

In attuazione dell'art. 9 della legge regionale n. 23 del 11 agosto 2015, a proposito di modelli di presa in carico del paziente cronico e fragile, la Regione Lombardia con delibera n. X/6164 del 30/01/2017 ha approvato un nuovo progetto relativo al "Governo della domanda".

Il CROMCeO, in data 10 febbraio, è stata invitato dal nostro Assessorato al Welfare alla presentazione di tale progetto e dopo un confronto fra tutti i Presidenti degli Ordini dei Medici e Odontoiatri della nostra Regione, sono emerse non poche perplessità soprattutto su alcuni aspetti molto delicati che riguardano la presa in carico del paziente cronico, che nella delibera del governo della domanda è affidato alla figura del gestore, individuato in soggetti diversi, tra cui strutture sanitarie e socio sanitarie.

L'importante e delicata fase della presa in carico del paziente cronico è fondata sulla definizione del PAI e sulla stipula del patto di cura, compiti in capo solo al MMG, al PLS e, solo in particolari situazioni di collocazione assistenziale, ad un altro medico di diversa disciplina specialistica che ha effettivamente in carico continuativamente l'assistito, secondo le previsioni del Piano Nazionale della cronicità di recente approvazione; inoltre al MMG e al PLS spetta il coordinamento dell'attività clinica multi professionale finalizzata all'attuazione del PAI. Lo stesso ACN della medicina generale, tuttora vigente, all'art. 13 bis ( compiti e funzioni del medico di medicina generale) prevede testualmente che il MMG:

- Assume il governo del processo assistenziale relativo a ciascun paziente in carico;
- Si fa parte attiva della continuità dell'assistenza per i propri assistiti;
- Persegue gli obiettivi di salute dei cittadini con il miglior impiego possibile delle risorse

Ogni eventuale duplicazione di tali funzioni, oltre ad essere incongrua per contenuti professionali, lo sarebbe in termini di allocazione di risorse.

Dopo tali premesse, appaiono evidenti alcune criticità:

1. il PAI deve essere il prodotto di una elaborazione clinica ( o clinico sociale) che integra diverse componenti specialistiche e professionali. Non si vede come possa essere prodotto da un "gestore" che svolge sostanzialmente funzioni di erogatore, con competenze mediche settoriali e di alta specializzazione, strutturate in termini prevalenti di qualità e di efficienza e con scarsa attitudine

alla sintesi e all'integrazione. Nella stessa sperimentazione CReG la stesura del PAI è stata affidata al MMG che rappresenta la figura professionale medica che ha il compito di fare sintesi tra diverse competenze e non si capisce come una struttura sanitaria o socio sanitaria possa assolvere a questo compito stabilendo un rapporto fiduciario e un patto di cura con il paziente.

2. Il MMG non potrà modificare direttamente il PAI del proprio paziente ma potrà solo proporre delle modifiche che dovranno essere valutate da una commissione dell'ATS; in più il cittadino avrà la possibilità di scegliere il proprio gestore fra quelli selezionati dall'ATS. Sebbene sia previsto che il MMG/PLS in associazione possa assumere le funzioni di gestore, nell'ipotesi di una diversa scelta del cittadino sarebbe difficile definire i ruoli in ambito di responsabilità e continuità delle cure.
3. Il gestore sarà identificato dalla ATS sulla base di determinati requisiti , allo stato attuale non ancora noti. Soggetti privati dotati di importanti capacità di investimento potrebbero intervenire pesantemente con offerte distorsive del mercato.
4. Il valore della medicina generale, universalmente riconosciuto in tutti i sistemi sanitari, è quello dell'interfaccia umana fra il sistema e l'utenza. Questo ruolo è particolarmente performante per capillarità e tradizione culturale. Senza entrare nel merito dei contenuti, la lettera che sarà inviata dalla ATS al paziente per sollecitare la scelta del gestore ci sembra essere uno strumento improprio per un'offerta che, proponendo non solo l'erogazione di un servizio, ma anche la stipula di un fondamentale rapporto fiduciario, potrebbe essere malintesa anche in relazione all'eterogeneità dei target sociali e culturali cui si rivolge.
5. Nella delibera non vengono affrontati altri elementi importanti nel processo di cura della cronicità quali il ruolo delle professioni sanitarie, nell'ottica della multidisciplinarietà delle cure, che rischia così di diventare di difficile attuazione anche per la concreta carenza di risorse umane, soprattutto di area medica ed infermieristica. Riteniamo indispensabile un concreto intervento di Regione Lombardia nell'implementazione di queste due figure professionali fondamentali per la gestione della cronicità sul territorio. In particolare, la prospettata carenza di MMG prevista nei prossimi anni, sulla base dei dati forniti da ENPAM e da FNOMCeO, necessita di immediati interventi sui posti previsti per il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale.
6. Infine è auspicabile lo sviluppo di progetti di telemedicina a supporto della gestione della cronicità ma soprattutto un deciso intervento sul sistema CRS-SISS

che, pur avendo prodotto il primo modello di FSE a livello nazionale, presenta sempre più carenze nella funzionalità pratica di utilizzo e non consente l'accesso a dati strutturati e interfacciabili.

Alla luce di quanto detto, gli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Lombardia sono disponibili a ogni concreta e costruttiva collaborazione con l'Assessorato per affrontare e superare le criticità segnalate nell'ottica della realizzazione di un sistema efficace e sostenibile.