

Gestione del paziente cronico: un nuovo ruolo per il MMG

Un contributo del dott. Angelo Rossi, MMG a Leno (BS), Segretario FIMMG Brescia e vice segretario vicario di FIMMG Lombardia

L'Autore illustra il nuovo ruolo dei MMG nel percorso di presa in carico della cronicità, le motivazioni dei medici che hanno aderito come gestori, le prime criticità emerse e alcune possibili aree di miglioramento.

a cura di Rosemarie Tidoli - mercoledì, giugno 27, 2018

<http://www.lombardiasociale.it/2018/06/27/gestione-del-paziente-cronico-un-nuovo-ruolo-per-il-mmg/>

La necessità di un nuovo modello di presa in carico

In Lombardia il 30% della popolazione (circa 3.2 milioni di persone) è affetta da una o più malattie croniche (tra cui diabete, ipertensione, malattie cardiovascolari, BPCO, etc.) le cui cure incidono per più del 75% sulla spesa sanitaria complessiva della Regione (circa 10 miliardi di euro all'anno).

Peraltro, visto l'aumento progressivo dei casi da trattare e la costante riduzione di risorse provenienti dalla fiscalità generale, le famiglie che si trovano a dover gestire pazienti con cronicità complicata (es. Alzheimer, SLA, insufficienza respiratoria etc.), con prospettive di ulteriore peggioramento sono gravate di un crescente fardello economico/assistenziale.

In un contesto che invecchia (e che quindi accresce i suoi bisogni sanitari e sociosanitari sia individuali che di comunità) non è sostenibile un modello di presa in carico (PIC) e di rimborso a prestazione.

Gli antefatti della riforma lombarda

Nel 2016 Il Ministero della Salute ha pubblicato il Piano Nazionale Cronicità (PNC) che fa riferimento al "Model of Innovative and Chronic conditions (ICCC)" (WHO 2002) [\[1\]](#).

Regione Lombardia tra il 2012 e il 2017 ha sperimentato un nuovo modello di presa in carico dei pazienti cronici, il "Chronic Related Group" (CReG), gestito attraverso cooperative di Medici di Medicina Generale. I pazienti inseriti in questo progetto hanno mostrato una significativa riduzione degli accessi in Pronto Soccorso e del tasso di ricovero ospedaliero, nonché un aumento dell'aderenza e dell'appropriatezza della cura. La positiva esperienza del CReG ha suggerito a Regione Lombardia lo sviluppo di un governo della cronicità come intervento prioritario nel Programma di Sviluppo Regionale (DCR 9 luglio 2013 X/78), nato come collaborazione tra la Regione e le DG Salute e DG Welfare del Ministero della Salute Italiano.

Il modello lombardo di PIC

Con le DGR 4662/2015, 6164 e 6551/2017 che definiscono [le condizioni di implementazione della Presa in Carico Cronici](#), Regione Lombardia si propone di far evolvere la sperimentazione CReG in coerenza con il DCR 9 luglio 2013 X/78 verso un servizio effettivo, esteso a tutti i pazienti cronici che risiedono in Lombardia.

[Come già sottolineato in precedenti contributi](#), l'obiettivo dell'iniziativa PIC è lo sviluppo di un modello integrato di gestione della cronicità che veda al centro il paziente, seguito in modo sinergico da operatori socio-sanitari coordinati da un Ente Gestore (cooperative di MMG, Asst, Ospedalità privata accreditata, RSA etc.)

Il nucleo della gestione è il Piano Assistenziale Individuale (PAI), personalizzato sulle esigenze socio-sanitarie del paziente e della sua famiglia.

Il progetto, [avviato a gennaio](#), è l'unico – di così ampia portata – in Italia che cerca di applicare il Piano Nazionale Cronicità[2].

Le basi del modello lombardo

L'ispiratore sia del PNC che della riforma lombarda è il modello ICCG: innovative care for Chronic Condition (WHO 2002). E' il secondo più citato in letteratura e riconosce che il vasto ambito delle scelte di politica sanitaria coinvolge i pazienti, le famiglie, le organizzazioni che gestiscono la salute e le comunità[3].

Il progetto di Regione Lombardia è in linea anche con altre iniziative simili che si stanno manifestando a livello Europeo, indipendentemente dalla tipologia di modello sanitario implementato[4].

Questi approcci si stanno tutti muovendo nella medesima **direzione di un maggiore orientamento sia al paziente, sia all'integrazione dei processi di assistenza socio-sanitaria.**

Il ruolo del MMG in Regione Lombardia

A fronte del contesto sopra delineato, il tradizionale ruolo del MMG in Lombardia sembra invece essere caratterizzato da un certo isolamento; il medico opera all'interno di un Accordo Collettivo Nazionale (ACN) che mostra le crepe di una mancata incentivazione di risultato e di integrazione, genera l'inseguimento delle specialità e la frustrazione della categoria (invecchiata e meno malleabile al cambiamento). Questo nell'ambito di un sistema in cui **il lento cambiamento dell'utenza con incremento degli assidui frequentatori (i cronici) produce un cogente bisogno di integrazione con altri operatori, mentre la pratica clinica corrente ha un focus sulla diagnosi e non sull'assistenza.**

Nel contesto evolutivo della sanità lombarda ed internazionale, quindi, i MMG in prospettiva potrebbero vedere ridursi il loro primato nella gestione del paziente a favore di organizzazioni sanitarie pubbliche o private che si candidano al ruolo di Enti Gestori del PAI di un paziente. Questo è però bilanciato dal fatto che i MMG, ove si associno in società cooperative, potranno giovare dell'effetto positivo infrastrutturale ed economico che deriva dal farne parte (personale di studio, economia di scala, infrastruttura informatica, standard di studio più elevati e accreditabili, etc.).

La sfida per i MMG gestori

A luglio 2017, 15 Cooperative di MMG in Lombardia si sono candidate come Enti Gestori. Esse sono costituite da un numero di medici variabile tra i 50 e i 700 per un totale di 2.300 MMG aderenti sui 6.000 (circa il 40%) MMG presenti in Regione Lombardia.

Rispetto all'iniziativa sperimentale del CReG, **i numeri in gioco sono decisamente più significativi**, come dimostrano sia la copertura del territorio lombardo garantita dalle Cooperative di MMG che il numero di MMG coinvolti (più del doppio rispetto a quelli che avevano partecipato ai CReG). Inoltre più dell'80% dei medici aderenti ha scelto di associarsi a Cooperative che superano i

100 membri, e più della metà di questi fa parte di Cooperative con più di 250 membri.

Per i MMG si tratta di **un'importante sfida di tipo organizzativo-gestionale che per la prima volta li vede presentarsi ai pazienti in forma associativa e con un portafoglio di servizi** (centro servizi, case manager, filiera erogativa, supporto informatico per gestione PAI e presa in carico): nelle aspettative della Regione ciò dovrebbe portare ad un miglioramento della qualità del servizio, ad una maggiore personalizzazione della terapia e ad una sempre più elevata integrazione delle prestazioni socio-sanitarie con gli altri operatori del settore. A ciascun Ente Gestore, in funzione dei pazienti arruolati, la Regione riconoscerà 10€/paziente/anno per la progettazione del PAI^[5] ed una tariffa media di circa 27.5€/paziente/anno per la gestione dei servizi di presa in carico. Un budget che, inevitabilmente, costringerà gli enti gestori a valutazioni di sostenibilità e del rischio di impresa. Se teniamo presente che un PAI ben elaborato necessita di almeno 45 minuti di tempo e se mettiamo in conto anche la necessità di concordare con il paziente piano di cura e consenso informato per la privacy, si può preventivare un'ora di tempo/paziente solo per il primo passo della PIC.

Non sono, quindi, le motivazioni economiche che hanno spinto i Medici di Medicina Generale ad aderire al progetto.

Le motivazioni dei MMG che hanno aderito alla PIC

Quali sono, dunque, queste ragioni? Il ruolo del MMG nel sistema socio/sanitario lombardo, storicamente ospedale-centrico, va ridefinito alla luce di quanto scritto. Il sistema necessariamente deve evolvere se vuol rispondere e “sopravvivere”, come sistema socio-sanitario universalistico, alle esigenze di una popolazione sempre più anziana e polipatologica.

In un sistema che evolve il Medico di Medicina Generale non può nascondersi...pena la sua scomparsa.

Esiste il mondo con la complessità, che richiede di integrarsi con gli altri attori sul palcoscenico del welfare. Inevitabilmente la figura del MMG dovrà uscire dallo “splendido” isolamento in cui dalla legge 833/78 in poi è relegato (anche a seguito di un Accordo Collettivo Nazionale che inevitabilmente sta mostrando tutti i suoi anni).

In questo nuovo contesto il ruolo del Medico di Cure Primarie dev'essere potenziato e valorizzato: attualmente solo il 40% dei MMG lombardi opera in forme organizzate e/o con personale di studio. La necessità di infrastrutture, della standardizzazione di strutture e processi di cura, di integrazione con gli altri operatori socio-sanitari, di personale di studio infermieristico e/o segretariale non può essere colmata da semplici proclamazioni di intenti, bensì da scelte gestionali e allocazione di risorse definiti da obiettivi di welfare; il fallimento sul piano dei risultati del Chronic Care Model, declinato in un sistema regionale “distretto-centrico”, dovrebbe aver insegnato qualcosa.

La creazione, grazie alla sperimentazione CREG, delle cooperative di MMG con il maggior numero di iscritti nel contesto italiano può contribuire a colmare le carenze infrastrutturali delle Cure Primarie e va nel senso di un potenziamento del ruolo e della visibilità del MMG nel sistema. Questo cambio di paradigma potrà essere quindi anche un'opportunità per la crescita delle competenze dei MMG nella conduzione di Cooperative come Enti Gestori del servizio PIC, ponendo di fatto le basi per la ristrutturazione dell'offerta socio-sanitaria lombarda. Ciò potrebbe permettere una maggior personalizzazione della cura per i singoli pazienti, maggiore qualità della terapia e maggiore efficienza nella gestione integrata dei servizi socio-sanitari.

PIC: primi dati e criticità emerse

Peraltro i primi dati sul progetto PIC, anche se non entusiasmanti (come sempre all'inizio di un processo di trasformazione, che è anche un processo di ricerca e sviluppo) stanno dimostrando che **il 90% degli arruolamenti sono stati effettuati da MMG**, sottolineando che questo è un progetto che ne definisce e valorizza il ruolo. La conferma di queste previsioni, che qualunque MMG aveva messo in conto, potrà aprire le porte a future prevedibili modifiche ed estensioni del modello che, se vorrà essere "di sistema", dovrà creare le condizioni per il coinvolgimento dell'altra "metà del cielo" delle Cure Primarie.

Almeno in questa prima fase, l'Ospedale sta mostrando le sue difficoltà ad aprirsi al progetto PIC.

La necessità d'investire una vocazione storica alla produzione di DRG per acuti e di aprirsi al "mondo" sta cozzando contro resistenze, prassi consolidate, carenza di personale, problematiche informatiche, data-silos di reparto, agende non "organizzate". Invertire le prassi di un sistema ospedale-centrico è un processo complicato e che richiederà tempo anche per le Cure di secondo livello: se si vorrà ottimizzare l'utilizzo delle risorse e l'appropriatezza, esse dovranno concentrarsi sui livelli di complessità maggiore (es. livello 1 della stratificazione di Regione Lombardia).

Peraltro le stesse criticità evidenziate dalle Coop di Medicina Generale nelle prime fasi di implementazione del progetto PIC (problematiche tecnologico/informatiche, di gestione delle agende/prenotazioni, di gestione dei centri servizi e ruolo dei case manager) **stanno diventando momenti di apprendimento per il sistema** che potrebbero portare, se risolte, ad un netto alleggerimento del carico di lavoro per i MMG, il personale del territorio e tutte le altre figure della rete socio-assistenziale.

Possibili aree di miglioramento

Alcune aree di miglioramento recentemente analizzate da un gruppo di coordinamento COOP/FIMMG di cui sono responsabile, grazie alla consulenza ed al supporto dell'università LIUC^[6] sono diventate proposte inoltrate a Regione Lombardia per migliorare il progetto e il sistema socio sanitario lombardo. Vi rientrano: soluzione delle problematiche tecnologiche e ottimizzazione del sistema SISS e del FSE, ricetta dematerializzata, interoperabilità e referti in scheda sanitaria/piattaforme dei MMG, operatività dei centri servizi e miglioramento dei sistemi di prenotazione, ruolo dei case manager, razionalizzazione e definizione dei rapporti con gli erogatori, contrattualizzazione di telemedicina e telemonitoraggio, identificazione di indicatori di processo e di risultato e loro monitoraggio, fra gli altri.

Le positive ricadute collaterali della soluzione di queste problematiche basterebbero, da sole, a giustificare per il MMG l'adesione alla PIC, nonostante tutti i sacrifici che la Categoria sta facendo per portarla al successo.

^[1] Il Piano Nazionale delle Cronicità prevede l'individuazione di 5 principali fasi che rappresentano il percorso del paziente, descrivendo aspetti peculiari e macro-attività per ogni dimensione individuata: stratificazione e targeting della popolazione; promozione della salute, prevenzione e diagnosi precoce; presa in carico e gestione del paziente attraverso il piano di cura; erogazione di interventi personalizzati per la gestione del paziente attraverso il Pai; valutazione della qualità delle cure erogate.

^[2] Il PNC deve infatti fare i conti con i diversi modelli già sviluppati da alcune Regioni ,ad es. Emilia Romagna, Veneto, Toscana.

^[3] Gli elementi fondanti di tale paradigma possono essere così sintetizzati: supportare un cambio di paradigma, gestire il contesto politico, costruire un sistema di cure integrato, allineare le policy di settore per la salute.

[4] UK: Integrated Care Programme, Waltham Forest, East London and City (WELC), (LGA, 2013).
Germania:The Kinzigtal-way, (Hildebrandt, Schulte, & Stunder, 2016). Olanda:Blue Care, (KPMG,
2014). Spagna:Model for Patients with Complex Chronic Conditions (MAMCC), (Contel, et al., 2015).

[5] Tale importo dovrà essere riconosciuto al MMG che realizza il PAI)

[6] Si fa riferimento all' incontro del 12 maggio 2018 a Cinisello Balsamo (MI), con i prof.ri Croce e Porazzi

PDF generated by Kalin's PDF Creation Station