

Lombardia: identikit dei Drg delle cronicità

Giuseppe Belleri

Medico di medicina generale
Flero (BS)

Introdotti nel dicembre 2010 con le regole di sistema per la gestione del Ssr lombardo (M.D. 2010; 36-37: 6-7), dovrebbero ottimizzare la presa in carico e la gestione delle cronicità, ma la vera novità è che attraverso i Cronic Related Group (CReG) si profila una competizione tra erogatori di cure (medici di medicina generale, ospedali, privato non profit e probabilmente anche le farmacie dei servizi)

L'implementazione dei CReG nel sistema sanitario lombardo avrebbe la finalità di ottimizzare la presa in carico, la continuità assistenziale e la gestione sul lungo periodo della cronicità, onde evitare gli eventi acuti e stabilizzare il paziente dal punto di vista funzionale, per ritardare il più possibile la disabilità e l'inevitabile evoluzione "terminale" della condizione cronica. Secondo quanto evidenziato dalla Regione i CReG sarebbero una innovativa modalità di presa in carico dei pazienti che, a fronte della corresponsione anticipata di una quota predefinita di risorse deve garantire, senza soluzioni di continuità e cali di cure, tutti i servizi extraospedalieri (ambulatoriale, protesica, farmaceutica, ospedalizzazione domiciliare) necessari per una buona gestione clinico organizzativa delle patologie finanziati dai Lea. Il primo tra gli strumenti alla base della rea-

lizzazione dei CReG riguarda la capacità dei nostri sistemi informativi di identificazione e stadiazione della malattia cronica, in particolare la Banca dati assistito (BDA). In proposito va detto che l'attuale classificazione, fortemente improntata alla logica epidemiologica, dovrà evolvere per essere in grado di distinguere le diverse fasi evolutive di una stessa malattia, soprattutto relativamente alle diverse necessità di prestazioni e di servizi. Seguono processi diagnostici e terapeutici (PDT) e linee guida che rappresentano il secondo pilastro tecnologico, maggiormente sviluppato nella nostra Regione, in quanto servono ad identificare gli appropriati fabbisogni di cura di ogni cronicità, le procedure diagnostiche e terapeutiche per le principali patologie croniche.

Per migliorare la continuità assistenziale quindi la Regione è ricorsa a una generosa iniezione di concorren-

za, delimitando un "quasi mercato" all'interno del perimetro del Ssr. In sostanza i Mmg non dovranno più affrontare la concorrenza "interna" alla categoria, vale a dire quella dei colleghi generalisti della propria zona, ma dovranno misurarsi con inediti competitori "esterni" alla categoria, ovvero i soggetti accreditati a contratto con la Regione che decideranno di scendere in campo per contendere alla medicina generale la fornitura dei servizi sul territorio, secondo i criteri dettati dalle nuove regole per il Servizio sanitario regionale.

■ Sperimentazione

Il processo organizzativo ipotizzato dalla Regione avrà in un primo tempo un carattere sperimentale, a livello di 5 Asl regionali, e sarà articolato in due fasi: individuazione dei pazienti da "arruolare", in relazione ai PDTA implementati localmente, e assegnazione delle risorse necessarie per la gestione delle patologie secondo i criteri dettati dai PDT stessi. Potranno accedere ai CReG solo gruppi di Mmg a livello distrettuale, al fine di garantire un numero di pazienti sufficiente per ridurre al minimo la variabilità di consumi osservati rispetto a quelli attesi, che saranno la base per definire l'ammontare economico del CReG individuale.

■ Logica tariffaria

I futuri DRG della cronicità territoriale rispondono a una logica tariffaria, per la remunerazione complessiva del caso trattato in base al "costo medio" del case mix afferente ad ogni CReG; agli erogatori territoriali

Il processo organizzativo

A Individuazione dei pazienti

In 5 ASL si svolgerà la sperimentazione per le seguenti patologie: Broncopneumopatie cronico ostruttive (BPCO), Scompenso cardiaco, Diabete di tipo I e tipo II, ipertensione e cardiopatia ischemica, osteoporosi, patologie neuromuscolari. L'Area territoriale minima sarà rappresentata da un distretto per avere un numero di pazienti sufficiente a ridurre al minimo la variabilità di consumi osservati.

B Assegnazione delle risorse

Una volta definito l'ammontare delle risorse per la realizzazione del progetto le stesse saranno assegnate a quei soggetti accreditati già a contratto, governati dalla Asl, che si faranno carico di garantire le cure, nell'ottica prevalente di assicurare la continuità assistenziale e operando in modo sinergico secondo le matrici di responsabilità di processo. Il ruolo della Asl è quello di *governance*, monitorare, valutare e controllare l'appropriatezza dei processi clinico-terapeutici. Nessun vincolo deve essere posto alla libera scelta del cittadino.

verrà infatti corrisposto una sorta di budget personalizzato o capitario, cioè per ogni assistito in carico, con il quale dovranno essere garantiti tutti i consumi correlati alla gestione del singolo caso (farmaci, accertamenti, riabilitazione ecc.) periodicamente rendicontati attraverso una scheda di percorso territoriale analoga alla SDO dei DRG ospedalieri.

■ Criticità

I CreG pur rifacendosi esplicitamente ai DRG ospedalieri vi differiscono per alcuni elementi sostanziali, anche se occorrerà attendere i provvedimenti attuativi per una valutazione ponderata:

- non saranno “episodici” e a prestazione singola come i DRG (es. ricovero per intervento di cataratta) ma avranno una durata pre-definita, verosimilmente annuale, e saranno a tipo “tutto compreso;”

- verranno quindi erogati ex-ante, cioè anticipatamente ad inizio anno in quanto si possono individuare i cronici da mantenere “in percorso”, a differenza delle prestazioni per acuti remunerate dal DRG ospedaliero dopo la dimissione, ovvero ex-post;

- contrariamente ai DRG, che hanno ridotto i costi grazie all'aumento di efficienza dell'ospedale per via della riduzione delle giornate di degenza, i CreG potrebbero incrementare i consumi territoriali rispetto alle carenze riscontrate nella continuità assistenziale fino ad ora;

- avranno quindi un effetto indiretto di risparmio a livello ospedaliero, dove si dovrebbe registrare un calo dei ricoveri per eventi acuti, sia medici (scompensi e riacutizzazioni) sia chirurgici (complicanze).

Tuttavia se l'obiettivo primario è squisitamente clinico (migliorare la continuità per evitare eventi acuti e il peggioramento funzionale) perché il progetto ruota attorno ai consumi, in una logica di budget finanziario? Al contrario si dovrebbero porre in primo piano gli indicatori di processo ed esito per il monitoraggio dell'evoluzione clinica della condizione cronica. Per di più il monitoraggio dei soli consumi extra-ospedalieri non sarà in

Criteri di remunerazione dei consumi

Ad ogni raggruppamento omogeneo di patologia o pluripatologia è assegnata una tariffa che comprende i consumi per ambulatoriale, farmaceutica, ossigeno, protesica, ospedalizzazione domiciliare e degli eventuali ricoveri effettuati in ingresso nelle strutture subacute, la compilazione dei piani terapeutici individuali di cura, il debito informativo, il rilascio dell'esenzione per patologia, la fornitura dei presidi e protesi a domicilio, farmaci a domicilio, gli eventuali trasporti (dializzati). Sono esclusi dalla tariffa i ricoveri per acuti, quelli in riabilitazione e la quota capitaria dei Mmg.

► Stipula del Contratto

Il contratto è formulato dalla Asl con i soggetti che si accrediteranno (gruppi di Mmg, AO, cooperative no profit ecc.) e deve comprendere: gli elementi caratterizzanti la centralità dell'assistito, l'elenco degli assistiti a cui assicurare la continuità di cura, la valutazione iniziale dei bisogni attesi, le modalità di sinergia, collaborazione e raccordo con le cure primarie e le funzioni ospedaliere e territoriali dell'ospedale, gli obiettivi da raggiungere con relativi indicatori di processo intermedi e finali (chiari, realistici e misurabili), la modalità di trasmissione delle informazioni, le modalità di pagamento, le modalità attuative dei controlli

► Rendicontazione delle attività rese

Analogamente alla remunerazione delle attività per acuti, ogni percorso sarà adeguatamente rendicontato attraverso una sorta di Scheda di Percorso Territoriale simile alle SDO dei ricoveri ospedalieri.

grado di valutare la “convenienza” finanziaria globale dei CreG, proprio perché l'efficacia del nuovo sistema si riverbererà principalmente sui costi per le ospedalizzazioni, che tuttavia non rientrano nei parametri di valutazione degli esiti dei CreG.

Questa dissonanza metodologica emerge chiaramente dall'impianto della piattaforma tecnologica che dovrebbe monitorare il sistema da un punto di vista informativo. Infatti la BDA - per la stessa ammissione dell'estensore dell'allegato 14 della proposta regionale - è carente nella stadiazione clinica dei cronici e nella rilevazione degli indicatori di processo per la valutazione della presa in carico e della continuità assistenziale. A questi stessi obiettivi invece rispondono in modo efficace i report del Governo Clinico, ad esempio quelli della Rete UNIRE della Asl di Brescia, poiché estraono dalle cartelle informatizzate dei singoli Mmg proprio gli indicatori clinici di processo ed esito senza i quali i dati sui consumi sono privi di valenza informativa circa gli esiti del processo previsto dai CreG. La logica del budget finanziario, sottesa alla quota “capitaria” dei CreG, si dimostra

incapace di correlare i consumi con gli esiti clinici (risultati attesi in funzione delle risorse impiegate).

■ Una strada già tracciata

Il progetto prosegue sulla strada tracciata dalla dote sanitaria e si discosta per il metodo adottato da altre esperienze regionali di gestione della cronicità, sia lombarde (Governo Clinico) sia di altre Regioni (delibera Piemontese sulla gestione integrata del diabete) che prevedevano incentivi in un'ottica di embrionale *pay for performance*. Al contrario nel progetto CreG non si fa cenno alla remunerazione dei professionisti, ai quali è demandata in toto la gestione delle risorse che restano in primo piano rispetto agli indicatori clinico/assistenziali. Per un oculato utilizzo delle risorse messe a disposizione per ogni “budget capitario” sarà indispensabile il contributo di una sorta di manager territoriale, incaricato di gestire la complessa macchina amministrativa, organizzativa e contabile necessaria all'accreditamento degli erogatori, alla stipula dei contratti, alla rendicontazione dei consumi, ecc.