

Al Direttore Generale ASL
della Provincia di Sondrio

Al Direttore Sanitario ASL
della Provincia di Sondrio

Al Direttore del Dipartimento
di C.P.e C.A. ASL
della Provincia di Sondrio

e p.c.

Al referente al Comitato Aziendale della
FIMMG

Al Referente al Comitato Aziendale dello
SMI

Oggetto : analisi di SNAMI Sondrio della proposta di sperimentazione dei CReG da parte dell' ASL della provincia di Sondrio.

Snami Sondrio, sulla base delle informazioni attualmente disponibili , esprime alcune considerazioni e perplessità al fine di sviluppare una costruttiva analisi della sperimentazione CReG che sta per essere proposta dall' ASL provinciale ai medici di cure primarie.

Premessa:

il CReG (Chronic Related Group) innovativa modalità di presa in carico dei pazienti con malattie croniche è un progetto sperimentale implementato da Regione Lombardia sin dalla DGR n. IX/937 dell'1.12.2010 in sostanza un DRG del territorio.

Il CReG è un' ipotesi di risposta lombarda al problema cronicità ancora in fase di affinamento e verifica sia per quanto riguarda la sua parte strutturale -metodologica che nella valutazione dei risultati (3 bandi differenti in 4 anni , pochi dati sui risultati ottenuti). Si ricorda che gli studi validati disponibili effettuati in altri ambiti non avvalorare le ipotesi di lavoro lombarde (es. l'esperienza inglese del pay for performance del NHS).

L'Asl di Sondrio ha dato la sua disponibilità a partecipare alla sperimentazione dei CReG per l'anno 2015 senza aver discusso ne condiviso al Comitato Aziendale con le OOSS delle Cure Primarie l'ipotesi di adesione.

Al momento non è disponibile il bando pubblico per l'affidamento del servizio sperimentale di gestione del CReG nell' ASL di Sondrio anche se ne conoscono le linee fondamentali..

Considerazioni

1. Nel contratto secondo il modello CReG le parti contraenti sono l'ASL e il Soggetto Gestore.
2. L'oggetto del contratto è :
"Il soggetto Gestore si impegna a monitorare il percorso del cittadino, verificandone l'aderenza ai Piani Assistenziali Individuali (in seguito "PAI") e la distribuzione delle prestazioni secondo l'Elenco delle Prestazioni Attese (EPA) fornito dalla ASL, fornendo "consulti" al paziente e al singolo MMG, monitorando l'utilizzo delle strutture, delle attrezzature, dei servizi, del personale secondo i criteri e standard definiti dalla Regione".
Nell'ambito delle attività sopra descritte, il soggetto Gestore può altresì erogare prestazioni diagnostiche, servizi di teleassistenza e telemonitoraggio con le modalità e i limiti previsti nel progetto presentato e nelle indicazioni previste nell'Allegato B) - Sub Allegato 7 alla DGR n. X/2989 del 23/12/2014.
3. Il Gestore CReG è un "**organizzazione sanitaria** di professionisti, che ha lo scopo di garantire la programmazione del percorso di cura e la presa in carico proattiva dei pazienti affetti da malattia cronica e può dotarsi di forma giuridica che ritiene più opportuna per raggiungere gli scopi assegnati dalla sperimentazione".
4. La scelta regionale di riconoscere ai MMG un "diritto di prelazione" come gestori nella nuova "**organizzazione sanitaria** di professionisti" (Gestore CReG) è dichiaratamente **provvisoria** e obbliga i professionisti ad aderire ad un soggetto terzo differente dalle forme associative previste dalla normativa nazionale (ACN) e regionale (ACR) vigenti.
5. Partecipare al CReG per il medico di cure primarie significa assumersi obblighi e rischi d'impresa aggiuntivi e differenti da quanto sottoscritto negli accordi convenzionali.
Tali obblighi e rischi sono differenti in ogni realtà territoriale (ogni ASL armonizza nel tempo il bando al suo territorio). dipendenti dal tipo di struttura giuridica scelta per l'organizzazione (Gestore CReG) a cui il medico deve necessariamente legarsi (cooperativa di servizi o sociale, associazione temporanea di imprese o altro) e relativi alle attività in carico al Gestore CReG stesso (arruolare soggetti idonei, sottoporre e far firmare all'assistito il Patto di Cura, redigere il PAI e fornire informazioni sul percorso di cura, acquisire il consenso al trattamento dei dati specifico per l'ambito CReG,).

Perplessità

1. DEONTOLOGIA ED ETICA -DELIBERA DELL'ORDINE DEI MEDICI DI MILANO

La sperimentazione CReG ha sollevato sin dall'inizio criticità in merito a tematiche riguardanti l'etica e la deontologia professionale, come segnalato nella delibera dell'Ordine dei Medici di Milano del 27/06/2011 che si allega integralmente per completezza. (All.1)

2. FINANZIAMENTO SPERIMENTALE ATIPICO

La sperimentazione CReG è atipica perché invece di stanziare, come d'uso, un finanziamento aggiuntivo per verificare un'ipotesi detrae dalla spesa storica in capo alle varie patologie analizzate il costo della sperimentazione stessa a fronte di un'induzione prevista di spesa amministrativo/ gestionale aggiuntiva rilevante (30% del costo storico?).

3. COMPLESSO RISPETTO DELLA PRIVACY

L'arruolamento del paziente nel progetto CReG richiede il consenso informato alla sperimentazione che avviene nel contesto della sottoscrizione del **Patto di Cura**, atto che formalizza una sorta di accordo tra il paziente e il Gestore CReG, e che consente all'assistito di:

- esprimere il suo consenso alla partecipazione al Progetto CReG presso il Gestore CReG indicato;

- conoscere e condividere formalmente il piano di cura predisposto dal suo Medico curante;
- fornire uno specifico consenso al trattamento dei suoi dati personali da parte del Gestore CReG, secondo la modulistica allegata

La fase precedente all' arruolamento "**classificazione dei malati cronici**" che identifica i singoli soggetti come affetti da una specifica patologia attraverso algoritmi che combinano i dati dei flussi amministrativi sanitari (Esenzione per patologia/ Schede dimissioni ospedaliere (SDO) / Farmaceutica / Prestazioni Ambulatoriali)" sembra più critica. Con questo processo si stratificano infatti i candidati alla sperimentazione individuandoli in modo puntiforme (nome e cognome) creando coorti note sulla base del loro rischio / spesa che creano alcuni dubbi relativamente al rispetto della privacy dei pazienti anche se i dati sembrano rimanere all' interno del sistema regionale e comunicati in chiaro al solo MMG del paziente stesso.

4. FIGURE PROFESSIONALI DEL GESTORE

Coordinatore medico: questa figura è responsabile del governo clinico complessivo delle attività del Gestore, la sua compatibilità e integrazione con il medico curante suggerisce alcune perplessità gestionali / gerarchiche.

Altre Figure Professionali (Psicologo, Fisioterapista, Dietologo, Infermiere, ecc) : offrono supporto al medico per la gestione del percorso di cura del paziente, ad esempio personale specializzato per counseling psicologico, nutrizionale, o per attività educative o di tipo riabilitative. Anche per queste figure vi sono delle perplessità sulle difficoltà che potrebbero presentarsi nell' integrazione tra loro e i vari erogatori operanti sul territorio, in particolare con quelli a modalità di gestione ed attivazione differente (es. ADI).

5. ADDENDUM CReG

Il documento denominato **Addendum CReG** (protocollo condiviso tra ASL/ soggetto Gestore/ erogatori) che deve essere sottoscritto tra Gestore e gli Erogatori per condividere i PAI elaborati desta preoccupazione in merito alla creazione di vie preferenziali di accesso alle prenotazioni che di fatto potrebbero alterare le attuali metodologie di priorità d'accesso creando così disparità dell' **utenza CReG** versus l' **utenza non CReG**.

6. EROGATORI ED ARMONIZZAZIONE DEL PROGETTO CON GLI ATTORI DEL SISTEMA TERRITORIALE

Il paziente è libero di accedere agli erogatori accreditati nel territorio regionale ma viene aggiunta la possibilità di erogazione di prestazioni diagnostiche presso gli studi dei Medici di Medicina Generale , nell'ambito della sperimentazione CReG.

Le prestazioni in oggetto sono contenute nell' ALLEGATO B – sub Allegato 7 delle regole di sistema 2015 (DGR N° X / 2989 Seduta del 23/12/2014) e possono essere rese in telemedicina o direttamente dal MMG adeguatamente professionalizzato.

Questa fattispecie deve essere adeguatamente normata e condivisa in sede territoriale per non creare tensioni tra Gestore CReG ed Erogatori tradizionali rischiando così di compromettere l'integrazione tra i vari attori del sistema.

7. RISCHI PER IL MMG

Il medico che accetta di partecipare a questa sperimentazione legandosi ad un Gestore CReG per espletare funzione differenti dal suo mandato professionale convenzionale si espone a rischi significativi e sensibili.

- **Il primo rischio è quello d'impresa .**

Se il legame con il Gestore CReG sia esso COOP o ATI non è ben modulato, se i costi di gestione non vengono ben pesati, se la complessa struttura organizzativa di rendicontazione non è perfettamente funzionale, se i risultati attesi non vengono raggiunti , se i pazienti non sono

soddisfatti e ritirano la loro adesione il medico sarà chiamato a partecipare più o meno al disavanzo che potrebbe generarsi non solo dalle mancate entrate ma anche dalle eccessive uscite.

- **Il secondo rischio è quello di rappresentanza**

Chi tratterà con l'ASL i vari progetti (es. governo clinico) e gli altri obiettivi delle Cure Primarie quando il CReG avrà superato la fase sperimentale, i MMG tramite le loro rappresentanti al Comitato Aziendale o il legale rappresentante del Gestore CReG che può essere anche un amministrativo.

- **Il terzo rischio è quello di destabilizzare ulteriormente il sistema**

Se si considera che i bandi verranno presumibilmente presentati o rinnovati annualmente che il Gestore CReG (entità complessa ed impersonale) sarà certamente in futuro non di esclusivo appannaggio dei MMG è prevedibile che altri arriveranno a concorrere per gestire il CReG con possibilità di successo direttamente proporzionali alla loro forza economica e organizzativa. L'assistenza territoriale perderà presumibilmente di continuità a favore di un perenne rimodellamento che metterà a rischio l'esistenza del sistema stesso ma, ancor più grave sarà per il cittadino vedere a rischio la certezza dell'erogazione di prestazioni stabilmente reperibili in quello specifico ambito territoriale e l'affidabilità storica delle prestazioni erogate.

- **Il quarto rischio è quello di perdere il loro ruolo specifico**

Al medico di cure primarie attualmente il legislatore riconosce uno specifico ruolo che non è né amministrativo né burocratico ma clinico relazionale. I CReG sono un progetto burocratico amministrativo senza nessuna base clinica andando attualmente a valutare solo i risultati sulla spesa attesa mediante l'Elenco Prestazioni Attese (ESA) in base all'esecuzione o meno di processi programmati dal PAI (accertamenti visite ecc) ma senza andare a misurare i reali risultati clinici ottenuti e con ciò snaturando la reale funzione del medico. L'effetto "collaterale" di implementare i PDTA attualmente presenti ma solo parzialmente applicati e condivisi è così assolutamente marginale nel progetto.

Conclusione

Pur non essendo ancora disponibile il bando definitivo specifico per l'anno 2015, per tutte le considerazioni e perplessità espresse **SNAMI Sondrio ritiene che la sperimentazione dei CReG non sia al momento una priorità per i medici di cure primarie.**

Tra tutte le criticità espresse non si condivide in modo particolarmente fermo l'obbligo, per il medico che vuole partecipare alla sperimentazione, di costituire un soggetto giuridico terzo da scegliere tra cooperative di servizi o sociale, associazione temporanea di imprese, per l'organizzazione (Gestore CReG).

SNAMI Sondrio ritiene che in questo momento per i medici di cure primarie la vera priorità sia **affrontare con urgenza il tema della governance clinico organizzativa della medicina del territorio in uno slancio formativo e progettuale partecipato e condiviso che valorizzi la realtà esistente.**

Cosio Valtellino 09 giugno 2015

All. 1 - Delibera dell' Ordine dei Medici di Milano del 27/06/2011

Il Presidente Provinciale SNAMI Sondrio
Dott. Vincenzo Catinella

Il Referente SNAMI al Comitato Aziendale
Dott. Oreste Della Bitta

Il Responsabile di Settore Cure Primarie C.A.
Dott. Claudio Trezza

Delibera Ordine dei medici di Milano su sperimentazione Creg Regione Lombardia.

Il Consiglio dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Milano, nella seduta del 27/6/2011;

- letta la DGR lombarda n° IX/1479 – allegato 2 – del 30 marzo 2011 e letto il Decreto del Direttore Generale n° 4383 del 16 maggio 2011, riguardanti l'istituzione, sul territorio della Regione, di una nuova modalità di assistenza al paziente con patologie croniche denominata CReG (Chronic Related Group), esprime le seguenti considerazioni:
- i meccanismi di premialità e penalizzazione presenti in delibera (pag 6 dell'allegato 2) sono censurabili in quanto prefigurano indebite possibili pressioni verso i Medici Prescrittori al fine di realizzare forme disetiche ed antideontologiche di risparmio e violano l'articolo 4 comma 2 e gli articoli 30 e 31 del vigente Codice di Deontologia Medica
- se il MMG di Assistenza Primaria provider (o esecutore per conto di un provider) indirizzerà i propri pazienti cronici ad un professionista piuttosto che ad un altro, ad una struttura piuttosto che ad un'altra ovvero indurrà prestazioni che favoriranno l'attività professionale propria o altrui si troverà con facilità ad incorrere nella violazione dell'articolo 30 (e probabilmente anche dell'articolo 68 comma 2) del Codice di Deontologia Medica in quanto in palese conflitto di interesse
- se il MMG di Assistenza Primaria provider (o esecutore per conto di un provider) prescriverà ai propri pazienti cronici una specialità piuttosto che un'altra, ovvero una molecola piuttosto che un'altra per ragioni diverse da quelle puramente connesse con la buona pratica clinica, si troverà con facilità ad incorrere nella violazione degli articoli 13, 30 e 31 del Codice di Deontologia Medica
- il meccanismo ideato dalla DGR in cui un provider stringe un contratto con il paziente può determinare per medesime condizioni cliniche, diverse forme di assistenza ed il pericolo è che al cittadino assistito da un provider siano erogate, senza che questi lo sappia, prestazioni di livello inferiore
- se un provider con il suo "coordinatore medico" "assistesse" un paziente cronico si potrebbero creare situazioni conflittuali difficilmente risolvibili con il MMG di Assistenza Primaria relativamente alla scelta della più opportuna strategia diagnostica-terapeutica.

Tutto ciò premesso, il Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Milano, per quanto di competenza,

ALL'UNANIMITÀ
DELIBERA

di chiedere all'Assessorato alla Sanità e alla Direzione Generale Sanità della Regione Lombardia un incontro urgente per modificare o ritirare la DGR in oggetto.

IL PRESIDENTE
(Dott. Ugo Garbarini)