

I CREG DELLA REGIONE LOMBARDIA

Rischi od opportunità per la medicina generale?

La Regione Lombardia, con le "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario regionale per l'anno 2011", ha introdotto la sperimentazione del CREG (Chronic Related Group), inteso come "una modalità innovativa di presa in carico dei pazienti che, a fronte della corresponsione anticipata di una quota predefinita di risorse, deve garantire senza soluzioni di continuità e cali di cure, tutti i servizi extraospedalieri (prevenzione secondaria, follow up, monitoraggio persistenza terapeutica, specialistica ambulatoriale, protesica, farmaceutica) necessari per una buona gestione clinica organizzativa delle patologie croniche". Le innovazioni previste sono profonde e, se il percorso avviato in alcune ASL sarà esteso a tutto il territorio regionale, cambierà l'attuale assetto dell'assistenza primaria. Il contributo di Vittorio Caimi solleva osservazioni e domande dal punto di vista del Medico di medicina generale, aprendo lo spazio per un confronto nel merito del processo avviato.

p.p.

L'aspetto che più colpisce dei CREG (Allegato 14, DGR IX/973/10; DGR IX/1479/11; DDS 4383/11) è la comparsa improvvisa, come fulmine a ciel sereno, non preceduta da un'adeguata discussione e preparazione, perlomeno al di fuori delle stanze di palazzo, come avrebbe meritato un progetto che, se andrà in porto, prevede una vera e propria rivoluzione nell'assistenza primaria; e anche ora, in pieno avvio della fase sperimentale che riguarda 5 ASL (Milano, Melegnano, Bergamo, Lecco e Como) l'attenzione sembra tutta polarizzata sul "che cosa e come fare" per rispondere alle indicazioni regionali, mentre non è altrettanto diffusa una seria riflessione su ciò che comporteranno tali scelte per l'assistenza primaria e, *in primis* per il lavoro del Medico di medicina generale (MMG). In realtà, a giochi però già fatti, qualcosa si è mosso sul piano istituzionale: la FIMMG si è schierata apertamente a favore del progetto, mentre tra i critici vi è ad esempio lo SMI (Sindacato medici italiani), l'Ordine dei Medici di Milano per questioni deontologiche e l'UMI (Unione medici italiani); per quanto riguarda invece la Medicina generale (MG) si sono succedute diverse mail prevalentemente contrarie nella lista di discussione telematica MIR (Medicina in Rete), e, sempre con lo stesso tono, è stata avviata una raccolta di firme,¹ e istituito un gruppo di discussione su Facebook, dal significativo titolo "CREG, no grazie".²

I CREG E L'EVOLUZIONE DELLA MEDICINA GENERALE IN LOMBARDIA

L'impressione è quella di una forte e improvvisa accelerazione di un percorso ormai in atto da diversi anni, e che ha coinvolto diverse ASL in progetti di governo clinico che, attraverso le loro diverse articolazioni locali (elaborazione di Percorsi diagnostico-terapeutici condivisi con l'Assistenza specialistica, progetti di *audit*, sperimentazione di nuove forme organizzative e altro ancora), hanno avuto come oggetto proprio il miglioramento dell'assistenza ai pazien-

ti portatori di patologie croniche; mettendo al centro del processo il paziente e il suo rapporto di fiducia con il proprio MMG. Tutte cose che fanno parte del modo "normale" di agire della Medicina generale, come ripreso dalla definizione europea della Medicina generale di WONCA Europa del 2002; ma con un valore aggiunto che si può identificare a vari livelli: l'ampliamento del confronto e collaborazione "interna" alla MG; il suo avvicinamento all'apparato organizzativo dell'ASL; la condivisione degli obiettivi tra MG e Assistenza specialistica; l'elaborazione di strumenti operativi condivisi; l'adozione di strumenti di valutazione degli interventi. Ma c'è di più: pur nella cronica precarietà e incertezza legata a finanziamenti mai sicuri ma rinnovati di anno in anno, si percepisce chiaramente che tali attività si sono sempre più radicate e ampliate in questi anni, costituendo un vero e proprio progetto culturale che, per definizione, ha bisogno di tempo per realizzarsi compiutamente.

Ma non basta: a tutto ciò si devono aggiungere altre esperienze significative di *audit* e rendicontazione di gruppi di MG, o in gruppi locali o partecipanti a reti di rilevanza nazionale; in prevalenza finalizzate proprio alla valutazione e miglioramento della qualità dell'assistenza al paziente portatore di problemi cronici.³

Tali esperienze hanno dimostrato, dai *report* pubblicati, che la MG, sia con lo stimolo dell'ASL (governo clinico), sia con scelte professionali autonome (le ultime citate), con una minima organizzazione e dotandosi di strumenti molto semplici, è in grado sia di "rendicontare" la propria attività, sia di raggiungere risultati significativi nel miglioramento dell'assistenza al paziente con problemi cronici, raggiungendo importanti obiettivi anche sul piano della razionalizzazione delle risorse (spesa farmaceutica, ambulatoriale e per ricoveri; Auxilia et al., 2011).

Si può dunque dire che il progetto CREG non nasce su un terreno vergine, e allora viene spontanea una domanda: che bisogno c'era di immaginarsi qualcosa di radicalmente diverso, anzi-

ché procedere a diffondere e sviluppare sempre di più un progetto già in atto e che ha dimostrato di dare buoni frutti? Il motivo della proposta regionale dei CREG sembra si possa leggere nella Premessa all'Allegato 14 (tavola 1). I pur discreti risultati ottenuti da molte delle esperienze prima indicate non bastano, restano fuori ancora tanti pazienti cronici che non seguono le indicazioni dei PDT, dando luogo ad aumenti di spesa dovuti a ricoveri e a morbilità che potrebbero essere evitati con un'organizzazione diversa e più incisiva.

Si tratta inoltre di passare da un'adesione spontanea, e quindi non generalizzata, dei diversi attori a un progetto che si pone come "sistema" diffuso, in grado di dare risposte omogenee a tutti i cittadini della Lombardia; cercando di risolvere "una delle criticità maggiormente evidenziate dai cittadini", che è "l'insufficienza di continuità delle cure" (Allegato 14).

Si parla in sostanza di un fallimento delle cure primarie (e quindi anche della MG) a svolgere un ruolo efficace nella gestione della cronicità, ma ci si può d'altro canto domandare quanto è stato fatto finora, al di là dei facili slogan, per investire seriamente su di esse, mettendole in grado di svolgere i compiti che competono loro. Per quanto riguarda la MG, si ha la sensazione di una marginalizzazione sempre più evidente nel SSN, con scelte che le assegnano sempre più incombenze burocratiche e le sottraggono nei fatti quelle strettamente cliniche, a partire dalla colonizzazione del territorio da parte di mini-cliniche ospedaliere sui più svariati problemi di salute, per finire alla più recente creazione della Farmacia dei servizi (DM del 16/12/10). E un segnale di questo sta ad esempio nella raccolta di firme segnalata all'inizio, che ha proprio il titolo "A difesa del ruolo clinico del medico". Ma la responsabilità di questa progressiva deriva non è da ricercare solo a livello di scelte istituzionali, ma anche della stessa MG, che non ha saputo in questi anni proporsi come interlocutore "forte" e autorevole (e soprattutto in grado di fornire "dati" e "dimostrazioni" di ciò che fa, a livello diffuso) di fronte alle continue minacce al proprio ruolo.

LA MEDICINA GENERALE E LA "FILOSOFIA" DEI CREG

Prima di vedere se e come la MG sarà in grado di raccogliere la sfida indicata in tavola 1, è lecito chiedersi qual è il "senso" della proposta e, prima ancora se praticabile, se è da essa condivisibile.

L'idea è di creare un nuovo soggetto sul territorio, in grado di sostenere il confronto con l'Ospedale, sul piano sia clinico sia organizzativo e gestionale. La nuova organizzazione inoltre si basa su 3 pilastri tecnologici: BDA (Banca dati assistiti), PDT (Processi diagnostico-terapeutici di cure) e linee guida, e Criteri di remunerazione di servizio (DGR IX/1479/11). La finalità ultima è quella di "mantenere cronica la cronicità, il più possibile garantendo al soggetto il miglior compenso clinico, ritardando il più possibile il danno d'organo con le note conseguenze in termini di invalidità e/o disabilità" (Allegato 14).

Un concetto condivisibile è che finora la

gestione della "cronicità" è stata prevalentemente sulle spalle della MG, mentre la complessità dei problemi di questi pazienti richiede senz'altro un approccio più ampio, che coinvolga in un solo progetto tutti i diversi attori. Ma, come si vede, la proposta (DGR IX/1479/11) è forte e ambiziosa, e pone una vera e propria sfida alla MG. Infatti, se è vero che

essa avrà una sorta di "diritto di prelazione" per svolgere il ruolo di *provider* ("Le ASL [...] individuano il soggetto gestore del CREG [...] verificando in prima istanza la disponibilità a esercitare questo ruolo da parte dei Medici di medicina generale che avranno 30 giorni di tempo [...] per dare la propria adesione"), la Regione prevede in caso ciò non sia possibile, l'apertura ad altri soggetti (ad esempio ONLUS, Fondazioni, Aziende ospedaliere, Strutture sanitarie accreditate e a contratto sia intra- sia extraospedaliere, ecc.). Si immagina dunque una sorta di doppio ruolo per la MG: quello di continuare a svolgere la normale assistenza ai pazienti cronici ("I pazienti continueranno a fruire degli stessi servizi in atto e del MMG di loro fiducia") di MG appartenenti a forme associative ("Preferenzialmente i pazienti reclutati devono essere assistiti da un Medico di medicina generale che faccia parte di forme associative di gruppo e di rete") e, se e ove possibile, quello di assumere un ruolo organizzativo e gestionale assolutamente nuovo e complesso.

Si possono dunque fare diverse riflessioni:

- visto che la MG è stata finora in prima linea nell'assistenza al paziente portatore di cronicità, è veramente sorprendente che la manovra non l'abbia coinvolta nella fase preliminare di elaborazione: più che di una proposta, si tratta dunque di un progetto non negoziato e non negoziabile;
- si tratta di creare un organismo sul territorio in grado di competere con l'Ospedale, ma è evidente che non sono paragonabili le esigenze e le caratteristiche di quest'ultimo con quelle dell'assistenza extraospedaliere. Se la MG, che è "esperta" di questo campo, non sarà in grado di assumere tale ruolo, ci si chiede come possano esserlo gli altri soggetti indicati sopra, peraltro molto eterogenei fra loro; ipotizzando, ancora una volta, che il territorio possa essere guidato anche dall'Ospedale o da altre strutture specialistiche, oppure che tale funzione sia appaltata al privato, in entrambi i casi con competenze, interessi e obiettivi tutti da verificare nella loro coerenza con le necessità dell'assistenza alla cronicità sul territorio;
- è evidente che l'eventuale e prevedibile eterogeneità dei diversi gestori nelle varie aree può essere un problema, creando modalità e interpretazioni del ruolo (e quindi alla fine di assistenza) potenzialmente diversi; ma un'altra eterogeneità è anche più evidente,

TAVOLA 1 Alcuni passi della Premessa alla DGR 937/2010

"L'attuale organizzazione delle cure primarie manca, in termini complessivi, delle premesse contrattuali e delle competenze cliniche, gestionali e amministrative richieste a un'organizzazione che sia in grado di garantire una reale presa in carico complessiva dei pazienti cronici al di fuori dell'Ospedale. Il tanto evocato potenziamento delle cure extraospedaliere non può che realizzarsi favorendo, al di fuori dell'Ospedale, la crescita di un soggetto che sia in grado di sostenere il confronto con l'Ospedale, non solo in termini clinici ma anche gestionali e organizzativi".

"Solo una modesta quota dei soggetti può essere adeguatamente considerata 'in percorso' [...] ciò significa maggiori complicanze, ricoveri ripetuti e disabilità e, in termini economici, più costi evitabili."

Fonte: Allegato 14, DGR IX/937/11

Note

- 1 prosp.it/ruoloclinico
- 2 prosp.it/fbnocreg
- 3 Per esempio, rete UNIRE (digilander.libero.it/rete.unire) (Belleri, 2011); NETAUDIT (www.netaudit.org); Health Search (www.healthsearch.it); progetto RIS (www.bestsoft.it/products/ris); Pycenum Study (www.picenumstudy.com); e altre ancora.

TAVOLA 2 Requisiti organizzativi e funzionali per i soggetti gestori del CREG

- È previsto un unico gestore che coordini l'erogazione di tutte le prestazioni sanitarie individuate nel PDT o profilo di cura; le stesse saranno registrate in un EPR (*electronic patient record*), compatibile con il SISS, che dovrà essere aggiornato e reso accessibile agli attori individuati.
- È previsto un centro servizi [almeno 12h (8-20)/365 giorni], adeguato dal punto di vista tecnologico in termini qualitativi e quantitativi, con modalità codificate di gestione dei documenti comprovanti le attività sanitarie, coerenti con protocolli condivisi e conosciuti da tutti gli operatori.
- Il personale operante presso la centrale è di profilo tecnico-sanitario, dedicato, professionalmente qualificato, formato nei rapporti con gli assistiti, con aggiornamenti professionali annuali certificati.
- È necessario individuare una figura professionale responsabile del governo clinico complessivo delle attività (coordinatore medico).
- In relazione alla complessità e al bisogno del paziente il *provider* dovrà garantire la disponibilità di un responsabile (*case manager*) del caso clinico.
- Garanzia dell'eventuale fornitura, consegna, installazione, messa in opera, manutenzione e ritiro delle apparecchiature al domicilio del paziente, coerenti con i profili di cura relativi alla patologia.
- Esistenza di protocolli per l'installazione al domicilio di strumentazioni che preveda anche adeguata istruzione al paziente ed ai familiari.
- La fornitura ed il supporto di altri servizi associati quali la formazione.
- La raccolta, l'elaborazione, l'analisi, la trasmissione, il rendere disponibile del *dataset* concordato e dei dati rilevanti che includono gli allarmi e la gestione degli allarmi verso il punto di contatto.
- Lo sviluppo e l'implementazione delle interfacce di accesso ai sistemi.
- La fornitura di un servizio di *triage* sia clinico sia tecnico.
- La fornitura di un servizio per la *compliance* farmacologica e la personalizzazione del farmaco.
- Il supporto per la valutazione continua della qualità del servizio, coerente con gli indicatori di processo individuati.
- Sistema di raccolta ed elaborazione di documentazione informativa, questionari per la *customer satisfaction*, reclami e interviste ai pazienti.
- Protocolli di intesa/convenzione con gli attori del sistema coinvolti nell'implementazione del CREG.

Fonte: DGR IX/1479/2011

e riguarda il fatto che alcuni gestori saranno inevitabilmente anche erogatori di servizi per il CREG, altri no, con conseguenze la cui portata è difficile prevedere, a partire dal possibile conflitto d'interessi; infine, il territorio lombardo presenta caratteristiche geografiche diverse, dalla pianura alle zone montane, dai piccoli ai grandi centri urbani, con necessità organizzative prevedibilmente molto differenti tra loro;

- se dunque la MG sarebbe la candidata più scontata per svolgere il ruolo di *provider*, ci si chiede se sarà in grado di raccogliere, nella sua attuale condizione organizzativa, tale proposta. La risposta non può che essere negativa, se si tiene conto delle caratteristiche delle forme organizzative più diffuse e dei requisiti richiesti al gestore del CREG (tavola 2). L'unica possibilità che si può immaginare oggi per la MG è quella delle cooperative, e in effetti nell'attuale fase sperimentale si stanno proponendo in alcune aree come gestori dei CREG; ma esse hanno almeno finora una diffusione

molto limitata, per cui, o si immagina un loro significativo allargamento, o si prevede, come detto prima, una situazione a macchia di leopardo con gestori diversi. Inoltre, non è facile per le stesse Cooperative assolvere a tutti i requisiti richiesti, per cui già si intravede una necessità di "esternalizzare" alcune funzioni importanti, e quella più critica sembra essere il Centro Servizi;

- il progetto CREG si basa sull'assunto che migliorando i processi si migliorano gli esiti; in particolare, utilizzando PDT e linee guida ci si attende che si ritardi "il più possibile il danno d'organo con le note conseguenze in termini di invalidità e/o disabilità" (Allegato 14). La cosa non è così scontata, come sembrano indicare ad esempio i primi risultati pubblicati del *Quality and Outcomes Framework* (QOF),⁴ il nuovo contratto dei MG inglesi, introdotto nel 2004 come parte del GMS (*General Medical Services*). In Sarumaga et al. (2011) sono presentati i primi risultati relativi all'ipertensione arteriosa, in cui si dimostra che, nonostante l'incentivo economico previsto per i GP (*pay for performance*), non si sono

verificati cambiamenti nel monitoraggio della pressione arteriosa, nel grado di controllo o intensità della terapia; e che non si sono verificati effetti sugli esiti correlabili all'ipertensione (incidenza di ictus, infarto, insufficienza renale e cardiaca e mortalità per tutte le cause). Bisogna poi aggiungere che la maggior parte dei GP hanno raggiunto il massimo livello di tutti gli indicatori di qualità previsti; e che il nuovo contratto inglese, a differenza dei CREG, è stato pensato proprio investendo importanti risorse sulla MG stessa, assumendola come fondamento del NHS. Come ha affermato di fronte a questi risultati un MMG (M. Tombesi, citazione personale), "I motivi di tale fallimento possono essere diversi, ma probabilmente gli entusiasti della 'qualità misurata' dovrebbero ridimensionare le loro certezze, o perlomeno non correre il rischio di trasformare i vari indicatori di processo e di *performance* in obiettivi, perdendo di vista gli indicatori di esito".

- un'altra notazione riguarda l'identificazione degli strumenti previsti dal progetto, in particolare i PDT, che sono stati sviluppati in questi anni da diverse ASL lombarde, e che, a differenza delle linee guida, hanno l'obiettivo di rispondere alle esigenze, caratteristiche e risorse di una determinata realtà locale. Si opererà dunque per un'eterogeneità anche di tali strumenti, salvaguardandone la natura fortemente legata allo specifico contesto in cui sono stati elaborati, o si sceglierà un unico PDT "medio", accettandone i limiti di trasferibilità (eventualmente permettendo adattamenti locali)?

LA MEDICINA GENERALE E LA GESTIONE DEL PAZIENTE PORTATORE DI PROBLEMI CRONICI

Già ora, e lo sarà sempre più in futuro, il paziente con problemi cronici assorbe la maggior parte dell'attività del MMG. Si tratta di una categoria di pazienti molto eterogenea, comprendendo cronicità in qualche modo stabili, ben controllate, come unico problema del paziente; fino a situazioni caratterizzate invece da comorbidità, trattamenti complessi, instabilità, difficile controllo. A complicare il quadro si possono aggiungere problemi di *compliance*, sia alle terapie sia al *follow up*; la questione della percezione soggettiva del rischio che, come spesso dimostrato dalla letteratura, tende a essere sottostimata dal paziente rispetto a quanto pensa il medico; lo stesso concetto di cronicità non è poi così scontato, se è vero che il paziente non raramente interpreta le eventuali riacutizzazioni come singoli problemi acuti, anziché come parte di una malattia che dura nel tempo. Infine, i percorsi assistenziali, in parte determinati dal MMG e in parte scelti autonomamente dal paziente, dove non è sempre facile per il MMG "tirare le fila" di ciò che sta facendo e succedendo al paziente stesso, quando quest'ultimo non gli viene più o meno completamente "sottratto" dallo specialista per una parte più o meno lunga dell'assistenza. E tale rischio è certamente maggiore nei grandi centri urbani, ove l'offerta di servizi pubblici e privati è tale da

soddisfare qualunque bisogno vero o presunto del paziente.

Alle tante complessità di natura prevalentemente clinica prima indicate se ne possono poi aggiungere altre, che hanno a che fare con la sfera più strettamente socio-assistenziale. Infatti la cronicità diventa ancora più problematica quando si somma ad esempio con l'anzianità, il vivere da soli, la riduzione dell'autonomia, l'impossibilità a deambulare, quindi ad accedere ai servizi assistenziali e altro ancora. Soprattutto in questi casi (ma in modo più semplificato anche in quelli meno complessi) il MMG si deve relazionare non solo con il singolo paziente, ma anche con una rete di riferimento spesso molto ampia e articolata che gli ruota intorno, che si auto-definisce e si costruisce di volta in volta, a seconda delle caratteristiche del contesto e dei problemi da affrontare. Il concetto di rete di assistenza presente nei CREG non è dunque per nulla nuovo, è costituzionale e irrinunciabile in MG, dove si caratterizza per il suo costruirsi dinamicamente e in modo spesso imprevedibile (in cui tra l'altro il MMG non necessariamente svolge un ruolo centrale).

Un elemento infine che caratterizza tutti gli aspetti dell'assistenza in MG visti sopra (nella fase diagnostica, terapeutica, nella scelta dei percorsi e nella stessa definizione di malattia) è quello del "negoziato", inteso come confronto di due "agende", quella del medico e quella del paziente, alla ricerca della soluzione più opportuna e accettabile nella specifica situazione. Con tutto ciò non si intende ovviamente sostenere l'esistenza di una situazione del tutto caotica e imprevedibile, e nemmeno l'inutilità, perlomeno come riferimento e strumento di lavoro, di PDT, linee guida o altro; ma semplicemente affermare la complessità, più o meno marcata, in cui si muove la MG e soprattutto di fronte a problemi cronici che richiedono attenzione e programmazione duratura nel tempo. E proprio per rispondere almeno a una parte dei problemi indicati, la MG ha da tempo cercato di attrezzarsi meglio, organizzando, con l'indispensabile aiuto di personale infermieristico e di segreteria, esperienze di ambulatori per problemi, cioè servizi di assistenza proattiva, accanto alla comune assistenza *on demand*.

LA GESTIONE DELLA CRONICITÀ NEI CREG

Se questa è la modalità normale della MG di "prendersi cura" della cronicità, ci si può chiedere se anche i CREG vi attribuiscono lo stesso significato. A questo riguardo si propongono le seguenti riflessioni:

- il punto di partenza è l'identificazione dei pazienti cronici, che verrà attuata "modificando gli attuali criteri di identificazione delle classi BDA (Banca dati assistito), proprio per renderli più pertinenti alle diverse fasi e necessità di cura e di assistenza della cronicità" (DGR IX/1479/11; DDS 4383/11). È evidente che tale impostazione, che prescinde totalmente da quanto il MG "sa" del suo paziente cronico, è in grado di comprendere solo una parte della complessità clinica e assi-

stenziale prima delineata; i calcoli matematici e statistici hanno una valenza orientativa media, ma raccontano poco della complessità della cronicità, in una visione orientata alla malattia più che ai problemi del paziente che sa molto di logica ospedaliera più che di assistenza primaria;

- l'enfasi sui processi (PDT e linee guida) che, si è detto a giustificazione del progetto, sono spesso disattesi dai pazienti (e dai loro medici), pone il problema di stabilire se e in che misura sono "ottimali" per il singolo paziente; considerando che molti hanno bisogno solo di sobrietà e di poche cose (e la *slow medicine* ora di moda fa parte da sempre del DNA della MG), il rischio è che il rispetto dei PDT faccia aumentare gli interventi sanitari quando questi non sono utili per raggiungere i veri obiettivi da perseguire (riduzione della morbosità, mortalità, ecc.); e il MMG rischia di perdere in parte il tradizionale ruolo di interfaccia con le persone, può parlare ma non accettare un linguaggio diverso da quello compatibile con il modello, e i pazienti a loro volta rischiano di non veder riconosciuta la loro possibilità di autodefinirsi;
- per quanto riguarda il ruolo previsto nel CREG per la MG, nell'Allegato 14 si afferma che: "il CREG non deve essere considerato esclusivo appannaggio dei MMG [...] In un contesto di territorio modellato sulle reti di patologia e di cronicità, i principali punti di raccordo della rete delle cure saranno i Medici di medicina generale, i Pediatri di libera scelta, le ASL, i soggetti erogatori di ricovero e cura e quelli extraospedalieri di specialistica ambulatoriale, che dovranno lavorare in sinergia attraverso una maggiore integrazione operativa". La dinamicità e imprevedibilità dei riferimenti (e quindi dei percorsi assistenziali) indicata al paragrafo precedente sembra peraltro ribadita anche nella DGR IX/1479/11, quando si afferma che "quando emerge un bisogno di natura sanitaria il primo compito è quello di rispondervi in una prospettiva che è quella del percorso del paziente, senza sentirsi a priori legati a un modello predefinito di intervento e a degli attori che lo realizzino in esclusiva"; ma sembra poi contraddetta più avanti, quando si parla di "prevedibilità e programmabilità di percorso" per la gran parte del decorso di molte malattie croniche. E, in effetti, su quest'ultima considerazione, più che sulle precedenti, sembra basarsi il progetto CREG, che alla dinamicità e imprevedibilità dell'assistenza ai pazienti del MG (non solo cronici), introduce inevitabilmente una manifesta "rigidità" del sistema, a partire dalla sottoscrizione da parte dei medici di "una formale adesione e accettazione dei protocolli e delle regole individuati a livello della ASL competente", e lo stesso paziente dovrà firmare "un consenso alla partecipazione al progetto". Il processo non è dunque solo organizzativo, ma richiede una sorta di fidelizzazione del paziente a un progetto clinico-assistenziale definito a priori e non negoziato con lui. Si tratta evidentemente di

Note

4 www.nice.org.uk/aboutnice/qof

Bibliografia

- Auxilia F., Peduzzi P., Lopiccoli S., Vazzoler C., "Percorsi di diagnosi e cura. Cure primarie e politiche sanitarie", *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 9-10, 2011: 6-10
- Belleri G., "Un modello di comunità professionale: la rete UNIRE di Brescia", *Avvenire Medico*, 1, 2011:15-17
- Ministero della Salute, DM 16 dicembre 2010, "Disciplina dei limiti e delle condizioni delle prestazioni analitiche di prima istanza, rientranti nell'ambito dell'autocontrollo e per le indicazioni tecniche relative ai dispositivi strumentali"
- Ministero della Salute, DM 16 dicembre 2010, "Erogazione da parte delle farmacie di specifiche prestazioni professionali"
- Regione Lombardia, Allegato 14, DGR IX/937 dell'1/12/2010, "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio socio-sanitario regionale per l'esercizio 2011"
- Regione Lombardia, DGR IX/1479 del 30/03/2011, "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio sanitario regionale per l'esercizio 2011", Il Provvedimento di aggiornamento in ambito sanitario
- Regione Lombardia, Direzione Sanità, Decreto n. 4383 del 16/05/2011, "Determinazioni in materia di CREG (Chronic Related Group), in attuazione della DGR n. IX/1479 del 30 marzo 2011"
- Serumaga B. et al., "Effect of pay for performance on the management and outcomes of hypertension in the United Kingdom: interrupted time series study", *BMJ*, 2011; 342: d108
- WONCA Europe, *La definizione europea della Medicina generale/Medicina di famiglia*, 2002

capire cosa significa tutto ciò, se un quadro di riferimento generale cui ispirarsi nelle scelte, per medico e paziente, o in qualche modo una "cogenza" che, come indicato in altri punti dello stesso testo, prevede meccanismi di premialità o all'opposto di penalizzazione, anche economica. La necessità di firmare un "patto", poi, non è di immediata comprensione, sembra una forzatura, soprattutto per il paziente, che si aspetta implicitamente che il proprio medico consigli sempre il meglio per affrontare e risolvere i suoi problemi;

- se, come dice l'Allegato 14, "una delle maggiori criticità [...] è l'insufficienza di continuità delle cure [...] quando sono necessari [...] molteplici interlocutori e/o diverse modalità assistenziali", ci si chiede come sarà possibile, e cosa si prevede di fare per superare la situazione attuale estremamente frammentata e in cui l'auspicata integrazione operativa dei diversi attori sembra più una parola d'ordine che una prospettiva facilmente percorribile; tenendo conto che il territorio, con le sue diverse articolazioni e differenze locali, non è certo paragonabile a quanto è più facile realizzare in ospedale;
- ma se di necessaria integrazione si parla, un aspetto che non viene esplicitamente citato come meriterebbe, e che, come abbiamo visto sopra, è spesso drammaticamente presente nell'esperienza del MMG, soprattutto di fronte alle situazioni più impegnative, è quello delle problematiche sociali e socio-assistenziali, che richiedono necessariamente una collaborazione e coordinamento con i Servizi sanitari per essere affrontate. Se questo non avviene, e si pensa a un sistema più orientato alle malattie che non ai problemi dei pazienti, si corre il rischio di vanificare o limitare l'efficacia di tutto il progetto;
- un altro aspetto che non fa certo parte dell'attuale pratica clinica del MMG è la prevista interazione con un *case manager*, in relazione alla complessità e al bisogno del suo paziente. Si tratta di capire quale sarà il ruolo reale di tale figura, se di controllo o di supporto nella gestione del caso difficile; ma in ogni caso si può immaginare una possibile limitazione dell'autonomia professionale del MMG.

ALTRE QUESTIONI APERTE

Senza ovviamente pretendere di essere esaustivi, si possono aggiungere ulteriori osservazioni e domande:

- l'adesione dei MMG e dei pazienti è, almeno nella prima fase sperimentale, volontaria: che succede a chi non aderisce? Si avrà un doppio sistema di assistenza alla cronicità? Cosa si prevede a regime (ancora adesione facoltativa od obbligatoria per tutti)? Può un paziente aderire al CREG se non partecipa il proprio MMG? In questo caso, chi si occupa della sua cronicità e di tutti i problemi connessi? Se non è il MMG, è ipotizzabile una riduzione della quota capitaria, in proporzione alla riduzione dell'impegno clinico verso un gruppo più o meno consistente di pazienti?

- la prevista rendicontazione, necessaria per valutare il funzionamento del sistema, la presentazione del progetto ai pazienti e la richiesta del loro consenso sarà un processo centralizzato a livello di gestore del CREG, o coinvolgerà direttamente anche gli operatori (*in primis* i MMG)? E In questo caso, è prevedibile un compenso economico per questa funzione o per altre incombenze che lo possono riguardare? L'esperienza su altri problemi molto meno complessi (per esempio, vaccinazioni antiinfluenzali, *screening* oncologici o altro) ha dimostrato che il tramite del MMG verso il proprio paziente è fondamentale per la riuscita, ma ovviamente la premessa (per nulla scontata) è che ne si convinto *in primis* proprio lo stesso MMG.

CONCLUSIONI

Il progetto CREG, come si è visto, è molto complesso, pieno di interrogativi e incognite che con il tempo dovranno essere risolte; un meccanismo *top down*, che non ha coinvolto nella sua progettazione chi dovrebbe poi realizzarlo; legato, nelle sue intenzioni, a una fiducia, tutta da dimostrare, che buoni processi conducano a buoni esiti assistenziali. Dal momento che un problema cronicità effettivamente esiste, si poteva fare diversamente? La MG, nell'espressione dei molti medici che in questi anni hanno investito nel migliorare la qualità del proprio lavoro, in maggioranza la pensa diversamente: si poteva investire di più sul miglioramento organizzativo e funzionale (personale, strutture, tecnologie) delle cure primarie, oppure concentrare gli sforzi non tanto a tappeto, su tutti i portatori di cronicità, ma solo sui pazienti più difficili e complessi, per condizione clinica e/o socio-assistenziale, e insieme su quelli, anche a basso rischio, che per qualsiasi ragione (tutta "da capire") hanno una bassa *compliance* a qualunque percorso di cura; quelli che, per intendersi, abbassano la media di qualunque statistica, ma per la loro fragilità sono a maggior rischio (e quindi potrebbero alzarla più di qualunque altro gruppo di pazienti, se solo si affrontassero seriamente i loro problemi), cui offrire attivamente un'opportunità di cura senza imporla.

Ma purtroppo le cose sono andate diversamente: la MG, *in primis* per la sua debolezza e incapacità, a livello non solo di poche eccellenze, ma diffuso, di dimostrare quanto vale ed è necessaria, si trova di fronte a una sorta di *aut aut*: prendere o lasciare. In questi termini, più che di una sfida si tratta di una sorta di ricatto, ricco di incognite sia per chi ci sta sia per chi decide di rifiutare. Si può solo sperare che, in una situazione di grande rischio di ulteriore marginalizzazione, la MG sappia trovare forza e coesione per non lasciare ad altri il compito di occuparsi di ciò di cui si è occupata finora per preciso mandato di Convenzione; e che la logica sperimentale dei CREG, prevista nella fase in corso, ne sappia valorizzare il prezioso contributo di critiche e suggerimenti, che deriva dall'essere "esperti" dell'assistenza al paziente portatore di cronicità. L'