



Università Commerciale  
Luigi Bocconi

CERGAS  
Centre for Research on Health  
and Social Care Management

BocconiALUMNI  
ASSOCIATION

SDA Bocconi  
School of Management



## Il Rapporto OASI 2016

WORKSHOP REGIONE PUGLIA

# I CReG lombardi: risultati preliminari e prospettive per il governo della domanda

Alberto Ricci

Francesco Longo

Francesco Petracca

CERGAS e SDA Bocconi

Con il contributo  
incondizionato di



Science For A Better Life

Bari, 03/04/2017



# Agenda

- Introduzione
- Domande di ricerca
- Risultati
- Conclusioni
- Discussione





## Introduzione

La sperimentazione dei **CReG**, avviata nel 2011-12, presenta tratti di grande interesse:

1. La **logica strutturalmente attenta alle multi-morbilità e al grado di stadiazione** del paziente, **rara nel panorama europeo** su larga scala (Busse e Stahl, 2014). *Un modello comparabile è quello della regione di Kingzigtal in Germania (35.000 assistiti, 80 profili di patologia); il CReG ha arruolato oltre 200.000 pazienti riconducibili a 1.124 profili di patologia/681 tariffe.*
2. **La governance innovativa, basata su**
  - **un forte impulso regionale** per la definizione delle tariffe, l'individuazione dei pazienti eleggibili e il monitoraggio dell'esperienza,
  - **il raggruppamento spontaneo dei MMG in cooperative** che partecipano ai bandi per la presa in carico dei pazienti (diventando **gestori**),
  - il ruolo del **Centro Servizi a supporto operativo** delle cooperative.





## Introduzione

3. Gli **strumenti operativi** alla base della presa in carico: per ogni paziente arruolato gli MMG-gestori compilano un Piano di Assistenza Individuale (PAI). I PAI, finalizzati alla **sintesi della programmazione clinica**, costituiscono **l'EPA, cioè lo “storico” dei percorsi pianificati** per classe di patologia, utilizzabile come **benchmark**.
4. **Il modello di remunerazione**, basato su una tariffa per remunerare la presa in carico extraospedaliera del paziente. Responsabilizzazione sulle risorse consumate vista in parallelo alla diminuzione della variabilità assistenziale.





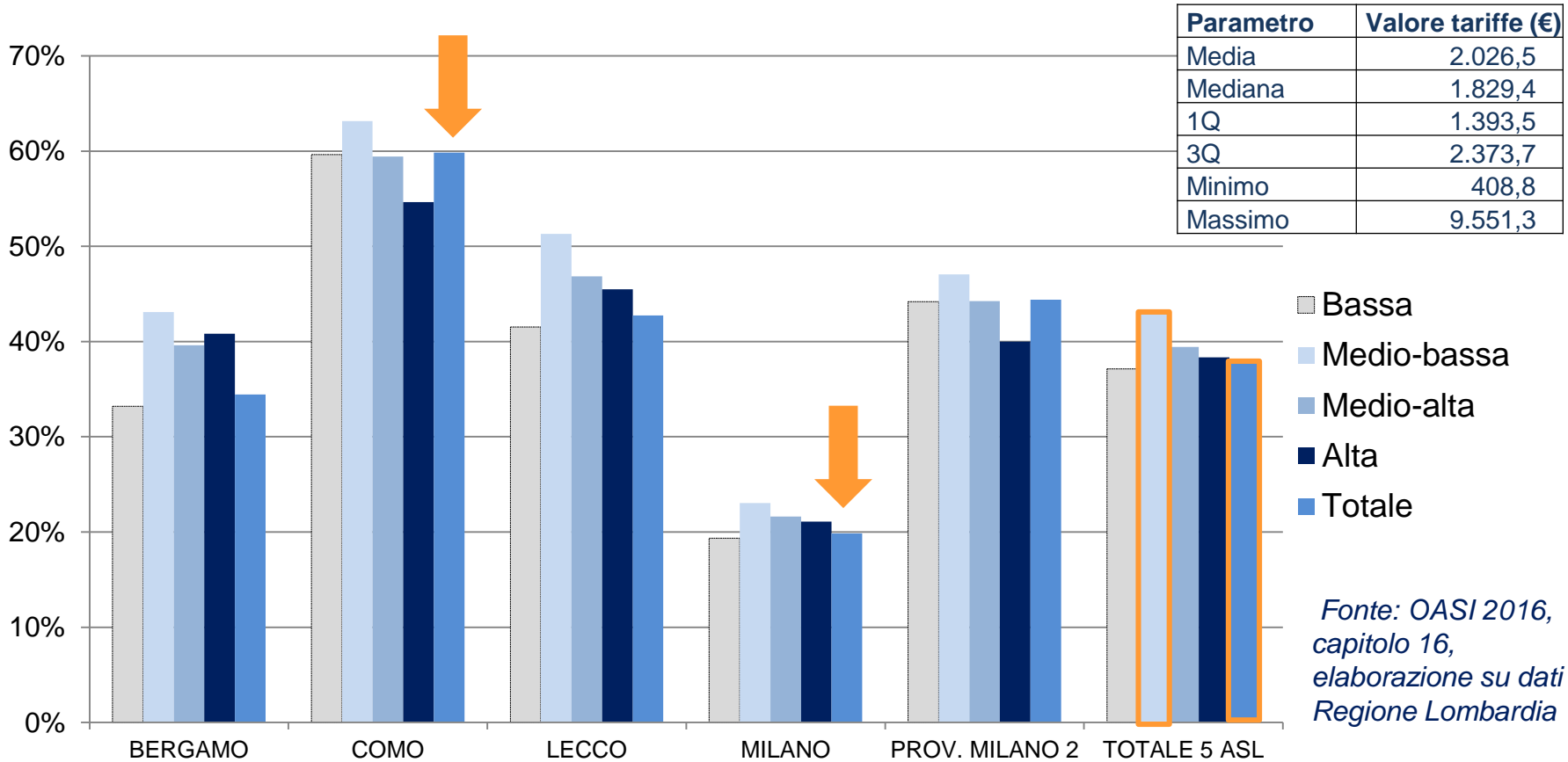
## Domande di ricerca

1. **Profilo dei pazienti arruolati.** Sono state arruolate quote significative di pazienti anziani, pluri-patologici, con malattie complesse?
2. **Profilo dei MMG aderenti alla sperimentazione.** Si rilevano differenze tra MMG aderenti al CReG e non, in termini di età, sesso, numero di assistiti, numero di pazienti cronici? Queste differenze possono spiegare l'adesione dei professionisti alla sperimentazione?
3. **Dati di processo e attività.** Il PAI è effettivamente uno strumento di “sintesi clinica”, cioè aiuta a ridurre la ripetizione degli esami nei pazienti pluri-patologici?
4. **Percorsi di consumo.** Esistono differenze nei livelli di consumo dei pazienti arruolati rispetto ai pazienti rimasti al di fuori della sperimentazione?



## Risultati: profilo dei pazienti arruolati (1/2)

Tassi di arruolamento, per ASL e complessità della classe (2015)

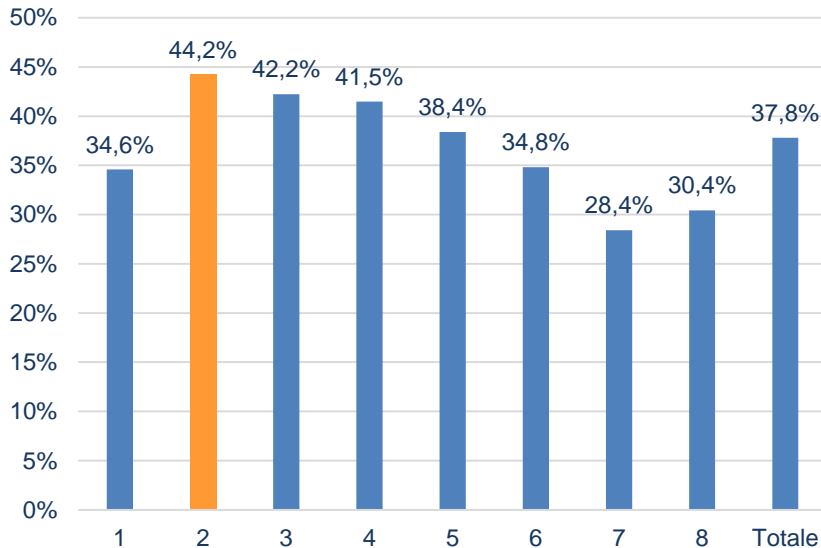


Nel 2015, il **38%** (81.319) dei pazienti arruolabili aveva aderito alla sperimentazione; i livelli di reclutamento più elevati si registrano per le patologie a medio - bassa complessità (**43%**).

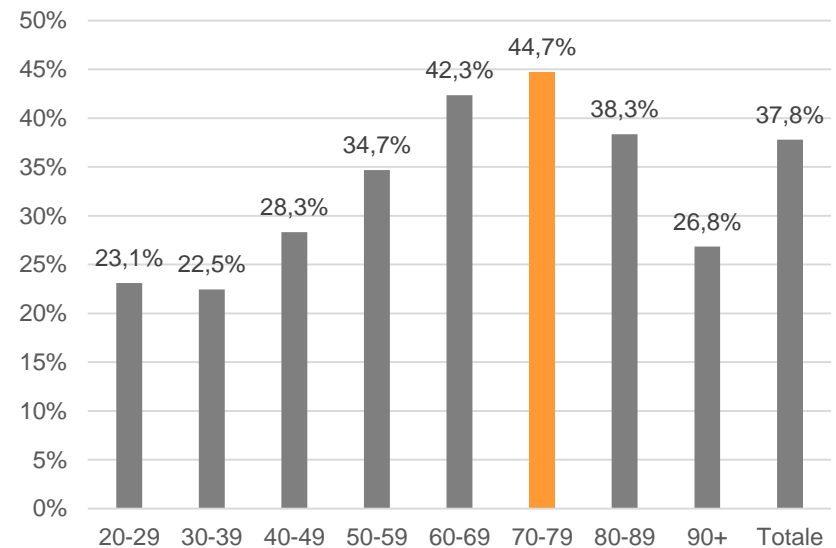


## Risultati: profilo dei pazienti arruolati (2/2)

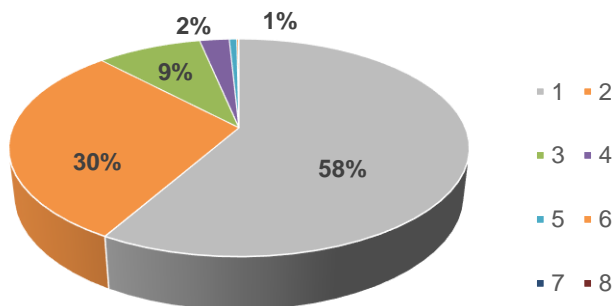
### Tasso di arruolamento per numero di patologie, 2015



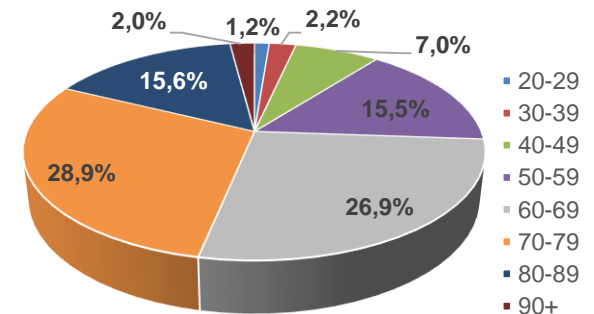
### Tasso di arruolamento per classe di età, 2015



Arruolati per numero di patologie, incidenza %



Arruolati per classe di età, incidenza%



## Risultati: profilo dei MMG aderenti

Confronto tra MMG aderenti al CReG e NON aderenti al CReG, totale sperimentazione (2015)

<i>Caratteristica</i>	<i>MMG ADERENTI AL CReG che hanno compilato almeno un PAI</i>	<i>MMG NON aderenti al CReG</i>
Numero	512	2.194
% MMG sesso femminile	33,6%	35,8%
% under 40	2,0%	1,7%
% over 60	48,4%	45,0%
<b>Nr medio assistiti</b>	<b>1.347</b>	<b>1.231</b>
<b>Nr medio cronici</b>	<b>375</b>	<b>338</b>
Nr medio arruolabili	375	0
Nr medio arruolati con PAI	158	0

- Leggere differenze, non statisticamente significative, nella quota di MMG di sesso femminile e nel peso degli Over 60.
- **Gli MMG aderenti in media seguono più assistiti (1.341 contro 1.321, +9,4%) e più pazienti cronici (375 contro 338, +10,9%) rispetto ai non aderenti.**





## Risultati: presa in carico pluri-patologie

**Numero medio degli esami frequentemente programmati (>70% dei pazienti) nei PAI dei pazienti con: diabete, ipertensione, diabete e ipertensione**

Prestazione	Diabete M. T2	Ipertensione	Diabete M. T2, Ipertensione
Colesterolo Totale	1	1	1
Creatinina	1	1	1
Trigliceridi	1	1	1
Colesterolo HDL	1	1	1
Glucosio (Glicemia)	1	1	1
Elettrocardiogramma	1	1	1

**Numero medio degli esami frequentemente programmati (>70% dei pazienti) nei PAI dei pazienti con: ipercolesterolemia, ipertensione, ipercolesterolemie e ipertensione**

Prestazione	Ipercolesterolemie	Ipertensione	Ipercolesterolemie, Ipertensione
Colesterolo Totale	1	1	1
Colesterolo HDL	1	1	1
Trigliceridi	1	1	1
Creatinina	1	1	1
Glucosio (Glicemia)	1	1	1
Emocromo completo con formula	1	1	1

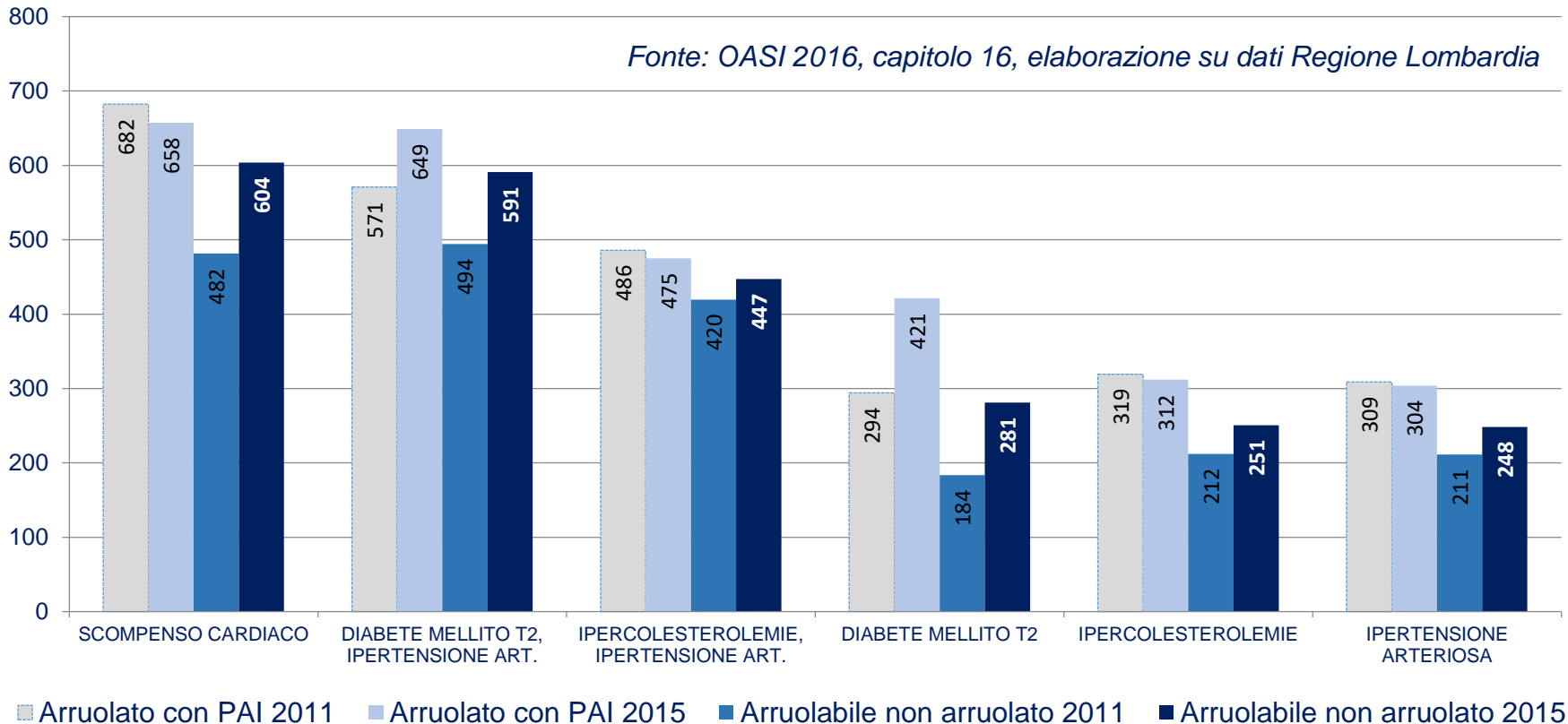
Il PAI sembra uno strumento adeguato a favorire una pianificazione del percorso e un'efficace sintesi clinica: **le prestazioni programmate in caso di pazienti bi-patologici non evidenziano duplicazioni negli esami**

Fonte: OASI 2016, capitolo 16, elaborazione su dati Regione Lombardia



## Risultati: trend consumi farmaceutici

Confronto tra consumi farmaceutici procapite di arruolati e non arruolati (2011; 2015), €



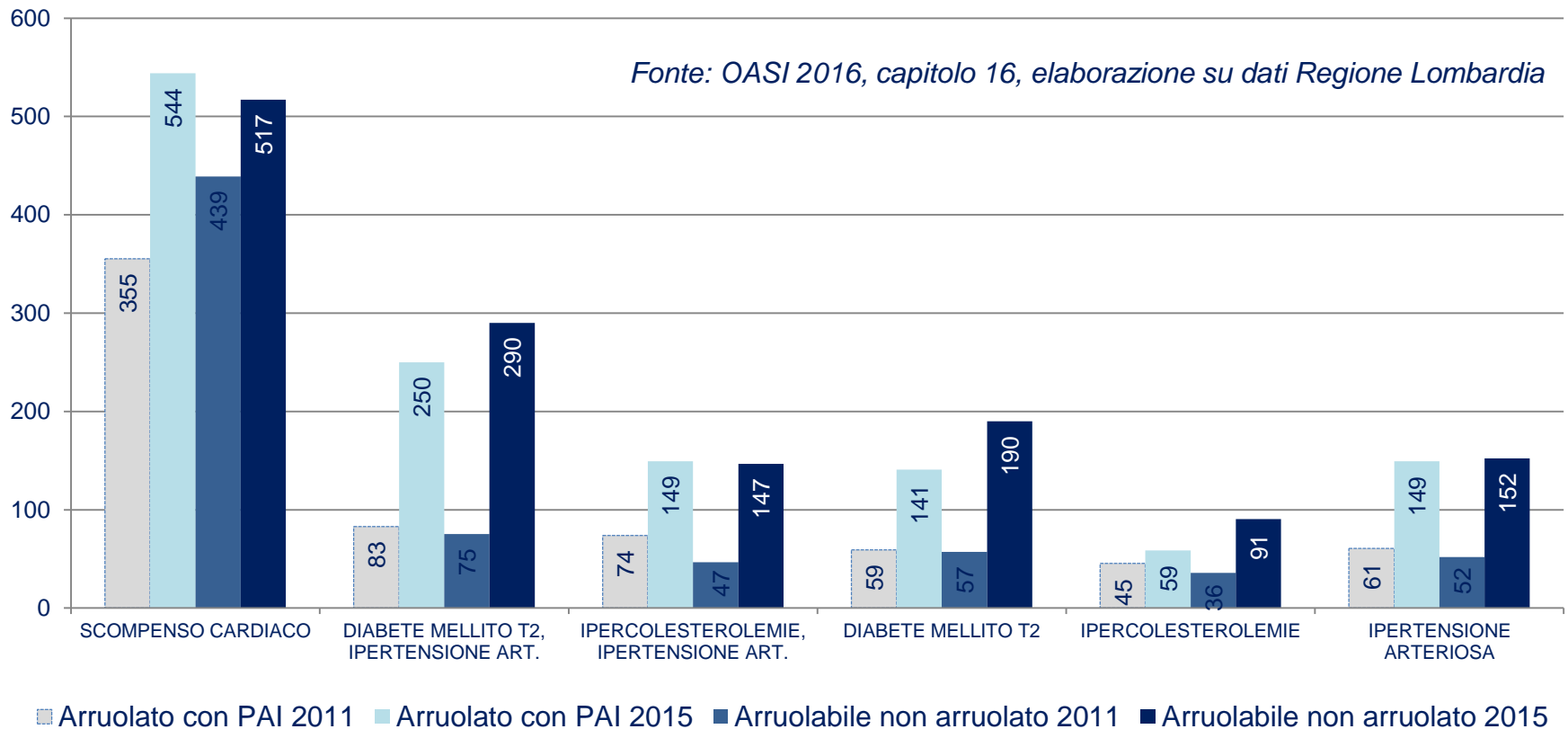
Il differenziale esistente nel 2011 tra la spesa farmaceutica degli arruolati e quella dei non arruolati si è **assottigliato** negli anni, per tutte le principali patologie.

Gli arruolati confermano, invece, maggiori consumi di visite ed esami.



## Risultati: trend consumi ospedalieri

Confronto tra consumi ospedalieri (SDO POT) pro capite di arruolati e non arruolati (2011; 2015), età 50-90, €



Eccetto lo scompenso, i consumi ospedalieri (ricoveri medici a bassa complessità) degli arruolati hanno evidenziato tassi di crescita più contenuti rispetto a quelli dei non arruolati.





## Conclusioni

La sperimentazione dei CReG ha mostrato **molteplici punti di forza**:

1. **Architettura di sistema molto solida**: l'impostazione centralizzata a “baricentro regionale” e la disponibilità di ampie banche dati hanno favorito il *benchmarking* e il monitoraggio unitario dell'intera *sperimentazione*
2. Tra 2012 e 2015, sono stati **arruolati in percentuali maggiori pazienti a media-alta complessità nell'ambito delle cure primarie, con consumi ambulatoriali già elevati e assistiti da MMG prossimi al massimale**;  
→ *risultato positivo perché si è evitata la «selezione dei pazienti» attraverso una soluzione percepita come valida sia dai pazienti che dai professionisti*;  
→ *I pazienti bi-patologici che compilano il PAI, in media, non evidenziano duplicazioni negli esami: favorita efficace programmazione clinica del MMG*
3. Il CreG sembra confermarsi come efficace modello per il **contenimento e la diminuzione della variabilità della spesa farmaceutica**, e sotto certi profili, ospedaliera, mentre su diagnostica e visite i pazienti arruolati mantengono (fisiologicamente) alti livelli di consumo.





## Discussione

Alcune questioni strategiche delineate dalla DGR X/6164:

### 1. Quale **governance** dei flussi informativi del Centro Servizi?

→ è strategico rendere automatica la condivisione dei dati del paziente (processo e soprattutto esito) con le ATS e con la Regione, in modo da garantire il benchmarking su indicatori chiave multidimensionali

### 2. Quali meccanismi di raccordo tra MMG e specialistica?

→ la forte responsabilizzazione del Gestore potrebbe risultare in una presa in carico «a silos»

→ come incentivare gli accordi contrattuali decentrati tra strutture e MMG, e quali ulteriori strumenti di integrazione sono possibili?

### 3. Quali meccanismi di remunerazione del Gestore?

→ Il margine responsabilizza molto sulla spesa degli assistiti, ma

- richiede frequenti aggiornamenti tariffari
- è politicamente e istituzionalmente delicato

→ Comunque cruciale una responsabilizzazione ancora più forte su arruolamento, selezione, presa in carico ed esito





Università Commerciale  
Luigi Bocconi

CERGAS  
Centre for Research on Health  
and Social Care Management

BocconiALUMNI  
ASSOCIATION

SDA Bocconi  
School of Management

**GRAZIE**  
**alberto.ricci@unibocconi.it**

