

La Delibera sulla Presa in carico (PiC) N. 7655 del 28 dicembre (DGR), configura un'inedita evoluzione dei rapporti tra medici di MG, gestori-nella figura del clinical manager- e assistiti affetti da patologie croniche per quanto riguarda le prescrizioni farmacologiche che suscita interrogativi deontologici cui l'Ordine Professionale deve porre istituzionale attenzione.

Da qui le presenti osservazioni che gli Ordini dei Medici lombardi pongono alla Regione Lombardia ed in particolare all'Assessorato alla Sanità in attesa di un confronto.

(Premessa)

La delibera N.7655 a pag. 15 recita:

" Nel caso di paziente il cui MMG/PLS non abbia aderito alla presa in carico, si ritiene in ogni caso indispensabile il coinvolgimento dello stesso per la condivisione delle informazioni e le eventuali interazioni tra le terapie farmacologiche così come disposto dalla DGR n. X/6551/2017.

Le prescrizioni farmaceutiche e di prestazioni specialistiche correlate alle patologie croniche oggetto della presa in carico, sono di competenza del soggetto gestore. Come già stabilito dalla DGR n. X/6551/2017, rimangono di competenza del MMG che non partecipa alla presa in carico le prescrizioni relative alle ricette di farmaci e le prestazioni previste dall'ACN non strettamente correlate ai set di riferimento relativi alle patologie croniche."

La delibera N.6551 a pag 6, recita:

"MMG che non partecipa al modello di presa in carico:

➤ Al MMG viene trasmesso dal soggetto gestore, per la condivisione informativa, il PAI dei propri pazienti. Il MMG formula il suo parere, sempre limitatamente alle prestazioni contenute nei set di riferimento; il medico specialista può, motivando, non recepire le eventuali osservazioni fornite dal MMG. In questo caso il MMG ha facoltà di segnalare all'ATS il disaccordo;"

➤ continua a svolgere le funzioni previste dall'ACN per la parte non relativa alla cronicità

(Osservazioni)

Viene stabilito che il Clinical Manager *"si occupi in modo completo di tutte le sezioni del PAI ivi compresa quella farmaceutica ed ha la responsabilità clinica delle prescrizioni ivi contenute."*

Ne deriva che la gestione della terapia per le patologie croniche di cui il gestore detiene la presa in carico sono, quindi, di esclusiva competenza del clinical manager del gestore stesso, che si assume la piena responsabilità della prescrizione e della conduzione della terapia.

La gestione di una patologia cronica, in specie per quanto riguarda la conduzione della terapia non può rientrare in uno schema prefissato per un anno intero, come nel PAI, ma richiede flessibilità e personalizzazione degli aggiustamenti terapeutici in funzione dell'obiettivo, della risposta o della non risposta alla cura. In termini pratici, quando si rendessero necessarie variazioni della terapia cronica, anche in assenza di riacutizzazioni, la persona assistita dovrà comunque e sempre far riferimento al clinical manager del gestore.

Si introduce in buona sostanza una dicotomia tra compiti clinico-assistenziali del MMG e quelli affidati al Clinical Manager del Gestore, che potrebbe pregiudicare la continuità e l'integrazione dell'assistenza.

Ecco alcuni risvolti problematici, sulla continuità assistenziale e sulla responsabilità professionale, sia clinica che medico-legale, dell'inedito rapporto: a chi compete la prescrizione in caso di patologie acute intercorrenti, che influenzano la condizione cronica? A chi competono e chi è responsabile delle modificazioni terapeutiche in caso di momentaneo scompenso, squilibrio metabolico, peggioramento funzionale, interazioni farmacologiche, effetti collaterali etc.? Chi si farà carico della visione unitaria e della continuità assistenziale della persona affetta da più patologie croniche, specie se disabile e fragile, seguita a domicilio o impossibilitata a recarsi presso il Gestore? Chi tra i due "attori" garantirà la valutazione globale, il giudizio clinico ed assumerà il ruolo di "regista" della situazione complessiva di malattia o meglio delle interazioni tra molteplici problemi di salute dei pazienti cronici e delle priorità terapeutiche per farvi fronte?

Come è di tutta evidenza si tratta di situazioni che possono collidere con molti articoli dell'attuale Codice di Deontologia Medica (articolo 20 sulla relazione di cura, articolo 23 sulla continuità delle cure, articolo 58 rapporto tra colleghi, articolo 59 rapporti con il medico curante ed articolo 60 consulto e consulenza)

Il Piano Nazionale per la Cronicità dopo aver rilevato i limiti dei PDTA nei pazienti pluripatologici complessi sottolinea la centralità del concetto di **medical generalism**, in cui la conoscenza della persona nel suo intero e dei suoi bisogni, la visione continua degli eventi (non solo) sanitari del singolo soggetto - integrate con le conoscenze basate sulle evidenze - determinano scelte più appropriate e fattibili per il singolo paziente (evidence based practice).

Ovviamente quando vi è coincidenza fra gestore e MMG, come per i medici che hanno scelto di impegnarsi nelle cooperative già attive, queste situazioni non si realizzano.

L'Ordine Professionale, come organismo garante della professione e degli assistiti, ha il dovere di interagire con le altre istituzioni al fine di tutelare, secondo il Codice Deontologico, anche i medici che non hanno legittimamente aderito alla riforma ed i loro pazienti.