

La PiC lombarda: evoluzione e confronto con altri modelli

Un contributo del dott. **Giuseppe Belleri** - MMG a Flero (BS)

Dopo aver ripercorso le tappe e l'evoluzione del percorso di presa in carico della cronicità facendone emergere i nodi più problematici, l'Autore compara il modello lombardo con quello di altre Regioni.

a cura di Rosemarie Tidoli - lunedì, marzo 04, 2019

<http://www.lombardiasociale.it/2019/03/04/la-pic-lombarda-evoluzione-e-confronto-con-altri-modelli/>

Le tappe del percorso di presa in carico della cronicità in Lombardia

Nel gennaio 2017 veniva pubblicata la prima delibera sulla presa in carico dei pazienti cronici (PiC) in Lombardia[1], primo esempio di traduzione dei principi generali del Piano Nazionale della Cronicità in processi clinico-assistenziali. Doveva però passare un altro anno, contrappuntato da altre 3 delibere, perché prendesse il via nella primavera del 2018 il [programma di effettiva presa in carico](#).

Ciononostante, l'apparato normativo non era ancora al completo: nel 2018 infatti, visti gli esiti non eclatanti dell'arruolamento dei pazienti cronici, si rendeva necessario un generoso restyling della PiC, che si concretizzava nell'accordo tra Assessorato e Federazione Regionale degli ordini, poi recepito nelle regole di sistema del 2019 (si veda un [precedente articolo](#)).

Di seguito vediamo schematicamente il percorso attuativo della PiC nel biennio 2017-2018, il suo impatto e il necessario adattamento per tentativi ed errori rispetto alla realtà di fatto.

L'evoluzione del modello lombardo

L'evoluzione della normativa è stata significativa, tant'è che **rispetto alla DGR 6164/017 l'ultima versione della PiC, datata fine 2018[2], è quasi irriconoscibile**. Il principio ispiratore della PiC prima versione era quello che ha guidato nell'ultimo ventennio la politica sanitaria lombarda: il quasi mercato sanitario interno, basato sulla separazione tra erogatori in concorrenza tra loro ed ente pubblico regolatore ed acquirente. Su queste basi la cronicità veniva "esternalizzata" ed appaltata ai cosiddetti Gestori, sia pubblici che privati, in competizione per offrire ai cronici i migliori servizi.

Tutti potevano candidarsi al ruolo di Gestori della cronicità, dalle Aziende Ospedaliere pubbliche alla variegata platea di Enti privati no-profit o for-profit, con l'eccezione delle ATS che dovevano invece svolgere i compiti "super partes" di regolatori, supervisori, programmatori e controllori dell'intero processo organizzativo e amministrativo. Nella prima Delibera il ruolo della MMG restava in ombra, relegato in una sorta di limbo indefinito rispetto ai Gestori organizzativi.

Solo con le successive delibere del 2017 si apriva la possibilità anche per i medici generalisti di aderire alla PiC per il tramite delle Cooperative di MMG che, sul modello dei CReG di inizio 2010, si dovevano costituire per candidarsi ad assumere il ruolo formale di Gestore, al pari degli altri soggetti organizzativi (unica eccezione erano i MMG co-gestori, aggregati ad un Gestore organizzativo diverso dalle Coop di MMG).

La seconda metà del 2017 era dedicata alla "messa a bolla" di tutto il complesso apparato amministrativo (accreditamento dei Gestori, degli Erogatori, costituzione delle Coop e adesione dei MMG alle stesse etc...) che, a partire dalla primavera del 2018, inaugurava la stagione della PiC dei pazienti cronici,

concretizzata nella compilazione del PAI da parte del Clinical Manager (CM) e nella sottoscrizione del Patto di Cura da parte del cittadino aderente alla PiC.

Le criticità della riforma lombarda

Proprio questa inedita figura professionale faceva emergere la principale criticità della riforma (oltre alla gestione dell'infrastruttura informatica, non all'altezza delle aspettative); infatti il CM del Gestore organizzativo si proponeva come sostituto del MMG nella gestione delle varie patologie, con inevitabile emarginazione della Medicina Generale dall'assistenza ai cronici.

Qui risiedeva **il nodo problematico che spiegava le scarse adesioni alla PiC** nel primo semestre 2018, con percentuali di arruolamenti inferiori al 10% dei potenziali interessati, per oltre il 90% effettuati dalle Cooperative di MMG a fronte della marginalità dei Gestori organizzativi, specie quelli privati. Da questo esito inatteso derivava la retromarcia imboccata nella seconda metà del 2018, con l'apertura dei "tavoli" di trattativa tra Regione e Ordini dei medici, concretizzatasi nella citata DGR 754/18 di recepimento dell'Intesa raggiunta, poi inserita formalmente nelle [regole del 2019](#).

Con quest'intesa si concludeva la parabola riformista della PiC, **all'insegna del recupero del ruolo del MMG**, prima ignorato, poi "ripescato" purchè all'interno delle Cooperative ed infine ammesso a pieno titolo alla PiC anche come operatore singolo: una metamorfosi portata avanti per tentativi ed errori, dettata dall'esito complessivamente poco soddisfacente dell'arruolamento dei cronici anche nel secondo semestre del 2018[3]

Modelli regionali a confronto

Mentre in Lombardia si svolgeva questo percorso, altre Regioni hanno emanato i propri Piani per la gestione della cronicità, come previsto dal Piano Nazionale.

Può risultare interessante esaminare le due principali linee di tendenza ravvisabili al momento.

A) Quasi mercato

- **Veneto.** Questo è il modello regionale di PiC e gestione della cronicità più simile a quello lombardo, pur nel differente assetto del SSR nel suo complesso. Anche il Veneto ha deciso di affidare la gestione della PiC ad una pluralità di soggetti in concorrenza tra loro, secondo il principio del **quasi mercato interno**. Rispetto alla Lombardia il modello Veneto è più radicato sul territorio, in quanto non prevede Gestori organizzati come gli ospedali, e si basa su una diversa stratificazione della popolazione, articolata in quattro categorie epidemiologiche: assistiti con una singola patologia o condizione non complicata (19,9%), patologie multiple non complesse (19%), cronicità complessa (3,3%), cronicità avanzata (1%) [4].

B) Integrazione ospedale-territorio: Liguria, Puglia e Toscana.

Al polo opposto dello spettro rispetto a Lombardia e Veneto troviamo le Regioni che hanno adottato un modello coerente con il proprio **assetto istituzionale di integrazione organizzativa tra ospedale e territorio**, alternativo rispetto al quasi mercato interno al SSR, vale a dire Liguria, Puglia e più recentemente anche la Toscana.

- **Liguria:** prima Regione ad applicare il PNC in parallelo alla Lombardia, ha firmato un Accordo

Integrativo regionale con i sindacati della MG nell'autunno 2017, che prevedeva il coinvolgimento dei generalisti nella PiC dei propri pazienti cronici, senza la mediazione del Gestore, secondo un calendario pluriennale. La Liguria appare in controtendenza rispetto alla PiC lombarda soprattutto per la priorità data alla MG[5].

- **Puglia:** anche questa Regione, con una delibera dell'ottobre 2018, ha scelto di puntare sulle cure primarie, ponendo una particolare enfasi sulle forme organizzative della PiC territoriale ed affidando ai MMG aderenti al "Progetto care" [6]alcuni compiti peculiari[7].
- **Toscana:** nel dicembre 2018, infine, anche questa Regione all'interno delle linee strategiche per il 2019, ha previsto uno specifico capitolo alla PiC della cronicità in linea con le regioni Liguria e Puglia[8]. Un punto particolarmente qualificante della PiC toscana è il PDTAS, il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Sociale, in cui il tradizionale PDTA viene **arricchito e completato dalla dimensione relazionale e comunicativa** per la favorire una maggiore aderenza dell'intervento alla singolarità della persona malata.

Elementi comuni ai modelli regionali per la presa in carico dei soggetti cronici

Va sottolineato come – a fianco di differenze di rilievo – nei modelli regionali fin qui citati siano rintracciabili anche alcuni elementi comuni:

1. La consapevolezza della necessità di superare la frammentazione dell'assistenza sanitaria nel territorio, ponendo molta attenzione alla continuità dell'assistenza.
2. L'adozione di modalità operative per favorire il passaggio da un'assistenza "reattiva" a un'assistenza "proattiva" da parte delle medicina generale
3. Un'assistenza basata sulla popolazione, sulla stratificazione del rischio e su differenti livelli di intensità assistenziale, riprendendo anche le indicazioni sulla caratterizzazione delle cure che sono alla base dei flussi dell'assistenza territoriale e, ove utilizzabili, dell'assistenza socio-assistenziale.
4. Il riconoscimento del fatto che l'assistenza primaria rappresenta il punto centrale (hub) dei processi assistenziali, con forti collegamenti con il resto del sistema e un ruolo cardine svolto dal distretto.
5. Una maggiore caratterizzazione e definizione delle funzioni delle diverse figure professionali, mediche e non, a partire dalla figura centrale del Medico di medicina generale (MMG).
6. La possibilità di definire sedi fisiche di prossimità sul territorio per l'accesso e l'erogazione dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali rivolti alla popolazione di pazienti cronici.
7. La presenza di sistemi informativi evoluti in grado di leggere i percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) al fine di monitorare e valutare l'assistenza erogata al paziente cronico.
8. L'utilizzo di linee guida in grado di tener conto della comorbilità e della complessità assistenziale.
9. L'integrazione socio-sanitaria e l'intervento di team multiprofessionali che puntano al miglioramento continuo, mediante integrazione tra MMG, infermieri, specialisti, altre professioni sanitarie e sociali
10. L'investimento su auto-gestione ed empowerment del paziente, in modo da aiutare i pazienti e le loro famiglie ad acquisire abilità e fiducia nella gestione della malattia, procurando gli strumenti necessari e valutando regolarmente i risultati e i problemi[9].
11. L'uniformità e l'equità di assistenza ai cittadini, punto di particolare rilievo in quanto i diversi modelli organizzativi regionali dovrebbero tenere conto della difficoltà di accesso alle cure da

parte dei
cittadini.

[1] DGR n. X/6164 del 30 gennaio 2017, Governo della domanda: avvio della presa in carico di pazienti cronici e fragili (in attuazione dell'art. 9 della LR n. 23/2015).

[2] DGR XI/754 del 5 novembre 2018

[3] A fine dicembre 2018, a fronte di oltre 3 milioni di lettere inviate, si contano circa 218.000 adesioni (pari al 7,1% degli interpellati), avvenute nella stragrande maggioranza dei casi con il proprio MMG, e l'emissione di 215.000 PAI.

[4] Le prime due categorie, definite conicità "semplice", saranno seguite dai Team Multiprofessionali di Assistenza Primaria, mentre la cronicità complessa e avanzata viene assegnata ai Team Multiprofessionali dedicati alla complessità. La gestione della cronicità semplice sarà garantita da tre tipologie di Team Multiprofessionali di Assistenza Primaria:

- aggregazioni di medici convenzionati (medicine di gruppo integrate);
- team composti da medici dipendenti del SSN con compiti di assistenza medico-generica;
- team di assistenza primaria gestiti da un soggetto privato accreditato in rapporto ad uno specifico bacino territoriale.

[5] In particolare le differenze più significative riguardano:

- la partecipazione esclusiva della MG, con la sottoscrizione di un accordo che assegna al MMG il ruolo di principale attore dell'operazione, primo referente e titolare della PiC;
- l'assenza di un Gestore della cronicità estraneo al territorio, punto chiave delle delibere lombarde, ed esterno alle cure primarie;
- l'arruolamento graduale dei pazienti, da attuare nell'arco del triennio, a partire dalla stagione autunnale invece che nei primi mesi dell'anno come in Lombardia.

[6] I requisiti per la partecipazione dei MMG al progetto sono di natura prettamente organizzativa:

- viene data priorità ai MMG con collaboratori di studio e infermiere professionale
- all'infermiere di studio sono affidate le funzioni di case manager dei casi complessi mentre al collaboratore di studio vengono attribuiti compiti organizzativi: prenotazioni delle prestazioni specialistiche, informazione del paziente sulle scadenze a richiami in caso di mancata aderenza.

[7] SI tratta di :

- valutazione del bisogno di ciascun assistito, offerta di servizi da parte dei Medici di MG che hanno in carico il paziente e definizione del percorso individuale sulla base delle linee guida nazionale e internazionali,
- attuazione dei PDT delle patologie croniche, con possibilità di personalizzare i PDT di riferimento con Piani di Assistenza Individuale (PAI);
- inquadramento delle esigenze del paziente sul piano clinico e sociale e promozione delle adesioni

[8] Nel piano si giudica come “né appropriata né sostenibile” la gestione della cronicità esclusivamente nell’ambito di strutture specialistiche ospedaliere, mentre si rileva che “non possa neanche essere una competenza esclusiva dell’assistenza territoriale. Ne consegue che il livello specialistico e quello del setting ambulatoriale ospedaliero dovranno partecipare, sulla base delle differenti fasi di evoluzione delle specifiche malattie, a percorsi di presa in carico come i PDTAS e integrarsi nella rete clinica territoriale” Per approfondimenti si veda: <https://curprim.blogspot.com/2019/02/anche-la-regione-toscana-ha-approvato.html>

[9] Le evidenze scientifiche dimostrano che i malati cronici, quando ricevono un trattamento integrato e un supporto al self-management e al follow-up, migliorano e ricorrono meno all’assistenza ospedaliera.