

LA GESTIONE DEL PAZIENTE CRONICO A RISCHIO CARDIOVASCOLARE NEL PROGETTO “BUONGIORNO CREG”

Management of patient with cardiovascular risk in “Buongiorno CReG” project

Davide Lauri¹, Clea De Luca², Gabriella Levato¹

¹Cooperativa Medici Milano Centro CMMC, Federazione Italiana Medici di Medicina Generale Milano.

²Direzione operations, Telbios

Keywords

Chronic related group
Chronic disease
Cardiovascular risk
General Practice

Abstract

In 2010 Lombardy Region first enunciated a new experimental model of organization, named CReG, aimed at improving care of chronic patients outside the hospital. This new model is currently being tested in five Local Health Units and involves patients affected by the following chronic pathologies: hypertension, diabetes, heart failure, and chronic obstructive pulmonary disease. The main CReG innovation is the creation of a new subject, called Provider, who has to guarantee the chronic patients cure outside the hospital, coordinating General Practice and specialist medicine interventions. Overall, 450 General Practitioners (GP) associated in Cooperatives participated in the role of providers, enrolling about 65.000 patients in the entire Region. Patients participating to the project have been assigned to a specific diagnostic and therapeutic plan of care (PDTA) for their chronic diseases and providers had to control the progression and compliance in cure and clinical examinations. Many of the GP providers in Milano, Bergamo, Melegnano, and Como selected the same technological partner, and 60% of this population was managed through the same IT platform. Although preliminary, the results show an improvement of some indicators of clinical care for patients with cardiovascular risk enrolled in CReG project.

This project represents a big challenge for General Practice who has the opportunity to demonstrate its ability in taking care of chronic diseases better than before. The main motivation for General Practitioners to participate to CReG has been to avoid to loose control on care of chronicity, which is a relevant part in daily General Practice activities.

Introduzione

“Dalla cura al prendersi cura”: un radicale cambiamento di prospettiva sancito da Regione Lombardia nel Piano Socio Sanitario a partire dal 2011. Nelle “regole 2011”, ratificate nella delibera IX/1479 del 30 marzo, si prevede infatti un nuovo modello organizzativo per coordinare e integrare i servizi extraospedalieri a favore dei pazienti cronici: il Chronic Related Group (CReG).

Negli ultimi decenni abbiamo assistito, in Italia e nei Paesi Occidentali in generale, ad un incremento progressivo dell'età media della popolazione e a un aumento dell'incidenza delle patologie croniche come il diabete mellito, l'ipertensione arteriosa, lo scompenso cardiaco e la bronchite cronica ostruttiva [1-3]. Questo ha portato ad un aumento dei costi che i Sistemi Sanitari devono sostenere per rispondere ai bisogni di quella fascia di popolazione affetta da una o più patologie croniche. A risorse economiche finite, il sistema sanitario nazionale e quindi anche quello regionale, devono pensare ad una strategia perché la risposta sia equa e garante dell'offerta tipica delle cure primarie (accesso all'assistenza, continuità delle prestazioni tra i professionisti e nel tempo, promozione della salute, prevenzione primaria e secondaria, cura, riabilitazione) con al centro l'assistito e la sua famiglia [4, 5].

Regione Lombardia, nella delibera regionale delle regole di dicembre 2010, seguita da ulteriori delibere, propone il modello *Chronic Related Group* (CReG) per gestire il problema dell'assistenza dei pazienti con patologie croniche [6, 7]. Il Modello CReG è un modello sperimentale, innovativo, atto a migliorare la gestione clinico-organizzativa delle patologie croniche e a garantire la corretta erogazione di tutti i servizi extraospedalieri previsti da appositi percorsi di cura.

Corrispondenza: Gabriella Levato. Via Emilia 8, 20093 - Cologno Monzese (MI).
Email: g.levato@me.com

“Dalla cura al prendersi cura” è lo slogan del modello CReG [8].

La sperimentazione, nata su cinque ASL (Bergamo, Como, Lecco, Milano e Milano 2) quest'anno ha visto l'estensione ad altre cinque ASL (Cremona, Milano 1, Monza e Brianza, Sondrio e Varese). Solo i Medici di Medicina Generale (MMG) possono partecipare alla sperimentazione in questa prima fase.

La gestione dei diversi aspetti in cui si articola l'assistenza sanitaria del paziente viene affidata ad un unico soggetto gestore denominato “provider”, che potrà essere un medico o un'organizzazione di MMG, una Onlus, una Fondazione, un'Azienda Ospedaliera o una Struttura Sanitaria accreditata sia intra- che extra-ospedaliera. Il soggetto scelto dovrà coordinare tutti gli attori coinvolti nella gestione della patologia, gestire virtualmente le risorse messe a disposizione e garantire le necessarie competenze di tipo amministrativo, organizzativo e gestionale [9]. In realtà, almeno inizialmente, non era stato previsto che il soggetto gestore del CReG fosse *in primis* ed esclusivamente il MMG. Tuttavia la gestione della cronicità rappresenta e rimane una delle attività più rilevanti del MMG, sebbene non ancora ottimizzata, e trova nella Medicina Generale il luogo più idoneo per una presa in carico appropriata che tenga anche in conto il tema del contenimento della spesa e della sostenibilità del Sistema Sanitario [10, 11].

È a partire dalla sfida ricompresa in tutte queste premesse e dal rischio di vedere il MMG emarginato dal ruolo di protagonista nella cura dei propri pazienti cronici che la FIMMG, un sindacato della Medicina Generale, si schiera apertamente a favore del progetto e supporta la partecipazione dei suoi medici, rivendicando alla Medicina Generale il diritto di prelazione come gestore del CReG. Tale richiesta è stata accolta da Regione Lombardia che ha riservato esclusivamente ai MMG la prima fase del bando per l'assegnazione del ruolo di Provider CReG nelle diverse ASL [10]. Naturalmente i MMG da soli o organizzati in forma associata non avevano i requisiti richiesti per affrontare un progetto così complesso; hanno partecipato ai bandi per l'assegnazione del CReG le società di servizio Cooperative dei MMG che negli anni scorsi avevano già dimostrato di avere le capacità organizzative e gestionali necessarie ad affrontare questo percorso [10, 12].

Elementi costitutivi

Tra i servizi assicurati dal CReG rientrano la prevenzione, il follow-up, l'aderenza alla terapia e al piano assistenziale, la specialistica e la diagnostica ambulatoriale, la protesica minore e la farmaceutica, l'empowerment del paziente, la telemedicina e il telemonitoraggio.

Elementi costitutivi del Modello CReG sono la stesura di Piani di Cura Individuali (PAI), il monitoraggio attivo e il *recall* dei pazienti.

Il piano di cura individuale viene steso da parte del MMG tenendo conto dei percorsi di appropriatezza diagnostico-terapeutica ed assistenziale (PDTA) condivisi tra i vari operatori del Sistema Sanitario, per garantire la continuità delle cure e prevenire le riadmissioni. Nella stesura dei piani di cura si è considerato lo storico delle prestazioni erogate dai pazienti coinvolti.

La discontinuità di gestione del paziente cronico, che si può verificare durante il processo di cura tra l'ospedale, la medicina specialistica e la medicina di famiglia, rappresenta una delle maggiori criticità che può compromettere l'efficienza e l'efficacia della cura, con duplicazione di prestazioni e dispendio di risorse.

La gestione ed il monitoraggio dei percorsi, il *recall* sui pazienti, la telemedicina, il telemonitoraggio e il reporting (debito informativo, aderenza e *customer*) verso ASL e Regione Lombardia sono le attività del centro servizi di cui i MMG si sono dotati.

La complessità dei servizi richiesti al provider, riassunti nel **Box 1**, ha fatto nascere delle *partnership* tra le Cooperative provider e società di servizi (partner tecnologici, subfornitori) per realizzare insieme le competenze e gli strumenti necessari allo svolgimento del progetto.

In totale in Lombardia hanno aderito al progetto CReG circa 450 medici di famiglia e sono stati arruolati circa 65.000 pazienti [1, 10].

La Cooperativa Medici Milano Centro (CMMC, operativa su ASL Milano), la Cooperativa Iniziativa Medica Lombarda (IML, operativa sia su ASL Bergamo e ASL di Melegnano-Milano 2) e la Cooperativa MMG-CReG (operativa su ASL di Como) partecipano alla sperimentazione utilizzando gli strumenti e i servizi realizzati con il progetto “Buongiorno CReG”, che vede come partner tecnologico Telbios, società di servizi orientata alla telemedicina. I MMG in questo momento attivi all'interno del progetto “Buongiorno CReG” sono 273 per un totale di 28.838 pazienti affetti da patologia cronica (**Figura 1**) [1].

Box 1 Requisiti organizzativi richiesti ai soggetti gestori/provider per l'affidamento della gestione del CReG (ref decreto DGR IX/1479/2011)

L'Ente Gestore/Provider deve dotarsi di competenze e strumenti specifici che vengono di seguito indicati:

1. Personale: il Provider per la gestione del progetto si avvale di personale operante con profilo tecnico e sanitario qualificato. Il Provider definisce e redige, programma e certifica il piano di formazione annuale di tutto il personale operante.

2. Coordinatore medico: il Provider individua una figura responsabile del governo clinico complessivo delle attività.

3. Case manager: il Provider garantisce la disponibilità e reperibilità di un responsabile del caso clinico.

4. Centro Servizi - Call Center: il Provider si avvale di un centro servizi che assicura la propria funzionalità per 12 ore/die per 365 giorni l'anno con adeguata tecnologia (quali-quantitativa) e con codificata modalità di gestione della documentazione comprovante l'attività sanitaria svolta e gli interventi attuati.

Definisce modalità di relazione con il cittadino che contatta il Centro Servizi (Call Center).

Fornisce al cittadino una scelta appropriata di servizi in risposta al bisogno espresso dall'assistito, illustrandone modalità di fornitura.

Garantisce *first and second opinion* specialistica legata alle evenienze cliniche o emergenze del percorso di cura descritti nei PAI (Piani Personalizzati di Cura).

5. Continuità assistenziale/SSU.Em118: il Provider assicura documentato raccordo con CA-SSU.Em118.

6. Percorso sanitario: il Provider deve:

- assicurare una corretta compliance del farmaco con personalizzazione, una corretta fornitura e gestione delle apparecchiature medicali anche al domicilio del paziente, garantendo una corretta formazione per l'uso delle stesse (presenza di procedura), soprattutto con chiaro riferimento alla patologia ed al suo profilo di cura;
- definire procedure ed indicatori di valutazione della qualità del servizio erogato.

7. Rapporto con strutture specialistiche: il Provider assicura attraverso accordi formalizzati con i soggetti erogatori accreditati un corretto accesso del paziente in relazione alle necessità riscontrate ed ai tempi di attesa, ovvero mediante lo sviluppo di specifici accordi/convenzioni con gli erogatori accreditati, per il coinvolgimento degli specialisti nell'erogazione di semplici prestazioni ambulatoriali per pazienti arruolati, anche presso studi associati dei MMG.

8. Customer Satisfaction e servizio reclami: il Provider elabora idoneo questionario atto alla somministrazione della *Customer Satisfaction* dei propri utenti circa il servizio erogato; ne definisce modalità di somministrazione, raccolta ed elaborazione.

Il Provider definisce ed attiva un servizio di raccolta e gestione del reclamo.

9. Privacy: il Provider evidenzia le modalità di tutela della *privacy* degli assistiti arruolati nel CReG.

10. Formazione: il Provider definisce un piano di formazione coerente con il profilo e le funzioni assegnate, per tutto il personale coinvolto nel progetto.

11. Sistema informatico e informativo: il Provider definisce le modalità di gestione della documentazione sanitaria degli assistiti.

Definisce gli elementi tecnici dell'ERP e individua le modalità di raccordo con la cartella clinica degli MMG.

Figura 1
Distribuzione dei Medici di Medicina Generale e dei pazienti arruolati che utilizzano "Buongiorno CReG" in quattro delle ASL dove ha avuto inizio la sperimentazione.



Progetto “Buongiorno CReG”: touchpoint

Buongiorno CReG è il progetto ideato da cooperative di medici di medicina generale nelle ASL di Bergamo, Como, Milano e Milano 2, in coerenza con gli obiettivi regionali. Attualmente coinvolge 28.838 pazienti di 273 MMG.

Il progetto, iniziato nel gennaio 2012, ha previsto, contestualmente a un lavoro di formazione dei medici partecipanti, una prima fase di arruolamento dei pazienti con la firma di un patto di cura tra il MMG e il singolo assistito e dei documenti necessari al trattamento dati secondo le leggi vigenti in materia di *privacy*. Il MMG doveva inizialmente procedere alla registrazione dell'avvenuto arruolamento sia sul portale appositamente predisposto da Regione Lombardia che sulla piattaforma informatica Gespro predisposta dal Provider tecnologico Telbios.

Sulla piattaforma informatica, ogni MMG elabora il PAI per ogni singolo paziente e i PAI prodotti vengono inseriti nel report del debito informativo da inviare periodicamente ad ASL/Regione. Alla piattaforma informatica arriva il dato anagrafico/clinico proveniente dalle cartelle cliniche dei medici aderenti al progetto, direttamente o, nel caso di CMMC, attraverso la piattaforma intermedia Sinapsis della Cooperativa per la gestione dei PDTA. Per i pazienti arruolati è stata prevista l'integrazione del dato proveniente dal Sistema Informativo di Regione Lombardia (SISS). Il percorso del paziente è schematizzato in **Figura 2**.

Tutte queste attività di supporto al lavoro del medico, insieme alle diverse forme di reportistica interna per il monitoraggio dei medici e dei pazienti, all'analisi dei dati clinici ed economici, alla telemedicina e al telemonitoraggio, vengono eseguite dal centro servizi [1-10].

I PAI servono a programmare l'insieme delle prestazioni e dei controlli che ogni singolo paziente, sulla base della gravità della sua patologia, dovrà effettuare mese per mese nell'arco complessivo di 1-2 anni. I piani di cura, elaborati dal medico di medicina generale, tengono conto dello storico delle prestazioni effettuate dai pazienti arruolati, estrapolate dalla Banca Dati Assistito di Regione Lombardia e della stratificazione dei pazienti, ricavabile dal gestionale del medico.

Il Centro servizi, insieme agli infermieri operanti presso i centri dei MMG, che in alcune Cooperative hanno assunto il ruolo di “*case manager*”, ha poi il compito di intervenire attivamente nel monitoraggio dell'aderenza dei pazienti e dei medici ai percorsi diagnostico terapeutici programmati.

Il paziente o il suo *caregiver*, attraverso un numero telefonico di rete fissa, possono a loro volta contattare, h12/365 giorni anno, un operatore del Centro Servizi deputato a prendere in carico le eventuali richieste, anche urgenti, e a raccordarsi a seconda della necessità con il MMG del paziente, con la continuità assistenziale o con il servizio di emergenza/urgenza. Il paziente può altresì richiedere informazioni riguardanti prescrizioni mediche, accesso ai servizi, prenotazione esami e visite specialistiche ricevendo così un aiuto nella compliance al suo processo assistenziale.

Il programma, pur mantenendo la libera scelta dell'assistito, prevede a circa un anno la

Figura 2
Percorso schematizzato del paziente all'interno del progetto “Buongiorno CReG”



possibilità di realizzare accordi preliminari con enti erogatori (pubblici e/o privati accreditati) e specialisti che condividessero i percorsi diagnostico terapeutici, per realizzare una migliore appropriatezza nella presa in carico globale dell'assistito in percorso CREG.

Popolazione arruolata e Indicatori di progetto

Come prima accennato, i pazienti arruolati all' interno del progetto "Buongiorno CreG" ad oggi sono 28.838 per i 273 MMG attivi nelle 3 Cooperative Provider di Milano, Como e Melegnano. Dei soggetti arruolati, l'84% è costituito da pazienti affetti da patologie cardio-cerebro-vascolari quali ipertensione arteriosa, scompenso cardiaco, diabete mellito, dislipidemia e vasculopatie (Figura 3A). I rimanenti 4734 pazienti sono affetti da patologie croniche di tipo respiratorio (asma e bronchite cronica ostruttiva). La tipologia della popolazione affetta dalle varie patologie croniche suddivisa tra le quattro cooperative provider è schematizzata in Figura 3B.

Nei pazienti a rischio cardiovascolare (CV) è stato monitorato nel tempo l'andamento di alcuni indicatori quali i valori di pressione arteriosa media, la glicemia, i valori di colesterolemia totale e LDL, i trigliceridi, l'andamento del *Body Mass Index* (BMI) e l'emoglobina glicata nei soli pazienti diabetici. Si è cercato di sensibilizzare i MMG alla raccolta e alla registrazione sistematica del dato nella cartella clinica, in modo da poterlo poi estrarre e importare nella piattaforma di gestione dei PAI, per poterlo elaborare. La percentuale dei MMG che registravano correttamente i dati è andata progressivamente migliorando dall'inizio del progetto ad oggi, pur non avendo ancora coinvolto la totalità dei medici partecipanti. Questo spiega la possibilità al momento di poter elaborare dati attendibili solo per alcuni degli indicatori selezionati su sottogruppi di MMG (ad esempio quelli che avevano almeno 2 misurazioni/anno registrate per indicatore).

Risultati preliminari

Un primo risultato monitorato sui pazienti a rischio CV è stato l'andamento della pressione arteriosa media (PAM). In Tabella 1 si osserva come la percentuale di pazienti

Figura 3

Caratteristiche dei pazienti con arruolati nel progetto "BuongiornoCREG", suddivisi per classi. (A) Numero dei soli pazienti con patologie cardio-cerebro-vascolari arruolati nel progetto e suddivisi per tipo di patologia prevalente. (B) Distribuzione percentuale per classi di patologia dei pazienti totali arruolati nel progetto (28.838), suddivisi tra le quattro cooperative provider. CMMC Cooperativa Medici Milano Centro operativa su ASL Milano; IML Cooperativa Iniziativa Medica Lombarda operativa sia su ASL Bergamo e ASL di Melegnano-Milano 2; MMG-CReG Cooperativa operativa su ASL di Como

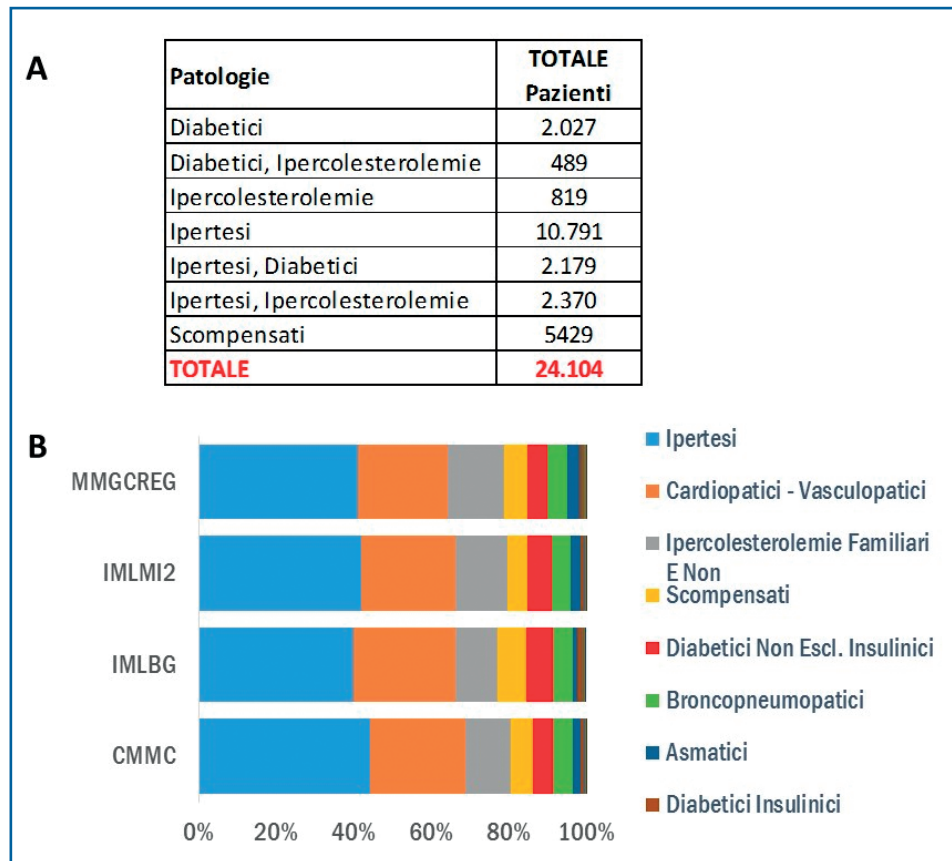


Tabella 1 Andamento temporale del valore di pressione arteriosa media (PAM) in 6427 pazienti a rischio cardiovascolare arruolati da 170 MMG partecipanti al progetto con almeno due misurazioni pressorie/anno.

	ANNI		
	2012	2013	2014
Pazienti a rischio cardiovascolare con PAM tra 70 e 128 mmHg	99,6 %	99,3 %	99,6 %

con valori a target sia molto alta in un sottogruppo di oltre 6000 pazienti afferenti a 170 MMG che avevano registrato almeno 2 valori/anno. Valori di PAM compresa tra 70-128 mmHg si riscontrano in più del 99% dei pazienti; il dato è presente già nel 2012, primo anno di gestione clinica del progetto CREG da parte dei MMG e si mantiene costante nel tempo.

Una delle comorbidità più presenti nelle classi CREG a rischio CV è la dislipidemia, in particolare l'ipercolesterolemia. Abbiamo monitorato, in un gruppo di 1883 pazienti ad alto rischio CV, l'andamento LDL come indicatore. Il trend è stato valutato su una finestra temporale di 2 anni. Come si osserva in **Figura 4** la percentuale di pazienti che raggiungono valori a target di LDL <100 mg/dL aumenta del 6,7% nell'arco dei 2 anni di osservazione. Il gruppo di pazienti con valori di LDL compresi tra 100 e 159 mg/dL si riduce del 4,2% dal 2012 al 2014, mentre la percentuale di pazienti con valori fuori target >159 mg/dL diminuisce del 2,5% nello stesso intervallo temporale. L'andamento di questi valori, pur non raggiungendo la significatività statistica, mostra un trend sicuramente positivo e ci auguriamo di avere a disposizione a breve dati su campioni di pazienti/MMG ancora più estesi per consolidare questo andamento.

Un altro risultato interessante riguarda l'andamento dei valori di emoglobina glicata in un gruppo di circa 900 pazienti diabetici arruolati da un sottogruppo di 20 MMG della CMMC dove i valori percentuali dei pazienti con glicata a target <7% passano dal 50% del 2012 a oltre il 65% a fine 2014. Naturalmente anche questo trend positivo dovrebbe poter essere valutato su un numero più alto di pazienti/MMG per diventare significativo. Peraltro, come si osserva in **Tabella 2**, anche i dati forniti da Regione Lombardia relativamente alla riduzione dei ricoveri ospedalieri nelle coorti di pazienti CREG arruolati e arruolabili, sembrano indicare una miglior presa in carico da parte dei MMG.

Figura 4
Variazione dei livelli di colesterolo LDL dal 2012 al 2014 in 1881 pazienti ad alto rischio CV

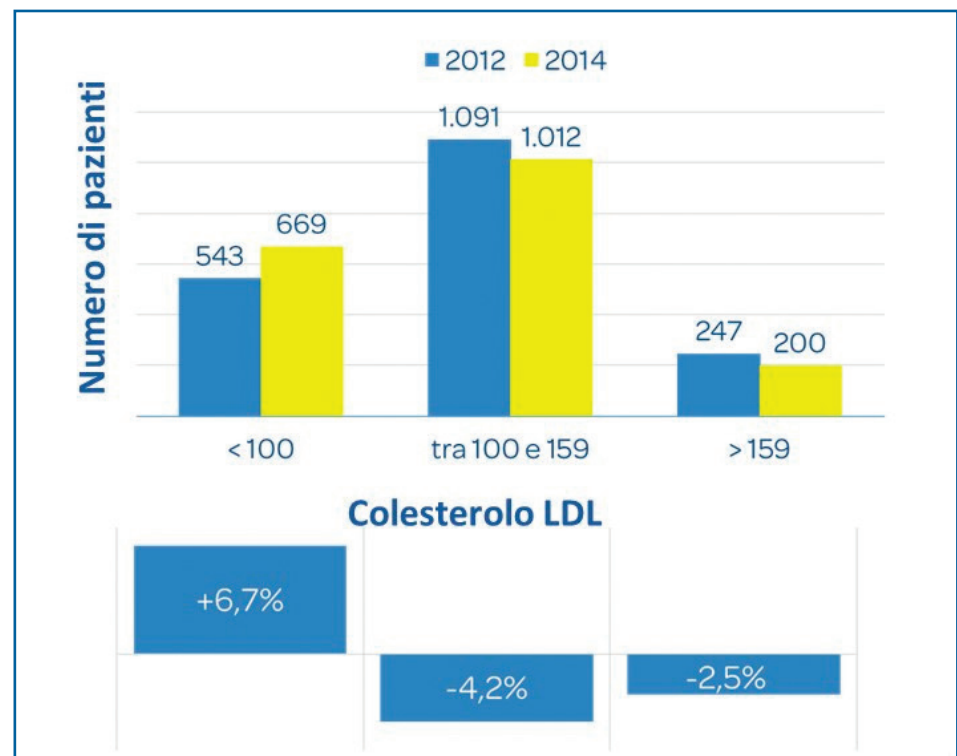


Tabella 2 Andamento dei tassi di ospedalizzazione nelle coorti di pazienti CReG (dati forniti da Direzione Generale Sanità di Regione Lombardia).

Tassi di ricovero ospedaliero 2012-2013 nelle coorti in studio			
	Anni-persona	Tasso di incidenza (per 1000anni-persona)	
Coorte di controllo	935.783,8	200	
Coorte CReG – arruolabili	205.014,2	191	
Coorte CReG - arruolati	122.426,6	174	
Stime del rischio di ricovero ospedaliero 2012-2013 nella coorte CReG rispetto alla coorte di controllo			
	Incident rate ratio*	IC 95%	p
Coorte di controllo	ref.	-	-
Coorte CReG – arruolabili	0,94	0,93-0,95	<0,001
Coorte CReG - arruolati	0,88	0,87-0,90	<0,001

*aggiustati per sesso, età, ASL, CReG [1], n ricoveri 2010-2011, accessi PS 2010-2011

Infatti i dati mostrano una riduzione significativa nel tempo del tasso di ospedalizzazione dei pazienti CReG rispetto alla coorte dei pazienti controllo. Interessante il dato che la riduzione dei ricoveri si osserva sia per i pazienti direttamente arruolati nel progetto, ma anche per i pazienti arruolabili, cioè che avrebbero potuto essere arruolati dal medico ma che non lo sono stati. È come se anche questa coorte avesse beneficiato di una miglior presa in carico, alla stregua dei pazienti direttamente arruolati, dopo che il medico aveva messo in atto meccanismi di cura più virtuosi ad appropriati. All'interno del progetto Buongiorno CReG si è sperimentato anche l'uso sistematico di prestazioni in telemedicina su gruppi di pazienti cronici, per lo più in area CV e pneumologica. Venivano effettuati, presso alcuni Centri di Medicina di Gruppo dei MMG partecipanti, prevalentemente elettrocardiogrammi di controllo programmati (più di 3000 ad oggi) che venivano trasmessi al Centro servizi e refertati in collaborazione con la Cardiologia del San Raffaele, e spirometrie semplici teletrasmesse al Centro Servizi ma poi lasciate all'interpretazione del MMG, con la possibilità di un consulto specialistico di secondo livello se necessario. Con la supervisione del Centro Servizi sono stati attivati a partire dal 2013 anche strumenti di telemonitoraggio domiciliare per circa 110 pazienti diabetici e scompensati gravi, seguiti a casa con un kit in grado di rilevare la temperatura corporea, la glicemia, il peso corporeo, la pressione arteriosa, la saturimetria SpO2 e un elettrocardiogramma monotraccia, e di trasmettere i dati di rilevazione più volte al giorno al Centro Servizi. Il protocollo prevedeva che il Centro Servizi, dopo aver filtrato e identificato gli "alert" come meritevoli o meno di intervento medico, attivasse man mano un livello crescente di interventi fino all'ospedalizzazione se necessaria. I primi dati sono molto interessanti in merito a riduzione di accessi in pronto soccorso e ricoveri anche per questo piccolo sottogruppo, in confronto a una popolazione controllo di pari comorbilità [1, 10].

Osservazioni e conclusioni

Il progetto prosegue nell'ottica di uno sviluppo costante e progressivo. Sono stati già fissati gli asset di lavoro in cui vengono auspicati ulteriori avanzamenti. Verranno elaborati flussi di dettaglio sulle prestazioni erogate e sui farmaci acquistati tentando, contestualmente, di ottenere una maggiore condivisione con gli specialisti tramite la stipula di accordi ad hoc.

A circa 4 anni dall'inizio del progetto, il CReG si è rivelato essere una sperimentazione complessa e un grosso banco di prova per la medicina generale, rivelando una serie di criticità ma anche diversi punti di forza [10, 12].

Tra le criticità, oltre alle difficoltà legate alla organizzazione e i relativi costi di gestione della macchina organizzativa, come non citare la carenza sistematica nella fornitura di dati sull'andamento del progetto e dei consumi da parte di Regione Lombardia e delle ASL, che ha reso difficile ai provider esercitare una buona *governance* sui medici e sui pazienti partecipanti al CReG nei primi 3 anni di gestione [10]. La difficoltà di creare accordi e percorsi condivisi con gli specialisti almeno di alcuni centri erogatori nei primi 3 anni del progetto ha di fatto ostacolato una presa in carico appropriata e condivisa a più livelli, che doveva garantire una migliore continuità di cura tra MMG e medico specialista ospedaliero. Tra l'altro questo era uno degli obiettivi previsti dal progetto e invece è stato finora disatteso, mantenendo spesso la dispersione di cura tipica dei pazienti cronici, con duplicazione a volte di esami non appropriati, nel nome della libera scelta del cittadino.

Tra i punti positivi e innovativi del CReG c'è il tentativo di migliorare la presa in ca-

rico del paziente cronico da parte del MMG. La gestione della cronicità già da tempo costituisce un elemento cardine della attività quotidiana del medico di famiglia, ma attraverso il progetto CReG si è sperimentato se l'adozione di procedure proprie della medicina d'iniziativa, come l'organizzazione di un percorso di cura programmato, potesse portare a un miglioramento degli indicatori di salute dei pazienti. Tra l'altro questo grosso sforzo organizzativo e di gestione ha portato le diverse cooperative provider a sviluppare diversi modelli gestionali, caratterizzati da una diversa presa in carico dei pazienti da parte del MMG.

Nel modello "Buongiorno CReG" adottato dalle cooperative CMMC di Milano, IML di Bergamo e Melegnano e dalla Cooperativa MMG-CReG di Como, si è lasciata grande rilevanza al ruolo del MMG nella stesura e nella gestione del percorso di presa in carico. Il medico di medicina generale, oltre a essere responsabile della selezione dei pazienti da arruolare da un elenco fornito da Regione Lombardia, deve assolvere a quanto previsto dalla normativa vigente i termini di privacy, deve responsabilizzare il paziente con la firma del patto di cura e del piano assistenziale individuale. Il medico di medicina generale ha il compito di redigere il piano assistenziale individuale, di modificarlo quando necessario e di rinnovarlo alla scadenza. L'attività del Centro Servizi e degli infermieri è stata di solo supporto a quella centrale del MMG, attraverso *recall* attivo sia al medico che ai suoi pazienti riguardo allo stato di avanzamento percorso e la redazione dei report mensili per il debito informativo da fornire a Regione ed ad ASL, la fornitura degli strumenti di telemedicina e telemonitoraggio, l'elaborazione e lo sviluppo degli strumenti e dei report informatici per la stesura dei PAI da condividere con la Cooperativa.

L'implementazione della piattaforma informatica utilizzata nel nostro modello, in complementarietà rispetto alle cartelle cliniche dei MMG ha richiesto sicuramente un grosso investimento, soprattutto per riuscire a estrarre e rendere fruibili all'applicativo di gestione dei PAI (Gespro) i dati provenienti dalle singole cartelle cliniche. Si sono dovuti realizzare/utilizzare estrattori in grado di trasferire gli indicatori rilevanti per il progetto. Per la CMMC di Milano il processo è stato più semplice in quanto la Cooperativa già utilizzava una piattaforma interna per estrazione/elaborazione dati da software diversi e quindi si è potuto raccordare questa a Gespro, ma per le altre Cooperative si sono dovuti realizzare processi di estrazione dati.

Il CReG quindi ha reso più "misurabile" il lavoro dei MMG su larga scala, e questo è sicuramente un ulteriore valore aggiunto del progetto. Prima del CReG solo piccoli gruppi di MMG selezionati e motivati, appartenenti a reti nazionali o società scientifiche, si occupavano di audit e rendicontazione sistematica di risultati [10, 11, 13]. Certamente questo ha voluto dire un continuo processo di formazione e di cambiamento delle abitudini del MMG, che pur utilizzando quotidianamente una cartella clinica informatizzata per la cura dei pazienti, non sempre era abituato a registrare puntualmente i risultati relativi agli indicatori clinici scelti per il monitoraggio dello stato di salute dei pazienti. Questa criticità sta lentamente migliorando con l'avanzare del progetto e infatti si cominciano a vedere i primi risultati all'interno del "Buongiorno CReG" che mostrano un trend positivo nell'andamento di alcuni indicatori di esito intermedio come i valori di pressione arteriosa, il colesterolo LDL, l'emoglobina glicata in diversi cluster di pazienti a rischio CV arruolati (ipertesi, vasculopatici, scompensati, diabetici). Questo dato è in sintonia con quello mostrato da Regione Lombardia sulla riduzione dei ricoveri e degli accessi impropri al Pronto Soccorso, che sembrerebbe mostrare complessivamente una maggior presa in carico del paziente in CReG da parte della Medicina Generale.

Tra gli obiettivi futuri, anche alla luce dell'ampliamento del progetto CReG ad altre ASL lombarde e quindi a nuovi MMG e nuovi pazienti, allargare e migliorare le procedure base di raccolta dati a tutti i MMG, per poter dimostrare se i trend positivi che si cominciano a intravedere siano confermati su larga scala e assumano significatività.

In conclusione il progetto CReG rappresenta a tutt'oggi una delle più grandi sperimentazioni organizzative realizzate a livello nazionale in Medicina Generale per numero di medici e pazienti coinvolti e una delle sfide più importanti per la Medicina Generale che ha dovuto difendere il suo ruolo di gestore della cronicità. Il CReG ha stimolato anche la nascita e il rafforzamento di forme organizzate della Medicina Generale, come

le Cooperative di Servizio, che in futuro potranno/dovranno farsi carico degli scenari di trasformazione del territorio quali la diffusione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali e delle Unità Complesse di Cure Primarie previste dalla Convenzione Nazionale della Medicina Generale e dalla legge Balduzzi [14]. Il CReG è diventato così un importante banco di prova per la gestione dei pazienti cronici/fragili, che sarà comunque uno degli obiettivi chiave da realizzare nelle nuove realtà territoriali.

Bibliografia

- [1] Nalin M, Baroni I, Romano M, Levato G. Chronic related groups (CReG) program in Lombardy. *Europ Geriatr Med* 2015; 6:325-330.
- [2] European Union Health Policy Forum. Answer to DG SANCO Consultation on chronic diseases. Disponibile al sito http://ec.europa.eu/health/interest_groups/docs/euhpf_answer_consultation_jan2012_en.pdf. 2012.
- [3] Beagleole R, Horton R. Chronic diseases: global action must match global evidence. *Lancet* 2010; 376:1619-1621.
- [4] Strong K, Mathers C, Leeder S, Beagleole R. Preventing chronic diseases: How many life can we save? *Lancet* 2005; 66:1578-1582.
- [5] Tackling chronic disease in Europe. Strategies, interventions and challenges. European observatory on Health Systems and Policies. Disponibile al sito www.euro.who.int/document/e93736.pdf. 2010.
- [6] Regione Lombardia, Allegato 14, DGR IX/937 1/12/2010, "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio socio-sanitario regionale per l'esercizio 2011".
- [7] Regione Lombardia, DGR IX/1479 del 30/3/2011. "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'esercizio 2011", Il provvedimento di aggiornamento in ambito sanitario.
- [8] Zocchetti C, Merlini L, Agnello M, Bragato D. Una nuova proposta per la cronicità: i CReG (Chronic Related Group). *Tendenze nuove*. 2011; 5:377-398.
- [9] Regione Lombardia, Direzione Sanità Decreto n. 438 del 16/5/2011, "Determinazioni in materia di CReG (Chronic Related Group), in attuazione della DGR n. 9/1479 del 30/3/2011.
- [10] Lauri D, Levato G. CReG in Regione Lombardia: L'esperienza di gestione della Medicina Generale. *PharmacoEconomics Supplemento*. 2013; 15:45-54.
- [11] Caimi V. I CReG della Regione Lombardia. Rischi od opportunità per la Medicina Generale? *Prospettive sociali e sanitarie*. 2011; 13-14:6-10.
- [12] Lauri D. L'esperienza dei CreG in Regione Lombardia. Disponibile al sito [MedicalRetail-CoS](http://www.cos.it/medicalretail/?p=286). <http://www.cos.it/medicalretail/?p=286>. 2013.
- [13] Auxilia F, Peduzzi P, Lopiccoli S, Vazzoler C. Percorsi diagnostici e cura. *Cure primarie e politiche sanitarie*. *Prospettive sociali e sanitarie*. 2011; 9-10:6-10.
- [14] Decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, (pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 13 settembre 2012, n. 214. «Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute». (12A11988).