

In Lombardia il processo di (tentativo di) privatizzazione, almeno parziale, della medicina di famiglia inizia nel 2010, e viene messo nero su bianco nell'allegato 14 della Dgr n. 937 dell'1.12.2010, inerente le regole di gestione del sistema socio-sanitario del 2011.

In tale allegato Regione Lombardia giudicava negativamente l'organizzazione delle cure primarie affermando che "manca, in termini complessivi, delle premesse contrattuali e delle competenze cliniche, gestionali ed amministrative richieste ad una organizzazione che sia in grado di garantire una reale presa in carico complessiva dei pazienti cronici al di fuori dell'ospedale".

Nacque quindi la sperimentazione CREG, che presentava una forte analogia con il DRG, che è un sistema di tariffazione prevista per le prestazioni ospedaliere.

Se il DRG è una tariffa per una prestazione di ricovero, nel caso del CREG si trattava di una tariffa applicata alla cura territoriale di una malattia cronica, con la definizione di un nuovo modello organizzativo di presa in carico dell'utente da parte di un soggetto che avrebbe dovuto svolgere la funzione di provider e di case manager. Questo nuovo soggetto gestore doveva garantire la presa in carico dei pazienti e la continuità del percorso assistenziale interagendo con tutti gli attori coinvolti nella gestione della patologia.

I pazienti dovevano sottoscrivere un'adesione formale al percorso assistenziale, impegnandosi al rispetto dei protocolli previsti per la patologia di cui erano portatori.

I soggetti chiamati a svolgere il ruolo di provider per conto dell'Asl erano stati individuati in: **Aggregazioni di MMG, ONLUS, Fondazioni, Cooperative, Società ed Aziende di Servizio, Aziende Ospedaliere, Strutture ambulatoriali accreditate e a contratto sia intra che extraospedaliere**, ecc...

Per questi soggetti veniva messa a disposizione una quota predefinita di risorse (CREG); per ogni raggruppamento omogeneo di patologia veniva assegnata una tariffa che avrebbe dovuto coprire le spese per tutti i servizi extraospedalieri (prevenzione secondaria, follow-up, monitoraggio, specialistica ambulatoriale, protesica minore, ossigeno, farmaceutica), con l'esclusione della quota per i ricoveri per acuti, i ricoveri in riabilitazione e le quote di finanziamento dei MMG.

La sperimentazione, iniziata nella ASL di Bergamo, Como, Lecco, Milano e Melegnano, interessò le seguenti patologie croniche: Broncopneumopatie Croniche Ostruttive (BPCO), scompenso cardiaco, diabete di tipo I e tipo II, ipertensione arteriosa, cardiopatia ischemica, osteoporosi, patologie neuromuscolari.

Com'è specificato nell'Allegato 14 della DGR sulle "Regole", il contratto doveva essere formulato dalla ASL e condiviso dai soggetti accreditati e già a contratto e doveva definire: gli elementi caratterizzanti la centralità dell'assistito, l'elenco degli assistiti a cui assicurare la continuità di cura, da individuarsi a cura dell'Asl, la valutazione iniziale dei bisogni attesi, le modalità di sinergia, collaborazione e raccordo con le cure primarie e le funzioni ospedaliere e territoriali dell'ospedale, gli obiettivi da raggiungere con relativi indicatori di processo intermedi e finali (chiari, realistici e misurabili), la modalità di trasmissione delle informazioni, le modalità di pagamento, le modalità attuative dei controlli. La rendicontazione all'Asl delle attività rese agli assistiti da parte dei soggetti accreditati doveva avvenire attraverso una Scheda di Percorso Territoriale (SPT), in analogia a quanto avviene per i ricoveri ospedalieri con la Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO). In questa prima fase sarebbe stata comunque l'Asl a remunerare gli erogatori delle diverse prestazioni, emettendo fattura al soggetto gestore, responsabile del case management.

Il CREG comportava quindi una tariffa omnicomprensiva, che rappresentava la quota di risorse a disposizione di ogni malato cronico per poter fruire di tutte le prestazioni necessarie a tenere sotto controllo la sua patologia ed evitare forme di riacutizzazione ed aggravamento.

Già da una prima analisi il CREG non convinceva per i seguenti motivi:

- la tariffazione proposta, sul modello dei DRG, appariva finalizzata più al contenimento della spesa che non alla qualità dell'assistenza;

- il modello proposto, oltre che al contenimento della spesa, sembrava più rivolto alla cura della patologia che non alla cura della persona che può essere garantita solo da chi, come il medico di famiglia, grazie al rapporto di fiducia che ha con il suo assistito, svolge un ruolo non solo sanitario ma anche sociale insostituibile.

Come siano stati usati i soldi pubblici destinati a finanziare il CREG è ben evidenziato in un articolo dal titolo provocatorio "L'affaire CREG" scritto da Giancarlo Testaquatra;

*"Nella Lombardia della "celeste eccellenza sanitaria" nel 2011 in una "prospettiva di cambiamento epocale" (così recita la DRG n. IX/000937 del 01/12/2010) nasceva la sperimentazione Creg, "una innovativa modalità di presa in carico dei pazienti a fronte di una quota predefinita di risorse (la tariffa Creg)": apripista 5 Asl (Milano Città, Milano 2, Bergamo, Lecco, Como) con "oltre 200.000 malati cronici potenzialmente coinvolti". Viene così proposto ai Medici di famiglia di partecipare alla sperimentazione ma fin dall'inizio i Sindacati Snam, SMI, Intesa Sindacale, alcuni Ordini dei Medici e puntuali articoli sulla stampa di settore (Mangiagalli e altri, Caimi, ecc.) sollevano critiche e perplessità di non poco conto sul metodo e sul merito cui nessuno ha provato a dare una risposta con argomenti che non siano la profetica ed ineluttabile visione di un futuro Creg luminoso; non c'è quindi da stupirsi se il risultato non sarà quello sperato... Nel marzo 2012, in conferenza stampa, i vertici regionali nel fare il punto della situazione con i dati disponibili esprimono soddisfazione. Ai nastri di partenza nella primavera del 2012 le neonate cooperative Creg sono costituite da circa 415 Medici (su un totale di 2241 nelle 5 Asl!), sono diventati soltanto 96.000 i malati potenzialmente arruolabili e sono circa 40.000 (neanche la metà!) i malati cronici che aderiscono alla sperimentazione. Queste cifre lette con attenzione sono impietose e si dovrebbe parlare di un clamoroso naufragio... se non ci fosse la "scialuppa di salvataggio" bergamasca! Infatti, a Bergamo, aderiscono, alla neonata Cooperativa IML, 206 Medici di assistenza primaria (su un totale di 707) e vengono reclutati 22.555 pazienti: un risultato che permette alla Direzione Generale Sanità di proseguire nei suoi programmi e che pone inevitabilmente sotto i riflettori l'Asl di Bergamo e la cooperativa IML. La cooperativa bergamasca ha "reclutato" 22.555 pazienti e l'Asl di Bergamo, d'intesa con la Direzione Generale Salute e come previsto dal contratto che ha stipulato con la cooperativa IML riconosce per la start-up un compenso doppio dato che sono stati "reclutati" più di 18.000 pazienti (valore limite) e per "la complessità organizzativa che la gestione degli stessi ha comportato" (sic!). Così a maggio 2012 vengono liquidati alla cooperativa 1.505.837€. All'inizio del 2013 si fa la prima rendicontazione seguendo la nuova sperimentale modalità di compenso (tariffa Creg) e le regole del contratto. Viene liquidato dall'Asl per il primo anno (2012) di "faticosa" presa in carico 1.198.252,00€. Tutto come previsto...ma con una sorpresa! Nella elaborazione dei dati del 2012 risultano utilizzabili per la valorizzazione 13.496 malati cronici! Ma non ne erano stati reclutati 22.555 assistiti e l'Asl per aver superato la soglia dei 18.000 aveva liquidato non il 2% bensì il 4% del valore del Creg, cioè 1.505.837,00€?!? Dopo le inchieste giudiziarie, che travolgono i Vertici regionali fautori della mitica sperimentazione Creg e dopo le elezioni regionali del febbraio 2013 cambia lo sfondo politico. Nonostante ciò la DG Salute approva criteri uniformi a livello regionale per il calcolo della quota parte da riconoscere ai gestori Creg e a Bergamo (nel febbraio del 2014) questo determina una ulteriore remunerazione per la prima annualità (cioè 2012) di 427.603,00€ (...non bastavano le generose tariffe Creg!) e viene anche liquidato un acconto del 40% per il 2013 di 654.303,00€. Quindi in due anni di attività la cooperativa con in partenza 207 Medici, poi scesi a 184, e che ha reclutato inizialmente 22.555 assistiti diventati poi 13.496, ha incassato più di 3,5 Milioni di Euro speriamo a fronte di impegno e risultati che aspettiamo di sentire e che saranno sicuramente stupefacenti... per adesso di stupefacente c'è soltanto una cooperativa che nasce con capitale sociale di 100.000€ e che dopo due anni di attività ha visto arrivare nelle sue casse 3,5 Milioni di Euro (e manca ancora il restante 60% del 2013). A Milano forse qualche domanda se la saranno posta... Proseguire così? Imbarazzante! Interrompere? Traumatico! Allora... si cambia! "Cambiare perché tutto rimanga com'è"... La nuova Giunta regionale decide che per il 2014 la sperimentazione proseguirà (sic!) nelle 5 Asl già individuate (e ci mancherebbe altro!)*

stipulando nuovi contratti, eliminando le “tariffe CReG” e valorizzando il lavoro dei Medici per il follow-up Nattivo con una “quota di responsabilità” (responsabilità?!) da corrispondere alla cooperativa per ogni paziente arruolato. Quindi l’innovativa “tariffa Creg”, cuore della epocale sperimentazione, muore senza rimpianti ma si continuano a foraggiare le cooperative Creg: a Bergamo a fronte di obiettivi facilmente raggiungibili (... le male lingue dicono già tarati sui due anni precedenti) la cooperativa riceverà per il 2014 la bellezza di 84€ + iva per ogni assistito seguito in “modalità sperimentale”!!! Quest’estate il libro bianco sullo sviluppo del sistema sociosanitario in Lombardia cita comprensibilmente l’esperienza Creg ma lo fa con sguardo “di parte” ... si sbandierano la riduzione degli accessi al P.S. e dei ricoveri ospedalieri ma si omette che con il bias di selezione di questa “sperimentazione” parlare di risultati con una qualche valenza è a dir poco velleitario. Speriamo che il modello organizzativo Creg sia ricordato soltanto per la discutibile presa in carico “paternalistica-orwelliana” che lo caratterizza e non anche per il discutibilissimo utilizzo, forse è meglio parlare di spreco, di denaro pubblico unico nel suo genere...

Dr. Giancarlo Testaquatra - Segretario regionale SIMeT Lombardia”

Nonostante i dubbi e le perplessità sollevati dal CREG, in regione Lombardia si decise di proseguire sulla strada intrapresa. La delibera regionale X/4662 del 23.12.2015 ipotizzava un sistema di presa in carico che presentava evidenti anomalie poste all’attenzione dell’allora Presidente della Regione Roberto Maroni dal sottoscritto con lettera inviata in data 22 febbraio 2017:

“Egregio Presidente,

voglia cortesemente prendere in esame quanto segue.

**Delibera X-6164 del 30.10.2017**

La legge regionale di riforma del sistema sanitario lombardo prevede al comma d) dell’articolo 2 la “separazione delle funzioni di programmazione, acquisto e controllo da quelle di erogazione, svolte dal vertice dell’organizzazione dell’articolazione territoriale del SSL”.

Nella delibera X-6164 del 30.10.2017 è stata fatta una suddivisione dei bisogni della persona in cinque livelli; I cittadini appartenenti a livelli 1, 2 e 3 dovranno sottoscrivere un patto di cura con il gestore che li prenderà in carico.

La presa in carico avviene attraverso il **PAI**, il piano assistenziale individuale. “Il PAI è un documento di sintesi del programma annuale di diagnosi e cura, attraverso il quale il medico responsabile della presa in carico documenta la tipologia e cronologia degli interventi diagnostico-terapeutici necessari alla persona sulla base del quadro clinico. Il Medico di Medicina Generale può eventualmente integrare le informazioni contenute nel PAI, provvedendo a darne informativa al Gestore, ma non modificarlo essendo la responsabilità del PAI in capo al Gestore”.

I gestori sono quindi nello stesso tempo i soggetti che predispongono il PAI, cioè la programmazione delle attività di presa in carico, e gli erogatori delle attività di presa in carico programmate nel PAI, **in evidente difformità da quanto previsto nel già citato comma d) dell’articolo 2 della legge 23/2015, che prevede invece la separazione fra le funzioni di programmazione e quelle di erogazione.**

Inoltre, poiché al gestore verrà corrisposta una remunerazione a budget in funzione delle classi di patologia, nel momento in cui esso è il soggetto che predispose il PAI, un incremento del margine di guadagno potrebbe essere ottenuto attraverso la contrazione delle prestazioni socioassistenziali e sanitarie previste nel documento.

La compilazione del PAI sulla base di indicazioni regionali non è una condizione di garanzia per la tutela della salute del cittadino; se così fosse infatti basterebbe utilizzare un PAI precompilato dalla Regione e non ci sarebbe bisogno di un medico per redigere il documento.

Infine la compilazione del PAI da parte del gestore esautorava il medico di famiglia da funzioni e compiti previsti dall’ACN. In particolare l’art. 13 bis prevede che il medico di famiglia **assume il governo del processo assistenziale relativo a ciascun paziente in carico** e che ciò costituisce responsabilità individuale del medico.

*L'unica soluzione per fornire adeguate tutele alla salute dei cittadini ed evitare un contenzioso legale davanti al TAR di cui il SIMET si farà senza ombra di dubbio carico è che la compilazione del PAI sia affidata al medico di famiglia che, per i motivi sopra esposti, **non potrà assumere compiti di gestore**.*

*Il tale modo si ristabilisce la correttezza della filiera assistenziale: il medico di famiglia compila il PAI, il cittadino sceglie il gestore che lo prenderà in carico sulla base delle indicazioni contenute nel PAI, l'ATS controlla che medico di famiglia e gestori si siano adoperati nel modo corretto con il fine ultimo di garantire al cittadino la soluzione più idonea alla gestione delle sue patologie croniche”.*

**Nella stessa delibera veniva prevista la nascita delle AFT, a tutt'oggi sul territorio regionale non ce n'è nemmeno una.**

Sono state quindi adottate dalla Regione Lombardia numerose delibere (fra cui la n. X/6551 del 4.5.2017, la n. X/7655 del 28.12.2017, la n. XI/754 del 5.11.2018, XI/1863/2019) che, nonostante le contrarie opinioni manifestate dalla Categorie interessate (anche a fronte della precedente negativa esperienza sopra ricordata) e dalle relative Organizzazioni sindacali, hanno sviluppato il percorso di cura del paziente cronico già indicato nella delibera n. X/6164 del 2017

In sintesi la situazione attuale è la seguente:

- Il PAI, piano assistenziale individuale, strumento indispensabile per la gestione clinica del paziente cronico, può essere redatto solo da un medico di famiglia che ha aderito al progetto di “presa in carico del paziente cronico” di Regione Lombardia;
- Il medico di famiglia che ha aderito al progetto di presa in carico può erogare numerose prestazioni sanitarie che Egli stesso prescrive, da solo o tramite accordi con erogatori anche privati;
- I pazienti del medico di famiglia che ha aderito al progetto hanno un accesso prioritario rispetto agli altri cittadini alle prestazioni sanitarie (“saltano la coda”);
- Gli assistiti del medico di famiglia che hanno aderito al progetto sottoscrivono “un patto di cura” che li vincola per un anno ad usufruire delle prestazioni sanitarie erogate dalla struttura scelta dal gestore;
- Il gestore può essere anche un soggetto diverso dal medico di famiglia, ad esempio una struttura privata, che tramite il suo medico redige il PAI ed effettua le prestazioni che nel PAI sono previste, e comunque mantiene un ruolo preponderante nel percorso di cura, ivi compresa la funzione di “erogatore”.
- Il medico di Medicina Generale che non ha aderito al progetto non può redigere il PAI, e può continuare ad assistere i suoi assistiti cronici/fragili che abbiano aderito alla riforma, solo per le patologie residuali !!! Inoltre i pazienti cronici di tale medico che non abbiano aderito, per accedere alle prestazioni sono penalizzati nelle liste di attesa, diventate lunghissime a causa del progressivo definanziamento del sistema pubblico a favore di quello privato.
- la riforma prevede inoltre che in caso di pazienti cronici o fragili “pluripatologici” , il percorso di cura dei medesimi possa essere comunque sottratto al medico di famiglia anche aderente alla riforma, ove il “gestore” ritenga opportuno affidarlo a un medico “specialista”, anche se non in possesso del titolo di formazione specifica in Medicina Generale...

Per l'avvio di tale percorso di “presa in carico” (adottato in via “sperimentale” ed in assenza di istruttoria o quanto meno di acquisizione di dati tecnici che attestino la convenienza ed efficienza del nuovo sistema) sono stanziati e versate cifre mirabolanti, a partire dalle ripetute lettere inviate ai cittadini per sollecitare l'adesione dei medesimi al nuovo sistema... che ciò nonostante non ha certo ad oggi ottenuto la unanimità delle adesioni, ma solo un quota limitata, sia da parte dei medici che dei pazienti,..

Un'altra rilevante quota di denaro pubblico è stata stornata verso il privato attraverso il finanziamento del “Centro dei Servizi”, ovvero la struttura che dovrebbe accompagnare il paziente cronico nel suo percorso di cura.

In media stiamo parlando di circa 40/45 € per paziente cronico all'anno (DGR XI/1863/2019); questi in Lombardia sono stati calcolati essere 3 milioni e mezzo di persone.

Il Centro dei Servizi fissa gli appuntamenti al paziente e glieli ricorda, ad es. tramite sms, poco prima della data di esecuzione di visite ed esami.

**Se tutti i pazienti cronici avessero aderito a questo modello, Regione Lombardia avrebbe versato almeno 140 milioni di euro l'anno di soldi pubblici nelle casse di soggetti privati (nella stragrande maggioranza dei casi).**

Sulla carta sembrerebbe essere un SSR che si prende cura del cittadino e lo segue nel suo percorso di cura, ma in realtà le cose sono differenti.

I 3 milioni e mezzo di pazienti cronici in misura rilevante sono persone più che efficienti che non necessitano di un centro servizi che eserciti a loro sostegno la funzione di "segretaria.

Chi scrive è affetto da 2 patologie croniche, gestisce i percorsi di assistenza e cura di 1500 persone, si è dotato della collaborazione di una segretaria e di un'infermiera; inoltre è responsabile regionale di una delle organizzazioni sindacali firmatarie dell'Accordo Collettivo Nazionale dei medici di famiglia (Intesa Sindacale). Non credo proprio di avere bisogno di un Centro Servizi e preferirei che i soldi pubblici, piuttosto che essere spesi in questo modo, venissero utilizzati per il potenziamento del servizio sanitario pubblico.

In Lombardia si fa, nella pratica, confusione con quanto in teoria è ben noto agli amministratori della Regione; si confonde la cronicità con la fragilità, che sono due cose ben differenti.

Sempre nella famosa delibera di dicembre 2015 la fragilità viene così descritta "*.... fa riferimento al concetto di fragilità proposto nel 1988 dalla Consensus Development Conference on Geriatric Assessment Methods del National Institute of Health americano, che ha definito 'fragili' le "persone che manifestano grande complessità medica e vulnerabilità, malattie con presentazioni atipiche o oscure, grossi problemi cognitivi, affettivi e funzionali, sono particolarmente suscettibili alla iatrogenesi, spesso isolati socialmente, poveri economicamente e ad alto rischio di istituzionalizzazione prematura o inappropriata".*

Se in Lombardia i cronici sono 3 milioni e mezzo, i fragili non superano le 300.000 unità.

Quest'ultimi sono quelli che hanno realmente bisogno di un insieme di misure tra cui quelle messe in campo per l'intera platea dei cronici/fragili; si è trovato un sistema per incrementare il flusso di denaro verso i Centri dei Servizi", gestiti per lo più da cooperative di medici di famiglia (in piccolissima parte) e soprattutto da grossi gruppi imprenditoriali privati sovradimensionati di 12 volte rispetto alle reali necessità.

Nell'attuale emergenza sanitaria in Lombardia ci sono stati molti più decessi rispetto alle altre regioni. Le cause possono essere diverse, ma sicuramente fra esse spicca anche **la mancata applicazione delle legge 180 (Legge cosiddetta "Balduzzi") che prevedeva l'agggregazione dei medici di famiglia in AFT.**

Le AFT avrebbero permesso alla medicina di famiglia di rispondere in maniera adeguata alle richieste che provenivano dal territorio, avrebbero consentito di evitare che una parte di malati arrivassero all'Ospedale quando ormai era troppo tardi o quando gli Ospedali non erano in grado di garantire le adeguate cure perchè sovraccaricati, avrebbero permesso di avere già pronte le "USCA" (create in fretta e furia per far fronte all'emergenza), avrebbero permesso ai Medici di Medicina Generale di avere una struttura organizzativa già pensata per gestire in toto i pazienti sul territorio. Le AFT sarebbero state la risorsa potenzialmente migliore per far fronte all'emergenza Coronavirus sul territorio... ma non sono mai state create, nonostante leggi nazionali lo prevedessero.

Dr Antonio Sabato  
MMG ATS Pavia