

LOMBARDIA

La gestione delle cronicità: un interessante esempio di medicina di iniziativa

A colloquio con **Fiorenzo Corti**

Segretario Regionale FIMMG Lombardia

La Regione Lombardia ha avviato ormai da qualche anno un progetto innovativo di gestione delle cronicità denominato CReG (Chronic Related Group). Vuole descrivercelo nelle sue linee generali?

È una sperimentazione nata tre anni fa e che ha interessato inizialmente 5 Asl e un gruppo di 500 medici di famiglia e che nel 2016 verrà estesa a altre quattro o cinque Asl, coinvolgendo circa altri 500 medici di famiglia. I pazienti che hanno preso parte a questa sperimentazione sono stati poco più di 60.000 fino al 2015. Sulla base dei nuovi arruolamenti (individuati dalla Regione Lombardia, che invia ai medici di famiglia gli elenchi con i nomi dei pazienti) si prevede di coinvolgere il prossimo anno in totale circa 200.000 pazienti cronici.

Le patologie croniche occupano una posizione rilevante nell'area delle cure primarie. Questa sperimentazione riguarda le principali tra queste patologie: ipertensione, diabete, cardiopatia ischemica, broncopneumopatia cronica ostruttiva, ipotiroidismo e tutto quello che è legato al rischio cardio-cerebrovascolare.

Per ognuno dei pazienti arruolati è stata individuata una tariffa, molto vicina alla media delle prestazioni di tipo diagnostico e ai farmaci consumati da questi pazienti negli anni precedenti (ad eccezione dei ricoveri ospedalieri e degli accessi al Pronto Soccorso). È stato possibile calcolarla perché il sistema regionale lombardo, grazie alla Banca Dati Assistito, è in grado di risalire alle risorse assorbite da ogni paziente per risolvere i propri problemi di salute (naturalmente stiamo parlando di prestazioni rimborsate dal SSN). L'analisi di questi dati ha anche consentito di individuare alcune aree di inappropriatezza. A fronte di pazienti identifi-

cati come cronici e che consumano molte prestazioni, ne sono stati individuati infatti altrettanti che, non accedendo alle prestazioni previste per tenere sotto controllo la propria patologia, rischiano di aggravare seriamente il loro stato di salute – per esempio, nel caso del diabete, contraendo una retinopatia diabetica importante – semplicemente perché non si sono mai presentati a un controllo.

In questo senso la sperimentazione si inserisce in un discorso di medicina di iniziativa, che offre al medico di famiglia l'opportunità di attivare dei percorsi e di proporre al singolo paziente, che gli è stato indicato dalla Regione, un piano di assistenza individuale con la programmazione di una serie di esami e di visite specialistiche. Se il paziente non esegue questi controlli, viene richiamato. Dal momento che questa procedura comporterebbe per i medici di famiglia, già oberati da molte incombenze burocratiche, un ulteriore aggravio del carico di lavoro, l'idea della Regione – accettata da noi medici molto volentieri – è stata quella di servirsi di provider, con la configurazione giuridica di cooperative di servizio, composti esclusivamente da medici di medicina generale che, all'interno di un contratto con le ASL, si occupassero degli aspetti squisitamente organizzativi dell'attività.

La tariffa individuata per ogni paziente viene virtualmente affidata al provider, ossia alla cooperativa, e corrisponde in parte alle prestazioni offerte al paziente sulla base del suo percorso diagnostico-terapeutico e in parte tiene conto anche delle risorse che possono essere consumate per attività sanitarie estranee alla patologia del paziente (se, per esempio, il paziente si frattura accidentalmente un arto).

La novità di questo tipo di sperimentazione è che non considera un paziente iperteso o diabetico a cui applicare un percorso diagnostico-terapeutico teorico, ma opera nella *real life* e considera quanto negli ultimi anni il paziente ha consumato mediamente, tenendo conto che ha avuto anche un consumo di prestazioni indipendenti dalla sua patologia. Quindi si ragiona con il paziente vero, che entra nel nostro studio, e si offre l'opportunità al medico di pre-



scrivere un PAI, ossia un Piano Assistenziale Individuale, di un paziente reale e non di un paziente diabetico o iperteso teorico.

Rispetto all'offerta teorica di tariffa al provider, la Regione quest'anno riconosce un compenso di 25 euro per l'attività legata all'estensione del piano di cura individualizzato. C'è poi la possibilità di una remunerazione legata in qualche modo al raggiungimento di un obiettivo, ossia quello di consumare qualcosa di meno rispetto alla tariffa offerta dalla Regione (che è di poco superiore a quello che ci si aspetterebbe debba consumare questo tipo di paziente). Quindi c'è una parte di remunerazione destinata al provider, legata a quello che noi chiamiamo il delta di tariffa, ossia al fatto che si è consumato qualcosa di meno rispetto alla tariffa proposta. Il meccanismo del delta di tariffa potrebbe essere anche esposto a una serie di critiche, nel senso che meno prestazioni si fanno maggiore è il possibile guadagno da

parte del provider. Per questo è stato istituito un tetto del 9 per cento, così da evitare che alcune scelte possano essere dettate solo da una valutazione economica e non clinica del percorso del paziente.

Un aumento del delta di tariffa si verifica anche quando alcune prestazioni, come un elettrocardiogramma piuttosto che una spirometria, vengono eseguite direttamente nello studio del medico invece che in una struttura esterna privata accreditata o pubblica. In questo caso il riconoscimento economico al provider scaturisce non dall'aver risparmiato su una prestazione non eseguita, ma dal fatto che questa prestazione è stata erogata all'interno di una struttura della medicina generale. E proprio aver permesso agli studi dei medici di medicina generale organizzati la possibilità di offrire una diagnostica di primo livello ai propri pazienti è un altro obiettivo molto importante raggiunto da questo modello organizzativo.

Vuole farci un esempio del ruolo svolto dalla technoassistenza in questo modello?

All'interno di questa sperimentazione due anni fa si è svolta un'attività di telemonitoraggio a livello domiciliare, che ha coinvolto un centinaio di pazienti cronici ad alta complessità, per i quali è molto importante tenere sotto controllo il peso corporeo e altri parametri vitali. Grazie alla possibilità di avere a disposizione dei dispositivi medici (bilancia, misuratore della PA, glucometro), che trasmettono il segnale da casa del paziente – attraverso tecnologia bluetooth – ad una scheda GSM a sua volta collegata a un Centro Servizi, era possibile monitorare da remoto le condizioni del paziente e intervenire tempestivamente nella modifica della terapia, se i parametri vitali subivano modificazioni critiche. Nel caso specifico dell'uso della bilancia nello scompenso, sia che il paziente non si pesasse o che il suo peso aumentasse, grazie a questa apparecchiatura scattava un alert che invitava il medico a mettersi in contatto con il paziente e intervenire, preven-

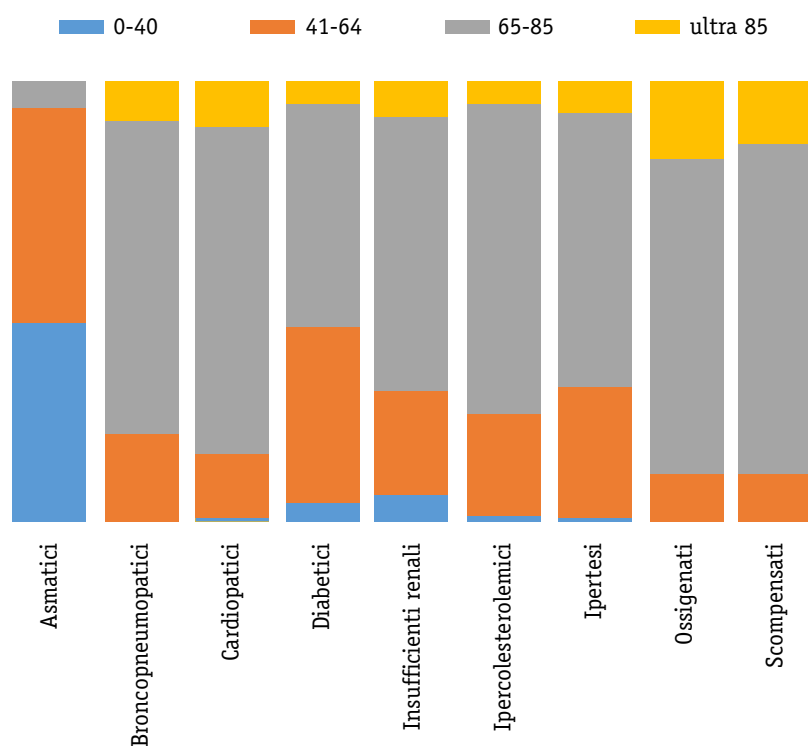
nendo così il rischio di una ospedalizzazione. Questi sistemi di monitoraggio sono particolarmente utili per sorvegliare pazienti anziani fragili o che vivono in contesti sociali difficili, che possono avere maggiori difficoltà a rispettare gli impegni previsti dal proprio piano assistenziale. Importante sottolineare il ruolo del Centro Servizi nell'empowerment del paziente e nel monitoraggio dell'aderenza alla terapia.

Ritiene che il modello adottato dalla Regione Lombardia sia estendibile ad altre realtà? Quali sono le possibili criticità?

Penso sia venuto il momento di superare questo modo di pensare, per cui non solo una Regione fa a gara con un'altra per avere il modello più bello, ma addirittura all'interno della stessa Regione o provincia è la singola Asl a volersi proporre con il modello più efficiente rispetto alle altre. Secondo me è venuto il momento di ragionare in termini non centralistici, ma di uniformità dell'assistenza nel nostro Ssn. Non è possibile pensare che ci siano realtà di eccellenza in Valtellina o in provincia di Enna e poi Siena piuttosto che Monza non abbiano questa opportunità.

Con un po' di buona volontà, e soprattutto con il supporto del Consiglio Superiore di Sanità e delle Direzioni generali del Ministero, penso si possa assolutamente trovare il sistema di rendere questo tipo di sperimentazione replicabile, ovviamente con le opportune modifiche che rispettino non tanto gli assetti regionali quanto quelli territoriali (perché un conto è lavorare in Val Chiavenna, un conto a Milano città). Ecco, la cosa importante è capire se dentro questo tipo di sperimentazioni si debbano valorizzare i medici di famiglia e le forme associative della medicina generale (comprese le società di servizio) o se invece questo progetto debba essere diretto dal Distretto e dai dirigenti delle Asl. Questo è forse l'unico dato che deve essere sottolineato: in alcuni modelli (non importa se regionali o di Asl) il medico di famiglia viene considerato solo un operatore terminale, che ha sì un rapporto di fiducia con il paziente, ma senza alcuno strumento per gestire in outsourcing una serie di attività; in altre realtà invece è possibile fare un discorso opposto. ■ ML

Progetto Buongiorno CREG: distribuzione dei pazienti telemonitorati per patologia principale e classe di età



BASILICATA

La tecnoassistenza come grande opportunità per il coordinamento delle cure domiciliari sul territorio

A colloquio con **Giovanni Battista Bochicchio**

Direttore Generale ASP Basilicata

Modelli innovativi di assistenza per malati cronici: quale l'esperienza della Regione Basilicata?

La Regione Basilicata ha iniziato ormai da alcuni anni – sin dalla fine degli anni Novanta – a sviluppare e implementare modelli assistenziali innovativi, in grado di garantire un'assistenza di qualità migliore per il malato cronico e, al contempo, ottimizzare l'allocazione delle risorse, con una sempre maggiore garanzia di appropriatezza dei servizi erogati.

Il modello adottato è essenzialmente quello dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).

Per i soggetti con gravi problemi di autosufficienza, l'assistenza sanitaria è effettuata a domicilio, secondo un piano assistenziale definito dall'Unità di valutazione distrettuale e coordinato dal medico di medicina generale con il concorso degli specialisti, degli altri operatori sanitari e sociali e della famiglia. Tale attività viene organizzata dal Centro di Coordinamento delle Cure Domiciliari e delle Cure Palliative.

Le prestazioni fondamentali assicurate nell'ambito dell'Assistenza Domiciliare Integrata sono le seguenti: assistenza infermieristica; assistenza riabilitativa; assistenza specialistica; assistenza del medico di medicina generale; prestazioni socioassistenziali (a carico dei Comuni).

Il servizio di cure domiciliari viene attivato, su segnalazione del medico curante dell'assistito, dal medico del reparto ospedaliero all'atto della dimissione, dai servizi sociali, dalle associazioni di volontariato e dai familiari dell'assistito. La segnalazione deve essere comunque compilata dal medico curante anche in caso di provenienza da altri servizi; la stessa viene inviata al Centro di Coordinamento delle Cure Domiciliari, che provvederà a disporre la valutazione del caso. Le segnalazioni saranno esa-

minate seguendo l'ordine cronologico di arrivo, con diritto di precedenza per i pazienti terminali e/o in fase critica.

Come si inserisce in questo quadro la tecnoassistenza?

La tecnoassistenza per un territorio come quello della Basilicata rappresenta sicuramente una grande opportunità. Si pensi che solo alla ASL di Potenza afferiscono 100 Comuni, la maggior parte con meno di cinquemila abitanti e con situazioni orografiche particolarmente svantaggiate. Riuscire a raggiungere tutti i pazienti con una metodologia canonica è diventato complicato, se non impossibile. La tecnoassistenza, in queste condizioni, è una necessità oltre che una scelta strategica.

Esiste un impegno formale della Regione a sviluppare la tecnoassistenza?

Sì. La Giunta regionale a marzo ha aggiunto una dotazione economica di 350.000 euro per avviare forme di sperimentazione, prediligendo, in ordine di priorità, le situazioni cliniche più complesse e le situazioni territoriali più penalizzate dal punto di vista orografico. Ci auguriamo di avere presto delle evidenze utili alla valutazione del servizio e auspicabilmente alla sua estensione a una platea crescente di utenti.

Per chiudere, ritiene che il territorio sia pronto?

Sicuramente. Non vedo criticità tecniche nell'implementazione. A garantire un'assistenza remota di qualità bastano tecnologie note. Probabilmente l'ostacolo maggiore rimane una certa resistenza culturale al cambiamento, da parte non tanto del medico quanto del paziente, che deve a poco a poco – sulla base dell'esperienza – convincersi di poter avere un servizio analogo e anche migliore con forme di assistenza supportate dalla tecnologia, pur permanendo un ruolo centrale del medico e di figure professionali nell'organizzazione del servizio. ■ ML