

Presa in carico della cronicità. L'evoluzione 2017-2019

Un contributo di Giuseppe Belleri, MMG a Flero e animatore di formazione SIMG

Nel gennaio 2017 la Giunta regionale lombarda approvava la prima DGR sulla riforma sulla Presa in Carico (PiC) della cronicità e fragilità. A distanza di tre anni l'Autore ne abbozza un primo bilancio, ricostruendo e commentando le varie tappe attraversate.

a cura di Rosemarie Tidoli - domenica, 26 Gennaio, 2020

<http://www.lombardiasociale.it/2020/01/26/presa-in-carico-della-cronicita-levoluzione-nel-triennio-2017-2019/>

Cronoprogramma ex post della riforma della PIC

A tre anni dall'avvio dell'iter della presa in carico della cronicità si può tentare di fare un primo sommario bilancio della sua attuazione, tracciando una sorta di cronoprogramma ex post in quattro tappe, che probabilmente non collima con quello ex ante, immaginato dai decisori regionali al momento del varo della PiC.

Il triennio 2017-2019 può essere suddiviso in tre periodi:

- gennaio 2017-febbraio 2018: fase di applicazione della PiC
- marzo 2018-ottobre 2018: avvio dell'arruolamento dei pazienti e primi esiti
- ottobre 2018-dicembre 2019: primo bilancio ed aggiustamenti normativi in corso d'opera

Nei paragrafi che seguono ognuno viene esaminato e commentato (nelle parti in corsivo), quando possibile con l'ausilio dei dati ufficiali disponibili.

PIC: il periodo di gestazione

Le tre tappe sono state precedute da un lungo periodo di gestazione, che ha posto le basi della PiC.

Il decennio di riforme lombarde sulla gestione della cronicità era stato inaugurato nel 2011 [dalla sperimentazione dei CReG – CronicRelated Group\[1\]](#) – che si proponeva di trasferire alla cronicità sul territorio il modello ospedaliero dei DRG ospedalieri[2]. Le regole di sistema del 2010, dedicate all'implementazione dei CReG, esordivano con un severo giudizio sulla professionalità dei MMG: «la realtà dei fatti ha mostrato che l'attuale organizzazione delle cure primarie manca 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» (Allegato 14, DGR 937//2010; DGR 1479/2011). Ciononostante la sperimentazione affidava alle Cooperative di MMG la cura della cronicità, senza prevedere alternative come invece sarebbe accaduto successivamente, introducendo nuove procedure organizzative per sopperire alle carenze gestionali evidenziate nella premessa ai CReG[3].

Nel biennio 2014-2015 il Libro Bianco sulla sanità lombarda, la Legge 23/2015 di riforma del SSR e

soprattutto [la DGR di fine 2015 \(DGR 4662 del 23.12.2015\)](#) ponevano le basi per il superamento dei CReG e per l'elaborazione della successiva riforma della Presa in Carico della cronicità (PiC)

La premessa dei CReG indicava nella Medicina Generale la radice del problema "cronicità"; le criticità della MMG erano considerate "il" problema e l'ostacolo principale per una efficiente e appropriata gestione della cronicità. Tuttavia nel contempo, nonostante tutto, si puntava sulle potenziali risorse presenti nella medicina del territorio, da mobilitare e potenziare grazie al nuovo modello organizzativo proposto, facente perno sulle neonate Cooperative.

PiC: prima tappa

[Il 31 gennaio 2017, con la pubblicazione della prima delibera \(DGR 6164/2017\)](#), prendeva ufficialmente il via il modello lombardo di PiC proattiva delle patologie croniche, in attuazione dei principi generali del Piano Nazionale della Cronicità, licenziato a settembre 2016[4].

L'intento della PiC era di far leva sull'offerta organizzativa di prestazioni da parte dei Gestori ospedalieri, nuovi soggetti accreditati per prendere in carico i pazienti in alternativa al MMG, al fine di migliorare la copertura della coorte dei cronici e la qualità delle cure. I Gestori dovevano competere sul quasi mercato regionale per attirare i pazienti grazie alla libera scelta degli stessi, specie quelli seguiti dai MMG che non avevano aderito alla PiC. Con le successive delibere del maggio (DGR 6551/2017) e dicembre (DGR 7655/2017) anche i medici generalisti, in un primo momento relegati ai margini, potevano aderire alla PiC, ma solo associandosi ad una Cooperativa/Gestore, che si costituivano nel primo semestre del 2017 (unica eccezione erano i MMG co-gestori, aggregati ad un Gestore ospedaliero).

La seconda metà del 2017 era dedicata alla messa a regime dell'apparato amministrativo (accreditamento dei Gestori, degli Erogatori, costituzione delle Coop e adesione dei MMG alle stesse etc.) con i seguenti esiti: adesione di oltre 250 Gestori pubblici o privati accreditati, in maggioranza Enti Ospedalieri, e oltre 1000 erogatori di prestazioni. Su 6411 Mmg in servizio (dati ISTAT 2016) in 2291 aderivano ad una delle 41 Coop attive (vale a dire il 36%), 281 come Co-gestore (il 4,4%) mentre il restante 59% si asteneva dalla riforma. L'ultima DGR del 2017 formalizzava il ruolo del Clinical Manager (CM) ospedaliero, demandato alla redazione del PAI e con la «responsabilità clinica delle prescrizioni ivi contenute che devono essere formulate in coerenza con le buone pratiche cliniche e le evidenze scientifiche» (DGR 7655/2017).

*Con le Delibere sulla domanda e sull'offerta e soprattutto con quella di fine 2017 **entra in campo un nuovo attore, prima sconosciuto: la figura giuridica del Gestore ospedaliero**, in competizione con il MMG socio della Coop per l'arruolamento dei pazienti. Con questa scelta la riforma si allinea ai principi del modello lombardo di **quasi mercato amministrato**, riaffermato dalla legge 31 del 2015, caratterizzato dalla concorrenza tra Gestori accreditati e dalla libera scelta dei pazienti, già sperimentato nell'ambito ospedaliero con i DRG. Esaurita l'esperienza dei CReG, piuttosto deludente in quanto ad adesioni dei medici e dei pazienti, si confidava in una iniezione di concorrenza sistemica, tra I e II livello, per favorire la partecipazione di MMG e cronici, qualità ed appropriatezza delle cure. Effettivamente il clima di concorrenza verticale aveva un effetto positivo: i MMG aderivano alla PiC con una percentuale doppia rispetto a quel 20% che aveva partecipato ai CReG, forse per il timore di essere scalzati dai competitor ospedalieri ed emarginati dalla cura della cronicità territoriale.*

Seconda tappa

Nell'inverno del 2018, con l'invio di oltre 3 milioni di lettere di presentazione della riforma scaglionate in vari step, [prende il via la fase di arruolamento dei cronici](#), precedentemente stratificati in tre livelli epidemiologici [5] secondo la complessità clinico-assistenziale.

Il percorso individuale di adesione alla PiC prevede tre tappe:

- inizia con la **manifestazione di interesse telefonico o personale** da parte dell'assistito per fissare il primo appuntamento con il CM del Gestore (MMG o Specialista ospedaliero)
- al termine del colloquio con il CM, in caso di accettazione, l'assistito sottoscrive il **Patto di cura** e il consenso al trattamento dei dati sanitari;
- la procedura si conclude con la **redazione del PAI** da parte del CM, contestualmente al Patto o in un momento successivo, che avvia formalmente la PiC.

Tab 1 – Andamento delle adesioni dei pazienti cronici alla PiC nel 2018

| | N. di attivazioni della PiC (in % sul 3.057.519 lettere inviate) | N. di PAI redatti (in % rispetto alle lettere) |
|---------------|---|---|
| Al 5/6/2018 | 257.998 (8,4%) | 140.724 (4,6%) |
| Al 29/10/2018 | 293.697 (9,6%) | 183.307 (6,0%) |

Ad ottobre 2018 i MMG avevano compilato il 95,2% dei PAI complessivi (174.587) mentre il restante 4,8% era stato redatto dai CM ospedalieri, pari a 8720 Piani Assistenziali. Significativo è il divario tra attivazione telefonica del percorso e numero di PAI sottoscritti, che scende al 30% circa tra chi contatta un Gestore ospedaliero mentre si attesta oltre l'80% tra i MMG.

Se la “minaccia” della concorrenza dei Gestori ospedalieri aveva convinto quasi la metà dei MMG a mettersi in gioco per fronteggiare i nuovi competitor, non si può dire altrettanto degli arruolamenti portati a termine dagli stessi Gestori, che non arrivavano al 5%. Si è trattato dell'esito più imprevisto della riforma, che contava proprio sulla concorrenza verticale tra I e II livello per incrementare le adesioni dei pazienti rimasti esclusi e per risolvere il problema della scarsa affidabilità delle cure primarie nella gestione della Cronicità. Evidentemente la proposta di passaggio in cura dal MMG all'anonimo CM ospedaliero, anche tra i pazienti dei medici auto-esclusi dalla riforma, non è stata gradita dagli interessati, a dimostrazione di uno speculare apprezzamento per la MG, contrastante rispetto al giudizio espresso nella premessa dei CReG.

Terza tappa

Le scarse adesioni alla PiC nei 10 mesi del 2018, tra i MMG ma soprattutto tra i Gestori ospedalieri,

imprimevano una **svolta normativa alla PiC**. Nella seconda metà del 2018 per far fronte a tale esito (inatteso rispetto alla definizione del problema e alla soluzione adottata con le prime DGR) veniva varata la revisione della PiC dopo una trattativa con gli Ordini dei Medici, recepita [da una delibera del novembre 2018 \(DGR 754/2018\)](#) poi inserita formalmente nelle regole di sistema del 2019 (DGR 1046/2018).

L'intesa tra Federazione Regionale degli Ordini e Assessorato recuperava il ruolo del MMG, ammesso a pieno titolo alla PiC anche come CMin forma singola, ovvero non associato a una cooperativa. Infine nell'aprile 2019 per incentivare l'adesione dei MMG la PiC veniva inserita formalmente nell'Accordo integrativo regionale (AIR) per la MG, sottoscritto dai principali sindacati medici: l'AIR 2019 destina la quota annuale di Governo clinico (3,08 € a paziente) ai medici che avrebbero portato a termine nel corso dell'anno l'arruolamento del 30% degli assistiti affetti da una o più condizioni croniche (DGR XI/1591/2019).

Tab 2 – Andamento delle adesioni dei pazienti cronici alla PiC nel biennio 2018-2019

| | N. di attivazioni della PiC (in % sul 3.057.519 lettere inviate) | N. di PAI redatti (in % rispetto alle lettere) |
|---------------|---|---|
| Al 5/6/2018 | 257.998 (8,4%) | 140.724 (4,6%) |
| Al 29/10/2018 | 293.697 (9,6%) | 183.307 (6,0%) |
| Al 12/2/2019 | 310.287 (10,1%) | 215.455 (7%) |
| | 334.569 (10,9%) | 259.335 (8,5%) |

A fine ottobre 2019 gli arruolamenti dei CM ospedalieri confermavano il trend registrato nel 2018: su 259.335 PAI complessivi i 2500 MMG ne avevano redatti 241.928, pari al 94,3%, mentre erano 17.407 quelli compilati dai CM dei 250 enti Ospedalieri, vale a dire il 5,7%. Dall'inizio della PiC fino all'ottobre 2018 sono stati redatti il 70,3% dei PAI e il restante 29,3% nell'anno successivo, **mentre ogni MMG ne ha compilati 96 a fronte dei 70 di un'intera struttura ospedaliera**. Le adesioni dei pazienti sono correlate al numero di MMG partecipanti alla riforma e alla precedente sperimentazione dei CReG, concentrata in alcune ex ASL della regione.

L'accordo con la Federazione Regionale degli Ordini dei Medici aveva l'obiettivo di favorire i MMG che erano rimasti esclusi, perché non aderenti ad una Coop, ora ammessi alla PiC come CM in forma singola. Con questa scelta la regione sembra cambiare strategia rispetto alle prime DGR del 2017 e soprattutto rispetto alla premessa dei CReG: i MMG da problema/ostacolo per una appropriata gestione della cronicità vendono "promossi" a soluzione/risorsa, visti i modesti arruolamenti portati a termine dai competitor specialistici, su cui si contava per compensare le carenze della MG e favorire un'ampia adesione alla riforma.

*Ciononostante i dati empirici a fine 2019 dimostrano che gli **aggiustamenti normativi introdotti in corso d'opera non hanno sortito cambiamenti significativi nel processo di arruolamento**, che è cresciuto del 2,5% su base annua, con un piccolo recupero in valore relativo per quelli portati a termine dai Gestori ospedalieri. **Nel 2019 si conferma il trend registrato nel secondo semestre del 2018**, dopo il boom seguito al "lancio" della riforma: oltre la metà delle adesioni sono state portate a termine da marzo a maggio 2018 (140.724), perlopiù a seguito del passaggio alla PiC dei pazienti arruolati con i CReG, mentre da giugno 2018 a fine ottobre 2019 i PAI redatti o rinnovati sono stati 118.611.*

Le prospettive per il 2020

L'evoluzione della PiC per il triennio 2020-2022 è definita da tre documenti approvati e resi esecutivi con altrettante DRG nella seconda metà del 2019: [la Delibera che definisce gli standard di PreSST, POT e Degenze di Comunità, le regole di sistema 2020](#) e [il Piano Sociosanitario Integrato del 2019-2023](#).

Questi provvedimenti prefigurano **un'inversione di tendenza della policy regionali**, ravvisabile in alcuni passaggi del Piano Socio Sanitario e dalle Regole di sistema del 2020, che hanno **prolungato fino al 2023 la PiC**.

*E' difficile prevedere quali saranno gli esiti, vista la complessa e tortuosa evoluzione di una riforma che nelle intenzioni doveva imprimere una svolta nella gestione della cronicità. Per ora si può solo registrare il fatto che le evidenze empiriche del primo biennio sono andate in una **direzione inattesa mettendo in dubbio, in particolare, l'efficacia della concorrenza verticale tra I e II livello sul quasi mercato regionale**.*

[1] Istituita dalla DGR IX/937 del 1/12/2010

[2] Vale a dire il pagamento di una tariffa predefinita per l'organizzazione delle cure previste dai Percorsi Diagnostico Terapeutici delle patologie croniche.

[3] L'esperienza dei CReG coinvolgeva dal 2012 5 ASL della regione e terminava nel 2016 con questi risultati: erano 1008i MMG partecipanti – il 20% dei MMG in attività nelle ATS città metropolitana di Milano, Brianza, della Montagna, della val Padana, Insubria e Bergamo – che arruolavano complessivamente 187.580 assistiti su una popolazione di oltre 2 milioni di cronici. Ad esempio nell'area metropolitana milanese su oltre 1 milione di cronici e circa 2300 MMG in attività, hanno partecipato ai CReG 186 generalisti che hanno arruolato 16161 dei 42 mila ipertesi e/o diabetici arruolabili tra i propri assistiti, ovvero il 38%.

[4] Complessivamente nel triennio 2017-2019 sono stati approvati 11 atti amministrativi, tra DGR e Regole di sistema, per oltre 200 pagine di istruzioni e indicazioni operative, che hanno coinvolto tutto l'apparato organizzativo, pubblico e privato, del SSR. Per una ricostruzione completa dei riferimenti normativi si veda l'allegata Appendice.

[5] **Livello 1: 150.000 soggetti ad elevata fragilità** con una patologia principale e almeno altre 3 o più patologie (es. ipertensione, scompenso, diabete, Fibrillazione Atriale, bronchite cronica);

Livello 2: 1.300.000 soggetti con 2-3 patologie associate; esempio diabete ed ipertensione in fase di complicanze d'organo;

Livello 3: 1.900.000 cronici in fase iniziale, una patologia principale: ad esempio pazienti affetti da ipertensione arteriosa o diabete mellito non complicato, affidati preferenzialmente ai MMG.