

✘ Aldo Gazzetti

La sanità lombarda sembra evolversi, espandersi e mutarsi nei propositi e nei tempi a seconda delle reazioni e delle pressioni dei vari stakeholders. Alcuni hanno definito tutto questo una riforma confusa ma in questa apparente confusione c'è del metodo. È un disegno complesso e strategico che va compreso in tutti i numerosi aspetti: nella maggiore Regione Italiana cambia radicalmente il sistema organizzativo di offerta e gestione della sanità, controllato per larga parte da entità private. A queste la Regione delega ed assegna le funzioni di programmazione, committenza ed erogazione diretta ed indiretta per il 30% della popolazione classificata come affetta da malattie croniche e grande consumatrici di servizi.

---

**È andato in scena il secondo atto del nuovo modello lombardo di presa in carico degli ammalati cronici** (vedi precedente post [Lombardia: i malati cronici al miglior offerente](#)). **All'inizio di maggio la Giunta Lombarda ha deliberato un nuovo provvedimento amministrativo** (Delibera 6551 del 4 maggio 2017.[1] **Ultimo atto conclusivo?** Sembra di no. In questa seconda delibera già se ne annunciano altre che dovrebbero riguardare: ulteriori tariffe relative alle categorie di cronicità, in particolare per l'ambito sociosanitario, e al trattamento dei dati e la costituzione di organismi "tecnici" di verifica dell'attuazione del modello di presa in carico, di verifica e di monitoraggio dell'appropriatezza e della tariffa (con presenza dei rappresentanti dei MMG e soprattutto delle associazioni degli erogatori privati).

**È un modello "liquido" che sembra evolversi, espandersi e mutarsi nei propositi e nei tempi a seconda delle reazioni e delle pressioni dei vari stakeholders.** Alcuni hanno definito tutto questo una riforma confusa ma in questa apparente confusione c'è del metodo. È un disegno complesso e strategico che va compreso in tutti i numerosi aspetti: nella maggiore Regione Italiana cambia il sistema organizzativo di offerta e gestione della sanità, controllato per larga parte da entità private. A queste la Regione delega ed assegna le funzioni di programmazione, committenza ed erogazione diretta ed indiretta per il 30% della popolazione classificata come affetta da malattie croniche e grande consumatrici di servizi per una spesa stimata del 70% (circa 8 miliardi di euro).

### **Alcuni contenuti della delibera**

**Con la delibera 6551 vengono poste le basi per attivare, con progressiva messa a regime, le modalità innovative di presa in carico dei pazienti basate sul sistema di classificazione delle malattie croniche** già definito con la precedente DGR X/6164 del 30

gennaio 2017 e scaturito dall'analisi dei dati relativi alla domanda di prestazioni rilevati in serie storica. Principale scopo del provvedimento è la definizione delle modalità di attivazione del nuovo percorso di presa in carico con individuazione degli attori protagonisti del processo, delle loro funzioni e del nuovo ruolo a loro assegnato e viene ben definito il ruolo del Gestore della presa in carico, i suoi compiti e i suoi poteri.

Di seguito alcuni schemi riassuntivi dei meccanismi di presa in carico e di gestione.



**L'idoneità dei candidati a svolgere il ruolo dei gestori viene riconosciuta con criteri molto generici basati su una autocertificazione della capacità erogativa, la copertura dell'area territoriale di riferimento e la capacità organizzativa dei soggetti della rete di offerta.** Al gestore dunque si delega la funzione di committenza e di scelta o della erogazione diretta o indiretta mediante accordi pattizi con terzi. Si può ben comprendere la possibilità dell'immediata creazione di joint venture e di filiere completamente privatizzate. All'Agenzia regionale (ATS) è assegnato dalla Regione un ruolo di *gatekeeper* della rete assistenziale sempre più privatizzata. Dichiara i gestori idonei tra quelli già accreditati e contrattualizzati, magari per altre funzioni e per altri tipi di assistenza (esempio: l'accreditamento delle RSA è ben diverso dalle strutture ospedaliere). In un altro senso si potrebbe definire la sua funzione come stazione appaltante di una serie di servizi che a loro volta possono essere subappaltati.[2] L'ampiezza gestionale massima della presa in carico per ogni gestore è di 200.000 pazienti arruolati contemporaneamente.[3] Anche se le singole ATS la potranno abbassare, questa soglia che non appare giustificata nel testo. D'altra parte nella delibera e nemmeno in altri documenti si dà un quadro della rete di offerta e una programmazione trasparente della ampiezza di offerta ottimale. Le esperienze estere consolidate di prese in carico della popolazione cronica non sembrano mai raggiungere uno spettro così ampio sia per patologie sia come numero arruolati.[4]

## **Il nuovo ruolo della medicina di base**

**Con la nuova delibera il nuovo ruolo della medicina di base viene precisato, rivalutato ed ampliato.** D'altra parte il progetto CREG (2011-2017) ha avuto protagoniste le Cooperative Mediche e di fatto ha rappresentato la sperimentazione sia della stratificazione della domanda sia della presa in carico. Alla fine del 2016 18 cooperative

possono avere già la possibilità a candidarsi come gestori. La strutturazione organizzativa dell'attività dei CREG è stata basata sulla creazione dei Centri Servizi gestiti a loro volta da quattro o cinque società private (TELBIO, @CCURA, PAXME, VIVISOL, VREE HEALTH).

### **I numeri della sperimentazione dei CREG in Lombardia**



#### **Si può prevedere che aumenterà l'adesione dei Medici di base a questo modello imprenditoriale già strutturato e sperimentato ed, ora, possibile sorgente di ulteriori guadagni.**

Viene infatti ora definita un'attività specifica e retribuita di accompagnamento alla presa in carico. Come viene introdotta la figura del medico co-gestore e la sua presenza retribuita nella definizione del Patto di Cura e del PAI. Il MMG/PLS che non partecipa al percorso di presa in carico viene informato e riceve copia del PA e continua a svolgere le funzioni previste dall'ACN.



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

### **Bibliografia**

1. dgr X/6551 del 4 maggio 2017 "Riordino della rete di offerta e modalità di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili in attuazione dell'art. 9 della legge regionale N. 33/2009"  
Art. 9 (Modelli di Presa in Carico per il Paziente Cronico e Fragile)«Il Sistema Sociosanitario Lombardo attiva modalità organizzative innovative di «presa in carico» in grado di integrare, anche facendo uso delle più aggiornate tecnologie e pratiche metodologiche, in particolare di telemedicina, le modalità di risposta ai bisogni delle Persone in condizione di cronicità e fragilità, al fine di garantire la continuità nell'accesso alla rete dei servizi e l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali. A tale scopo sono adottati modelli organizzativi, attraverso reti di cura ed assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale, che assicurino l'integrazione ed il raccordo tra tutte le diverse competenze professionali coinvolte, sia ospedaliere che territoriali».

2. Sarebbe interessante sapere se è stato chiesto un parere all'ANAC (Autorità Nazionale Anticorruzione).
3. Vedasi DGR 6551 Allegato 1 - Modalità di presa in carico dei pazienti cronici e fragili PAG. 18
4. Assessing chronic disease management in European health systems -Concepts and approaches-© World Health Organization 2014