

## L'era dei Drg territoriali made in Lombardia

**Giuseppe Belleri**

Medico di medicina generale  
Flero (BS)

*Se ne parlava da anni e pare proprio che per i Mmg lombardi sia arrivato il momento di salpare per il mare aperto della concorrenza. La novità ha un nome astruso e un po' sinistro, i CReG, ovvero i Chronic Related Group che aprono a nuovi soggetti erogatori territoriali di assistenza ai cronici, in alternativa/concorrenza con la medicina generale*

**L**a Lombardia il primo dicembre ha deliberato sulle nuove regole di sistema 2011 in materia socio-sanitaria che contiene, all'allegato 14, nuove norme circa la gestione della cronicità, vale a dire l'introduzione dei CReG, i futuri Drg del territorio che aprono a nuovi soggetti erogatori territoriali di assistenza ai malati cronici in alternativa/concorrenza con la MG. Tutti i soggetti accreditati potranno accedere ai CReG regionali, sia Mmg associati che cooperative no profit o aziende ospedaliere pubbliche o private, a patto di rispettare alcune specifiche per ora officiose. Insomma si annuncia l'ingresso di nuovi "competitor" sul mercato territoriale dei servizi sanitari ai cittadini, che contenderanno la gestione della cronicità ai Mmg. L'allegato 14 della delibera sulle regole 2011, dedicato ai CReG e alle strutture per la post-acuzie, parte da un giudizio impietoso e inge-

neroso sull'attuale assetto delle cure primarie, ritenute carenti "delle premesse contrattuali e delle competenze cliniche, gestionali ed amministrative richieste ad una organizzazione che sia in grado di garantire una reale presa in carico complessiva dei pazienti cronici al di fuori dell'ospedale". I futuri Drg del territorio dovrebbero così favorire "la crescita di un soggetto che sia in grado di sostenere il confronto con l'ospedale, non solo in termini clinici ma anche gestionali ed organizzativi, andando quindi a creare un polo territoriale forte che possa garantire il nascere della tensione necessaria ad attivare il circuito ospedale territorio indispensabile per ottenere la gestione delle patologie croniche efficacemente anche fuori dall'ospedale, anzi, usando il meno possibile".

Quella dei CReG è una sfida al contempo clinica e organizzativa di prim'ordine, specie se la si guarda senza pregiudizi e con disponibilità al cambiamento. Per vincerla i

generalisti dovranno rimboccarsi le maniche per coniugare:

1. la presa in carico globale e con continuità degli assistiti da malattia cronica, tramite la puntuale applicazione dei PDTA ormai diffusi su tutto il territorio
2. la rigorosa documentazione, mediante indicatori di esito e processo, dell'assistenza prestata a costoro nello spirito dell'accountability (vedasi le esperienze di Governo Clinico, attuate in varie province lombarde)
3. la diffusione di modelli organizzativi e gestionali funzionali ai due precedenti obiettivi, con particolare riferimento alla formazione dei collaboratori di studio, indispensabili per il monitoraggio appropriato e continuativo delle problematiche cliniche.

### Le reazioni

La prima reazione a caldo è stata quella del segretario della Fimmg lombarda, **Fiorenzo Corti**, tutto sommato possibilista: "Con questo Piano la Lombardia lancia alle cure primarie una sfida che noi intendiamo raccogliere. A patto tuttavia di intenderci: se la logica di questi Drg del territorio è il pragmatismo - i soldi sono questi, vediamo chi riesce a fare le cose migliori - allora accettiamo di misurarci ma a patto che la Regione investa sui fattori di produzione. Se invece è una scelta ideologica e in realtà non c'è alcun interesse a scommettere sul territorio e sulla MG, allora non ci stiamo». Anche Snami non chiude la porta alla novità. Si legge infatti sul sito mi-

### CReG: alcune anticipazioni

1. Per le patologie croniche viene stabilito che il paziente sia seguito su tutto il percorso sanitario senza soluzione di continuità e senza "vuoti" di cura.
2. La responsabilità di tutto il percorso è posta in capo ad un unico soggetto governato dalla Asl (gruppi di Mmg, no profit, AO, ecc.).
3. La remunerazione, in analogia con il Drg, è fatta mediante il CReG che remunera l'intero pacchetto di prestazioni individuato nei protocolli diagnostico terapeutici anche grazie all'utilizzo della Banca Dati Assistito (per l'individuazione delle patologie e della loro stadiazione.)
4. L'organizzazione dell'attività prevede 4 fasi: l'individuazione dei pazienti, l'assegnazione delle risorse, il contratto e la rendicontazione delle attività.
5. Il contratto è sottoscritto con la Asl e a quest'ultima spetta l'attività di controllo.

(Fonte <http://www.snamimilano.org>)

lanese del sindacato: “In un contesto in cui non vi sono risorse si vorrebbe implementare l’assistenza al cronico (CReG) anche da parte della medicina generale e il subacuto. Sono due idee interessanti. Specialmente per quanto riguarda la presa in carico del cronico da parte del Mmg è evidente che Snam è d’accordo (*l’abbiamo sempre chiesto!*). Tuttavia è del tutto evidente che, a parte il principio di carattere generale, condivisibile, bisognerà vedere come quest’idea verrà declinata e se vi sarà un reale investimento da parte della Regione”.

Il nodo culturale su cui verteranno le trattative con la Regione sarà la definizione degli indicatori di processo ed esito - e non certo le medie di spesa del tutto ininfluenti per la verifica della qualità - gli unici idonei alla valutazione delle *performances* e del raggiungimento degli standard definiti dai futuri CReG. Non si comprende tuttavia da quali indagini derivi il giudizio impietoso contenuto nella delibera circa le scadenti “competenze cliniche, gestionali ed amministrative” delle cure primarie. Ad esempio in molte Asl lombarde, a parti-

re da quelle di Monza e Brescia, i Mmg hanno ormai una consolidata prassi di registrazione e raccolta dei dati sugli indicatori clinici delle principali patologie croniche. Proprio grazie a queste esperienze e alle competenze accumulate negli anni, sia nell’applicazione dei PDTA sia nella gestione comunitaria e individuale delle relative informazioni (report del governo clinico), la gran parte dei Mmg potrà affrontare con relativa tranquillità l’impatto dei futuri *competitor*, specie se saranno messi nelle condizioni di operare organizzativamente al meglio (collaboratori di studio e infermieri).

### ■ Variabili da considerare

Ad ogni buon conto i gruppi di Mmg che gestiranno i CReG dovranno fare i conti con alcune variabili critiche per poter reggere la concorrenza con i nuovi erogatori territoriali e mantenere le proprie posizioni:

- Un’efficiente organizzazione dello studio, per supportare la mole di lavoro necessaria all’applicazione del PDTA e garantire la continuità assistenziale nel tempo.

- La corretta gestione delle informazioni per la valutazione degli esiti, sul modello dei report del governo clinico.

- Il fattore territoriale, ovvero la distanza dai nuovi servizi alternativi alla MG; chi lavora in località lontane dai centri di offerta sarà avvantaggiato al contrario di chi opera in aree ad alta densità di servizi o con ospedali di riferimento a portata di mano.

- Una salda relazione con gli assistiti affetti da patologie croniche, che dovrebbe garantire dai rischi di “defezione” da parte degli stessi a favore dei nuovi competitor (i colleghi delle grandi città saranno i più esposti alla concorrenza dell’offerta specialistica di nuovi servizi).

- Un contesto “comunitario” di riferimento, sia nel senso delle aggregazioni mediche locali sia nel senso della rete telematica che potrà garantire i punti 1 e 2, specie per l’autovalutazione e la rendicontazione degli esiti.

- Il coinvolgimento, la co-responsabilizzazione e l’educazione degli assistiti nell’aderenza al percorso diagnostico, alle terapie e ai follow-up previsti dai singoli PDTA e presumibilmente dai futuri CReG.