

**Incontri di approfondimento sui CReG
organizzati dalla Sezione SNAMI di Brescia**



**CReG:
riflessioni,
anche dal punto di vista deontologico**

Martedì 18 Ottobre 2016

Fulvio Lonati



APRIREnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

Macro-criticità “di primo acchito”

- Per chi non ne è stato coinvolto,
la progettualità CReG non appare completamente chiara e comprensibile.

- **L'impianto organizzativo appare molto complesso.**

- ***“In un sol colpo” i CReG “si mangiano”***
Sindacati MMG e ASL-Distretti:
 - **il vero interlocutore è il provider ente con natura giuridica in grado di effettuare operazioni economiche al di fuori dell'ACN;**
 - **di fatto, i MMG-CReG si assumono la responsabilità del controllo della spesa territoriale;**
 - **gli ospedali sono fuori.**

Preoccupazioni - criticità

- Mancano obiettivi di salute
- Gli ospedali sono fuori
- Pochi sono i “*presi in carico*”: e gli altri?
- E la prevenzione (delle cronicità)?
- L'estensione a tutti i cronici e a tutte le persone con fattori di rischio sarebbe economicamente sostenibile?
- Le incombenze amministrativo-contabili sono gravose: prevale la logica certificativo burocratica?
- L'azione di “*Governo Clinico*” del MMG non compare: i suoi “*dati di esercizio*” (quelli che riporta nella scheda informatizzata per curare ogni persona) non valgono nulla?
- La classificazione CReG sulla base della BDA si riferisce all'anno precedente e “vede” solo i flussi gestionali-amministrativi, non i dati clinici

Possibili vie di miglioramento

Se venisse attribuita **all'ASL (ora ATS) la funzione di provider?**

Possibili vie di miglioramento

Se si introducesse un **nuovo sistema di obiettivi?**

- Obiettivi di salute “forti” (tasso di: ricoveri, eventi cardiocerebrovascolari maggiori, età media di morte, accesso al pronto soccorso)
- Obiettivi di “Governo Clinico” (estratti automaticamente dagli strumenti di lavoro del MMG)

Se fosse correlato ad un **nuovo sistema di incentivi?**

- con obiettivi (di salute, di processo, economici) riferiti a tutti gli assistiti

ma

- con “budget virtuale” (e “valore differenziale”) riferito ai soli assistiti arruolati CReG con PAI

Possibili vie di miglioramento

Se i MMG potessero **formulare i PAI senza vincoli temporali**, a partire dalla classificazione CReG formulata dalla Regione, ma **aggiornandoli in relazione alla situazione clinico-assistenziale effettivamente in atto?**

Possibili vie di miglioramento

Se come Gruppi MMG-CReG venissero individuati gli insiemi di **MMG (disponibili) afferenti ad una AFT** (o più AFT vicini)?

Se ogni **Gruppo MMG-CReG avesse un PreSST o POT di riferimento** per garantire l'accesso alla rete dei servizi?

Se entrassero anche i **MCA nella progettualità CReG?**



News

Eventi

Progetti e lavori in corso

Contributi pubblicati

Presentazioni a convegni e corsi

Ultime APRIRENews

Governare l'Assistenza Primaria in Lombardia: un manuale per operatori di Sanità Pubblica

"Storie di malattia e presa in carico" alla London School of Economics and Political Science

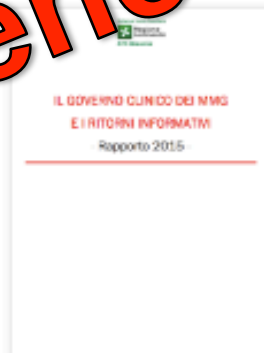
Il governo dell'assistenza primaria in Lombardia: tre nuove giornate di confronto

Il governo dell'assistenza primaria nel nuovo contesto del territorio

Governo clinico



Perché le cronicità continuano ad essere una sfida



Governo Clinico dei MMG: report 2015 Asl di Brescia



Sistema informativo integrato per le Cure Primarie



www.aprirenetwork.it