Aldo Gazzetti e Gianluigi Trianni

In Lombardia è scoccata l'ora della privatizzazione completa delle cure primarie e della medicina d'iniziativa. L'assistenza di un milione e mezzo di pazienti cronici gravi viene data in appalto a un nucleo ristretto di gestori, per lo più privati. Di qui la concorrenza tra filiere aziendali di servizi sanitari a cui viene assegnata per un periodo annuale la gestione quasi totale del malato cronico. Quale la libertà di scelta del paziente? Quale il ruolo del medico di medicina generale?

---

**Saluteinternazionale.info ha recentemente pubblicato un contributo di Fulvio Lonati** – "La nuova sanità lombarda" – sulla riforma del sistema sanitario regionale e sul nuovo corso della presa in carico dei pazienti cronici[1]. L'articolo di Lonati ne descrive i contenuti sinteticamente e allo stesso tempo traccia le principali caratteristiche del modello lombardo passato e attuale. **Si può concordare con lui che esistano parecchie aree grigie e che molto è ancora da definire, ma è già possibile trarre alcune ulteriori considerazioni e motivi di allarme.** Scafuro[2] del SMI (Sindacato Medici Italiani) ha espresso un più deciso pronunciamento contrario. Altre rappresentanze mediche stanno esprimendo riserve e timori sul ridimensionamento del ruolo di Medicina Generale.[3] Le incertezze e gli interrogativi si moltiplicano nel mondo sanitario e socio-sanitario lombardo.[4] **Tutti in trepida attesa dei successivi provvedimenti che dovrebbero**

Scaricato da ***Saluteinternazionale.info***

**definire e normare i criteri dell'accreditamento dei gestori (pubblici e privati).**

**Molti tra i diretti interessati si chiedono quale sarà il ruolo del Medico di Medicina Generale (MMG) nel nuovo assetto organizzativo che vede l'arretramento dell'organizzazione diretta delle cure primarie da parte della struttura pubblica** (Regione, ATS), la creazione di nuovi soggetti organizzativi che possono essere privati (Gestori e Centro Servizi). Nella stratificazione/profilazione prospettata di fatto circa il 15% degli assistiti (1,5 milioni corrispondenti ai livelli 1 e 2 – vedi **Tabella 1**) sarebbero assegnati ai Gestori, per cui è lecita la domanda se per questi il MMG avrebbe decurtata la quota capitaria. **Addirittura per gli assistiti del 1 livello (polipatologia cronica) i MMG non sarebbero competenti nemmeno in forma associata**. Ancora: la presa in carico del Gestore e la sua potestà precrittiva è assoluta e il paziente dovrebbe andare nelle strutture confederate o appartenenti al Gestore. Il MMG potrebbe prescrivere cure e prestazioni non comprese nel piano assistenziale. **A lui sarebbe in ultima analisi mantenuto il suo ruolo di gatekeeper solo nel quarto e quinto livello** ossia il 70% della popolazione che non risulta essere affetto da una o più forme croniche. Sarebbe indotto a partecipare alle forme associative già originate nella fase di sperimentazione dei CREG dichiarati abili a diventare gestori. Oppure essere arruolato da altri gestori e retribuito da questi. E' prevedibile poi avvenga un processo di concentrazione tra le varie cooperative e uno sviluppo dimensionale dei Centri di servizi che dovrebbero supportare la gestione delle attività di supporto.

Scaricato da ***Saluteinternazionale.info***

**Tabella 1. Domanda, bisogni e pertinenza prevalente**

| | N° Pazienti/ Utenti | DOMANDA | BISOGNI | PERTINENZA PREVALENTE |
|---|---|---|---|---|
| **Livello 1** | **150.000** | Fragilità clinica e/o funzionale con bisogni prevalenti di tipo ospedaliero, residenziale, assistenziale a domicilio | Integrazione dei percorsi ospedale/domicilio/ riabilitazione/ sociosanitario | Struttura di erogazione<br><br>Strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private accreditate |
| **Livello 2** | **1.300.000** | Cronicità poli-patologica con prevalenti bisogni extra-ospedalieri, ad alta richiesta di accessi ambulatoriali integrati/ *frequent users* e fragilità sociosanitarie di grado moderato | Coordinamento e promozione del percorso di terapia (prevalentemente farmacologica e di supporto psicologico - educativo) e gestione proattiva del *follow-up* (più visite ed esami all'anno) | Struttura di erogazione e MMG<br><br>Strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private accreditate MMG in associazione |
| **Livello 3** | **1.900.000** | Cronicità in fase iniziale, prevalentemente mono-patologica e fragilità sociosanitarie in fase iniziale, a richiesta medio- bassa di accessi ambulatoriali integrati e/o domiciliari / *frequent users* | Garanzia di percorsi ambulatoriali riservati/di favore e controllo e promozione dell'aderenza terapeutica | Territorio<br><br>(MMG proattivo) |
| **Livello 4** | **3.000.000** | Soggetti 'non cronici' che usano i servizi in modo sporadico (prime visite/accessi ambulatoriali veri) | Accessibilità a tutte le Agende ambulatoriali disponibili sul territorio | Territorio<br><br>(MMG) |
| **Livello 5** | **3.500.000** | Soggetti che non usano i servizi, ma sono comunque potenziali utenti sporadici | Sono solo 'potenziali utenti' | Territorio<br><br>(MMG) |

**L'atto principale della libertà di scelta, se non l'unico, da parte dell'assistito diviene la scelta del Gestore tra quelli accreditati da parte dell'ATS**. Sussisterebbe

Scaricato da ***Saluteinternazionale.info***

l'assoluta parità ed indifferenza tra soggetti pubblici e privati. In altri termini sarebbe una concorrenza determinata non più dalla scelta dell'erogatore per la singola prestazione (tutta teorica ma alla base della teoria del quasi mercato introdotta e applicata con furore ideologico nel modello lombardo), bensì dalla concorrenza tra filiere aziendali organizzate di servizi sanitari a cui verrebbe assegnata per un periodo annuale la gestione quasi totale del malato cronico.

**Gestori pubblici o privati?**

**Come in altre forme di *outsourcing* di beni collettivi o beni a cui sono collegati i diritti di cittadinanza, gli stessi meccanismi di mercato determinano la concentrazione in poche mani della capacità di offerta e di gestione**. **E' un processo che è catalizzato dalla depubblicizzazione e dall'indebolimento della responsabilità regolamentare, gestionale ed erogativa della parte pubblica**. In Lombardia sono già evidenti queste evoluzioni proprietarie e di cedimenti di poteri dal pubblico al privato. I gestori privati dell'offerta assistenziale ospedaliera e specialistica sono già proprietari di filiere "produttive". Si possono già individuare alcuni protagonisti candidabili al ruolo di super gestori. Se ne possono citare almeno quattro: il Gruppo San Donato, il Gruppo Humanitas, il Gruppo Kos e Korian-Segesta. Questi oligopoli sanitari saranno i convitati di pietra? Sono sicuramente i più pronti a raccogliere l'opportunità offerta dalla Regione Lombardia.

**Abbiamo accennato come il MMG avrà un probabile depotenziamento del proprio ruolo, ma il paziente cronico assegnato avrà dei benefici?** Il proprio diritto costituzionale alla cura di natura pubblica viene garantito nel patto di cura che viene sottoscritto? Nella delibera non viene nemmeno accennate le forme di tutela della privacy e delle di eventuali contenziosi tra gestori e assistiti.

La stratificazione della domanda che determina l'assegnazione nelle categorie e nei raggruppamenti di patologia si basa sostanzialmente sui dati disponibili, ovvero quelli anagrafici e quelli rilevati dai consumi sanitari fruiti nella Regione. E' quasi come se fosse una rilevazione per l'apertura di un centro commerciale o un'operazione di marketing. I consumi di prestazioni sono indicatori di probabile spesa futura ma ad esempio, non tengono conto degli indicatori di deprivazione o di reddito o d'invalidità funzionale. Nella delibera inoltre non vi sono nemmeno accennate misure che possano scoraggiare la

Scaricato da ***Saluteinternazionale.info***

selezione del rischio da parte dei gestori, ovvero dissuadere pazienti a continuare a fruire della presa in carico. In questo senso la tariffa della presa in carico è indicatore dei consumi pregressi per quel determinato e probabile PDTAR (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Riabilitativo). Le tariffe sono state elaborate a partire dall'analisi dei costi medi ambulatoriali, farmaceutici e ospedalieri di 62 patologie principali suddivise nei tre livelli di complessità; integrano una quota aggiuntiva dell'8% a remunerazione dei costi del Gestore. **Dunque non per un PDTA ottimale dal punto di vista terapeutico ma solo un budget ottimale medio per il raggruppamento diagnostico.**

**Evoluzione o completamento del "modello lombardo"?**

**Già il "modello lombardo" a suo tempo venne vantato come originale rispetto ai modelli neoliberisti applicati in molti paesi sintetizzabili nelle teorie del *new public management*** (NPM), ossia l'introduzione di meccanismi d'incentivazione e di organizzazione di quasi-mercato per aumentare l'efficienza dell'offerta del welfare pubblico. È **noto che invece era ed è l'applicazione in salsa padana dei concetti neoliberisti magari ammantati dalla cosiddetta sussidiarietà orizzontale.** In Lombardia, questi assiomi sono stati pervicacemente applicati, sviluppati e concretizzati dapprima con la separazione finanziatore/ erogatore, poi con la depubblicizzazione di interi settori socio-sanitari (RSA, ADI, riabilitazione, cure intermedie) e sperimentazioni gestionali (*Project financing*, associazioni di partecipazione, gestioni ecc.) o la trasformazione degli IRCCS pubblici in fondazioni che a sua volta ha permesso la cessione e gestione privatistica di immensi patrimoni edilizi e fondiari.

**Adesso, con questa delibera, sembra scoccare l'ora della privatizzazione completa delle cure primarie e della medicina d'iniziativa** già iniziata (2010) in forma larvale con la profilazione delle patologie croniche e dei consumi e l'assegnazione degli assistiti da queste affetti alle cooperative di medici di medicina generale (CREG: 1000 MMG coinvolti più di 200.000 assistiti arruolati). È **il tassello che completa il mosaico già ampio delle esternalizzazioni della gestione e nell'erogazione nei vari livelli assistenziali** (33% ricoveri, 50% specialistica 65% riabilitazione, 40% consultori, 65% IRCCS, 95% assistenza domiciliare e residenziale). È il vero obiettivo della legge regionale di "evoluzione" del 2015?

[Cliccare sulle immagini per sfogliare la gallery]

Scaricato da ***Saluteinternazionale.info***

Figura 1. Governo Offerta-Domanda

Figura 2. Modalità di accesso

Figura 3. Nuovo modello di presa in carico

Figura 4. Tariffa presa in carico

**Paradigma originale?**

**L'altra innovazione che determina il cambiamento del paradigma della struttura dei rapporti economici tra i vari attori è quella che viene definita "tariffa della presa in carico": una quota capitaria assegnata al gestore a cui è assegnata la programmazione, gestione ed anche erogazione delle prestazioni**. La crisi ha determinato il moltiplicarsi di "riforme" strutturali in numerose nazioni[5] che hanno comportato quasi sempre la riduzione dei diritti alla cura o all'innalzamento del carico economico a spese del cittadino e l'aumento, per ciò, della rinuncia alle cure da parte di milioni di persone. La revisione dei sistemi di remunerazione fa parte ormai delle politiche di contenimento della spesa: questo avviene mediante il superamento del pagamento a prestazione o con una verifica della corrispondenza tra tariffe e costi effettivamente sostenuti durante l'episodio di cura o la relazione tra costi e risultati della cura stessa. La disponibilità di enormi masse di dati sanitari ed amministrativi/contabili sostenuti permetterebbero, non solo teoricamente, di rivedere i sistemi di remunerazione. **La "tariffa per la presa in carico" (e tutto il nuovo paradigma) è originale o può trovare riscontro nella realtà di altri paesi?**

**Negli USA Medicare, da ormai 5 anni, ha promosso strutture definite *Accountable Care Organisation*** (ACO), organizzazioni privati controllanti ospedali, strutture assistenziali, specialisti, medici cure primarie, strutture riabilitative ecc. a cui viene assegnata una quota capitaria modulata mediante tecniche di *risk adjustement* e *record linkage* dei dati relativi a status d'invalidità e dei consumi sanitari dei tre anni precedenti.[6] La quota capitaria di questo tipo intende soppiantare gradualmente il pagamento a prestazione ed è in graduale applicazione con costante aumento del numero delle ACO. La quota capitaria è vincolata ante e post da indicatori di esito e di qualità. In

Scaricato da ***Saluteinternazionale.info***

alcuni casi è prevista la ripartizione, tra ACO e finanziatore del risparmio, dei costi sostenuti rispetto la quota capitaria ricevuta. Anche in questo il finanziatore trasferisce completamente il rischio dell'aumento dei costi sull'erogatore di assistenza alla ricerca dell'appropriatezza che però può essere l'alibi per il razionamento delle cure (*scrimping*) o in minore qualità (*dumping*). In una filiera assistenziale di questo tipo è ovvio che le cure primarie sono sottoposte al comando delle ACO, a loro volta incentivate all'integrazione verticale dell'assistenza e al contenimento dei costi. I risparmi raggiunti per Medicare (agenzia governativa) sembrano considerevoli.

**In Europa da tempo sono in atto modelli ormai maturi. In Spagna dopo il primo esperimento di Valencia (dal 2006) con il quale l'Ospedale de la Ribera viene gestito completamente da privati**. La novità è che l'Ospedale oltre a gestire l'assistenza specialistica gestisce le cure primarie (200 mila assistititi) e viene retribuito non per prestazione ma con una quota capitaria annuale. Il  modello "Alzira" si è già profilerato in altre quattro o cinque altre Regioni spagnole. **Da circa 10 anni, in Germania si è sviluppato un modello simile: la società Gesundes Kinzigtal (GK), di proprietà congiunta tra l'associazione dei Medici locale e una società esperta in gestione di servizi sanitari**, provvede alla presa in carico di settori di popolazione con patologie croniche e viene retribuita con quota capitaria. **Esemplare quale rapida acquisizione dell'intera filiera assistenziale è il caso svedese** dove la sola multinazionale CAPIO controlla e possiede il 10% del migliaio delle "case salute" *(Vårdcentral*)  insieme ad ospedali, centri psichiatrici, ambulatori ecc, ma i vari settori sembrano essere finanziati con criteri diversi.

Aldo Gazzetti – Esperto organizzazione-legislazione-valutazione sanitaria – Forum Diritto alla Salute

Gianluigi Trianni  Medico Igienista, esperto e studioso di politica e programmazione sanitaria- Forum Diritto ala Salute

**Bibliografia**

Cronicità. La Giunta lombarda approva la delibera per il nuovo modello. Ecco cosa cambia per medici e pazienti. Intervista all'assessore Giulio Gallera. Quotidianosanita.it, 31.01.2017
Lombardia. Creg e delibere sulla cronicità. Tutti i dubbi dello Smi. Quotidianosanita.it, 12.02.2017

Scaricato da ***Saluteinternazionale.info***

Governo della domanda e gestione della cronicità. Tutte le criticità del progetto regionale. Quotidianosanita.it, 14.03.2017
DGR 6164/2017 – governo della domanda: il commento di un'Associazione di Enti Gestori. Lombardia sociale, 22.02.2017
Thomson S, Figueras J, Evetovits, et al. Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy. Policy summary, Permanand, Govin (ed.) 12. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark, 2014
March 31, 2016, HHS-Operated Risk Adjustment Methodology Meeting Discussion Paper [PDF: 1,2 Mb]. March 24, 2016 – Centers for Medicare & Medicaid Services Center for Consumer Information & Insurance Oversight

Facebook
Twitter
LinkedIn

Scaricato da ***Saluteinternazionale.info***