

Milano - MASSIMO MASSARO

Sperimentazione del consorzio CoS per aiutare i generalisti a seguire i pazienti

Cordata coop-ospedalità privata per gestire i cronici in Lombardia

LO SMI: «COSÌ SI DISTRUGGONO LE MEDICINE DI GRUPPO»

MILANO - Il 9 giugno è la prima data di scadenza per i Creg (Cronic related groups); era infatti il termine (unico in tutta la regione) per proporsi come provider; ma pochi medici di famiglia si sono dichiarati "pattanti" potenziali per la gestione dei cronici. Le Asl dovrebbero ora aver raccolto le adesioni di singoli medici ai vari provider. Ma sarà dura, visto che al momento di provider non ce ne sono. In realtà, sulle adesioni, ogni Asl si sta comportando diversamente e lo Smi ha fatto un punto d'urgenza a Milano. Esemplifica il responsabile lombardo del sindacato Enzo Scaferro: «A Bergamo sono state inviate raccomandate dall'Asl ai singoli medici chiedendo se aderiscono o no alla sperimentazione; la domanda è così generica che non si capisce se si interpellano i generalisti come futuri provider o futuri partecipanti ai gruppi che faranno da provider. La confusione pare quasi creata ad arte, in modo che la medicina generale non si faccia avanti e ci si affidi ai provider esterni». Per lo Smi, con i Creg si esternalizzerebbero funzioni della medicina generale ma soprattutto «si vuole spingere la medicina generale verso le cooperative senza darle un centesimo». Beninteso, le coop non farebbero direttamente da provider, ma darebbero ai

generalisti aderenti alla sperimentazione fattori di produzione (studi, personale, software) per gestire ambulatori per patologia e dati dei propri pazienti cronici. Tuttavia in questo modo, per lo Smi, si svia l'attenzione da un mancato adempimento della regione, che dopo l'accordo del 2007 ha firmato con i sindacati due integrazioni concedendo le dovute maggiorazioni dovute ai gruppi creatisi entro il 2008, ma "dimenticando" i gruppi e le reti formati da gennaio 2009 in poi. «I colleghi hanno fatto investimenti importanti ma il Pirellone - dice Scaferro - non vuol sentirne di aggiornare la cifra loro destinata». Certo è sempre più difficile sperare in investimenti sulle aggregazioni, dopo quello che al congresso Snamid 2010 dichiararono gli economisti del Cergas dell'Università Bicconi, cioè i gruppi di generalisti non dialogano con gli specialisti e non conseguono risultati migliori dei medici "single". Ma Scaferro non demorde: «Non hanno funzionato perché mancava l'integrazione. A Milano abbiamo fatto una proposta per la co-gestione dei pazienti con gli specialisti-consulenti. Volevamo risolvere il problema evitando che terzi ci mettessero il cappello. Com'è accaduto nelle Utap venete, che sono il nostro modello».

LO STATO DI ATTIVAZIONE DEI CREG NELLE CINQUE ASL

Asl Bergamo:	ha inviato una lettera ai medici di medicina generale chiedendo di aderire o non aderire ai CReG ma non chiarisce se si chiede una adesione come provider o come generalisti singoli.
Asl Milano 2:	convocato un comitato aziendale che ha definito un tavolo tecnico per discutere sulle problematiche sui Creg ed emanare delle linee guida; poi ci sarà un corso di aggiornamento per i generalisti.
Asl Lecco:	non è stato ancora convocato un tavolo aziendale, niente raccomandate di adesione ma sono state inviate ai medici di famiglia delle mail generiche di invito a partecipare alla sperimentazione.
Asl Como:	incontri con capi delegazione.
Asl Milano-città:	incontro con capi delegazione. Solo un provider (cooperativa di medici) si è offerto; nessuna richiesta di adesione inoltrata ai generalisti.

Sulla base di un sondaggio su 150 rispondenti, nella nostra sala d'attesa il 100 per cento è entusiasta. E 80 su cento ci affidano anche la scelta dello specialista». Parole che fanno riflettere i manager presenti, poiché - sempre da 15 anni - in Lombardia ci si ispira alla libera scelta del luogo di cura.

Farmaci dispensabili in studio
Aronica, che sollecita alla Regione l'affidamento dei pazienti cronici ai medici di fiducia e invita i colleghi a provare il modello coop, propone anche alla Regione di distribuire direttamente i farmaci negli ambulatori dei generalisti, con un risparmio del 50

per dedicare più tempo ai pazienti cronici, ma anche per misurare i risultati dei nostri interventi, rilevarli e confrontarli con gli specialisti: il tutto, sopportando carichi di lavoro programmati grazie all'apporto dei fattori produttivi erogati dalle cooperative o da società di gestione ad hoc». Il modello delle società di gestione è elettivo per fare medicina di iniziativa: è la posizione della Fimmg, e consente di non affidarsi a personale erogato dall'Asl, che poco conosce gli orari dei generalisti e le esigenze dei loro pazienti. Aronica aggiunge un ingrediente per la buona riuscita delle cure con Creg: la re-

sponsabilizzazione del paziente sul modello di quanto accaduto in Sussex dove chi fuma è estromesso dalla copertura del servizio sanitario per le patologie da fumo. «I pazienti in questo modo non fanno niente senza prima chiedere a noi. Il rapporto di fiducia si consolida com'è accaduto nella medicina di

gruppo di cui faccio parte, in centro a Milano: i nostri pazienti vanno in pronto soccorso molto meno della media, si affidano a noi che con i nostri sistemi di rilevazione abbiamo censito due terzi di "patologici" in più per la bpco (non c'è esenzione per asma e bronchite cronica) ed esenzioni mancanti per il diabete.

Ai partecipanti al progetto Creg le coop offrono applicazioni hi tech il cui mercato sta esplodendo

Due software pronti per governare le terapie

MILANO - Un vantaggio indubbio consentito dall'appartenenza a una coop di medicina generale nella gestione di un paziente in regime Creg, è che le coop hanno sviluppato piattaforme informatiche di tutto rispetto. In particolare il Consorzio Sanità ha creato due portali accedendo ai quali il generalista può effettuare in remoto operazioni consentite da programmi non montati nel suo pc (l'operazione si chiama in gergo "cloud computing").

«Il primo portale, Sinapsis, consente di immagazzinare e cogestire con lo specialista cartelle cliniche anonimizzate. Il secondo, My Search, mette a disposizione un insieme di procedure per estrarre, analizzare e comparare indicatori di processo ed esito relativi ai nostri pazienti», spiega Marco Visconti, anima informatica di CoS. I database remoti sono continuamente alimentati dai diversi software, tra loro mutualmente leggibili, in uso ai generalisti delle cooperative iscritte al consorzio CoS. Questo tipo di programmi al momento non solo è poco diffuso ma, com'è emerso alla riunione del gruppo di lavoro

sanità del Clud delle tecnologie dell'informazione ad Assolombarda, è strategicamente prezioso dal punto di vista finanziario.

Secondo dati diffusi alla vicepresidenza della Commissione Europea, e presentati da Simona Lissemore di Net Consulting, l'e-health in Italia ha un mercato da 1 miliardo di euro (un quindicesimo dell'Ue, poco) e il suo oggetto è per il 71 per cento l'amministrazione pubblica (siti internet, in declino del 5 per cento nel 2008 rispetto all'anno prima) mentre le tecnologie dell'informatica clinica (fascicolo sanitario, cartella clinica e referti in rete) pur coprendo il 22 per cento sono in ascesa ad un tasso medio annuo del 10 per cento; 5,5 per cento vale il settore dei servizi e-health (prescrizioni on line e ricetta elettronica) che hanno però un tasso di crescita del 25 per cento annuo; infine, la telemedicina (1 per cento della torta) cresce al ritmo del 60 per cento annuo. Al convegno e-Health Task Force di Bruxelles è anche emerso - continua

E-health in Italia ha un mercato da 1 miliardo

Lissemore - che mentre i medici in rete si parlano e il 92 per cento degli ospedali Ue ha una connessione banda larga, l'80 per cento un modello di fascicolo sanitario installato e un 43 per cento scambia on line referti radiologici, va molto peggio l'insieme delle applicazioni che consentono un dialogo con il paziente, e il famoso "telesoccorso" e il monitoraggio dei pazienti da casa che giuà dieci anni fa era la prima applicazione domotica sbandierata per lo più dai produttori di hardware resta relegato all'8 per cento dei call center e sistemi di teleinformazione, teleallarme e telefonia sociale sono poco diffusi: appaiono come non strategici.

Recenti sperimentazioni in Lombardia, Veneto e Piemonte su sottogruppi di pazienti ospedalieri fanno sperare che quanto prima i big della telematica a partire da Telecom riempiano un vuoto che altrimenti le reti di medici e la medicina di iniziativa potrà colmare solo per la sua parte, e con i costi sulle spalle dei medici di medicina generale.

per cento. «Otterremmo anche il risultato di controllare come i pazienti si curano, se prendono tutte le pillole, e li fidelizzeremo rispetto alle visite di controllo e a una buona compliance. Posto si spenda un 20 per cento per impacchettare confezioni fin qui non esistenti in commercio, il risparmio resterebbe tangibile e potrebbe essere reinvestito nel potenziare i nostri centri polifunzionali». Ma perché l'ospedale, che fin qui ha rivendicato ampie fette di gestione delle cronicità, dovrebbe mettere i suoi specialisti a consulenza/disposizione del medico di famiglia? «Difatti ci mettiamo a disposizione solo noi, perché l'ospedale pubblico, costretto a produrre, è ora paradossalmente meno sensibile del privato al sociale».

Il ruolo dei Padri Camilliani

«Il direttore sanitario di una struttura pubblica mi ha spiegato che cogestire con i generalisti i diabetici non gli porta vantaggi. Ma ha fatto i conti senza la storia. In Veneto - spiega Vittorio Carreri già presidente della Società italiana di igiene SITI - otto Asl stanno reclutando i medici per il più grande programma di prevenzione cardiovascolare mai fatto, ha aderito fin qui il 67 per cento degli assistiti fra 45 e 69 anni e i numeri attestano che un quarto del campione è iperteso, il 7 per cento diabetico, ma soprattutto il 31 per cento dei soggetti sottoposti a screening e monitorati con la medicina di iniziativa in due anni ha migliorato la propria condizione a un costo complessivo di 65 mila euro, 50 euro/paziente/anno». «Perché siamo interessati a lasciare certa gestione al medico di famiglia? Perché le u.o degli ospedali sono piene di pazienti non indigenti ricoverati da settimana verso i quali si fanno spesso sostitutive di un'assistenza sociale che manca - dice Giuseppe Di Pozzo della San Pio X - Sono pazienti, in genere bisognosi di riabilitazione, da reindirizzare al territorio, in nome dell'appropriatezza».

Fine vita, studio sui camici bianchi

Roma - Gli Istituti di Igiene, di Anestesiologia e rianimazione e di Bioetica dell'Università Cattolica del Sacro Cuore - Policlinico Gemelli Roma e la Società medica interdisciplinare Promed Galileo stanno svolgendo uno studio osservazionale trasversale per valutare conoscenze, atteggiamenti e comportamenti di medici, studenti in medicina e operatori sanitari riguardo ai temi della fine vita. Richiede meno di 5 minuti rispondere al questionario al seguente attachment: <http://tinyurl.com/6zbysex>. Il questionario è anonimo e deve essere inviato una sola volta. Per informazioni e segnalazioni di eventuali problemi Promed Galileo invita a rivolgersi al suo sito (info@promedgalileo.org) mentre per visualizzare razionale, metodi e bibliografia l'indirizzo da consultare è: <http://tinyurl.com/66j9dg9>

La Lombardia sfilava i pazienti cronici ai medici di famiglia e li affida a società terze "pattanti"? Niente paura. Se la gestione di diabete, scompenso, bpco, osteoporosi con i nuovi Drg del territorio (Creg, ovvero Cronic related groups) dovesse rivelarsi improba, il generalista potrà ricorrere ai supporti delle cooperative di suoi colleghi. Che non lo aiuteranno certo nel lavoro diretto al paziente, ma gli offriranno supporti importanti. Le coop aderenti al CoS - il Consorzio Sanità guidato da Antonio Di Malta, storico leader sindacale cremone - stanno già definendo percorsi di gestione delle cronicità insieme agli ospedali - non quelli pubblici, ma i privati accreditati (i Padri Camilliani della clinica San Pio X di Milano) - e aprono con la loro collaborazione numerosi quesiti, nuovi rispetto al passato. Primo: per i cronici si va verso una co-gestione generalisti-ospedalieri e non semplicemente generalisti-specialisti? Secondo: i medici che continueranno a lavorare "fuori" da coop e consorzi non hanno più futuro sui loro pazienti cronici? Terzo: in tal caso che faranno i loro sindacati? Quarto: in Lombardia, a parità di accreditamento, il privato è oggi più "etico" del pubblico?

La sfida dei Drg del territorio

Sarebbe però falso dire che il Pirellone cede i cronici a provider diversi dalla medicina generale. Per prime, le cinque Asl dove si sperimentano i Drg del territorio (Milano Città, Melegnano, Bergamo, Lecco e Como) attraverso i sindacati hanno interpellato proprio i generalisti, chiedendo loro di presentare piani di gestione. «Ma ci hanno dato poco tempo - spiega Ugo Tamborini, responsabile Scuola Quadri Snam - a Milano dovremo dire se ci siamo in questi giorni e non ci sono indicazioni univoche e specifiche». È stato definito che ogni Asl sperimenta su (mediamente) due patologie, a Milano ad esempio la broncopneumopatia. «Ma da quali outcome dovremmo partire per misurare le nostre prestazioni? Sperimentaremo su tutti i pazienti del distretto oppure saranno gestiti con i Creg solo i pazienti dei medici che si propongono?». Al seminario della scuola quadri, il leader Snam Angelo Testa è categorico: «Quanto accade in Lombardia è un modo per smontare il nostro onorario, la nostra quota capitaria».

Una rivoluzione assistenziale

Non tutti i medici lombardi però sono diffidenti di fronte ai Creg. Qualche giorno fa, alla clinica San Pio X Alberto Aronica ha presentato a ospedali e colleghi il progetto di gestione del CoS, aprendo alla massima collaborazione. Ha spiegato che almeno il 20 per cento degli assistiti over 55 soffre di almeno due criticità per le quali andrebbe monitorato attraverso appuntamenti periodici con personale e strumentazione dedicata. «Da 15 anni il CoS propone "ambulatori per patologia",