



POLITICA E SANITÀ

Lombardia, Creg ai nastri di partenza

Conto alla rovescia agli sgoccioli, in Lombardia, per il via alla sperimentazione dei Creg, i discussi drg del territorio voluti dalla Regione per la presa in carico del paziente cronico. Si parte ad aprile con 415 medici di famiglia, "arruolati" nelle cinque Asl scelte per la fase di test (Bergamo, Como, Lecco, Milano e Milano 2). Con loro anche 40mila pazienti circa, che i generalisti cureranno secondo il modello dei drg; allo scopo, infatti, la Regione ha predisposto un elenco di 155 tariffe, dirette a remunerare per "pacchetti" le prestazioni erogate all'esterno degli ospedali: visite ambulatoriali, esami specialistici, protesica, farmaceutica, cure a domicilio.

«Il nostro obiettivo» è il commento del presidente della Lombardia, **Roberto Formigoni** «è quello di favorire sempre di più l'appropriatezza e la qualità dell'offerta nell'area della cronicità, che interessa il 27% della popolazione lombarda ma incide sulla spesa per il 70%».

I medici partecipanti alla sperimentazione, in particolare, dovranno assicurare ai pazienti funzioni di care management, per le quali sono state già costituite cooperative che si occuperanno di gestire i call center che per conto dei medici dovranno assicurarsi della compliance e del rispetto dei piani terapeutici. In più, i Mmg dovranno inviare regolarmente alla Regione dati sui risultati della sperimentazione. «La prima operazione da compiere con l'arrivo di aprile» spiega **Guido Marinoni**, segretario di Fimmg Bergamo, dove la sperimentazione ha registrato il numero di adesioni più esteso (oltre 200 medicine più di 20mila pazienti) «è l'inserimento nel sistema del piano di cura. Poi cominceranno gli invii, prima sulle prestazioni erogate e quindi sui risultati di cura. A provvedere saranno degli "estrattori" informatici che la Regione sta predisponendo».

Tra sei mesi, al momento del primo check sui Creg, saranno possibili nuovi arruolamenti di medici e pazienti.

Norma generici, per 73% dei medici è fastidio inutile

Per la gran parte dei medici di Medicina generale (il 73%) la norma sulla sostituibilità contenuta nel decreto Liberalizzazioni è un'«inutile e fastidiosa complicazione burocratica». D'altra parte, la propensione dei pazienti all'uso del generico, in una scala da 1 a 10, è oggi pari a 6,93, ma per il 77% dei medici gli assistiti, in caso di sostituzione in farmacia, ricontattano il proprio curante. Questo il quadro che emerge dalla ricerca condotta dal centro studi della Fimmg e Doxapharma tra i medici di base e nella popolazione generale. Secondo l'indagine, l'obbligo di apporre la dicitura non sostituibile avrà un'importante incidenza per il 53% dei medici e, per quanto riguarda i pazienti, la conoscenza sulla presenza dei generici è ormai ampia (90% del campione). Il 55% degli intervistati ritiene che i generici siano uguali ai farmaci di marca e il 37% pensa che siano utili per risparmiare. Un terzo del campione afferma comunque che ricontatterebbe il proprio medico in caso di proposta di sostituzione del farmaco, per poi adeguarsi al suo consiglio, mentre il 12% cercherebbe di convincere il farmacista a consegnare il farmaco effettivamente prescritto. L'aspetto economico rimane importante: la cifra massima che una persona sarebbe disposta a pagare per prendere un farmaco di marca al posto dell'equivalente generico sarebbe mediamente di 2,40 euro.

Smi: in proposta cure primarie area unica

Costituire una sola area della medicina generale e del territorio, con accesso e carriera unici, formazione specifica, parificazione di tutele e diritti per tutte le figure professionali, e procedere all'integrazione con i servizi ospedalieri e gli specialisti ambulatoriali. Questi i principali contenuti della proposta che lo Smi ha inviato al tavolo tecnico del ministero della Salute come ulteriore tappa del progetto di revisione sulle cure primarie in corso nell'ambito della discussione sul Patto per la Salute. «È ormai evidente a tutti» spiega **Maria Paola Volponi**, responsabile nazionale per la convenzionata del sindacato, «che deve esistere un'unica area della medicina generale e del territorio, magari nella prospettiva, un giorno, di un' unica area contrattuale di tutti i medici della dirigenza e della convenzionata». Parola d'ordine, quindi, secondo le intenzioni dello Smi è integrazione, a partire dai «servizi ospedalieri, con un ospedale forte e un territorio forte, dalla valorizzazione della guardia medica e del 118 (aree senza tutele adeguate) e dall'interrelazione con gli specialisti ambulatoriali». A tal fine, continua lo Smi, «è necessaria una politica sanitaria basata non solo su criteri gestionali ed economici, ma che punti anche alla formazione di tutte le professioni mediche sanitarie e sociali, basata sul modello "long life learning" (pre-laurea, post-laurea, e continua), gestita in collaborazione tra le varie istituzioni». È anche per questo che lo Smi critica il metodo fino ad ora seguito: «È nostro parere che la riorganizzazione delle cure primarie debba essere decisa e condivisa a livello periferico, dalle regioni alle Asl, e debba garantire alcuni criteri declinati a livello centrale: equità, efficienza, efficacia».