

INTESA SINDACALE

CISL MEDICI FP CGIL MEDICI SIMET S.U.M.A.I.

CREG: Chronic Related Group.

Il **CREG**, il nuovo modello di presa in carico delle patologie croniche in fase di sperimentazione in Lombardia, **presenta una forte analogia con i DRG**.

Se il DRG è una tariffa per una prestazione di ricovero, nel caso del CREG si tratta 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 dovrà svolgere la funzione di provider e di case-manager. Questo nuovo **soggetto gestore** dovrà garantire la presa in carico dei pazienti, la continuità del percorso assistenziale, interagendo con tutti gli attori coinvolti nella gestione della patologia.

L'area territoriale interessata dall'applicazione di questo nuovo modello organizzativo dovrà essere il distretto.

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

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

A questi soggetti sarà messa a disposizione una **quota predefinita di risorse** (CREG); per ogni raggruppamento omogeneo di patologia sarà assegnata una tariffa che dovrà 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**, interessa le seguenti **patologie croniche**: Broncopneumopatie Cronico 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** deve essere formulato dalla ASL e condiviso dai soggetto accreditati e già a contratto e deve definire:

- gli elementi caratterizzanti la centralità dell'assistito,
- l'elenco degli assistiti a cui assicurare la continuità di cura, che saranno individuati dall'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 dovrà 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 sarà comunque l'Asl che continuerà a remunerare gli erogatori delle diverse prestazioni, fatturandoli al soggetto gestore, responsabile del case management.

Il CREG comporrà una **tariffa onnicomprensiva**, che rappresenterà 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.

Nell'allegato 14 della Dgr n. 937 dell'1.12.2010, inerente le regole di gestione del sistema socio-sanitario del 2011, la Regione giudica negativamente l'attuale organizzazione delle cure primarie 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".

Si tratta di un giudizio sprezzante e irricevibile; molti medici di famiglia hanno le competenze cliniche, gestionali e amministrative necessarie alla presa in carico delle principali patologie croniche ma nel loro operato non sono supportati da scelte di politica sanitaria della Regione Lombardia che, al contrario, sembra deliberatamente voler picconare il servizio pubblico per esternalizzare ai privati le cure primarie, in un'ottica di proseguimento del **processo di privatizzazione** in continuità con quanto già è successo per l'attività ospedaliera, con la trasformazione delle ASL in PAC, l'esternalizzazione dell'ADI, dei consultori, ecc...

E' evidente che sono i **vuoti del modello organizzativo delle cure primarie**, in primo luogo la frammentazione degli studi dei medici di famiglia, che lasciano spazio alla nascita di nuovi "soggetti" con il compito di coordinare, integrare, prendere in carico, etc...

Ma questi vuoti se da una parte sono attribuibili alla scarso interesse di una componente (minoritaria) dei medici di famiglia a lavorare in associazione o in gruppo, dall'altra dipendono dalle scelte fatte dalla Regione Lombardia, che **non ha garantito le risorse finanziarie sufficienti a riconoscere prontamente le nuove forme aggregative**, in particolare le reti e le medicine di gruppo.

Non bisogna infatti dimenticare che la costituzione di queste forme aggregative, che per ben operare necessitano del supporto di personale amministrativo e infermieristico, è riconosciuta ad intervalli

di tempo variabili (circa 2 anni) dalla Regione; in questo lasso di tempo i medici di famiglia utilizzano parte dei loro compensi per retribuire questo personale in attesa che con il riconoscimento venga assegnata loro l'incentivazione prevista dall'AIR, che regolarmente non prevede la corresponsione delle cifre già investite.

Il nuovo **Accordo Integrativo Regionale** (AIR) proposto dalla parte pubblica al tavolo di confronto sindacale il 18 luglio u.s., nel quale è stato prospettato un **taglio dei finanziamenti per la medicina di famiglia di circa 30 milioni di euro e un drastico ridimensionamento dell'associazionismo in rete**, conferma i nostri peggiori timori: la Regione, anziché investire nel servizio pubblico per far fronte alla domanda di salute che proviene dai cittadini, ed in particolare da quella fascia di fragilità costituita dagli anziani e dalla cronicità, prosegue in maniera pervicace nella sua opera di smantellamento del SSR che adesso coinvolge anche la medicina di famiglia al fine di favorire anche in questo settore l'ingresso di soggetti privati.

In conclusione, sulla base delle premesse di cui sopra, Il CREG non convince per i seguenti motivi:

- la tariffazione proposta, sul modello dei DRG, appare finalizzata più al contenimento della spesa che non alla qualità dell'assistenza;
- nonostante nell'elenco dei soggetti chiamati a svolgere il ruolo di provider siano previsti i medici di medicina generale, al momento questi non appaiono in grado di assolvere a tale funzione. L'affidare a soggetti terzi la presa in carico della patologia cronica e al medico di famiglia la restante cura della persona, senza che siano state precisate le responsabilità e le competenze degli uni e degli altri, può essere fonte di conflittualità che non andrà certo a vantaggio del cittadino;
- ad aumentare il livello di conflittualità, in assenza di regole precise, è anche la possibilità per il provider di intervenire direttamente sul medico di famiglia nel caso in cui si verifichi discontinuità o inappropriata cura;
- infine il modello proposto, oltre che al contenimento della spesa, sembra 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.

Dr Antonio Sabato
Resp. Regionale MMG
INTESA SINDACALE