

CONSIDERAZIONI SUI CReG (a cura del Consiglio provinciale SNAMI BS)

Dalle notizie disponibili allo stato attuale, alcune considerazioni possono essere definite riguardo ai CReg.

- I CReG (Chronic Related Group) sono una nuova modalità di presa in carico dei pazienti con malattie croniche e sono un progetto sperimentale implementato da Regione Lombardia sin dalla DGR n. IX/937 dell'1.12.2010 in sostanza un DRG del territorio.
- I CReG sono un'ipotesi di risposta lombarda al problema "cronicità" in fase di verifica sia per quanto riguarda la sua parte strutturale-metodologica sia per la valutazione dei risultati (4 bandi differenti in 4 anni, pochi dati sui risultati ottenuti). Si ricorda che gli studi validati disponibili effettuati in altri ambiti non avvalorano le ipotesi di lavoro Lombarde (es. l'esperienza inglese del pay for performance del NHS).
- L'ATS BRESCIA ha dato la sua disponibilità a partecipare alla sperimentazione CReG per l'anno 2017.
- Al momento non è disponibile il bando pubblico per l'affidamento del servizio sperimentale di gestione dei CReG di cui però si conoscono le linee fondamentali

Nel contratto del modello CReG le parti contraenti sono l'ATS e il Soggetto Gestore, e l'oggetto del contratto è il percorso del cittadino vale a dire che: "Il soggetto Gestore si impegna a monitorare il percorso del cittadino, verificandone l'aderenza ai Piani Assistenziali Individuali (in seguito PAI) e la distribuzione delle prestazioni secondo l'Elenco delle Prestazioni Attese (EPA) fornito dalla ATS, fornendo consulti al paziente e al singolo MMG, monitorando l'utilizzo delle strutture, delle attrezzature, dei servizi, del personale secondo i criteri e standard definiti dalla Regione".

Il soggetto Gestore quindi nell'ambito delle attività sopra descritte può erogare

- prestazioni diagnostiche
- servizi di teleassistenza e telemonitoraggio con le modalità e i limiti previsti da Regione Lombardia

Ed inoltre deve garantire

- la programmazione del percorso di cura e la presa in carico proattiva

dei pazienti affetti da malattia cronica dotandosi della forma giuridica che ritiene più opportuna per raggiungere gli scopi assegnati dalla sperimentazione

Regione Lombardia prevede di riconoscere ai MMG un diritto di prelazione come gestori nella nuova organizzazione sanitaria di professionisti (Gestore CReG) obbligando di fatto i professionisti stessi ad aderire ad un soggetto terzo differente dalle forme associative previste dalla normativa nazionale (ACN) e regionale (ACR) vigenti.

Pertanto partecipare ai CReG per il medico di cure primarie significa assumersi obblighi e rischi d'impresa aggiuntivi e differenti da quanto sottoscritto negli accordi convenzionali.

Tali obblighi e rischi sono differenti in ogni realtà territoriale (ogni ATS armonizza nel tempo il bando al suo territorio), dipendenti dal tipo di struttura giuridica scelta per l'organizzazione (Gestore CReG) a cui il medico deve necessariamente legarsi (cooperativa di servizi o sociale, associazione temporanea di imprese o altro) e relativi alle attività in carico al Gestore CReG stesso (in altre parole : arruolare soggetti idonei, sottoporre e far firmare all'assistito il Patto di Cura, redigere il PAI e fornire informazioni sul percorso di cura, acquisire il consenso al trattamento dei dati specifico per l'ambito CReG,).

La sperimentazione CReG quindi ha sollevato sin dall'inizio criticità in merito a temi di etica e deontologia professionale, come segnalato nella delibera dell'Ordine dei Medici di Milano del 27/06/2011

La sperimentazione CReG è atipica perché invece di stanziare, come d'uso, un finanziamento aggiuntivo per verificare un'ipotesi detrae dalla spesa storica in capo alle varie patologie analizzate il costo della sperimentazione stessa a fronte di un'induzione prevista di spesa amministrativo/ gestionale aggiuntiva rilevante (30% del costo storico?).

L'arruolamento del paziente nel progetto CReG richiede:

- il consenso informato alla sperimentazione che avviene nel contesto della sottoscrizione del Patto di Cura che formalizza una sorta di accordo tra il paziente e il Gestore CReG e che consente all'assistito di:
 - ✓ esprimere il suo consenso alla partecipazione al Progetto CReG

presso il Gestore CReG indicato;

- ✓ conoscere e condividere formalmente il piano di cura predisposto dal Medico curante;
 - ✓ fornire uno specifico consenso al trattamento dei suoi dati personali da parte del Gestore CReG, secondo la modulistica allegata
- La classificazione dei malati cronici che identifica i singoli soggetti come affetti da una specifica patologia attraverso algoritmi che combinano i dati dei flussi amministrativi sanitari (Esenzione per patologia/ Schede dimissioni ospedaliere (SDO), Farmaceutica, Prestazioni Ambulatoriali). Questa fase appare molto critica e non scevra da dubbi deontologici, infatti con questa modalità si stratificano i candidati alla sperimentazione individuandoli in modo puntiforme (nome e cognome) creando "coorti" note sulla base del loro rischio di spesa con forti dubbi sul rispetto della privacy dei pazienti anche se i dati sembrano rimanere all' interno del sistema regionale e comunicati in chiaro al solo MMG del paziente stesso.

Il Coordinatore medico è responsabile del governo clinico complessivo delle attività del Gestore, e la sua compatibilità e integrazione con il medico curante suscita perplessità

Ulteriori perplessità esistono anche sulla integrazione con altre Figure Professionali (Psicologo, Fisioterapista, Dietologo, Infermiere, etc.) che dovrebbero offrire supporto al medico per la gestione del percorso di cura del paziente, per attività educative o di tipo riabilitative.

Il documento denominato Addendum CReG (protocollo condiviso tra ATS/ soggetto Gestore/erogatori) che deve essere sottoscritto tra Gestore e gli Erogatori per condividere i PAI elaborati, desta preoccupazione in merito alla creazione di vie preferenziali di accesso alle prenotazioni che di fatto potrebbero alterare le attuali metodologie di priorità d'accesso creando così disparità dell'utenza CReG versus l'utenza non CReG.

Il paziente è libero di accedere agli erogatori accreditati nel territorio regionale ma viene aggiunta la possibilità di erogazione di prestazioni diagnostiche presso gli studi dei Medici di Medicina Generale, nell'ambito della sperimentazione CReG.

Il medico che accetta di partecipare a questa sperimentazione legandosi ad un Gestore CReG per espletare funzioni differenti dal suo mandato professionale convenzionale si espone a rischi significativi e sensibili.

1. Il primo rischio è quello di impresa.

- Se il legame con il Gestore CReG non è ben modulato, se i costi di gestione non vengono ben pesati, se la complessa struttura organizzativa di rendicontazione non è perfettamente funzionale, se i risultati attesi non vengono raggiunti, se i pazienti non sono soddisfatti e ritirano la loro adesione il medico sarà chiamato a partecipare più o meno al disavanzo che potrebbe generarsi non solo dalle mancate entrate ma anche dalle eccessive uscite.

2. Il secondo rischio è quello di rappresentanza

- Chi tratterà con l'ATS i vari progetti (es. governo clinico) e gli altri obiettivi delle Cure Primarie quando il CReG avrà superato la fase sperimentale? gli MMG oppure il rappresentante del Gestore CReG che può essere anche un amministrativo?

3. Il terzo rischio è quello di destabilizzare ulteriormente il sistema

- Se si considera che i bandi verranno presumibilmente presentati o rinnovati annualmente e che il Gestore CReG (entità complessa ed impersonale) sarà certamente in futuro non di esclusivo appannaggio dei MMG è prevedibile che altri arriveranno a concorrere per gestire il CReG con possibilità di successo direttamente proporzionali alla loro forza economica e organizzativa.
- L'assistenza territoriale perderà presumibilmente di continuità a favore di un perenne rimodellamento che metterà a rischio l'esistenza del sistema stesso, ma ancor più grave sarà per il cittadino vedere messa a rischio la certezza dell'erogazione di prestazioni stabilmente reperibili in quello specifico ambito territoriale e l'affidabilità storica delle prestazioni erogate.

4. Il quarto rischio è quello di perdere il suo ruolo specifico

- Al medico di cure primarie attualmente il legislatore riconosce uno specifico ruolo che non è né amministrativo né burocratico ma clinico relazionale. I CReG sono un progetto burocratico amministrativo senza nessuna base clinica andando attualmente

a valutare solo i risultati sulla spesa attesa mediante l'Elenco Prestazioni Attese (ESA) oltre all' esecuzione o meno dei processi programmati dal PAI (accertamenti visite ecc.)

- i reali risultati clinici ottenuti non sono misurati, snaturando la reale funzione del medico
- l'implementazione dei PDTa avviene in modo burocratico ed acritico.

In conclusione,

pur non essendo ancora disponibile il bando definitivo specifico per l'anno 2017, si ritiene che la sperimentazione dei CREG al momento necessiti di ulteriori chiarimenti per i medici di cure primarie, per tutte le considerazioni e perplessità espresse.

Non si condivide in modo particolare l'obbligo, per il medico che vuole partecipare alla sperimentazione, di costituire un soggetto giuridico terzo da scegliere tra cooperative di servizi o sociale oppure associazione temporanea di imprese.