

Riforma cronicità in Lombardia

Approfondimenti da

Sanità24

Quali effetti (e rischi) concreti

Emanuele Vendramini (Università Cattolica del Sacro Cuore Piacenza)

La riforma sulla gestione della cronicità della Regione Lombardia non solo è avviata, ma sta ultimando la prima delle due fasi: la raccolta delle adesioni da parte dei medici di Medicina generale e delle altre strutture tra cui ospedali pubblici, ospedali privati, strutture socio-sanitarie e candidature fuori ATS (la seconda fase sarà relativa alla raccolta di adesioni da parte dei pazienti cronici).

Il 31 luglio scorso in origine rappresentava la data di scadenza - poi prorogata al 30 settembre - per i Mmg lombardi per aderire alla riforma sulla gestione del paziente cronico.

Complessivamente il 45,1% dei Mmg ha aderito alla riforma e cioè 2.420 Mmg aderenti di cui 2.160 in cooperativa sul totale di 5.364 (come ha spiegato Regione Lombardia in una nota del 4 agosto scorso, riportata da **Sanità24**) con punte del 78% nell'ATS della Valle Padana (Cremona e Mantova) e del 75% quella della montagna (Sondrio e alto bresciano). Milano e Lodi e ATS Pavia hanno avuto invece un'adesione intorno al 30%.

I medici di Medicina generale che hanno aderito alla riforma hanno dovuto optare per uno dei seguenti due scenari:

- diventare gestori dei pazienti cronici e quindi diventare soci di una cooperativa;
- non entrare in cooperativa ed essere co-gestori insieme a un altro attore del sistema.

La mancata adesione da parte del Mmg lascia in vigore la situazione esistente.

Il cronico al centro del sistema

Questa prima fase che si concluderà in autunno rappresenta un primo momento di un processo ben più ampio, infatti la riforma lombarda non riguarda solo i medici di famiglia, perché pone al centro dell'attenzione il **paziente cronico**.

È, infatti, importante ricordare che solo per i pazienti monopatologici (livello 3) il medico di base è il gestore prioritario, diversamente, per i pazienti appartenenti agli altri due livelli di complessità, la scelta del gestore da parte del paziente è del tutto libera. Di fatto, quindi, tutti i pazienti anziani (che per definizione sono polipatologici e quindi affetti da più patologie croniche) la scelta del gestore sarà libera e avverrà mettendo di fatto a confronto le strutture pubbliche e private presenti in Lombardia (330 strutture, complessivamente, hanno presentato la candidatura al nuovo modello di presa in carico).

Un punto saldo della riforma lombarda è che il Mmg è sì centrale o meglio, prioritario, ma solo se il paziente è monopatologico (solo iperteso, solo diabetico, solo scompensato, eccetera) e se contemporaneamente ha una cooperativa di cui è socio. In tutti gli altri i casi il paziente è libero di scegliere il gestore senza un ruolo prioritario del Mmg.

Inoltre è importante evidenziare che, siccome il gestore è unico, il paziente affetto da più patologie può scegliere un solo gestore tra quelli idonei presenti nell'elenco fornito dall'ATS e con il quale il suo Mmg co-gestore ha stipulato degli accordi. Ad evidenziare questo vi è il dato relativo alle candidature pervenute per il ruolo di gestore da parte di ospedali privati, ben 116, di cui 32 solamente nella ATS della Città Metropolitana di Milano.

Gestore unico: cosa comporta?

Con il modello precedentemente in vigore il paziente era libero di scegliere la struttura che riteneva maggiormente appropriata per la propria salute. Con la riforma, il gestore diventa unico e quindi

**Iscriviti
e fai iscrivere
alla Fnp Cisl**

Potrai:

- GODERE DEI BENEFICI CHE TI DA LA NOSTRA TESSERA.
- ACCEDERE A SERVIZI GRATUITI O AGEVOLATI.
- GODERE DELLE CONVENZIONI PER OTTENERE SCONTI ED ALTRI VANTAGGI.
- PARTECIPARE AD INIZIATIVE TURISTICHE E CULTURALI.

LA NOSTRA FORZA

È LA TUA FORZA!

una volta scelto il gestore ad esso, e solo ad esso, ci si affida. Si ha l'impressione che sia venuto meno un pilastro portante della sanità Lombarda degli ultimi due decenni: la piena libertà di scelta del cittadino.

La domanda è: sulla base di quali informazioni un ipotetico paziente ultra 75enne sceglierà a quale gestore affidarsi, sapendo che, alla luce della riforma, una volta scelto non potrà accedere alle piattaforme degli altri gestori se non recedendo dal primo come stabilito dalle regole definite dalla Regione?

Se il paziente non opera una scelta tutto rimane come prima, se invece decidesse di aderire, deve scegliere il gestore. Il paradosso più grave è che il paziente con più ampia scelta è quello con più patologie, perché il paziente monopatologico ha come riferimento prioritario soltanto il medico di famiglia.

Ci sarà competizione tra i gestori: ma su cosa competeranno? Che offerte faranno i gestori? Siccome questi pazienti sono "frequent users" si potranno immaginare pacchetti o servizi particolari per essere scelti dai pazienti e per arruolare nuovi cronici.

Sembra un modello molto simile alle Hmo americane ("Health and Maintenance Organizations"), ma in quel sistema vige **un mercato assicurativo** non un Servizio sanitario pubblico.

Sicuri che il sistema ce la può fare?

Infine emerge un'ultima perplessità che inizia a essere sollevata da diversi ambiti: qualora tutti i cronici dovessero veramente vedersi erogate le prestazioni previste e appropriate rispetto al proprio stato di salute, il sistema non reggerebbe.

Infatti, se tutti i pazienti con la BPCO dovessero fare le spirometrie previste, se tutti i pazienti diabetici dovessero fare il fundus oculi e l'emoglobina glicata come previsto, se tutti gli ipertesi dovessero fare gli ECG e le visite e gli esami così come ritenuto appropriato, la rete di offerta potrebbe collassare in quanto non vi è la capacità di rispondere a una tale domanda di prestazioni. E quindi?

C'è chi inizia a ritenere che i gestori potrebbero abbassare gli standard delle prestazioni ricomprese nel **Pai (Piano di assistenza Individuale)** abbassando gli standard e magari iniziando a offrire pacchetti out of pocket non ricompresi nel servizio pubblico offerto.

A questo scenario se ne potrebbe aggiungere un altro legato a quei pazienti che dovessero decidere di non aderire. Per loro rimarrebbe in vigore il sistema come definito dalla Convenzione Nazionale per la Medicina Generale e questo non sarebbe un problema ma si potrebbe però evidenziare un effetto collo di bottiglia: gli erogatori potrebbero avere le agende piene (intasate?) dalle prenotazioni dei gestori i cui pazienti sono all'interno di un Pai e, quindi, avverrebbe una situazione non auspicabile.

Per ora Regione Lombardia sottolinea come non si prevedano penalizzazioni per i pazienti che non sono presi in carico, tuttavia si dovrà prevedere la presenza di agende dedicate per la cronicità per non vanificare la programmazione dei Pai. È facile quindi ipotizzare liste d'attesa lunghe per chi sceglie di non aderire.

La riforma pone al centro il Mmg?

Si potrebbe dire che in teoria sì, ma solo se il paziente è mono patologico e se il medico si mette in cooperativa. Nei fatti il paziente è chiamato a scegliere e potendo optare tra un Mmg in cooperativa e la potenza di una struttura ospedaliera pubblica o privata che sia possa non avere dubbi.

La riforma mette al centro i pazienti?

In teoria sì, permettendo loro di scegliere soprattutto per i due livelli caratterizzati dalla polipatologia e dalla fragilità clinica quale sia il gestore migliore. In pratica il vero dilemma sarà sulla base di cosa i pazienti sceglieranno.

Infatti la riforma lombarda porterà a un sistema che prevede una competizione tra filiere per portafogli di servizi completi e queste reti/filiere si arricchiranno e trasformeranno nel tempo diventando degli eco-sistemi alternativi in competizione tra loro.

Sembra quindi emergere come il ruolo veramente centrale sarà svolto dalla piattaforma dei gestori.

La piattaforma conosce anagrafica, condizioni socio-economiche e bisogni dei pazienti, il PAI erogato, la compliance e gli esiti. Ma la piattaforma conoscerà anche i bisogni non soddisfatti e quindi il potenziale di mercato out of pocket per ogni paziente che come evidenziato dall'Osservatorio sui consumi privati in sanità **vale oltre 4 miliardi di euro solo in Lombardia**.

