l’attivazione, il coordinamento e l’integrazione dei diversi partner di rete necessari per dare attuazione agli interventi previsti nel PAI;
- garantire l’erogazione delle prestazioni previste dal PAI, direttamente o tramite partner di rete accreditati, anche con sede in territori afferenti ad ATS diverse da quella di competenza territoriale, ma che garantiscano la continuità del percorso di cura, al fine di assicurare la realizzazione dei set di riferimento per la presa in carico del paziente;
- garantire l’implementazione di servizi innovativi, quali ad esempio la telemedicina;
- garantire il monitoraggio dell’aderenza del paziente al percorso di cura programmato nel PAI;
- assicurare la varie opzioni diagnostiche, preventive, terapeutiche e riabilitative anche fornendo al paziente indicazioni sulle modalità per ottenere forniture di ausili e presidi, riconoscimento di invalidità civile o per accedere a servizi gestiti dai comuni o da altri enti;
- garantire il case manager, e tutte le figure professionali necessarie al percorso di presa in carico;

- adottare opportune procedure e protocolli e definire le modalità di gestione della documentazione nel rispetto della normativa vigente in materia di Privacy (informativa e consenso al trattamento dei dati da parte del paziente arruolato).

Art. 3

Il Paziente

Il paziente si impegna a rispettare, per la sua parte, il PAI (fare le visite nei tempi programmati, assumere i farmaci prescritti, rispettare i consigli sugli stili di vita ed i fattori di rischio, etc.) ciò in coerenza col principio di responsabilizzazione (empowerment) del paziente.

Al fine di garantire una presa in carico efficace ed efficiente, il paziente si impegna a comunicare al gestore eventuali prescrizioni effettuate da soggetti erogatori diversi da quelli previsti nella filiera del gestore stesso e relative a prestazioni riconducibili a quanto previsto nel PAI o prestazioni di cui si è usufruito in regime di solvenza.

Art. 4

Durata del Patto di Cura

Il Patto di cura ha durata annuale e si rinnova automaticamente a far data dal giorno successivo a quello di scadenza del Patto precedente, qualora il paziente non comunichi espressamente al proprio gestore la volontà di recedere.

Quanto sopra, al fine di semplificare ove più possibile per il paziente la modalità di prosecuzione nel percorso di presa in carico e sollevarlo da ripetuti adempimenti di carattere burocratico ed amministrativo.

Il paziente può concludere anticipatamente il percorso di presa in carico in qualsiasi momento.

Qualora intenda proseguire la presa in carico con un altro gestore, dovrà fare richiesta motivata all'ATS per la sostituzione, anche con riferimento alla mancata osservanza da parte del gestore di quanto previsto dall'art. 2.

Art. 5

Trattamento dei dati

Il Trattamento delle categorie particolari di dati personali dovrà avvenire nel rispetto di quanto previsto dal Regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali n. 679/2016/UE, dal D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e dal D.Lgs. 10 agosto 2018, n. 101.

I dati raccolti dal gestore saranno utilizzati per le sole finalità della presa in carico del paziente, nel rispetto della normativa in materia di trattamento dei dati personali e tutela della privacy.

Al termine della vigenza del Patto di cura il gestore dovrà provvedere a gestire i dati acquisiti, secondo le modalità previste dalle norme nazionali e/o regionali, in modo tale che gli stessi non siano più fruibili per gli operatori.

Art. 6

Disposizioni finali

Il presente patto di cura viene sottoscritto dal Gestore della presa in carico e, per accettazione dall'interessato che, a tal fine, dichiara di aver compreso i vincoli e gli obiettivi del patto di cura e i benefici del correlato Piano Assistenziale che verrà predisposto dal medico MMG/PLS clinical manager in forma singola.

Le parti danno espressamente atto che il presente Patto di cura si intende automaticamente modificato e/o integrato, previa comunicazione e informazione da parte del Gestore al paziente, per l'effetto di qualsivoglia emanazione di norme legislative o regolamentari, sia nazionali che regionali, nonché a seguito dell'adozione di provvedimenti amministrativi regionali, incidenti sul contenuto dello stesso.

Luogo.....Data.....

Il Gestore

Il Paziente

CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI E AUTORIZZAZIONI PER L'ACCESSO AI DATI

Il sottoscritto

Nato a il

Codice fiscale

preso atto di quanto previsto nell'informativa sul trattamento dei dati personali

ESPRIME liberamente il proprio consenso al trattamento dei dati;

AUTORIZZA il Gestore ad effettuare i trattamenti dei dati e delle informazioni relative alla sua condizione di salute, con riferimento al PAI, alle prescrizioni, prenotazioni e prestazioni effettuate, rendendoli fruibili alle strutture organizzative della sua filiera di servizi, nelle misure e modalità necessarie ed opportune per qualificare e monitorare il suo stato di salute e le sue esigenze assistenziali secondo quanto previsto al punto 5 dell'allegata informativa sul trattamento dei dati per la Presa in Carico;

AUTORIZZA la Regione Lombardia e l'ATS di riferimento, nell'ambito dei rispettivi ruoli e competenze, a raccogliere centralmente e rendere fruibili al Gestore della Presa in carico ed ai soggetti da Lei autorizzati i dati e le informazioni utili a qualificare e monitorare il suo stato di salute e le sue esigenze assistenziali secondo quanto previsto al punto 5 dell'allegata informativa sul trattamento dei dati per la Presa in Carico;

INDIVIDUA le seguenti categorie professionali di Operatori, appartenenti al Gestore, che potranno accedere ai suoi dati (limitatamente alle categorie di dati previste al punto 8. dell'informativa):

- ✓ Medico Referente della Presa in carico
- ✓ Case Manager
- ✓ Operatori Amministrativi
- ✓ ...

Luogo.....Data.....

Firma dell'assistito.....

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI EFFETTUATO CON IL FASCICOLO
SANITARIO ELETTRONICO (FSE)**

(NECESSARIO OVE NON GIA' PRECEDENTEMENTE PRESTATO)

Il sottoscritto
nato ail
codice fiscale

preso atto di quanto previsto nell'informativa sul trattamento dei dati personali
effettuato con il Fascicolo Sanitario elettronico (FSE)

ESPRIME liberamente il proprio consenso al trattamento dei dati.

Luogo.....Data.....

Firma dell'assistito.....

Informativa sul trattamento dei dati personali
(ai sensi dell'art. 13, Regolamento UE 2016/679)

Prima che Lei aderisca al percorso di Presa in Carico del paziente cronico e/o fragile della Regione Lombardia, in armonia con quanto previsto dal Regolamento generale sulla protezione dei dati personali – Regolamento UE 2016/679 e dal d.lgs 196/2003 come novellato dal D.Lgs 101/2018, è necessario che Lei prenda visione di una serie di informazioni che possono aiutarLa a comprendere le motivazioni per le quali i Suoi dati personali saranno trattati, le modalità attraverso le quali si svolgeranno le operazioni di trattamento, quali sono i Suoi diritti e come li potrà esercitare.

1. Finalità e base giuridica del trattamento

Nell'ambito del percorso di Presa in Carico del paziente cronico e/o fragile, taluni Suoi dati personali – anche riconducibili alle categorie particolari individuate dall'art. 9, del Regolamento UE 2016/679 – saranno soggetti ad operazioni di trattamento.

A titolo esemplificativo, tali dati potranno includere informazioni anagrafiche, recapiti di contatto, così come informazioni inerenti al Suo stato di salute, relative a prescrizioni diagnostiche o farmaceutiche, connesse a visite specialistiche o ricoveri ospedalieri, inerenti a piani terapeutici o assistenziali.

I dati saranno trattati per il perseguimento delle seguenti finalità:

- a) arruolamento proattivo nel percorso di Presa in Carico, e conseguenti adempimenti gestionali, al fine di migliorare la qualità e l'efficacia dell'assistenza sanitaria;
- b) assistenza e cura nell'ambito del percorso di Presa in Carico;
- c) monitoraggio e controllo dei trattamenti sanitari erogati, anche al fine di una corretta gestione delle connesse voci di spesa.

Le operazioni di trattamento verranno pertanto svolte, in conformità alle vigenti disposizioni di legge, per motivi di interesse pubblico rilevante, consistenti nella programmazione, gestione, controllo, e valutazione, dell'assistenza sanitaria nel Sistema sanitario regionale della Regione Lombardia, ai sensi degli artt. 9, comma 2, lett. g), Regolamento UE 679/2016, e 2-sexies, comma 2, lett. v), d.lgs. 196/03, e per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico, ai sensi degli artt. 6, comma 1, lett. e), e 6, comma 3, lett. b), Regolamento UE 2016/679, e 2-ter, comma 1, d.lgs. 196/03, (trattamenti di cui alle finalità a e c); per necessità di diagnosi, assistenza e terapia sanitaria, ai sensi dell'art. 9, comma 2, lett. h), Regolamento UE 679/2016 (trattamenti di cui alla finalità b) – nonché previa espressione da parte Sua di uno specifico, esplicito, libero, inequivocabile, ed informato, consenso al trattamento dei dati.

2. Titolare del trattamento

Titolare del trattamento è l'Agenzia di Tutela della Salute della Regione Lombardia _____,
(cod. fisc. _____), con sede in (_____) _____, via _____, n. _____. Il titolare del trattamento può essere contattato a mezzo posta ordinaria, ovvero via posta elettronica all'indirizzo email: _____.

3. Responsabile della protezione dei dati (RPD)

Il responsabile della protezione dei dati dell'Agenzia di Tutela della Salute può essere contattato scrivendo al seguente indirizzo di posta elettronica: _____.

4. Destinatari e ambito di comunicazione dei dati personali

I Suoi dati personali saranno trattati dal titolare del trattamento, e da responsabili del trattamento appositamente incaricati - quali la società ARIA S.p.A., fornitore di servizi IT di Regione Lombardia - nonché, nel rispetto ed entro i limiti delle rispettive mansioni e qualifiche, dai loro dipendenti, collaboratori, ausiliari, o professionisti, allo scopo autorizzati al trattamento dei dati ed adeguatamente istruiti in ordine alle finalità e alle modalità da applicarsi alle operazioni di trattamento.

I Suoi dati potranno essere comunicati ad altra Agenzia di Tutela della Salute – diversa da quella presso la quale ha avviato il percorso di Presa in Carico, competente in base alla Sua residenza anagrafica – nelle ipotesi in cui Lei trasferisca la Sua residenza presso un comune rientrante nella competenza amministrativa di altra Agenzia di Tutela della Salute, ovvero nell'ipotesi in cui preferisca ricevere le prestazioni sanitarie da una struttura afferente ad altra Agenzia di Tutela della Salute.

Il Suoi dati saranno comunicati alla Regione Lombardia, la quale, in qualità di titolare autonomo, svolgerà propri trattamenti per finalità di monitoraggio, programmazione e valutazione dell'assistenza sanitaria.

I dati, per le medesime finalità, potranno, altresì essere oggetto di comunicazione a favore dei Comuni della Regione Lombardia, i quali provvedono a svolgere attività di trattamento in conformità alle funzioni di monitoraggio e controllo disciplinate dalla L. R. 12 marzo 2008, n. 3.

Il Suo Piano Assistenziale Individuale (PAI) – elaborato dal medico di medicina generale, dal pediatra di libera scelta, o dal Gestore pubblico, o accreditato, o a contratto, con il Servizio Sanitario Regionale, operanti per conto dell'Agenzia di Tutela della Salute – così come i documenti clinici elettronici formati durante lo svolgimento del percorso di Presa in Carico, saranno resi disponibili all'interno del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), in conformità ai connessi consensi da Lei prestati (consenso all'alimentazione e consenso alla consultazione del Fascicolo Sanitario Elettronico).

I Suoi dati personali non saranno in alcun caso soggetti a diffusione.

5. Trasferimento dei dati verso Paesi non appartenenti all'Unione Europea

La informiamo che i Suoi dati personali non saranno soggetti a trasferimento verso Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea.

6. Trattamenti di dati sanitari conformemente a leggi speciali

Eventuali dati sanitari oggetto di specifica disciplina, in forza di leggi speciali preposte alla tutela dell'anonimato della persona (norme di legge in materia di HIV, interruzione volontaria della gravidanza, tossicodipendenza, violenze, etc.) sono trattati in conformità alle disposizioni di tali particolari leggi (L. 22 maggio 1978 n. 194; L. 5 giugno 1990, n. 135; DPR 9 ottobre 1990, n. 309; art. 734-bis del codice penale, etc.).

7. Periodo di conservazione

I dati personali saranno trattati, in conformità ai principi di minimizzazione del trattamento e di limitazione della conservazione, per un arco di tempo non superiore a quello strettamente necessario al conseguimento delle finalità per le quali sono trattati e, più specificamente, secondo i criteri e le indicazioni di seguito precisate.

Per le finalità di cui alle lettere a) e c), del punto 3 della presente informativa: i dati inerenti alle Sue iniziali condizioni di salute, posti a fondamento del Suo arruolamento nel percorso di Presa in Carico, saranno conservati per un periodo di tempo non superiore a 18 mesi; i dati relativi al Suo Piano Assistenziale Individuale (e alle connesse prescrizioni diagnostiche o farmaceutiche, visite specialistiche, ricoveri ospedalieri, etc.) ed al Patto di Cura da Lei sottoscritto, saranno conservati sin tanto che Lei parteciperà al

percorso di Presa in Carico della Regione Lombardia, nonché per i successivi 10 anni per eventuali esigenze di tutela legale.

Per la finalità di cui alla lettera b), del punto 3 della presente informativa, tutti i suoi dati personali saranno conservati – ai sensi di legge – in conformità ai periodi di conservazione indicati nel “Titolario e Massimario del sistema sociosanitario lombardo”, consultabile in Internet all’indirizzo _____.

I dati resi disponibili all’interno del Fascicolo Sanitario Elettronico saranno conservati in conformità ai tempi definiti nella relativa informativa sul trattamento dei dati personali.

Allo scadere dei tempi di conservazione indicati, ulteriori periodi di conservazione potranno essere adottati esclusivamente su specifica richiesta dell’autorità giudiziaria e/o delle forze dell’ordine, o in conformità a vigenti disposizioni di legge. Esaurito il tempo di conservazione dei dati, gli stessi saranno sottoposti a processi informatici o analogici tali da renderli definitivamente inaccessibili e inintelligibili

8. Diritti dell’interessato

In qualità di interessato al trattamento, Lei ha facoltà di esercitare, nei casi espressamente previsti ai sensi di legge (art. 15 e ss., Regolamento UE 2016/679), i seguenti diritti:

- a) chiedere al titolare del trattamento l’accesso ai dati personali che lo riguardano, e/o la loro eventuale rettifica o cancellazione;
- b) chiedere al titolare del trattamento la limitazione del trattamento che lo riguarda, ovvero opporsi al trattamento;
- c) esigere la c.d. “portabilità” dei dati (ovvero la loro comunicazione in un formato strutturato, di uso comune, e leggibile da un dispositivo automatico), anche al fine di poter comunicare i Suoi dati personali ad un altro titolare del trattamento;
- d) revocare, in qualsiasi momento, il consenso al trattamento dei dati che lo riguardano (qualora il trattamento sia svolto su base consensuale, e restando salva la liceità dei trattamenti svolti prima della revoca del consenso);
- e) proporre reclamo ad un’autorità di controllo (il Garante per la protezione dei dati personali).

Le Sue eventuali richieste inerenti all’esercizio dei suddetti diritti dovranno essere inoltrate al titolare del trattamento a mezzo posta ordinaria, ovvero tramite fax al n. _____, ovvero via posta elettronica all’indirizzo email: _____.

9. Natura del conferimento dei dati

L’adesione al percorso di Presa in Carico del paziente cronico e/o fragile della Regione Lombardia è del tutto facoltativa. Qualora Lei intenda aderire al percorso di Presa in Carico, il conferimento dei dati deve ritenersi obbligatorio in quanto, in mancanza, non sarà possibile svolgere le attività e le prestazioni connesse al percorso.

Informativa sul trattamento dei dati personali
(ai sensi dell'art. 14, Regolamento UE 2016/679)

La Regione Lombardia, in considerazione del ruolo svolto nel percorso di Presa in Carico del paziente cronico e/o fragile, in armonia con quanto previsto dall'art. 14 del Regolamento generale sulla protezione dei dati personali – Regolamento UE 2016/679 e dal d.lgs 196/2003 come novellato dal D.Lgs 101/2018, desidera fornirLe una serie di informazioni che possono aiutarLa a comprendere le motivazioni e le modalità in conformità alle quali essa, in veste di titolare autonomo, svolgerà operazioni di trattamento sui Suoi dati personali, ricevuti dalle Agenzie di Tutela della Salute della Regione Lombardia.

1. Finalità e base giuridica del trattamento

Nell'ambito delle proprie funzioni istituzionali, Regione Lombardia tratterà taluni Suoi dati, inerenti al percorso di Presa in Carico del paziente cronico e/o fragile, per finalità di monitoraggio, di programmazione e di valutazione dell'assistenza sanitaria.

Le operazioni di trattamento verranno pertanto svolte, in conformità alle vigenti disposizioni di legge, per motivi di interesse pubblico rilevante, consistenti nella programmazione, gestione, controllo, e valutazione, dell'assistenza sanitaria nel Sistema sanitario regionale della Regione Lombardia, ai sensi degli artt. 9, comma 2, lett. g), Regolamento UE 679/2016, e 2-sexies, comma 2, lett. v), d.lgs. 196/03, nonché per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico, ai sensi degli artt. 6, comma 1, lett. e), e 6, comma 3, lett. b), Regolamento UE 2016/679, e 2-ter, comma 1, d.lgs. 196/03.

I dati saranno trattati sempre nel rispetto dei principi di necessità e di minimizzazione rispetto alle finalità perseguite.

2. Titolare del trattamento

Titolare del trattamento è l'ente Regione Lombardia, (cod. fisc. 80050050154, p.iva 12874720159), con sede centrale in (20124) Milano, Piazza Città di Lombardia, n. 1. Il titolare del trattamento può essere contattato a mezzo posta ordinaria al recapito di Via Torquato Taramelli, n. 26, (20124) Milano, all'attenzione dell'ufficio privacy, ovvero via fax al numero 02.39331534, o ancora a mezzo posta elettronica all'indirizzo email: privacy@crs.lombardia.it, o a mezzo pec all'indirizzo: privacy@pec.crs.lombardia.it.

3. Responsabile della protezione dei dati (RPD)

Il responsabile della protezione dei dati di Regione Lombardia può essere contattato scrivendo al seguente indirizzo di posta elettronica: rpd@regione.lombardia.it.

4. Categorie di dati oggetto di trattamento

Le operazioni di trattamento interesseranno dati personali "comuni" (quali, ad esempio, Sue informazioni anagrafiche), ed anche dati riconducibili alle categorie particolari di cui all'art. 9 del Regolamento UE 2016/679. In particolare, dati relativi al Suo stato di salute (attuale e pregresso) saranno rinvenibili nei Piani Assistenziali Individuali (PAI), messi a disposizione della Regione Lombardia da parte dalle Agenzie di Tutela della Salute, nonché nei flussi informativi e nelle basi di dati già legittimamente nella disponibilità della Regione Lombardia.

5. Destinatari e ambito di comunicazione dei dati personali

I Suoi dati personali saranno trattati dal titolare del trattamento, e da responsabili del trattamento appositamente incaricati - quali la società ARIA S.p.A., fornitore di servizi IT di Regione Lombardia - nonché, nel rispetto ed entro i limiti delle rispettive mansioni e qualifiche, dai loro dipendenti, collaboratori, ausiliari, o professionisti, allo scopo autorizzati al trattamento dei dati ed adeguatamente istruiti in ordine alle finalità e alle modalità da applicarsi alle operazioni di trattamento.

I dati non saranno soggetti a comunicazione, né a diffusione.

6. Trasferimento dei dati verso Paesi non appartenenti all'Unione Europea

La informiamo che i Suoi dati personali non saranno soggetti a trasferimento verso Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea.

7. Trattamenti di dati sanitari conformemente a leggi speciali

Eventuali dati sanitari oggetto di specifica disciplina, in forza di leggi speciali preposte alla tutela dell'anonimato della persona (norme di legge in materia di HIV, interruzione volontaria della gravidanza, tossicodipendenza, violenze, etc.) saranno trattati in conformità alle disposizioni di tali particolari leggi (L. 22 maggio 1978 n. 194; L. 5 giugno 1990, n. 135; DPR 9 ottobre 1990, n. 309; art. 734-bis del codice penale, etc.).

8. Periodo di conservazione

La Regione Lombardia conserva i dati in ossequio al principio generale di minimizzazione del trattamento e nel rispetto dei criteri specificamente individuati dall'art. 5, comma 1, lett. e), del Regolamento UE 2016/679.

I dati relativi ai Piani Assistenziali Individuali (PAI), ricevuti dalle Agenzie di Tutela della Salute, sono conservati dalla Regione Lombardia, al fine di poter compiutamente svolgere le considerate attività di monitoraggio, programmazione e valutazione dell'assistenza sanitaria, per un periodo di 30 anni decorrente dalla data del loro ricevimento.

Allo scadere del tempo di conservazione indicato, ulteriori periodi di conservazione potranno essere adottati esclusivamente su specifica richiesta dell'autorità giudiziaria e/o delle forze dell'ordine, o in conformità a vigenti disposizioni di legge. Esaurito il tempo di conservazione dei dati, gli stessi saranno sottoposti a processi informatici o analogici tali da renderli definitivamente inaccessibili e inintelligibili. i

9. Diritti dell'interessato

In qualità di interessato al trattamento, Lei ha facoltà di esercitare, nei casi espressamente previsti ai sensi di legge (art. 15 e ss., Regolamento UE 2016/679), i seguenti diritti:

- a) chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali che lo riguardano, e/o la loro eventuale rettifica o cancellazione;
- b) chiedere al titolare del trattamento la limitazione del trattamento che lo riguarda, ovvero opporsi al trattamento;
- c) esigere la c.d. "portabilità" dei dati (ovvero la loro comunicazione in un formato strutturato, di uso comune, e leggibile da un dispositivo automatico), anche al fine di poter comunicare i Suoi dati personali ad un altro titolare del trattamento;
- d) revocare, in qualsiasi momento, il consenso al trattamento dei dati che lo riguardano (qualora il trattamento sia svolto su base consensuale, e restando salva la liceità dei trattamenti svolti prima della revoca del consenso);
- e) proporre reclamo ad un'autorità di controllo (il Garante per la protezione dei dati personali).

Le Sue eventuali richieste inerenti all'esercizio dei suddetti diritti dovranno essere inoltrate al titolare del trattamento a mezzo posta ordinaria, ovvero tramite fax al n. 02.39331534, ovvero via posta elettronica all'indirizzo email: privacy@crs.lombardia.it.

10. Fonte da cui hanno origine i dati personali

I dati soggetti a trattamento sono messi a disposizione della Regione Lombardia – attraverso un canale di comunicazione sicuro– a cura delle Agenzie di Tutela della Salute della Regione Lombardia.

SCAMBIO INFORMATIVO TRA GESTORI, MMG/PLS, ATS – SERVIZIO EPIC

La disponibilità delle informazioni relative all'evoluzione del percorso del cittadino arruolato costituisce esigenza degli stakeholders della presa in carico al fine di attuare e monitorare quanto programmato nel PAI: in risposta a ciò, come previsto con DGR 754 del 5.11.2018, è introdotto il servizio denominato **“EPIC” (Eventi Presa In Carico)** che controlla e rende disponibili, sulla base della pertinenza, necessità e non eccedenza, le informazioni in merito all'evoluzione di eventi che riguardano la presa in carico del cittadino stesso (prenotazioni, ricette, erogazione delle prestazioni, erogazione, farmaci, referti, eventi di presa in carico, disponibilità del PAI..).

Tale sistema riceve gli eventi registrati dai servizi del SISS e, se riferiti a cittadini presi in carico e relativi al percorso di cura definito nel PAI, li attribuisce a gestore, MMG/PLS, ATS di riferimento.

L'acquisizione e gestione dei dati avviene tramite l'integrazione dei sistemi proprietari con i servizi esposti da Lombardia Informatica, secondo la documentazione tecnica resa disponibile.

Gli scenari di applicazione riguardano principalmente:

1. la presa in carico da parte del Medico in Forma Singola
2. la trasmissione dei PAI alle ATS per gli assistiti presi in carico sul territorio
3. la comunicazione di eventi quali prescrizioni, cambio stato, prenotazioni, erogazioni, anagrafica cittadino, presa in carico stessa (arruolamento, PAI, disarruolamento..)
4. l'invio delle variazioni della stratificazione regionale degli assistiti.

1- Scenario di presa in carico da parte del Medico in Forma Singola

Tale scenario prevede che la presa in carico sia avviata dal MMG/PLS Clinical Manager (“Medico in forma singola”) con il quale il cittadino sceglie il gestore che seguirà il percorso di presa in carico: EPIC è elemento abilitante per la piena attuazione del processo in quanto, mediante tale servizio, è garantita la notifica al gestore dell'informazione sui cittadini arruolati a seguito della scelta di avvio del percorso di presa in carico fatta da questi con il proprio MMG/PLS.

Tramite EPIC vengono comunicate al gestore le informazioni per contattare gli assistiti: il servizio inoltre informa il gestore della pubblicazione del PAI.

Sulla base delle informazioni acquisite da EPIC, il gestore avrà gli elementi per contattare il cittadino per fissare un appuntamento e firmare con questi il Patto di Cura, completando quindi il processo di arruolamento dello stesso.

Il gestore viene inoltre informato tramite EPIC di tutti gli eventi di aggiornamento o sostituzione del PAI, nonché degli eventi di disarruolamento, annullamento e rinnovo del PAI da parte del Medico in Forma Singola.

Sulla base di quanto sopra, è quindi fondamentale che sia i gestori, sia i MMG/PLS, provvedano all'integrazione dei propri software con il servizio EPIC per la attivazione del processo e per il corretto scambio informativo.

2- Invio del PAI all'ATS

Il servizio di notifica EPIC può essere utilizzato dalle ATS per acquisire il contenuto dei PAI dei cittadini arruolati e delle informazioni utili ai fini di controllo e governo.

Nel caso in cui il PAI sia pubblicato nell'ambito dello scenario di Medico in Forma Singola, il PAI sarà inviato all'ATS di riferimento del MMG/PLS e quindi dell'assistito; negli altri casi sarà inviato all'ATS di competenza territoriale del gestore.

L'integrazione con i servizi EPIC è a carico delle ATS tramite soluzioni software da loro individuate.

3- Comunicazione di eventi quali prescrizioni e cambio stato, prenotazioni, erogazioni, anagrafica cittadino, presa in carico stessa (arruolamento, PAI, disarruolamento..).

Tramite il servizio di notifica EPIC sono comunicate ai gestori informazioni relative ad eventi riferiti a prestazioni previste nel PAI: registrazione, cambio stato, annullamento di ricette sia farmaceutiche sia ambulatoriali, prenotazione di appuntamenti ed eventuali annullamenti, erogazioni di farmaci o prestazioni.

Saranno inoltre notificati aggiornamenti anagrafici e sullo stato di assistenza del cittadino.

Si precisa che EPIC veicola informazioni in modo completo relativamente a ricette dematerializzate, inoltre è condizione necessaria, per la completezza delle informazioni fornite dal sistema, che tutti gli erogatori provvedano alla sistematica e puntuale comunicazione di prenotazione, accettazione ed erogazione delle ricette per i prescrittori, che vengano integrati in ricetta i dati del numero di protocollo ed identificativo del PAI.

4- Variazioni della stratificazione regionale

In considerazione della applicazione della nuova stratificazione, tramite EPIC saranno infine veicolate agli stakeholders di pertinenza le variazioni della stratificazione regionale, una volta che saranno acquisite sul sistema centrale di Gestione della Presa in Carico. In particolare saranno notificate, ove disponibili, le informazioni relative alla patologia principale e al livello di complessità assegnati al cittadino con la nuova stratificazione.

Presa in carico: monitoraggio e controllo

La DELIBERAZIONE N° X / 6551 (Seduta del 04/05/2017 - RIORDINO DELLA RETE DI OFFERTA E MODALITA' DI PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI CRONICI E/O FRAGILI IN ATTUAZIONE DELL'ART. 9 DELLA LEGGE REGIONALE N. 33/2009), ha affrontato anche il tema del monitoraggio e controllo della PIC ed ha individuato le principali direttrici che sono approfondite nel presente documento.

Per analizzare gli effetti complessivi sul macro-sistema Socio-Sanitario, a fronte del mutamento organizzativo del processo di presa in carico, si sono individuate diverse famiglie di indicatori afferenti le principali dimensioni di analisi. In particolare:

1. *Indicatori descrittivi*: utili a contestualizzare il fenomeno ed a fornire una corretta interpretazione delle informazioni fornite dagli indicatori seguenti.
2. *Indicatori di processo*: finalizzati a valutare, a livello singolo e aggregato, l'andamento reale dei vari percorsi di presa in carico, lo scostamento degli stessi dai valori attesi e supportare nell'identificazione delle cause di tali scostamenti.

Questi si possono ulteriormente suddividere in:

- *Appropriatezza;*
- *Efficacia;*
- *Efficienza.*

3. *Indicatori di risultato*: utili a misurare e valutare gli effetti e gli impatti del nuovo modello rispetto alla dimensione di salute ed economica.

Questi si suddividono ulteriormente in:

- *di esito*
- *economici.*

4. *Indicatori di customer satisfaction*: utili a misurare i benefici percepiti dai singoli o da gruppi significativi della popolazione.

Indicatori descrittivi

Rientrano in questa famiglia indicatori relativi alla popolazione cronica, sia complessiva sia quella aderente all'iniziativa.

Ad esempio gli indicatori forniranno una descrizione dei soggetti cronici, in carico presso i gestori, anche dal punto di vista territoriale, per meglio correlare gli enti di riferimento al loro "bacino di utenza".

Esempi di indicatori sono:

- Numero e % di classificati cronici (totale e suddiviso per ATS, Ente Gestore, classi di età, sesso patologia principale, livello di complessità, etc.)
- Numero e % di soggetti presi in carico (totale e suddiviso per ATS, Ente Gestore, struttura scelta se Frequent User oppure un'altra struttura, classi di età, sesso, patologia principale, livello di complessità, etc.)
- % di soggetti presi in carico sui classificati cronici (totale e suddiviso per ATS, Ente Gestore, struttura scelta se Frequent User oppure un'altra struttura, classi di età, sesso, patologia principale, livello di complessità, etc.)
- Analisi Attrazione - Fuga tra le strutture (totale e suddiviso per patologia principale, livello di complessità)

Indicatori di processo

Forniscono una misura dell'appropriatezza del processo assistenziale in relazione a standard di riferimento, così come definiti in linee guida per l'assistenza alla patologia/condizione di salute documentate.

Consentono di individuare i punti critici del percorso fornendo precocemente rispetto all'indicatore di esito, indicazioni per gli interventi di miglioramento del processo assistenziale e informazioni sulla qualità della prestazione professionale (per esempio in termini di tempistica dell'intervento).

Con *appropriatezza*, in questo caso, si intende la capacità di erogare prestazioni e/o servizi adeguati alle necessità del soggetto cronico nel modo e nei tempi giusti. Verranno quindi definiti indicatori relativi alla fase di avvio della presa in carico, ovvero:

- valutazione del case-mix arruolati dei diversi gestori (in particolare rispetto a quello dei frequent user);
- capacità di programmazione (distribuzione PAI, confronti PAI vs profili di consumo, tassi di modifica dei PAI,...);
- confronto tra programmazione ed effettiva erogazione (indicatori di aderenza, continuità terapeutica, congruità temporale, etc..).

Un potente strumento di indagine è costituito dai profili di consumo, che potranno essere utilizzati anche per evidenziare nuovi trend e fenomenologie nel comportamento prescrittivo.

Gli indicatori di *efficienza* avranno come oggetto di analisi i soggetti erogatori che, attuando la presa in carico, avranno la possibilità di agire in un modo nuovo potendo pianificare in largo anticipo le proprie attività. Questo dovrebbe portare modifiche in termini di tempi di attesa, anche per i soggetti non in carico, piuttosto che la revisione dell'assetto organizzativo interno.

La valutazione dell'*efficacia* potrà essere condotta attraverso il continuo confronto tra la popolazione che è stata presa in carico e quella che non avrà aderito all'iniziativa (studio di coorte, etc...), ed anche attraverso il ricorso a differenti set assistenziali (cure domiciliari).

Tra gli indicatori di processo:

- Indice di conferma della categoria di patologia da parte del Medico (totale e suddiviso per ATS, Ente Gestore, patologia)
- Analisi di dettaglio sui cambi tra patologia di classificazione (principale e secondarie) e patologia proposta dal medico (totale e suddiviso per ATS, Ente Gestore, patologia)
- Tasso di variabilità del PAI (totale e suddiviso per ATS, Ente Gestore, classi di età, sesso, patologia, livello complessità)
- % di PAI modificati (totale e suddiviso per ATS, Ente Gestore, classi di età, sesso, patologia livello complessità)
- A seguito dell'implementazione degli algoritmi di validazione del PAI, si propongono indicatori di monitoraggio delle % di PAI validati/non validati per ATS, Ente Gestore, patologia, livello complessità, sezione PAI – specialistica, laboratorio, farmaceutica)

Esempi di indicatori che valutano l'appropriatezza:

- Dosaggio di creatinina nei soggetti ipertesi (totale e suddiviso per ATS, Ente Gestore, classi di età, sesso, livello di complessità)
- Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno dopo la diagnosi nei soggetti diabetici (totale e suddiviso per ATS, Ente Gestore, classi di età, sesso, livello di complessità)
- Aderenza alla raccomandazione di controllo del profilo lipidico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi nei soggetti diabetici (totale e suddiviso per ATS, Ente Gestore, classi di età, sesso, livello di complessità)
- Aderenza alla raccomandazione di controllo della microalbuminuria almeno una volta l'anno dopo la diagnosi nei soggetti diabetici (totale e suddiviso per ATS, Ente Gestore, classi di età, sesso, livello di complessità)

- Aderenza alla raccomandazione di monitoraggio del filtrato glomerulare o della creatinina o clearance creatinina almeno una volta l'anno dopo la diagnosi nei soggetti diabetici (totale e suddiviso per ATS, Ente Gestore, classi di età, sesso, livello di complessità)
- Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'occhio almeno una volta l'anno dopo la diagnosi nei soggetti diabetici (totale e suddiviso per ATS, Ente Gestore, classi di età, sesso, livello di complessità)
- Indice di similarità tra i PAI e i profili di consumo (totale e suddiviso per ATS, Ente Gestore, classi di età, sesso, livello di complessità)

Esempi di indicatori di efficacia ed efficienza:

- Degenza media per ricoverato (totale e suddiviso per ATS, Ente Gestore, struttura scelta se *frequent user* oppure un'altra struttura, classi di età, sesso, patologia principale, livello di complessità, etc.). Un valore basso dell'indicatore potrebbe essere indice di un elevato grado di efficienza ma non di efficacia (intesa come qualità dell'assistenza)
- Numero medio di prestazioni ambulatoriali (totale e suddiviso per ATS, Ente Gestore, struttura scelta se *Frequent User* oppure un'altra struttura, classi di età, sesso, patologia principale, livello di complessità, etc.)
- Indice di efficienza operativa / produttiva inteso come rapporto tra le attività [*stabilire quali*] effettuate e le risorse impiegate (totale e suddiviso per ATS, Ente Gestore)
- Tempi di attesa medio per le prestazioni ambulatoriali (confrontando la coorte presa in carico rispetto a quella non presa in carico. Totale e suddiviso per ATS, Ente Gestore)

Indicatori di risultato

Gli indicatori di *esito* sono intesi essere quelli legati allo stato di salute ed in particolare gli outcome di ospedalizzazione, mortalità e morbidità della popolazione. Gli indicatori relativi alla prima casistica possono ad esempio essere costituiti rapporti tra tassi di ospedalizzazione osservati ed attesi, accessi in PS, etc.. Per quanto concerne la morbidità si definiranno variabili legate all'andamento delle patologie croniche sia relativamente all'aggravamento all'interno del singolo organo (danno d'organo), che relativamente ad un aumento delle morbidità.

La delibera sancisce una modifica della modalità di remunerazione dei soggetti erogatori, spostando, almeno parzialmente, dalla rendicontazione delle prestazioni al budget per la presa in carico. A tale scopo saranno definiti indicatori utili a monitorare la sostenibilità *economica* complessiva del sistema.

Indicatori di esempio che valutano l'esito in senso clinico:

- Rapporto tra tassi di ospedalizzazione (confrontando la coorte presa in carico rispetto a quella non presa in carico, aggiustando per sesso, età, patologia e numero di patologie. Totale e suddiviso per ATS, Ente Gestore)
- Rapporto tra tassi di Accesso in PS (confrontando la coorte presa in carico rispetto a quella non presa in carico, aggiustando per sesso, età, patologia e numero di patologie. Totale e suddiviso per ATS, Ente Gestore)

Indicatori di esempio che valutano l'esito economico:

- Indice di spesa territoriale (confrontando la coorte presa in carico rispetto a quella non presa in carico, al netto di differenze dovute a sesso, età, patologia. Totale e suddiviso per ATS, Ente Gestore)
- Indice di spesa ospedaliera (confrontando la coorte presa in carico rispetto a quella non presa in carico, al netto di differenze dovute a sesso, età, patologia. Totale e suddiviso per ATS, Ente Gestore)
- Tasso di ospedalizzazione per complicanze a breve termine nel diabete
- Tasso di ospedalizzazione per complicanze a lungo termine nel diabete
- Tasso di amputazione per diabete non controllato
- Tasso di amputazione non traumatica degli arti inferiori in pazienti diabetici

Indicatori che valutano l'effetto del nuovo trattamento (presa in carico) nel tempo su pazienti esposti (Coorte presa in carico) rispetto a pazienti non esposti (coorte non presa in carico), rimuovendo l'eventuale

distorsione (dovuta ad una tendenza esogena) nel confronto tra due periodi di tempo nei due gruppi osservati:

- Numero di ricoveri (confrontando le due coorti, prima e dopo la presa in carico e aggiustando i confronti per sesso, età, patologia, livello di gravità e ASL / ATS di assistenza)
- Numero di accessi in PS (confrontando le due coorti, prima e dopo la presa in carico e aggiustando i confronti per sesso, età, patologia, livello di gravità e ASL / ATS di assistenza)
- Prestazioni farmaceutiche espresse in DDD (si considera la somma delle DDD relativamente ai farmaci appartenenti al set di riferimento. Il confronto viene effettuato tra le due coorti, comparando l'andamento prima e dopo la presa in carico e aggiustando i confronti per sesso, età, patologia, livello di gravità e ASL / ATS di assistenza)
- Prestazioni di specialistica ambulatoriale (prestazioni al netto del laboratorio. Il confronto viene effettuato tra le due coorti, comparando l'andamento prima e dopo la presa in carico e aggiustando i confronti per sesso, età, patologia, livello di gravità e ASL / ATS di assistenza)

Indicatori di Customer - Satisfaction

L'ultimo elemento oggetto di analisi sarà la valutazione della Customer Satisfaction, tramite la quale è possibile monitorare il feedback da parte dei soggetti cronici sul gradimento e funzionamento e sulla qualità percepita dei servizi erogati.

Indicatori di esempio sono:

- Livello di gradimento da parte dei pazienti presi in carico (totale e suddiviso per ATS, Ente Gestore, classi di età, sesso, patologia, livello di complessità)
- Livello di funzionamento dei servizi erogati (totale e suddiviso per ATS, Ente Gestore, classi di età, sesso, patologia, livello di complessità)
- Qualità percepita dei servizi erogati (totale e suddiviso per ATS, Ente Gestore, classi di età, sesso, patologia, livello di complessità)

La valutazione della Customer Satisfaction è un'analisi effettuabile, ad esempio, tramite la distribuzione di questionari di valutazione rivolti ad ogni assistito preso in carico. È, pertanto, necessario disporre di un flusso informativo che raccolga queste informazioni.

Quindi vi segue un'analisi dei giudizi espressi per definire la valutazione rispetto all'Ente Gestore, alla struttura per cui si è un *frequent user* oppure un'altra struttura, al progetto di presa in carico in senso lato. Con l'analisi di tali informazioni si sarà in grado di individuare e mettere in atto interventi di miglioramento della performance.

Seguono alcune schede di indicatori che dettagliano la modalità di calcolo degli stessi. I primi 4 indicatori sono quelli utilizzati in una prima fase di monitoraggio.

	INDICATORI DI PROCESSO
Tipologia	Appropriatezza
Definizione	Indice di congruità di programmazione (P01)
Significato	L'indice, in generale, misura la congruenza delle prestazioni ambulatoriali (specialistica e laboratorio) programmate all'interno del singolo PAI del paziente cronico rispetto a quelle del relativo set di riferimento (Patologia principale/livello). L'indicatore ha l'obiettivo di misurare la programmazione media per una specifica combinazione patologia/livello, al fine di confrontare la similitudine tra quelle effettuate per lo stesso profilo clinico.
Formula Matematica	La funzione, è così definita: $Indice_Congruit\grave{a}_{PAI} = \sum_i F(QTA_i) * Freq_Prestazione_i$ Dove <i>Freq_Prestazione</i>: è la frequenza della prestazione i-esima espressa nel SET di riferimento della specifica patologia/livello; <i>F(Qta)</i>: è un fattore correttivo, funzione della quantità riportata nel PAI della prestazione i-esima. Un PAI è considerato valido se l'indice di congruità non è outlier rispetto alla distribuzione osservata per la specifica patologia/livello.
Numeratore	n.a.
Denominatore	n.a.
Perimetro Temporale	12 mesi precedenti il periodo di analisi richiesto
Valore di Riferimento	Il riferimento è rappresentato dal valore soglia pari ad almeno 85% di PAI validati.
Fonti dati	Dati Presa In Carico-PAI
Livello Analisi	RL, ATS, Ente Gestore, Clinical Manager, Patologia/Livello *Misurabile a livello del singolo PAI

	INDICATORI DI PROCESSO
Tipologia	Appropriatezza
Definizione	Indice di aderenza terapeutica (P03.A)
Significato	L'indice di aderenza misura l'effettiva erogazione di quantità di farmaco sufficienti ad una copertura continua della terapia. Tale aderenza viene confrontata con l'aderenza terapeutica misurata su un campione di popolazione aventi le stesse caratteristiche della coorte in analisi individuata tramite l'esistenza del PAI.
Formula Matematica	$\frac{\text{Percentuale di aderenza dei soggetti presi in carico}}{\text{Percentuale di aderenza dei soggetti del campione}} * 100$
Numeratore	<i>Percentuale di aderenza dei soggetti presi in carico</i> Somma delle giornate di copertura terapeutica nei pazienti presi in carico nelle 11 patologie per le quali è stato individuato il set di riferimento (v. delibera regionale 7655 del 28 dicembre 2017). [Numeratore] Somma delle giornate totali dei soggetti presi in carico [Denominatore]
Denominatore	<i>Percentuale di aderenza del campione di controllo</i> Si identifica un campione stratificato proporzionale di soggetti cronici non presi in carico avente le stesse caratteristiche (età, genere, ATS, patologia/livello) della coorte in analisi. Questi rappresentano la popolazione di controllo. Somma delle giornate di copertura terapeutica (relativi agli ATC del set di riferimento) nei pazienti del campione di controllo in 12 mesi consecutivi e confrontabili con i periodi dei PAI selezionati [Numeratore] Somma di giornate totali dei soggetti del campione [Denominatore]
Perimetro Temporale	12 mesi di validità del PAI
Valore di Riferimento	> 1
Fonti dati	Dati Presa In Carico-PAI, Flussi di rendicontazione sanitaria
Livello Analisi	RL, ATS, Ente Gestore, Patologia/livello

	INDICATORI DI PROCESSO
Tipologia	Appropriatezza
Definizione	Indice di aderenza ambulatoriale al PAI (P04)
Significato	L'indice di aderenza al PAI misura la proporzione di prestazioni programmate che sono state effettivamente erogate.
Formula Matematica	$\text{Indice di aderenza al PAI} = \frac{ E }{ P }$
Numeratore	Prestazioni erogate (al netto del PS e screening) nel periodo di validità del PAI incrementato di 60 gg.
Denominatore	Prestazioni programmate nel PAI
Perimetro Temporale	12 mesi antecedenti il periodo selezionato
Valore di Riferimento	> 60%
Fonti dati	Dati Presa In Carico-PAI, Flussi di rendicontazione sanitaria
Livello Analisi	RL, ATS, Ente Gestore, Patologia/livello, Clinical manager

	INDICATORI DI PROCESSO
Tipologia	Appropriatezza
Definizione	Effettuazione Emoglobina Glicata in pazienti diabetici (P05.A)
Significato	Il dosaggio di Emoglobina Glicata (HB1Ac) rappresenta il gold standard per il follow-up dei pazienti diabetici pertanto è un indicatore di appropriato percorso di monitoraggio. Valutarne la maggior diffusione tra la popolazione presa in carico rispetto ad un campione di controllo, è un indice di efficacia della PIC.
Formula Matematica	$\frac{\text{Percentuale di soggetti sottoposti a Emoglobina Glicata tra i soggetti presi in carico}}{\text{Percentuale di soggetti sottoposti a Emoglobina Glicata tra i soggetti del campione di controllo}} * 100$
Numeratore	<i>Percentuale di soggetti sottoposti a Emoglobina Glicata tra i soggetti presi in carico</i> Numero di pazienti con patologia di diabete di tipo II (patologia principale o comorbidità) presi in carico e sottoposti a dosaggio della HB1Ac [Numeratore] Numero pazienti classificati con patologia di diabete e con PAI attivo [Denominatore]
Denominatore	<i>Percentuale di soggetti sottoposti a Emoglobina Glicata tra i soggetti del campione di controllo</i> A partire dal DWH RL si identifica un campione stratificato proporzionale di soggetti cronici avente le stesse caratteristiche (età, genere, ATS, patologia/livello) della coorte in analisi. Questi rappresentano la popolazione di controllo. Numero di pazienti classificati con patologia di diabete di tipo II sottoposti a dosaggio della HB1Ac [Numeratore] Numero pazienti classificati con patologia di diabete [Denominatore]
Perimetro Temporale	12 mesi antecedenti il periodo selezionato
Valore di Riferimento	>1
Fonti dati	Dati Presa In Carico-PAI, Flussi di rendicontazione sanitaria
Livello Analisi	RL, ATS, Ente Gestore, Patologia/livello

Di seguito ulteriori schede proposte per gli indicatori di monitoraggio.

	INDICATORI DESCRITTIVI
Tipologia	Monitoraggio
Definizione	Tasso di arruolamento strato-specifico (D01) Indice di omogeneità di arruolamento (D02)
Significato	Il primo indicatore (D01) misura i tassi di arruolamento specifici per le categorie di cronicità individuate, mentre il secondo (D02) ne rappresenta anche la variazione rispetto al tasso di arruolamento combinato. Inoltre l'indice di omogeneità di arruolamento rappresenta la tendenza a selezionare una specifica condizione clinica, indipendentemente dalla percentuale di arruolamento.
Formula Matematica	Indice di omogeneità= $100 - I^2$ Dove I^2 rappresenta l'indice di eterogeneità definito come segue: Per $Q > n-1$ allora $I^2 = \frac{Q_{Cochrane} - (N - 1)}{Q_{Cochrane}} \times 100$ Altrimenti $I^2 = 0$ Il Q di Cochran viene calcolato applicando pesi basati sulla frequenza della categoria, come riportato nella seguente formula: $Q_{Cochrane} = \sum_{k=Pat\ Princ.}^n \frac{Num. classificali_k}{Num. classificali_{globale} * (tasso\ arruolamento_k - tasso\ arruolamento_{globale})^2}$ ove k è la generica patologia ed n è il numero di patologie in totale
Numeratore	n.a.
Denominatore	n.a.
Perimetro Temporale	12 mesi
Valore di Riferimento	Da individuare
Fonti dati	Dati Presa In Carico-PAI, Flussi di rendicontazione sanitaria
Livello Analisi	RL, ATS, Ente Gestore, Clinical Manager, (Patologia/livello)

	INDICATORI DESCRITTIVI
Tipologia	Monitoraggio
Definizione	Indice di selezione (D03)
Significato	L'indicatore identifica la gravità dei pazienti classificati. Obiettivo dell'indicatore è di studiare la presenza di possibili bias di selezione nell'arruolamento da parte del Gestore e del singolo MMG. Il fattore di selezione utilizzato è rappresentato dal numero di giornate di ricovero nell'anno precedente.
Formula Matematica	$\frac{\text{tasso giornate di ricovero arruolati}}{\text{tasso giornate di ricovero classificati non arruolati}}$
Numeratore	$\text{tasso giornate di ricovero arruolati} = \frac{\sum \text{giornate di ricovero nell'anno precedente}}{\text{Numero di pazienti arruolati con PAI} * 365 \text{ gg}}$
Denominatore	$\begin{aligned} &\text{tasso giornate di ricovero arruolabili} \\ &= \frac{\sum \text{giornate di ricovero nell'anno precedente}}{\text{Numero di pazienti arruolabili non arruolati} * 365 \text{ gg}} \end{aligned}$
Perimetro Temporale	12 mesi
Valore di Riferimento	Da individuare
Fonti dati	Dati Presa In Carico-PAI, Flussi di rendicontazione sanitaria
Livello Analisi	RL, ATS, Ente Gestore, Clinical Manager, (Patologia/livello)

	Esecuzione
Tipologia	Appropriatezza
Definizione	Indice di persistenza terapeutica (P02)
Significato	L'indice misura la continuità di erogazione (persistenza) di un farmaco.
Formula Matematica	$\frac{\text{Numero di pazienti persistenti nella terapia cronica prescritta nel PAI}}{\text{Numero di pazienti con programmazione di terapia farmacologica 12 mesi}} * 100$
Numeratore	Numero di pazienti persistenti nella terapia cronica prevista nel PAI
Denominatore	Numero di pazienti con programmazione di terapia farmacologica per 12 mesi
Perimetro Temporale	12 mesi antecedenti il periodo selezionato
Valore di Riferimento	Da individuare
Fonti dati	Dati Presa In Carico-PAI, Flussi di rendicontazione sanitaria
Livello Analisi	RL, ATS, Ente Gestore, Clinical Manager, Patologia/livello * Non misurabile a livello del singolo paziente

	INDICATORI DI PROCESSO
Tipologia	Appropriatezza
Definizione	Indice di aderenza terapeutica (P03.B)
Significato	L'indice di aderenza misura l'effettiva erogazione di quantità di farmaco sufficienti ad una copertura continua della terapia.
Formula Matematica	<i>Percentuale di aderenza dei soggetti presi in carico e persistenti nella terapia</i> $\frac{\text{Giornate di copertura terapeutica}}{\text{Giornate totali}} * 100$
Numeratore	Somma delle giornate di copertura terapeutica nei pazienti presi in carico e persistenti nella terapia (v. indicatore P02)
Denominatore	Somma delle giornate totali dei soggetti presi in carico e persistenti nella terapia (v. indicatore P02)
Perimetro Temporale	12 mesi di validità del PAI
Valore di Riferimento	Da definire
Fonti dati	Dati Presa In Carico-PAI, Flussi di rendicontazione sanitaria
Livello Analisi	RL, ATS, Ente Gestore, Clinical Manager, Patologia/livello

	INDICATORI DI PROCESSO
Tipologia	Appropriatezza
Definizione	Effettuazione Emoglobina Glicata in pazienti diabetici (P05.B)
Significato	Il dosaggio di Emoglobina Glicata (HB1Ac) rappresenta il gold standard per il follow-up dei pazienti diabetici pertanto è un indicatore di appropriato percorso di monitoraggio. Valutarne la maggior diffusione nel periodo successivo alla presa in carico, è un indice di efficacia della PIC.
Formula Matematica	$\frac{\text{Percentuale di soggetti sottoposti a Emoglobina Glicata successivamente alla presa in carico}}{\text{Percentuale soggetti sottoposti a Emoglobina Glicata prima della presa in carico}} * 100$
Numeratore	<i>Percentuale di soggetti sottoposti a Emoglobina Glicata tra i soggetti presi in carico</i> Numero di pazienti con patologia di diabete di tipo II (patologia principale o comorbidità) sottoposti a dosaggio della HB1Ac rispetto al totale dei pazienti con patologia di diabete di tipo II nell'anno successivo alla presa in carico.
Denominatore	<i>Percentuale di soggetti sottoposti a Emoglobina Glicata tra i soggetti presi in carico</i> Numero di pazienti con patologia di diabete di tipo II (patologia principale o comorbidità) sottoposti a dosaggio della HB1Ac rispetto al totale dei pazienti con patologia di diabete di tipo II nell'anno precedente alla presa in carico.
Perimetro Temporale	24 mesi antecedenti il periodo selezionato
Valore di Riferimento	>1
Fonti dati	Dati Presa In Carico-PAI, Flussi di rendicontazione sanitaria
Livello Analisi	RL, ATS, Ente Gestore, Patologia/livello, (Clinical manager)

	INDICATORE DI PROCESSO
Tipologia	Appropriatezza
Definizione	Indice di congruità temporale (ambulatoriale) (P06)
Significato	L'indice misura il numero di prestazioni programmate ed erogate che sono state erogate in accordo con la data di programmazione.
Formula Matematica	$\frac{\text{Numero di prestazioni programmate nel PAI ed erogate entro } \mp 30 \text{ gg dalla data di programmazione}}{\text{Numero di prestazioni programmate nel PAI ed erogate}}$
Numeratore	Numero di prestazioni erogate (al netto del PS e Screening) in un periodo compreso tra +/- 30 giorni della data di programmazione nel PAI
Denominatore	Numero di prestazioni (a livello dei set) programmate nel PAI ed erogate
Perimetro Temporale	12 mesi antecedenti il periodo selezionato
Valore di Riferimento	Da individuare
Fonti dati	Dati Presa In Carico-PAI, Flussi di rendicontazione sanitaria
Livello Analisi	RL, ATS, Ente Gestore, Clinical Manager, Patologia/livello * Non misurabile a livello del singolo paziente

	INDICATORI DI PROCESSO
Tipologia	Efficienza
Definizione	Volume di attività del Gestore (P07)
Significato	Gli indicatori descrivono i principali dati sull'attività erogativa del Gestore in relazione al numero di prestazioni erogate c/o studio medico o in telemedicina.
Formula Matematica	$\frac{\text{Volume prestazioni erogate dal Gestore}}{\text{Volume di prestazioni erogate}} * 100$
Numeratore	Numero delle prestazioni erogate c/o studio medico o in telemedicina dal Gestore.
Denominatore	Numero totale delle prestazioni erogate presso il Gestore o rendicontate in 28-SAN con codici che rientrano nelle categorie erogabili dai gestori o in telemedicina, per i pazienti del medesimo Gestore.
Perimetro Temporale	12 mesi
Valore di Riferimento	Da definire
Fonti dati	Dati Presa In Carico-PAI, Flussi di rendicontazione sanitaria
Livello Analisi	RL, ATS, Ente Gestore, Clinical Manager, Patologia/livello * Non misurabile a livello del singolo paziente

	INDICATORI DI PROCESSO
Tipologia	Appropriatezza
Definizione	Proporzione percentuale di pazienti con adeguata copertura ACE inibitori o sartani (P08)
Significato	La copertura con i farmaci di interesse è l'indicatore che consente di verificare l'offerta della cura farmacologica per lo scompenso cardiaco. Il livello di copertura viene indagato per la coorte nei 12 mesi di osservazione.
Formula Matematica	$\frac{\text{Numero di pazienti aderenti}}{\text{Numero di pazienti con Scompenso cardiaco}} * 100$
Numeratore	Per i pazienti classificati con lo Scompenso cardiaco (patologia principale o prevalente) che hanno avuto prescrizioni di ACE inibitori o sartani, viene calcolata l'aderenza come rapporto della tra i giorni di copertura nell'anno e le giornate dello stesso (MPR).
Denominatore	Numero dei pazienti stratificati per Scompenso cardiaco (patologia principale o comorbidità) nel periodo di osservazione.
Perimetro Temporale	12 mesi
Valore di Riferimento	Da definire
Fonti dati	Dati Presa In Carico-PAI, Flussi di rendicontazione sanitaria
Livello Analisi	RL, ATS, Ente Gestore, Clinical Manager, Patologia/livello * Non misurabile a livello del singolo paziente

	INDICATORI DI INDICATORI DI PROCESSO
Tipologia	Appropriatezza
Definizione	Effettuazione di creatinina in pazienti diabetici (P09.A) Effettuazione Fundus Oculi in pazienti diabetici (P10.A)
Significato	Il dosaggio di creatinina valuta in pazienti diabetici il monitoraggio della funzionalità renale. L'esame del Fundus Oculi è l'esame gold standard per la valutazione della retinopatia diabetica, tra le più frequenti complicanze del diabete mellito scompensato. Valutare le variazioni tra la coorte presa in carico e un campione di controllo aventi le stesse caratteristiche è un indice di efficacia del progetto PIC.
Formula Matematica	$\frac{\text{Percentuale di pazienti diabetici con erogazione della prestazione nella coorte presa in carico}}{\text{Percentuale di pazienti diabetici con erogazione della prestazione nel campione di controllo}} \times 100$
Numeratore	<i>Percentuale di pazienti diabetici (patologia principale o comorbidità) con dosaggio creatinina (P09.A) / esame Fundus Oculi (P10.A) nella coorte presa in carico</i> Numero di pazienti patologia di diabete sottoposti alla prestazione nella coorte presa in carico calcolato per i diversi strati di Età/Genere/Patologia-livello/ATS/Ente Gestore [Numeratore] Numero di soggetti presi in carico [Denominatore]
Denominatore	<i>Percentuale di pazienti diabetici (patologia principale o comorbidità) con dosaggio creatinina (P09.A) / esame Fundus Oculi (P10.A) nel campione di controllo</i> Si identifica un campione stratificato proporzionale di soggetti cronici non presi in carico avente le stesse caratteristiche (età, genere, ATS, patologia/livello) della coorte in analisi. Questi soggetti rappresentano la popolazione di controllo. Numero di pazienti patologia di diabete sottoposti alla prestazione nel campione di controllo calcolato per i diversi strati di Età/Genere/Patologia-livello/ATS/Ente Gestore [Numeratore] Numero di soggetti nel campione di controllo [Denominatore]
Perimetro Temporale	12 mesi
Valore di Riferimento	>1
Fonti dati	Dati Presa In Carico-PAI, Flussi di rendicontazione sanitaria
Livello Analisi	RL, ATS, Ente Gestore, Patologia/livello

	INDICATORI DI PROCESSO
Tipologia	Appropriatezza
Definizione	Effettuazione di creatinina in pazienti diabetici pre e post presa in carico (P09.B) Effettuazione di esame Fundus Oculi in pazienti diabetici pre e post presa in carico (P10.B)
Significato	Il dosaggio di creatinina valuta in pazienti diabetici il monitoraggio della funzionalità renale. L'esame del Fundus Oculi è l'esame gold standard per la valutazione della retinopatia diabetica, tra le più frequenti complicanze del diabete mellito scompensato. Valutarne la variazione tra il numero di pazienti con il dosaggio della creatinina nel periodo prima e dopo la presa in carico è un indice di efficacia del progetto PIC.
Formula Matematica	$\frac{\text{Percentuale di soggetti sottoposti all'erogazione della prestazione successivamente alla presa in carico}}{\text{Percentuale soggetti sottoposti all'erogazione della prestazione prima della presa in carico}} * 100$
Numeratore	<i>Percentuale di soggetti sottoposti a dosaggio Creatinina (P09.B) / Esame Fundus Oculi (P10.B) tra i soggetti presi in carico</i> Numero di pazienti con patologia di diabete di tipo II (patologia principale o comorbidità) sottoposti all'erogazione della prestazione rispetto al totale dei pazienti con patologia di diabete di tipo II nell'anno successivo alla presa in carico.
Denominatore	<i>Percentuale di soggetti sottoposti a dosaggio Creatinina (P09.B) / Esame Fundus Oculi (P10.B) tra i soggetti presi in carico</i> Numero di pazienti con patologia di diabete di tipo II (patologia principale o comorbidità) sottoposti a dosaggio della Creatinina rispetto al totale dei pazienti con patologia di diabete di tipo II nell'anno precedente alla presa in carico.
Perimetro Temporale	24 mesi
Valore di Riferimento	>1
Fonti dati	Dati Presa In Carico-PAI, Flussi di rendicontazione sanitaria
Livello Analisi	RL, ATS, Ente Gestore, Patologia/livello

	INDICATORI DI PROCESSO
Tipologia	Appropriatezza
Definizione	Effettuazione di ECG o Ecocardiogramma in pazienti ipertesi (P11.A) Effettuazione del colesterolo in pazienti ipertesi (P12.A) Effettuazione del dosaggio della creatinina in pazienti ipertesi (P13.A)
Significato	Nel paziente con diagnosi di ipertensione arteriosa è fondamentale monitorare la funzionalità cardiaca; pertanto l'esecuzione di ECG o Ecocardiogramma è presente in tutte le raccomandazioni nazionali e internazionali. Obiettivo dell'indicatore è di valutare il corretto monitoraggio del paziente classificato come iperteso preso in carico. Il dosaggio del colesterolo nel paziente iperteso ha l'obiettivo di valutare la presenza di complicanze cardiovascolari. Obiettivo dell'indicatore è la valutazione annuale dell'assetto lipidico del paziente classificato con ipertensione arteriosa e preso in carico. Il dosaggio di creatinina valuta in pazienti ipertesi il monitoraggio della funzionalità renale. Valutare le variazioni tra la coorte presa in carico e un campione di controllo aventi le stesse caratteristiche è un indice di efficacia del progetto PIC.
Numeratore	<i>Percentuale di pazienti con codici di ipertensione arteriosa (come patologia principale o comorbidità) sottoposti a ECG o Ecocardiogramma (P11.A) / colesterolo (P12.A) / Dosaggio della creatinina (P13.A)</i> Numero di pazienti patologia di ipertensione sottoposti alla prestazione nella coorte presa in carico, calcolato per i diversi strati di Età/Genere/Patologia-livello/ATS/Ente Gestore [Numeratore] Numero di soggetti ipertesi presi in carico [Denominatore]
Denominatore	<i>Percentuale di pazienti con codici di ipertensione arteriosa (come patologia principale o comorbidità) sottoposti a ECG o Ecocardiogramma (P11.A) / colesterolo (P12.A) / Dosaggio della creatinina (P13.A) tra i soggetti della coorte di controllo.</i> Si identifica un campione stratificato proporzionale di soggetti cronici non presi in carico avente le stesse caratteristiche (età, genere, ATS, patologia/livello) della coorte in analisi. Questi soggetti rappresentano la popolazione di controllo. Numero di pazienti patologia di ipertensione sottoposti alla prestazione nel campione di controllo calcolato per i diversi strati di Età/Genere/Patologia-livello/ATS/Ente Gestore [Numeratore] Numero di soggetti nel campione di controllo [Denominatore]
Formula Matematica	$\frac{\text{Percentuale di pazienti ipertesi presi in carico sottoposti alla prestazione}}{\text{Percentuale di pazienti ipertesi del campione sottoposti alla prestazione}} \times 100$
Perimetro Temporale	12 mesi
Valore di Riferimento	>1

	INDICATORI DI PROCESSO
Fonti dati	Dati Presa In Carico-PAI, Flussi di rendicontazione sanitaria
Livello Analisi	RL, ATS, Ente Gestore, Patologia/livello, MMG
Tipologia	Appropriatezza
Definizione	Effettuazione di ECG o Ecocardiogramma in pazienti ipertesi (P11.B) Effettuazione del colesterolo in pazienti ipertesi (P12.B) Effettuazione del dosaggio della creatinina in pazienti ipertesi (P13.B)
Significato	Nel paziente con diagnosi di ipertensione arteriosa è fondamentale monitorare la funzionalità cardiaca; pertanto l'esecuzione di ECG o Ecocardiogramma è presente in tutte le raccomandazioni nazionali e internazionali. Obiettivo dell'indicatore è di valutare il corretto monitoraggio del paziente classificato come iperteso preso in carico. Il dosaggio del colesterolo nel paziente iperteso ha l'obiettivo di valutare la presenza di complicanze cardiovascolari. Obiettivo dell'indicatore è la valutazione annuale dell'assetto lipidico del paziente classificato con ipertensione arteriosa e preso in carico. Il dosaggio di creatinina valuta in pazienti ipertesi il monitoraggio della funzionalità renale. Valutare le variazioni tra il periodo precedente la presa in carico e il successivo è un indice di efficacia del progetto PIC.
Numeratore	<i>Percentuale di pazienti con codici di ipertensione arteriosa (come patologia principale o comorbidità) sottoposti a ECG o Ecocardiogramma (P11.B) / colesterolo (P12.B) /dosaggio di Creatinina (P13.B) presi in carico.</i> Numero di pazienti patologia di ipertensione sottoposti alla prestazione nella coorte presa in carico, calcolato per i diversi strati di Età/Genere/Patologia-livello/ATS/Ente Gestore [Numeratore] Numero di soggetti ipertesi presi in carico [Denominatore]
Denominatore	<i>Percentuale di pazienti con codici di ipertensione arteriosa (come patologia principale o comorbidità) sottoposti a ECG o Ecocardiogramma (P11.B) / colesterolo (P12.B) /dosaggio di Creatinina (P13.B) nei 12 mesi precedenti la presa in carico.</i> Numero di pazienti patologia di ipertensione sottoposti alla prestazione nella coorte presa in carico, calcolato per i diversi strati di Età/Genere/Patologia-livello/ATS/Ente Gestore nei 12 mesi precedenti la presa in carico [Numeratore] Numero di soggetti ipertesi presi in carico esaminati nei 12 mesi precedenti la presa in carico [Denominatore]
Formula Matematica	$\frac{\text{Percentuale di soggetti sottoposti all'erogazione della prestazione successivamente alla presa in carico}}{\text{Percentuale soggetti sottoposti all'erogazione della prestazione prima della presa in carico}} \times 100$
Perimetro Temporale	24 mesi

	INDICATORI DI PROCESSO
Valore di Riferimento	>1
Fonti dati	Dati Presa In Carico-PAI, Flussi di rendicontazione sanitaria
Livello Analisi	RL, ATS, Ente Gestore, Patologia/livello, MMG

	INDICATORI DI RISULTATO
Tipologia	Esito
Definizione	Rapporto tra tassi aggiustati di ospedalizzazione osservati e attesi per tutte le cause (R01)
Significato	L'indicatore descrive la variazione relativa del rischio di ricovero per tutte le cause nella popolazione dei pazienti in presi in carico rispetto a quella attesa per una popolazione di simile struttura (età, genere, patologia/livello, ATS).
Formula matematica	$\frac{\text{Tasso di ospedalizzazione aggiustato per tutte le cause negli arruolati}}{\text{Tasso di ospedalizzazione aggiustato per tutte le cause nel campione di controllo}} * 100$
Numeratore	<i>Tasso di ospedalizzazione aggiustato per tutte le cause nei pazienti presi in carico</i> Somma degli eventi di ricovero per tutte le cause nei pazienti presi in carico calcolato per i diversi strati di Età/Genere/Patologia-livello/ATS/Ente Gestore [Numeratore] Numero di pazienti presi in carico [Denominatore]
Denominatore	<i>Tasso di ospedalizzazione aggiustato per tutte le cause nel campione di controllo</i> Si indentifica un campione stratificato proporzionale di soggetti cronici non presi in carico avente le stesse caratteristiche (età, genere, ATS, patologia/livello) della coorte in analisi. Questi rappresentano la popolazione di controllo. Somma degli eventi di ricovero per tutte le cause nei pazienti del campione di controllo calcolato per i diversi strati di Età/Genere/Patologia-livello/ATS/Ente Gestore [Numeratore] Numero di soggetti del campione di controllo [Denominatore]
Perimetro Temporale	12 mesi
Valore di Riferimento	<1
Fonti dati	Dati Presa In Carico-PAI, Flussi di rendicontazione sanitaria
Livello Analisi	RL, ATS, Ente Gestore, Patologia/livello

	INDICATORI DI RISULTATO
Tipologia	Esito
Definizione	Rapporto tra tassi aggiustati di ospedalizzazione osservati e attesi per ricoveri prevenibili (R02)
Significato	L'indicatore descrive la variazione relativa del rischio di ricovero per tutte le cause nella popolazione dei pazienti in presi in carico rispetto a quella attesa per una popolazione di simile struttura (età, genere, patologia/livello, ATS).
Formula matematica	$\frac{\text{Tasso di ospedalizzazione aggiustato per ricoveri prevenibili nei pazienti presi in carico}}{\text{Tasso di ospedalizzazione aggiustato per ricoveri prevenibili nei pazienti del campione di controllo}} * 100$
Numeratore	<i>Tasso di ospedalizzazione aggiustato per ricoveri prevenibili nei pazienti presi in carico</i> Somma degli eventi di ricovero per ricoveri prevenibili nei pazienti presi in carico, calcolato per i diversi strati di Età/Genere/Patologia-livello/ATS/Ente Gestore [Numeratore] Numero di pazienti presi in carico [Denominatore]
Denominatore	<i>Tasso di ospedalizzazione aggiustato per ricoveri prevenibili nel campione di controllo</i> Si identifica un campione stratificato proporzionale di soggetti cronici non presi in carico avente le stesse caratteristiche (età, genere, ATS, patologia/livello) della coorte in analisi. Questi rappresentano la popolazione di controllo. Somma degli eventi di ricovero per ricoveri prevenibili nei pazienti del campione di controllo calcolato per i diversi strati di Età/Genere/Patologia-livello/ATS/Ente Gestore [Numeratore] Numero di soggetti del campione di controllo [Denominatore]
Perimetro Temporale	12 mesi
Valore di Riferimento	<1
Fonti dati	Dati Presa In Carico-PAI, Flussi di rendicontazione sanitaria
Livello Analisi	RL, ATS, Ente Gestore, Patologia/livello

	INDICATORI DI RISULTATO
Tipologia	Esito
Definizione	Rapporto tra tassi aggiustati di accesso PS (R03)
Significato	L'indicatore descrive la variazione relativa del rischio di accesso in PS nella popolazione dei pazienti in presi in carico rispetto a quella attesa per un campione di popolazione di simile struttura (età, genere, patologia/livello, ATS).
Formula matematica	$\frac{\text{Tasso di accesso in PS aggiustato nei pazienti presi in carico}}{\text{Tasso di accesso PS aggiustato nei pazienti del campione di controllo}} * 100$
Numeratore	<i>Tasso di accesso in PS aggiustato nei pazienti presi in carico</i> Somma degli accessi in PS nei pazienti presi in carico, calcolato per i diversi strati di Età/Genere/Patologia-livello/ATS/Ente Gestore [Numeratore] Numero di pazienti presi in carico [Denominatore]
Denominatore	<i>Tasso di accesso in PS aggiustato nel campione di controllo</i> Si identifica un campione stratificato proporzionale di soggetti cronici non presi in carico avente le stesse caratteristiche (età, genere, ATS, patologia/livello) della coorte in analisi. Questi rappresentano la popolazione di controllo. Somma degli accessi in PS nei pazienti del campione di controllo calcolato per i diversi strati di Età/Genere/Patologia-livello/ATS/Ente Gestore [Numeratore] Numero di soggetti del campione di controllo [Denominatore]
Perimetro Temporale	12 mesi
Valore di Riferimento	<1
Fonti dati	Dati Presa In Carico-PAI, Flussi di rendicontazione sanitaria
Livello Analisi	RL, ATS, Ente Gestore, Patologia/livello

	INDICATORI DI RISULTATO
Tipologia	Esito
Definizione	Rapporto tra tassi aggiustati di accesso PS medico per codici minori (R04)
Significato	L'indicatore descrive la variazione relativa del rischio di accesso in PS medico per codici minori nella popolazione dei pazienti in presi in carico rispetto a quella attesa per un campione di popolazione di simile struttura (età, genere, patologia/livello, ATS).
Formula matematica	$\frac{\text{Tasso di accesso in PS medico per codici minori aggiustato nei pazienti presi in carico}}{\text{Tasso di accesso PS medico per codici minori aggiustato nei pazienti del campione di controllo}} * 100$
Numeratore	<i>Tasso di accesso in PS medico per codici minori aggiustato nei pazienti presi in carico</i> Somma degli accessi in PS medico per codici minori nei pazienti presi in carico, calcolato per i diversi strati di Età/Genere/Patologia-livello/ATS/Ente Gestore [Numeratore] Numero di pazienti presi in carico [Denominatore]
Denominatore	<i>Tasso di accesso in PS medico per codici minori aggiustato nel campione di controllo</i> Si identifica un campione stratificato proporzionale di soggetti cronici non presi in carico avente le stesse caratteristiche (età, genere, ATS, patologia/livello) della coorte in analisi. Questi rappresentano la popolazione di controllo. Somma degli accessi in PS medico per codici minori nei pazienti del campione di controllo calcolato per i diversi strati di Età/Genere/Patologia-livello/ATS/Ente Gestore [Numeratore] Numero di soggetti del campione di controllo [Denominatore]
Perimetro Temporale	12 mesi
Valore di Riferimento	<1
Fonti dati	Dati Presa In Carico-PAI, Flussi di rendicontazione sanitaria
Livello Analisi	RL, ATS, Ente Gestore, Patologia/livello

	INDICATORI DI RISULTATO
Tipologia	Esito
Definizione	Rapporto tra tassi aggiustati osservati e attesi per erogazioni farmaceutiche (R05)
Significato	L'indicatore descrive l'eventuale effetto della presa in carico in termini di confronto tra le prestazioni farmaceutiche erogate ai soggetti presi in carico rispetto a quella attesa per una popolazione di simile struttura (età, genere, patologia/livello, ATS), relativamente ai set di riferimento individuati per le 11 patologie più rappresentative.
Formula matematica	$\frac{\text{Tasso di erogazione farmaceutica aggiustato per i soggetti presi in carico}}{\text{Tasso di erogazione farmaceutica aggiustato nel campione di controllo}} * 100$
Numeratore	<i>Tasso di erogazione farmaceutica aggiustato nei pazienti presi in carico, relativamente ai set di riferimento individuati per le undici patologie più rappresentative.</i> Somma delle giornate di terapia farmacologica nei pazienti presi in carico calcolato per i diversi strati di Età/Genere/Patologia-livello/ATS/Ente Gestore [Numeratore] Numero di pazienti presi in carico [Denominatore]
Denominatore	<i>Tasso di erogazione farmaceutica aggiustato nei pazienti del campione di controllo, relativamente ai set di riferimento individuati per le undici patologie più rappresentative</i> Si identifica un campione stratificato proporzionale di soggetti cronici non presi in carico avente le stesse caratteristiche (età, genere, ATS, patologia/livello) della coorte in analisi. Questi rappresentano la popolazione di controllo. Somma delle giornate di terapia farmacologica nei pazienti del campione di controllo calcolato per i diversi strati di Età/Genere/Patologia-livello/ATS/Ente Gestore [Numeratore] Numero di soggetti del campione di controllo [Denominatore]
Perimetro Temporale	12 mesi
Valore di Riferimento	Da definire
Fonti dati	Dati Presa In Carico-PAI, Flussi di rendicontazione sanitaria
Livello Analisi	RL, ATS, Ente Gestore, Patologia/livello

	INDICATORI DI RISULTATO
Tipologia	Esito
Definizione	Rapporto tra tassi aggiustati osservati e attesi per erogazioni ambulatoriali (R06)
Significato	L'indicatore descrive l'eventuale effetto della presa in carico in termini di confronto tra i tassi di prestazioni erogate ai soggetti presi in carico rispetto a quelli attesi per una popolazione di simile struttura (età, genere, patologia/livello, ATS). Si valutano le prestazioni previste nei set di riferimento per patologia/livello.
Formula matematica	$\frac{\text{Tasso di erogazioni ambulatoriali aggiustato nei pazienti presi in carico}}{\text{Tasso di erogazione ambulatoriali aggiustato nel campione di controllo}} * 100$
Numeratore	<i>Tasso di erogazione prestazioni ambulatoriali nei pazienti presi in carico relativamente ai set di riferimento della corrispondente patologia/livello</i> Somma delle prestazioni ambulatoriali nei pazienti presi in carico calcolato per i diversi strati di Età/Genere/Patologia-livello/ATS/Ente Gestore [Numeratore] Numero di pazienti presi in carico [Denominatore]
Denominatore	<i>Tasso di erogazione prestazioni ambulatoriali nei pazienti presi in carico relativamente ai set di riferimento della corrispondente patologia/livello</i> Si identifica un campione stratificato proporzionale di soggetti cronici non presi in carico avente le stesse caratteristiche (età, genere, ATS, patologia/livello) della coorte in analisi. Questi rappresentano la popolazione di controllo. Somma delle prestazioni ambulatoriali erogate a pazienti del campione di controllo calcolato per i diversi strati di Età/Genere/Patologia-livello/ATS/Ente Gestore [Numeratore] Numero di soggetti del campione di controllo [Denominatore]
Perimetro Temporale	12 mesi
Valore di Riferimento	Da definire
Fonti dati	Dati Presa In Carico-PAI, Flussi di rendicontazione sanitaria
Livello Analisi	RL, ATS, Ente Gestore, Patologia/livello