

La gestione delle cronicità in uno scenario assistenziale che cambia



Le Coop mediche stanno assumendo sempre più un ruolo strategico per fronteggiare i cambiamenti assistenziali messi in campo sui territori per gestire le cronicità. Potrebbero rivelarsi anche una risorsa per rispondere ai dettami della riforma Balduzzi.

M.D. ne ha discusso con **Alberto Aronica**, presidente Centro Studi Co.S e socio della Cooperativa Medici Milano Centro che ha partecipato alla sperimentazione dei Creg in Lombardia

► **Anna Sgritto**

Prevenzione e gestione delle cronicità, riorganizzazione delle cure primarie e modelli regionali: sono questi gli argomenti affrontati durante l'intervista che **Alberto Aronica**, presidente Centro Studi Co.S (Conorzio Sanità) e socio della Cooperativa Medici Milano Centro, ha rilasciato a *M.D.* "L'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle patologie croniche - ha esordito Aronica - condiziona e condizionerà lo sviluppo della Medicina, soprattutto della medicina di famiglia e inciderà sul futuro dei sistemi sanitari, mettendone sempre più a rischio la sostenibilità; per questo motivo, la ricerca e la sperimentazione di modelli innovativi e sostenibili è diventata una questione ineludibile per tutti i Paesi occidentali".

► **Ma nel nostro Paese sono state messe in atto da tempo sperimentazioni che vanno in tal senso...**

"È vero, sono sperimentazioni a carattere regionale atte a migliorare la risposta e la presa in carico delle cronicità a livello territoriale in termini di appropriatezza; coniugando efficacia, efficienza e risorse. È chiaro che tali sperimentazioni non possono prescindere dalle caratteristiche dei sistemi regionali di riferimento: ad esempio, in Toscana con il *Cronich Care Model*, in Emilia Romagna con le Case della Salute, in Veneto con le Utap, la *governance* del sistema è mantenuta dalle Aziende sanitarie, che inoltre forniscono il personale infermieristico. La Lombardia, unica, ha scelto come modello i Creg (*Chronic Related Group*), affidando non solo la ge-

stione, ma il budget delle cronicità a un *provider* esterno, che deve occuparsi di tutti gli aspetti organizzativi, lasciando solo quelli clinici in carico al singolo medico di medicina generale. I medici lombardi che, come me, da anni lavorano in associazioni cooperative si sono proposti come *provider* e hanno partecipato attivamente alla sperimentazione che, dopo due anni, si avvia a una prima verifica. È importante puntualizzare come la Regione Lombardia non avesse inizialmente contemplato la potenzialità organizzativa dei Mmg. Accettare questa sfida è stata per le cooperative mediche una scelta obbligata: era fondamentale che fosse la medicina generale a mantenere il ruolo centrale, mentre non partecipare avrebbe significato lasciare campo libero ai privati accreditati, alle fondazioni e alle onlus".

► **Quanti sono i Mmg di Milano che hanno partecipato alla sperimentazione dei Creg?**

“Purtroppo su 1.100 Mmg solo 60 hanno aderito, con più rilevanza nei piccoli centri e in città come Bergamo, dove la sindacalizzazione dei medici è molto elevata. La nostra Cooperativa ha avuto in carico dalla Regione 7.000 pazienti, scelti attraverso la BDA (Banca Dati Assistiti) perché affetti dalle principali patologie croniche. Sono stati seguiti sul piano clinico terapeutico secondo PDTA concordati tra le differenti cooperative, che si sono occupate anche di tutti gli aspetti economico-organizzativi. Abbiamo rispettato il budget regionale attribuito a consumi diagnostici, farmacologici e presidi. I dati clinici raccolti (grazie a un sistema informativo che le cooperative hanno costruito nel tempo per la verifica della qualità professionale) hanno evidenziato un significativo miglioramento degli indicatori di processo e di esito intermedio. Nella prima fase di sperimentazione si è palesata la necessità di un rapporto diretto con specialisti per condividere percorsi di cura: a Milano e in Lombardia gli interventi che hanno come obiettivo l'integrazione tra specialisti ambulatoriali e Mmg sono stati sempre molto limitati, per non dire inesistenti. Per sopperire a questa esigenza abbiamo proposto di stipulare direttamente accordi con una struttura specialistica pubblica (Istituti Clinici di Perfezionamento) e una privata accreditata (San Pio X) nelle aree territoriali dove operano i medici della cooperativa. Nel proseguimento del progetto valuteremo quanto questo modello di integrazione professionale possa influire sugli esiti clinici dei pazienti cronici”.

► **Quindi, le coop di medicina generale rappresentano una risorsa per gestire i cambiamenti assistenziali del nostro Ssn...**

“Sì. Le cooperative mediche sono per noi la soluzione migliore per supportare i Mmg nello svolgimento dei compiti che i nuovi assetti organizzativi dell'assistenza primaria richiederanno. La legge Balduzzi (ancora disattesa nella maggior parte delle Regioni) prevede infatti la riorganizzazione delle cure primarie attraverso l'adesione obbligatoria dei Mmg, dei pediatri e dei medici di continuità assistenziale alle Aft (Aggregazioni funzionali territoriali) ed alle Uccp (Unità complesse di cure primarie); questo significa che i Mmg non dovranno più lavorare da soli, ma evolversi, collaborando, in nuove modalità organizzative. Questa riorganizzazione è stata accolta, come spesso avviene per tutte le innovazioni, con molte riserve da parte di medici e Regioni. Entrambi hanno posto l'attenzione sulla difficoltà di reperire risorse economiche sufficienti a procurarsi i fattori produttivi (sedi, personale, attrezzature tecnologiche) poiché questo modello dovrà essere sviluppato a isorisorse. I medici hanno inoltre manifestato grande diffidenza per l'acquisizione delle nuove competenze non cliniche, necessarie a organizzare e gestire un modello di integrazione multiprofessionale come le Uccp. È bene puntualizzare che i medici continueranno a svolgere principalmente la propria attività di diagnosi e cura: nel modello cooperativo non tutti devono diventare imprenditori (ma solo alcuni che potranno eventualmente delegare ad altri i compiti gestionali), tutti però devono partecipare attivamente alla vita della società. Nell'attuale incerto scenario, il Consorzio Sanità, attraverso l'esperienza della rete delle sue associate, può fornire sicuramente soluzioni sperimentate ed

efficaci. Già dal 1995 ha infatti elaborato progetti di costruzione e gestione di Presidi Territoriali della Medicina Generale (Ptmg), che hanno consentito la realizzazione di strutture e modelli organizzativi totalmente autogestiti, i quali si adattano a quanto previsto dall'ACN in vigore e dalla Legge 189/2003. Il Co.S si propone di mettere a disposizione tutte le competenze e gli strumenti necessari per l'evoluzione delle forme associative esistenti (medicina in associazione, in rete, in gruppo) verso le Aft ed eventualmente costruire le Uccp: formazione di nuovi operatori della cooperazione medica (*scuola management*), servizi di consulenza fruibili anche da remoto (rete dei consulenti), “tutoraggio” da parte di cooperative già esistenti. L'obiettivo è promuovere la nascita di una rete di cooperative di servizio che si occupino di fornire strumenti, sedi, personale e attrezzature necessari ai propri medici soci, lasciando loro il solo compito di curare. Queste competenze permetteranno la diffusione di una rete di presidi territoriali della medicina di famiglia (Ptmg/Uccp), dove i Mmg opereranno con personale (segretariale, infermieristico, riabilitativo), attrezzature diagnostiche di primo livello, specialisti accreditati e integrati con i servizi socio-assistenziali. In attesa che l'iter applicativo della riforma possa finalmente partire, presenteremo la nostra progettualità e le nostre esperienze operative durante il Congresso Nazionale Co.S, il 27 novembre 2013 a Roma. Il programma è pubblicato sul sito www.cos.it”.

www.qr-link.it/video/1313



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone un video di approfondimento sull'argomento