A PAG. 12

Cronicità

Con il Creg la Lombardia sceglie la strada del Mmg "pivot" per guidare i pazienti

LOMBARDIA/ Gli interrogativi sul ruolo del Mmg alla luce della riforma cure primarie

Cronicità con medico "pivot"

Presa in carico modellata sui bisogni dei pazienti divisi in cinque livelli

Il 30 gennaio 2017 la Giunta regionale della Lombardia ha approvato la **delibera n. 6164** con cui riforma la gestione delle cure primarie. Il tema al centro del dibattito è la gestione del paziente cronico e la sua presa in carico. In letteratura e nei convegni due erano i principi cardine: la centralità del paziente e la necessità di ritrovare o di riaffermare il ruolo "da pivot" del medico di medicina generale.

La Regione Lombardia con la delibera di Giunta per la prima volta in Italia propone un modello che sembra offrire al paziente cronico la possibilità di optare per una presa in carico diversa rispetto a quella tradizionale e fiduciaria del "proprio" Mmg introducendo il concetto di "lista di Gestori tra cui scegliere".

In che modo questo è avvenuto? Andiamo per ordine.

In Lombardia i pazienti vengono classificati, alla luce della delibera di Giunta, secondo 5 livelli (1 il più grave mentre il 5 riguarda i soggetti che non usano i servizi e sono solo "potenziali pazienti"). Di fatto i pazienti cronici sono solo i livelli 1, 2 e 3.

Il livello 1, quello più complesso viene definito come nella delibera in questo modo: «fragilità clinica e/o funzionale con bisogni prevalenti di tipo ospedaliero, residenziale, assistenziale a domicilio».

I pazienti di livello 2 sono invece definiti come cronicità poli patologica con prevalenti bisogni extra-ospedalieri, ad alta richiesta di accessi ambulatoriali integrati/frequent users e fragilità sociosanitarie di grado moderato.

Il terzo livello riguarda il paziente con una cronicità iniziale prevalentemente monopatologica. Il livello 4 è composto da soggetti "non cronici" che usano i servizi in modo sporadico (prime visite/accessi ambulatoriali veri). Ad alimentare queste quattro categorie (la 5 è quella di utilizzatori solo potenziali) di pazienti vi sarà lo strumento in atto. con ottimi risultati, da anni e precisamente la Banca dati assistito (Bda) che in grado di mappare i consumi dei pazienti e clusterizzarli in una serie di varie tipologie.

La stima è che vengano clusterizzati per il livello 150.000 pazienti in Lombardia, per il livello 2 un milione e trecentomila e per il livello 3 un milione e novecento mila. Si ricorda che il livello 4 non riguarda pazienti cronici. In alto pubblichiamo la tabella presente nella delibera di giunta (pagina 12).

Analizzando la delibera nella visione della Giunta lombarda il ruolo del Mmg è il seguente (pagina 7 allegato tecnico):

«Mantiene il ruolo di riferimento del paziente, assicurando le funzioni previste dalla convenzione nazionale;

- Può essere il gestore diretto della presa in carico (il terzo livello, ferma restando la libertà di scelta del cittadino, è riservato in via preferenziale ai Mmg in forma associata che

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile. Il logo della testata e i contenuti appartengono ai legittimi proprietari.

possono anche candidarsi per gli altri livelli come evidenziato nella tabella di seguito riportata);

- Può avere un ruolo di raccordo con gli altri soggetti titolari della presa in carico del paziente (prevalentemente per i livelli 1 e 2) prendendo atto, condividendo e integrando le informazioni presenti nel Pai, potendo beneficiare, in quest'ultimo caso, di un eventuale remunerazione in accordo con i singoli gestori. Nel caso la persona necessiti di ulteriori prescrizioni non ricomprese nel Pai, queste dovranno essere condivise tra il Mmg, e il Gestore».

La nuova figura del Gestore invece sempre nella delibera di Giunta è il seguente (sempre pagina 7 della parte tecnica):

I soggetti responsabili della presa in carico dovranno essere accreditati e/o a contratto e garantire, con intensità ed accentuazioni differenziate a seconda dei diversi livelli di stratificazione della domanda, le seguenti principali funzioni:

- Sottoscrizione del patto di cura con il paziente e qualora emergano incoerenze propone una rivalutazione della classificazione proposta;

- Definizione del piano di assistenza individuale (Pai) comprensivo di tutte le prescrizioni necessarie al percorso;

- Coordinamento e attivazione integrata dei nodi della rete erogativa dei servizi sanitari, sociosanitari in relazione ai bisogni individuali rilevati, prevedendo anche il raccordo con i servizi sociali;

- Erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie afferenti ai diversi livelli essenziali di assistenza, direttamente o tramite partner di rete accreditati e/o a contratto;

- Monitoraggio dell'aderenza del paziente al percorso programmato;

- Garanzia della relazione proattiva con il paziente, anche attraverso la prenotazione delle prestazioni, il coordinamento dei diversi partner di rete al fine di rispettare la programmazione delle prestazioni / servizi previste nel Piano di Assistenza;

- Garanzia di servizi volti ad assicurare l'accesso alla medicina diffusa, quali ad esempio la telemedicina;

- Case management in raccordo con le professioni sanitarie, in termini di responsabilità clinica e di accompagnamento del paziente in relazione alla complessità clinica e ai bisogni assistenziali e relativa classe di appartenenza;

- Il Gestore per garantire la libertà di scelta del cittadino assicura allo stesso un'ampia gamma di punti di offerta congruentemente con le attività previste dal Piano di assistenza individuale.

Da questa nuova governance emergono alcune domande e almeno un paio di riflessioni:

- se il paziente, nella sua libera scelta, dovesse optare per un Gestore, quale sarebbe il ruolo del Mmg? E come verrebbe retribuito, ancora a quota capitaria? Se si, verrebbe decurtata per il fatto che poi a gestire i cronici sia un'altra organizzazione?
- se il paziente volesse il Mmg, ma il suo medico curante non si è candidato per quel livello è costretto a cambiare?
- se il Mmg si è candidato per un determinato livello come potrà poi svolgere la seguente funzione erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie afferenti ai diversi livelli essenziali di assistenza, direttamente o tramite partner di rete accreditati e/o a contratto? E in caso di partnership con altre strutture contrattare, il paziente sarebbe obbligato ad andare da queste strutture o potrebbe optare per altre?

Chiaramente in funzione delle risposte alle precedenti domande vi sono implicazioni differenti rimangono però due riflessioni da fare.

La prima: il Mmg viene messo in competizione con altri attori tipicamente strutture specialistiche dotate di una rete di offerta ambulatoriale e non, di tecnologie e di personale medico e infermieristico. Di fatto la competizione sarebbe una opzione solo per i livelli 2 e 3 in quanto per il livello 1 non è prevista la possibilità che il Mmg, neanche associato possa essere gestore.

La Regione Lombardia di fatto sembra introdurre la possibilità che il Mmg non sia o non debba essere il gatekeeper del sistema in quanto questo ruolo verrebbe svolto da chi all'interno di un Pdta va a costruire il Pai del singolo paziente.

Sarebbe utile interrogarsi nel momento in cui anche i Mmg fossero messi nella lista dei gestori all'interno della quale il paziente poi andrà a scegliere su quali possano essere gli elementi distintivi dell'offerta di servizi dei medici di medicina generale, associati si, ma come? A quali forme associative fa riferimento la Regione Lombardia? Alle Aft? Alle Uccp? Ad altro?

Quale è attualmente il portafoglio competenze e servizi dei Mmg? E quali tecnologie?

Visto che il paziente con Bpco deve fare le spirometrie come potranno i Mmg essere in grado di effettuarle?

La sensazione è che è vero che anche il Mmg (proattivo e/o associato) viene messo nella possibilità di candidarsi a gare il gestore per alcuni livelli (il 2 e il 3) di pazienti cronici ma forse il confronto con altre strutture, pubbliche o private, sia impari.

La seconda riflessione è relativa alla possibilità che il cittadino venga messo al centro e gli venga data la facoltà di confermare o disdire con cadenza annuale il gestore e quindi esprimendo un gradimento relativo all'estensore del

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile. Il logo della testata e i contenuti appartengono ai legittimi proprietari.

Pai.

La domanda vera è quindi relativa a quali possano essere le informazioni o i criteri alla base della scelta di un gestore e poi eventualmente alla sua conferma. È in grado di capire l'appropriatezza, l'efficacia del Pai? E se la risposta fosse no, sulla base di cosa sceglierebbe?

Non risulta particolarmente probabile che un paziente anche solo di livello 3, mono patologico, pensiamo con Diabete di tipo II, non insulino dipendente, non complicato abbia la cognizione della rilevanza di un fundus oculi fatto annualmente o una volta ogni due anni o della periodicità con cui debba essere monitorata l'emoglobina glicata.

In conclusione gli spunti introdotti dalla Delibera sembrano interessanti ma diverse perplessità permangono soprattutto in relazione al futuro della Medicina generale, a quanti aderiranno, a quanti verranno scelti dai pazienti all'interno della lista dei Gestori.

Sicuramente sarà interessante tra qualche anno effettuare uno studio per capire come è andata a finire, la medicina generale.

Emanuele Vendramini
Università Cattolica del Sacro Cuore sede di Piacenza

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Domanda, bisogni e pertinenza prevalente

	N. pazienti/utenti	Domanda	Bisogni	Pertinenza prevalente
Livello 1	**150.000**	Fragilità clinica e/o funzionale con bisogni prevalenti di tipo ospedaliero, residenziale, assistenziale a domicilio	Integrazione dei percorsi ospedale/domicilio/riabilitazione/sociosanitario	• Struttura di erogazione • Strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private accreditate
Livello 2	**1.300.000**	Cronicità poli-patologica con prevalenti bisogni extra-ospedalieri, ad alta richiesta di accessi ambulatoriali integrati/frequent users e fragilità sociosanitarie di grado moderato	Coordinamento e promozione del percorso di terapia (prevalentemente farmacologica e di supporto psicologico-educativo) e gestione proattiva del follow-up (più visite ed esami all'anno)	• Struttura di erogazione e Mmg • Strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private accreditate Mmg in associazione
Livello 3	**1.900.000**	Cronicità in fase iniziale, prevalentemente mono-patologica e fragilità sociosanitarie in fase iniziale, a richiesta medio-bassa di accessi ambulatoriali integrati e/o domiciliari/frequent users	Garanzia di percorsi ambulatoriali riservati/di favore e controllo e promozione dell'aderenza terapeutica	• Territorio • (Mmg proattivo)
Livello 4	**3.000.000**	Soggetti "non cronici" che usano i servizi in modo sporadico (prime visite/accessi ambulatoriali veri)	Accessibilità a tutte le agende ambulatoriali disponibili sul territorio	• Territorio • (Mmg)
Livello 5	**3.500.000**	Soggetti che non usano i servizi, ma sono comunque potenziali utenti sporadici	Sono solo "potenziali utenti"	• Territorio • (Mmg)

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile. Il logo della testata e i contenuti appartengono ai legittimi proprietari.