

Milano, 21 novembre 2016 – Convegno
LA RIFORMA SANITARIA LOMBARDA
1 anno dopo



Bocconi

Analisi del modello CReG: da sperimentazione a elemento di sistema

Ricerca a cura di Francesco Longo, Francesco Petracca, Alberto Ricci
*CERGAS – Università Bocconi
nell'ambito dell'Osservatorio Sanità Privata Accreditata*

Si ringraziano :

Assolombarda, AIOP Lombardia, Confindustria Lombardia, ARIS Lombardia e AGESPI per il contributo incondizionato all'Osservatorio;

Regione Lombardia e Lombardia Informatica Spa per la collaborazione tecnico-scientifica



**Università Commerciale
Luigi Bocconi**

CERGAS
Centro di Ricerche sulla Gestione
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

Indice

- Introduzione
- Domande di ricerca
- Risultati
- Discussione (evidenze e prospettive)

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 a luglio 2016 aveva arruolato oltre 180.000 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 indetti dalle ASL per la presa in carico dei pazienti (diventando **gestori**),
 - il ruolo del **Centro Servizi a supporto operativo** delle cooperative.
3. **Gli strumenti operativi** alla base della presa in carico: per ogni paziente arruolato i MMG aderenti 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.

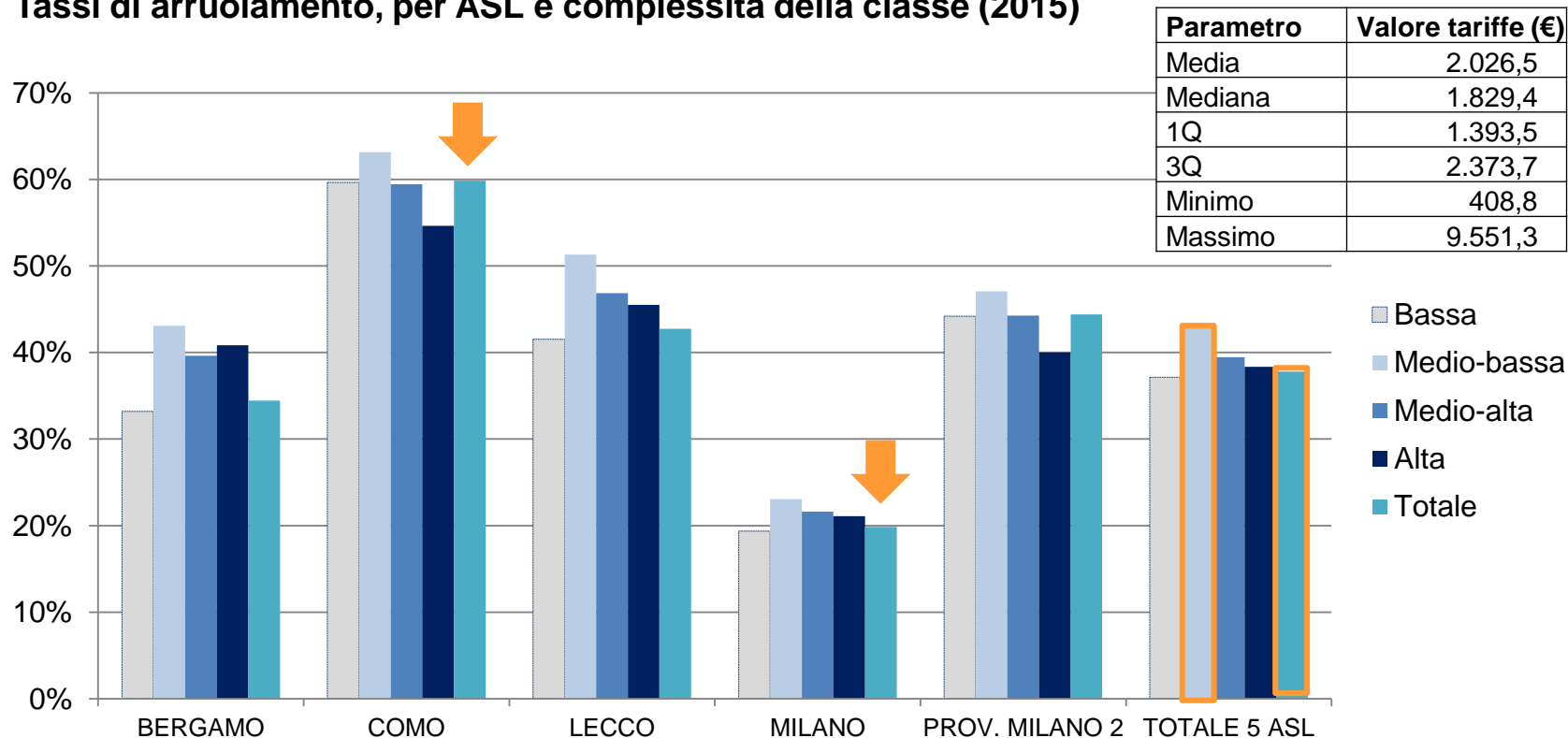
Domande di ricerca

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 rende possibile contenere la ripetizione degli esami nei pazienti pluri-patologici?
4. **Percorsi di consumo.** Esistono differenze nei livelli di consumo 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)



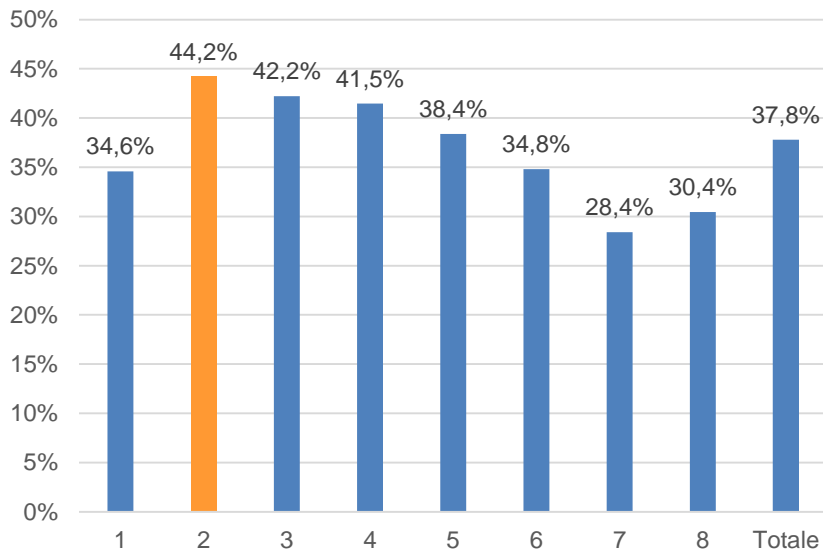
Nel 2015, il **38%** dei pazienti arruolabili aveva aderito alla sperimentazione; i livelli di reclutamento più elevati si registrano per le patologie a medio - bassa complessità (**43%**).

Risultati

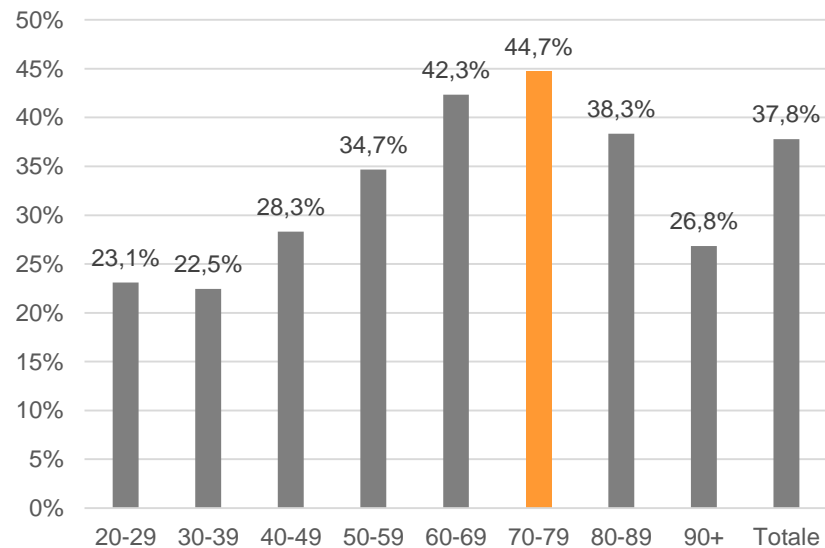
Profilo dei pazienti arruolati (2/2)

Bocconi

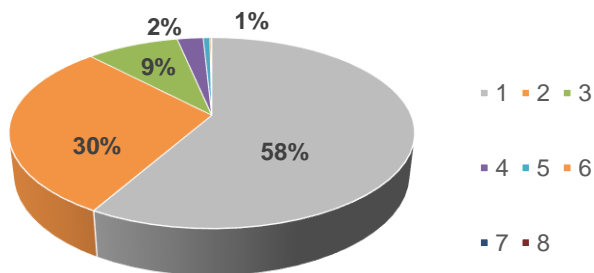
Tasso di arruolamento per numero di patologie, 2015



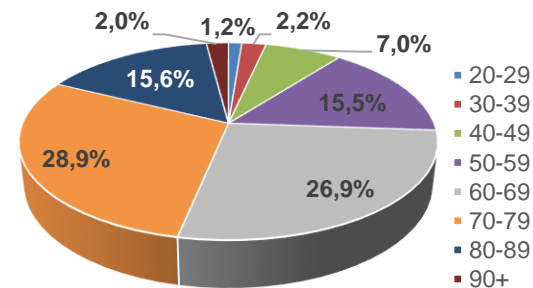
Tasso di arruolamento per classe di età, 2015



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%
Nr medio assistiti	1.347	1.231
Nr medio cronici	375	338
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.
- **I MMG aderenti risultano generalmente dotati di una consolidata rete di pazienti e legami professionali:** seguono più assistiti (1.341 contro 1.231, +9,4%) e più pazienti cronici (375 contro 338, +10,9%) rispetto ai non aderenti.

Risultati

Presenza in carico coordinata dei pazienti pluri-patologici

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

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

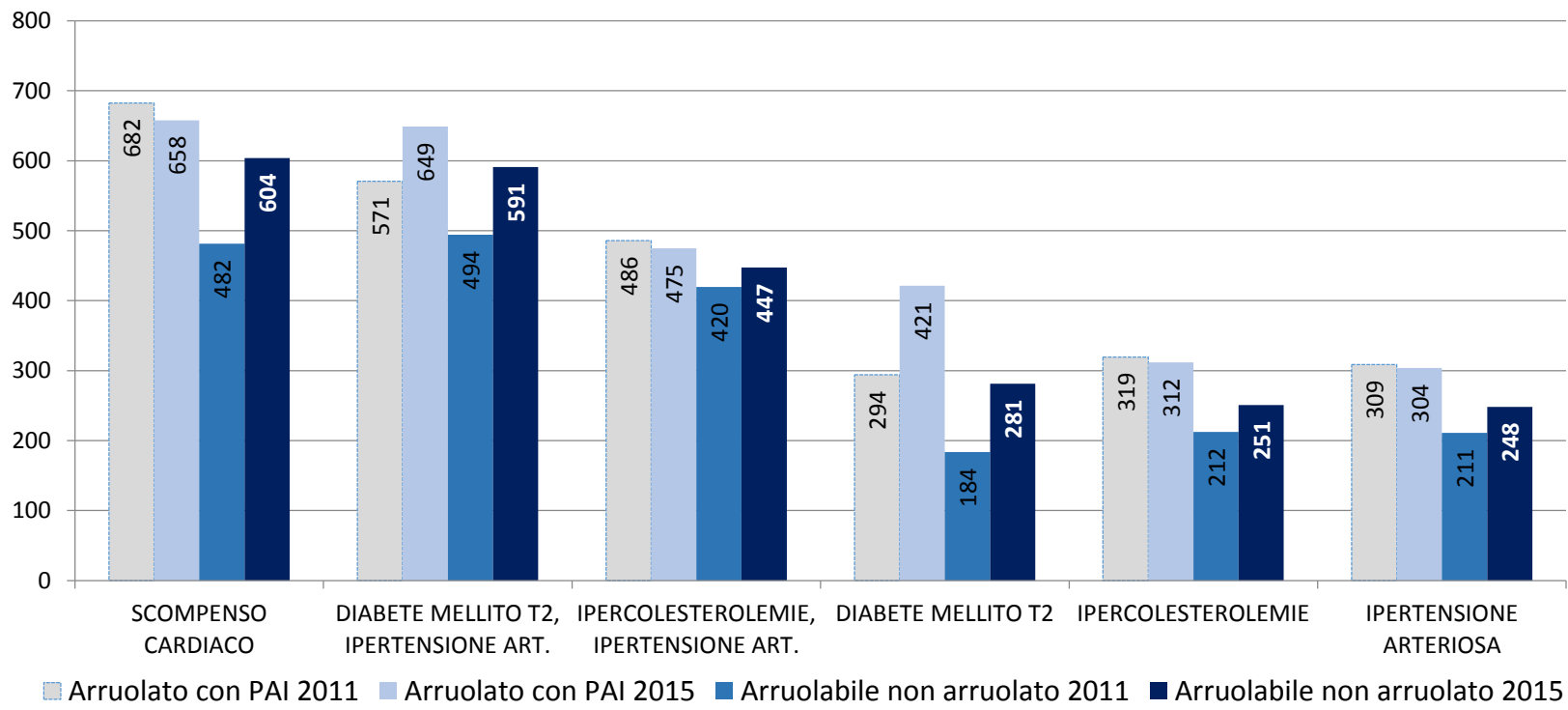
Il PAI sembra uno strumento adeguato a favorire una pianificazione coordinata del percorso e un'efficace sintesi clinica: **le prestazioni programmate in caso di pazienti bi-patologici non evidenziano duplicazioni negli esami**

Risultati

Andamento consumi farmaceutici

Bocconi
€

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



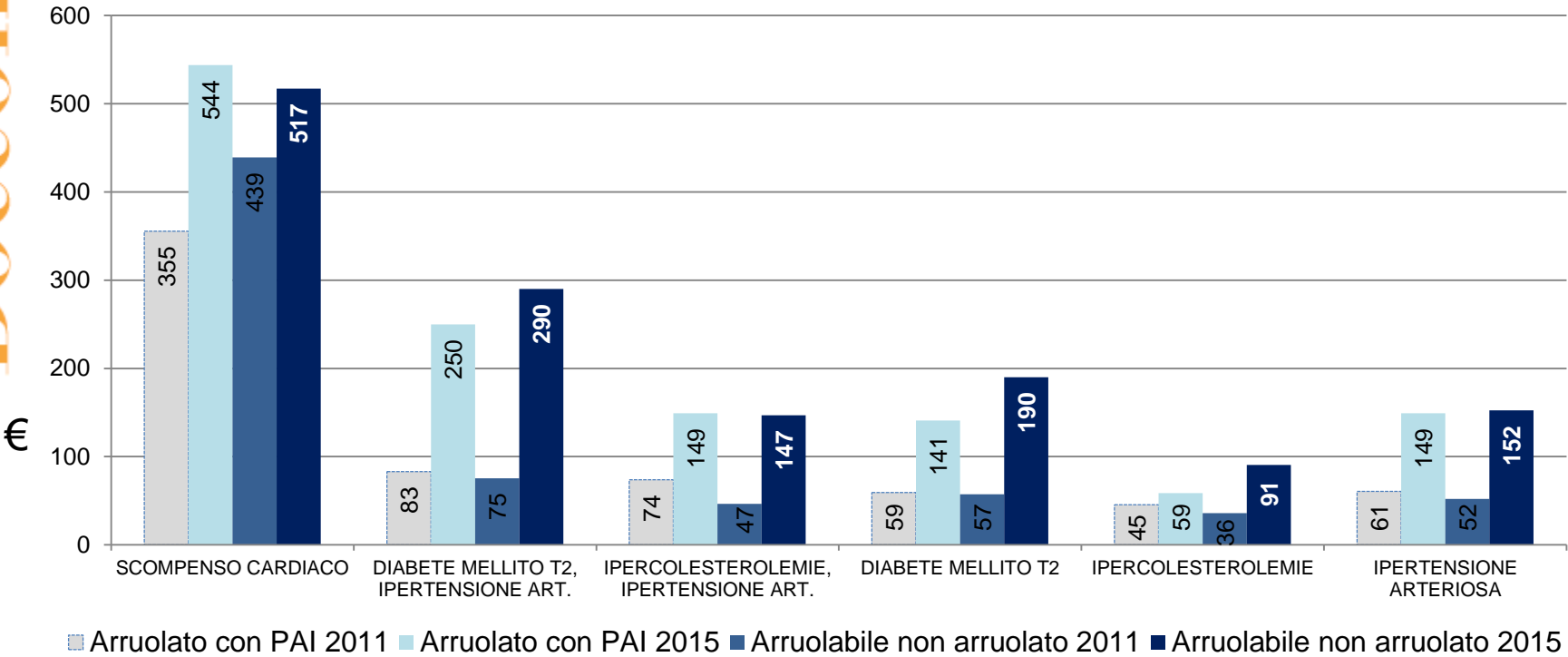
Il differenziale esistente nel 2011 tra la spesa farmaceutica degli arruolati e quella dei non arruolati si è **assottigliato** negli anni, per tutte le principali patologie

Risultati

Andamento consumi ospedalieri

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

Bocconi



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

Discussione

Evidenze



1. **Architettura di sistema molto solida:** l'impostazione centralizzata a "baricentro regionale" e la disponibilità di ampie banche dati favorisce il **benchmarking** e il **monitoraggio unitario** dell'intera *sperimentazione*
2. **Volumi di arruolamento imponenti** grazie al reclutamento di pazienti con una storia clinica già avviata e frequenti contatti con i MMG. Tuttavia, arruolamento può ancora crescere *in relazione alla prevalenza* (200.000 pz su 3 mln c.ca), soprattutto per le patologie «lievi»

Prospettive



1. *A regime*, maggiore decentramento nella governance: importante **reponsabilizzare le ATS** (pianificazione, coordinamento e controllo locali) e anche le **ASST** (maggiore integrazione con specialistica)
2. **Allargamento delle attuali modalità di reclutamento** basate sui flussi regionali: Regione e/o ATS potrebbero fissare dei target per patologia correlati alla prevalenza, con la possibilità dei MMG di attivare canali di reclutamento precoce (es. basati su *screening*)

Discussione

Evidenze



3. Il CreG come **efficace modello per migliorare compliance e contenimento spesa farmaceutica**. Il meccanismo del **margin**e tra tariffa e costi della presa in carico si presta però a **resistenze** e necessita di frequenti aggiustamenti tariffari e regolamentari.
4. Il **Centro Servizi** appare un valido supporto per il data management e la **fornitura di servizi specifici** (telemonitoraggio, telemedicina).

Prospettive



3. **Aggiustare il modello di remunerazione** basandolo su obiettivi multidimensionali fissati da Regione/ATS: oltre a scostamenti anomali di consumo rispetto ad EPA, remunerare in base a compilazione PAI, tassi di arruolamento raggiunti, aderenza al PAI, **outcome clinici**.
4. **Automatizzare la condivisione di informazioni chiave** (processo ed esito clinico) tra CS e ATS/Regione.

Grazie per l'attenzione

alberto.ricci@unibocconi.it

francesco.longo@unibocconi.it

francesco.petracca@unibocconi.it



Università Commerciale
Luigi Bocconi

Bocconi

Appendice

Bocconi

Questioni aperte

A 4 anni dalla sua introduzione, il modello CReG mostra **molteplici punti di forza**:

- **Architettura di sistema molto forte**: l'impostazione centralizzata a "baricentro regionale" favorisce il **benchmarking** e il monitoraggio dell'intera sperimentazione
- **Volumi di arruolati molto rilevanti**, che rendono il CReG un'iniziativa unica nel campo del Population Health Management e della medicina d'iniziativa, anche **a livello internazionale**
- Base dati estremamente **robusta e completa** su volumi di **prestazioni consumati e loro valorizzazione**
- Tra 2012 e 2015 sono stati reclutati in percentuali maggiori **pazienti a media-bassa complessità, con una storia clinica già avviata, frequenti contatti con il proprio MMG e consumi ambulatoriali elevati**; pazienti per cui si percepisce maggiormente l'esigenza di una presa in carico strutturata → *buon risultato perché si è evitata la «selezione dei pazienti»; si potrebbero rafforzare i legami con la specialistica affidando il CReG anche a soggetti diversi dai MMG (POT) e dotando i gestori del CReG di un budget «reale» e non più «virtuale».*
- Il CreG sembra confermarsi come **efficace modello per il contenimento della spesa**, ma sono necessarie più sofisticate analisi per isolare con maggiore rigore l'effetto proprio del CReG.
- L'attività del Centro Servizi a supporto diretto del paziente è ridotta, oppure i flussi informativi verso la regione/ ATS sono evidentemente da affinare → *occasione finora persa per integrare dati utili al monitoraggio e alla ri-programmazione*

A) Modello di governance

Con l'allargamento quali - quantitativo della sperimentazione, è **necessario un maggiore decentramento** nella governance del sistema. Risulta critico il ruolo del livello locale, che deve essere responsabilizzato, definendo:

- solidi meccanismi di **benchmarking** e il monitoraggio delle attività, in corso di elaborazione;
- crescenti spazi di **autonomia nelle politiche di pianificazione, coordinamento e controllo locali**



Quale soggetto pubblico del SSR (ATS o ASST) deve essere responsabilizzato, e su cosa?

- Lasciare libera scelta ai territori**, con la possibilità che coesistano più modelli
- Definire una linea unica a livello regionale** che attribuisca nettamente tutte le funzioni di pianificazione, gestione e monitoraggio relative ai CReG alle ATS oppure alle ASST
- Impostare una “logica di rete”**, con un potere di indirizzo e verifica alle ATS e le funzioni amministrative e di interfaccia operativa alle ASST; ciò implicherebbe la collaborazione tra ATS e ASST a livello locale

Per definire i soggetti da responsabilizzare, può essere utile identificare e attribuire delle attività “*proxy*” ad ATS e/o a ASST (Es. Chi è responsabile dei target di reclutamento? Chi gestisce gli emolumenti dei professionisti?)

B) Gestione dell'arruolamento

Nell'accesso alla sperimentazione è utile distinguere tra:

Reclutamento

Momento in cui, sulla base di un sospetto diagnostico, si definisce l'eventuale presenza dei criteri di eleggibilità

Arruolamento

Momento in cui, una volta ottenuto il consenso informato dell'assistito, il professionista lo inserisce formalmente nella sperimentazione (con la contestuale compilazione di un PAI)

Finora il reclutamento è stato governato a livello regionale, mentre l'arruolamento è gestito principalmente dagli MMG riuniti in cooperative.

L'aumento dei pazienti inclusi nella sperimentazione rientra tra gli obiettivi regionali e può essere perseguito tramite:

1. Aumento delle aziende aderenti ("più pazienti risultano arruolabili")
2. Aumento delle Cooperative-Gestori ("più pazienti risultano arruolabili")
3. Aumento del tasso di arruolamento ("più pazienti sono effettivamente arruolati")

Per arruolare più pazienti negli stadi iniziali delle patologie si potrebbero allargare i canali di reclutamento, valorizzando il contributo degli MMG. Sarebbe possibile, ad esempio, definire a livello regionale dei target di arruolamento per singola condizione patologica e lasciare liberi i MMG di attivare i canali di reclutamento considerati opportuni.

C) Integrazione tra medicina di base e specialistica

Nei CReG si rilevano buone percentuali di pazienti anziani e con una storia clinica avviata da tempo, anche bi-patologici. **Tuttavia, si tratta di cronici che sono prevalentemente presi in carico dal MMG.**

Al di là della compilazione del PAI, si possono ipotizzare **soluzioni per rafforzare i meccanismi di *bridging* tra MMG e medicina specialistica**, che rientrano tra i capisaldi dei moderni sistemi di *disease management*.

1. Valutare con i Gestori la **possibilità di negoziare direttamente i volumi di attività ed eventualmente le tariffe** con gli erogatori di prestazioni specialistiche (“**Budget CReG**”)
2. **Prevedere modalità organizzative e incentivi che promuovano la collaborazione tra i diversi setting assistenziali**
 - a. **Proseguire la progettualità del CReG-POT**, per favorire integrazione inter-professionale e strutturale, **valutando l’assegnazione del budget di cura alla medicina specialistica**, con il MMG in qualità di consultant (ribaltamento degli attuali ruoli del CReG – Cure Primarie)
 - b. **Aumentare il valore del forfait** per la compilazione del PAI dei pazienti **pluripatologici complessi**

D) Attività del Centro Servizi

Al momento, i Centri Servizi (CS) risultano estremamente forti a livello di patrimonio informativo detenuto, ma più deboli sul piano dei servizi erogati e dell'assistenza fornita



- **Rendere automatica la condivisione di dati e informazioni chiave** (processo ed esito clinico) con le ATS/ASST
- **Rafforzare i servizi destinati all'utenza**, riducendo la variabilità tra i livelli di servizio garantiti dai diversi CS e prevedendo a livello centrale una serie di servizi minimi di cui monitorare capillarità ed efficacia (*reminder* assunzione farmaci ed erogazione prestazioni, controllo *compliance* ex-post, recall telefonici)

E) Indicatori di esito

Nonostante volumi di attività e di arruolamento così rilevanti, una piena legittimazione della sperimentazione agli occhi di istituzioni e stakeholder non può prescindere dall'utilizzo di indicatori di esito che mettano in luce gli **outcome clinici** dei CReG

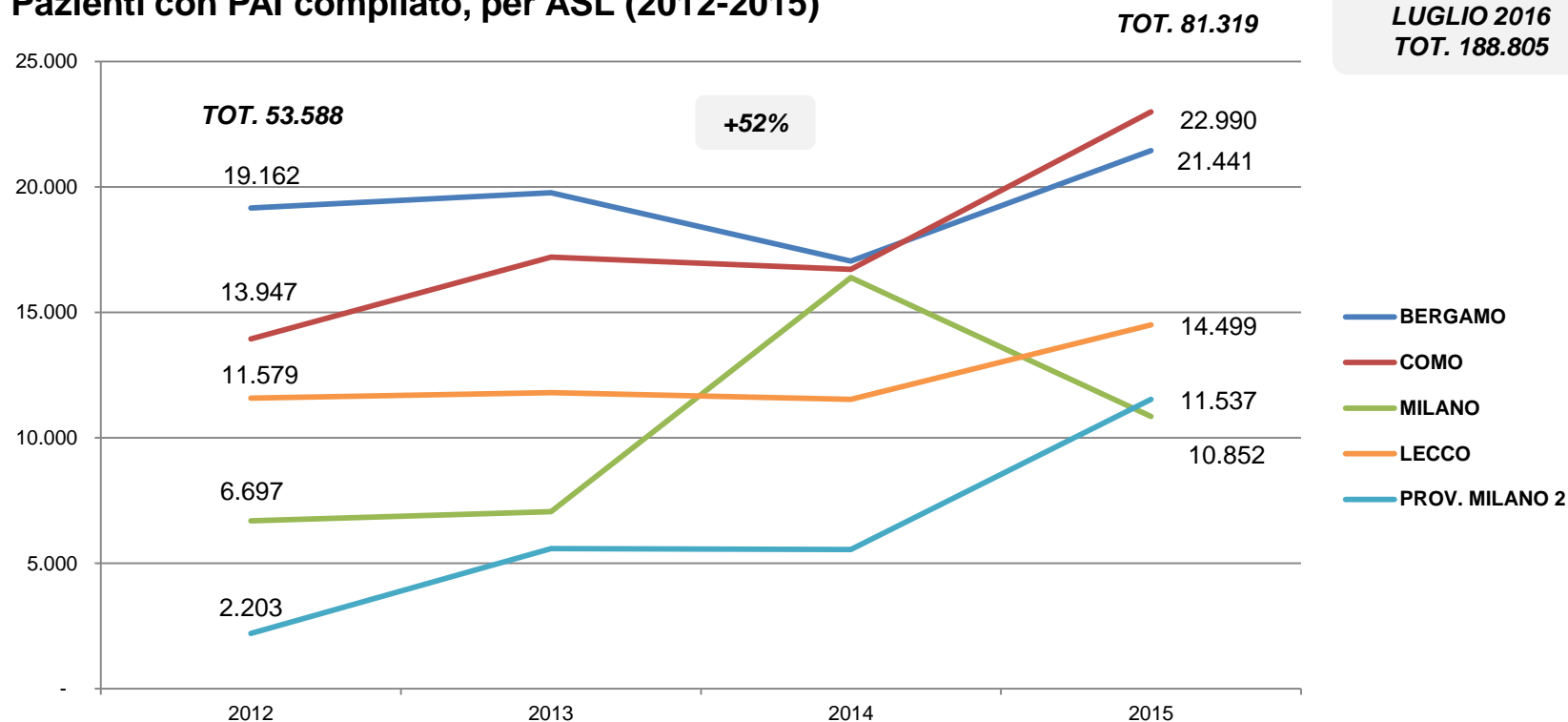


- Utilizzo di indicatori che evidenzino **l'effetto della sperimentazione sulla salute** dei pazienti arruolati rispetto ai gruppi di controllo (non arruolabili, arruolabili non arruolati)
- Possibilità di definire sia **proxy di esito** specifiche per singola condizione patologica, sia **indicatori generali di stato di salute** (tassi di mortalità, qualità della vita)

Risultati preliminari

Trend di arruolamento (I/II)

Pazienti con PAI compilato, per ASL (2012-2015)



- **“Finestre di reclutamento” nel 2012-13 e 2015; tra 2012 e 2015 gli aderenti aumentano del 52%.** Nel 2014 calo “fisiologico” (morti) in assenza di reclutamenti (eccezione: ASL Milano che indice nuovo bando)
- I cronici **arruolabili** risultavano nel 2015 circa 215.000, pari al 21,5% dei cronici associabili ad una condizione patologica coperta dalla sperimentazione CREG-MMG. **Gli arruolati con PAI compilato erano 81.319**, pari all'11,4% dei cronici associabili ad una condizione patologica coperta dalla sperimentazione CREG-MMG.

Risultati preliminari

Trend di arruolamento (II/II)

Pazienti cronici, arruolabili e arruolati, per principali condizioni patologiche, totale 5 ASL della sperimentazione CReG (2015)

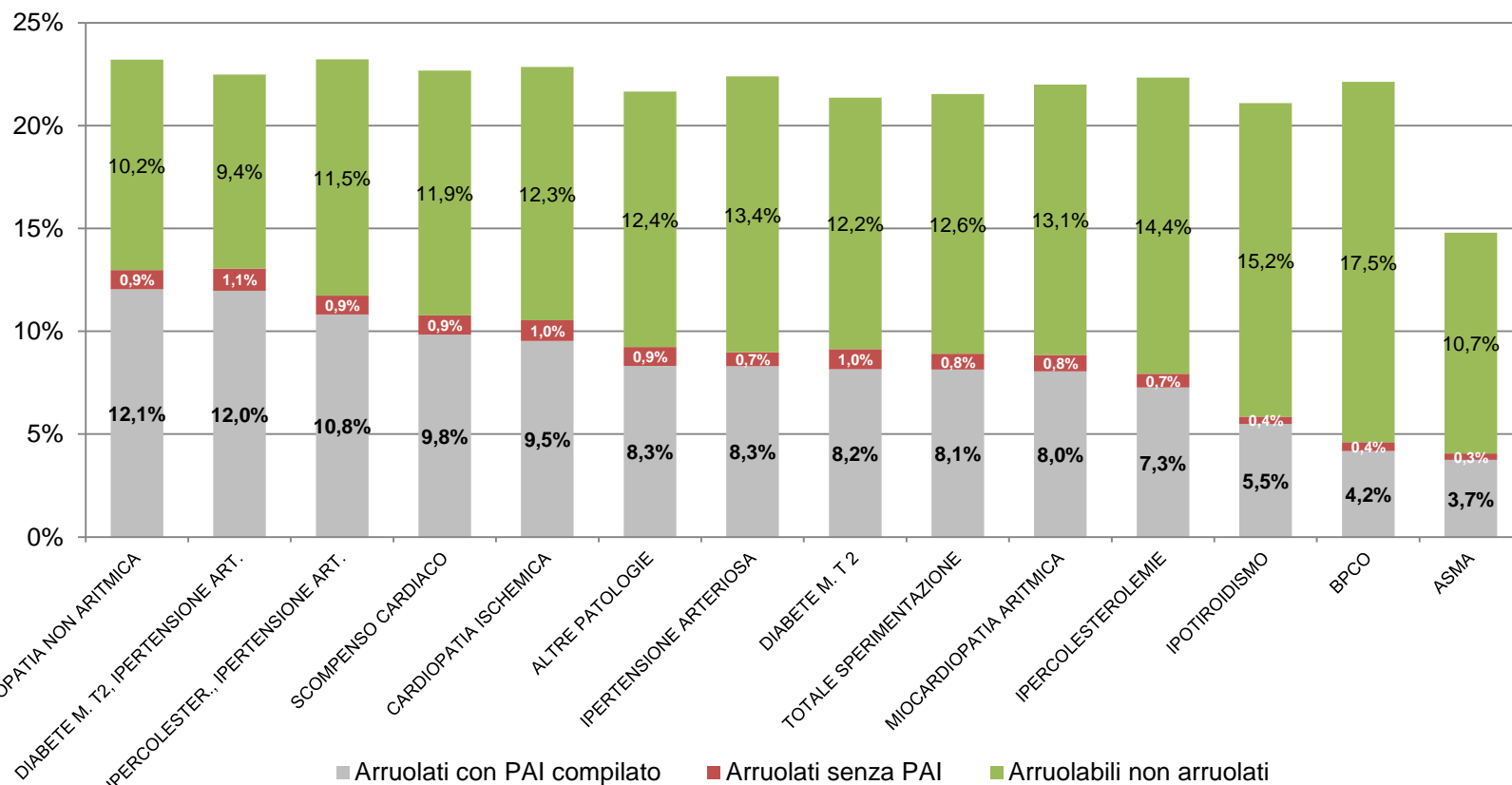
Codice CReG	Classe CReG	Valore tariffa CREG	Pazienti cronici (*)				
			Totale pazienti cronici eleggibili al modello CReG per la medicina primaria	di cui non arruolabili (assistiti da MMG non aderenti al CREG)	Pazienti arruolabili		
					di cui non arruolati	Pazienti arruolati	
						di cui senza PAI compilato	di cui con PAI compilato
560001	IPERTENSIONE ARTERIOSA	567	283.338	219.878	38.023	1.922	23.515
630001	ASMA	445	77.104	65.693	8.281	244	2.886
500602	DIABETE M. T2, IPERTENSIONE ART.	1.027	48.418	37.530	4.567	529	5.792
480802	IPERCOLESTEROLEMIE, IPERTENSIONE ART.	792	41.809	32.103	4.802	382	4.522
600001	IPOTIROIDISMO	452	37.186	29.344	5.669	131	2.042
500001	DIABETE M. T 2	705	35.203	27.686	4.302	342	2.873
480001	IPERCOLESTEROLEMIE	614	33.910	26.335	4.886	224	2.465
300001	MIOCARDIOPATIA ARITMICA	911	27.868	21.739	3.661	225	2.243
290001	CARDIOPATIA ISCHEMICA	1.035	25.903	19.986	3.189	258	2.470
390001	BPCO	791	23.149	18.028	4.053	99	969
320001	MIOCARDIOPATIA NON ARITMICA	747	22.770	17.486	2.329	211	2.744
200001	SCOMPENSO CARDIACO	1.137	22.344	17.279	2.659	207	2.199
Altre	ALTRE PATOLOGIE	2.040 (**)	319.997	250.729	39.706	2.963	26.599
Totale	Totale Sperimentazione	2.027 (**)	998.999	783.816	126.127	7.737	81.319
<i>Incidenza su totale pazienti cronici</i>			100,0%	78,5%	12,6%	0,8%	8,1%

I cronici arruolabili risultavano nel 2015 circa 215.000, pari al 21,5% dei cronici associabili ad una condizione patologica coperta dalla sperimentazione. **Gli arruolati con PAI compilato erano 81.319, pari all'8,1%** dei cronici tracciati nella BDA nelle 5 Asl considerate.

Risultati preliminari

Tasso di arruolamento

Percentuale di pazienti arruolati (con e senza PAI) e arruolabili non arruolati, per principale Classe CReG, sul totale dei cronici tracciati dalle banche dati regionali (2015)

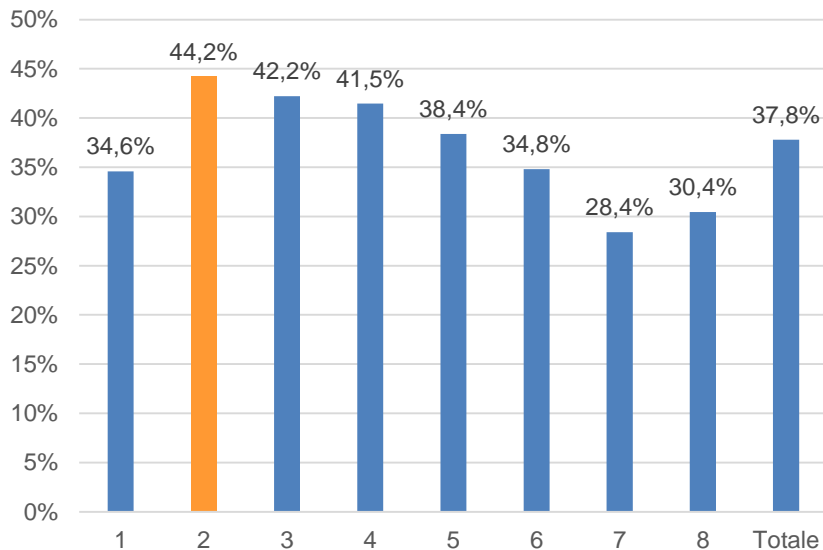


Risultati

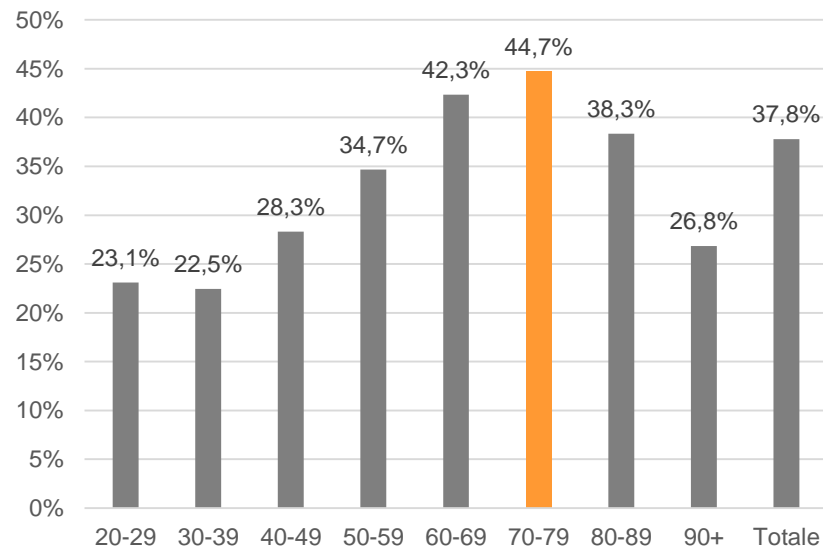
Tassi di arruolamento(2/2)

BOCCONI

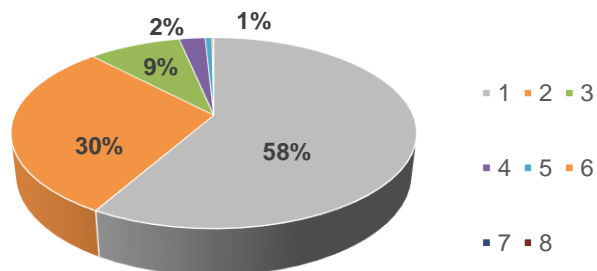
Per numero di patologie della classe CReG, 2015



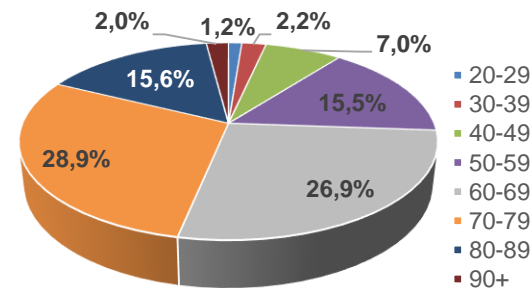
Per classe di età, 2015



Arruolati per numero di patologie, incidenza %



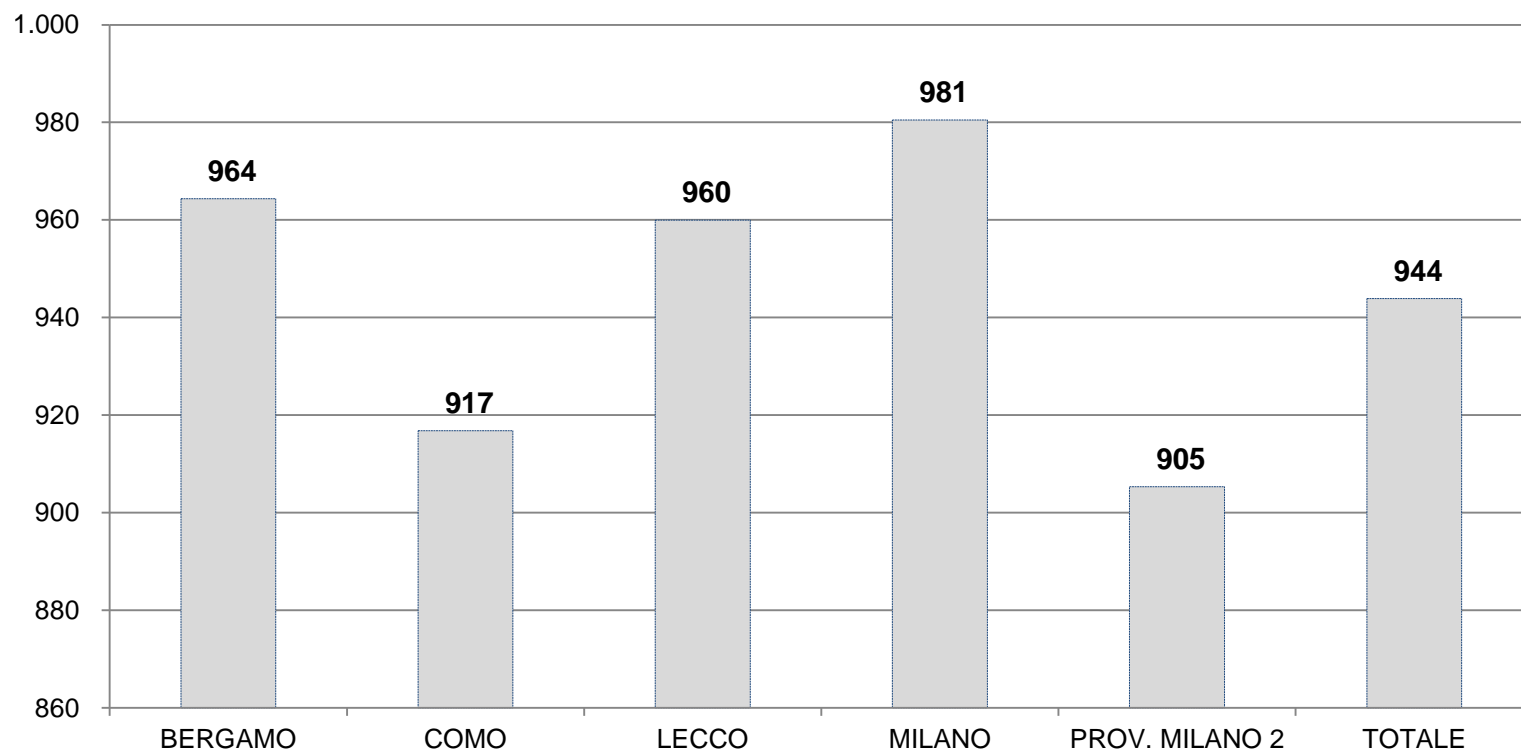
Arruolati per classe di età, incidenza %



Risultati preliminari

Tariffe CReG medie

Tariffe medie dei pazienti arruolati con PAI, per ASL, € (2015)



Nei contesti con tassi di arruolamento maggiori la tariffa media è minore.

Risultati

Numero di arruolati e tasso di arruolamento per numero di patologie

Classi CReG per numero di patologie: tariffa media, arruolati con PAI, tasso di arruolamento con PAI (2015)

Numero patologie	Tariffa media ponderata (€)	Arruolati con PAI	Tasso arruolamento con PAI
1 patologia	658	47.384	34,6%
2 patologie	1.159	24.102	44,2%
3 patologie	1.680	7.155	42,2%
4 patologie	2.020	2.013	41,5%
5 patologie	2.258	515	38,4%
6 patologie	2.472	118	34,8%
7 patologie	2.633	25	28,4%
8 patologie	3.715	7	30,4%
Totale	944	81.319	37,8%

- La popolosità delle classi si riduce notevolmente all'aumentare del numero di patologie: 58,3% degli arruolati con PAI sono mono - patologici.
- **I tassi di arruolamento più elevati, superiori al 40%, si riscontrano per pazienti con 2-4 patologie.**

Risultati preliminari

Adesioni dei MMG alla sperimentazione

MMG aderenti al CReG, per ASL ed Ente Gestore (2015)

ASL	Gestore	Nr MMG
Bergamo	INIZIATIVA MEDICA LOMBARDA S.C. A R. L.	167
Como	COMO MEDICARE	35
	COSMA 2000	32
	MMG-CREG	23
	PAXME GESTIONI	12
Lecco	COSMA COOPERATIVA LECCO	83
Milano	A.T.I. CREG SERVIZI - MILANO PERSONA	80
	CMMC	75
Prov. Milano 2	COOPERATIVA CREG SERVIZI	24
	INIZIATIVA MEDICA LOMBARDA	40
Totale sperimentazione		571

Risultati preliminari

Classificazione dei pazienti per l'analisi dei consumi

Profilo dei pazienti considerati per l'analisi dei consumi

(tre gruppi che non hanno mutato la loro condizione di arruolamento tra 2012 e 2015, più un gruppo residuale)

Tipologia paziente	Arruolati con PAI dal 2012	Arruolabili non arruolati	Non arruolabili	Altri pazienti	Totale
Numero pazienti	18.381	60.309	357.948	28.113	464.750
20-60	20,0%	33,3%	30,2%	29,0%	30,1%
60-69	30,3%	26,8%	27,2%	29,6%	27,4%
70-79	31,7%	22,9%	26,1%	27,2%	25,9%
80+	18,0%	17,0%	16,6%	14,3%	16,6%
% donne	54,2%	54,0%	54,2%	53,9%	54,1%
% con MMG di sesso femminile	27,8%	33,9%	33,2%	30,4%	32,9%
% con MMG ultra 60 enne	57,4%	49,7%	45,8%	45,5%	46,8%
% pazienti con scompenso ultra 60 anni	89,7%	82,3%	84,2%	87,2%	84,5%
% pazienti con diabete e ipertensione ultra 60 anni	86,9%	79,9%	82,7%	82,6%	82,7%
% pazienti con ipercolesterolemia e ipertensione ultra 60 anni	88,3%	83,4%	85,5%	85,0%	85,4%
% pazienti con diabete ultra 60 anni	70,2%	48,7%	53,4%	61,1%	53,9%
% pazienti con ipercolesterolemia ultra 60 anni	60,0%	61,0%	63,0%	66,1%	62,8%
% pazienti con ipertensione ultra 60 anni	76,5%	64,7%	67,1%	67,3%	67,1%

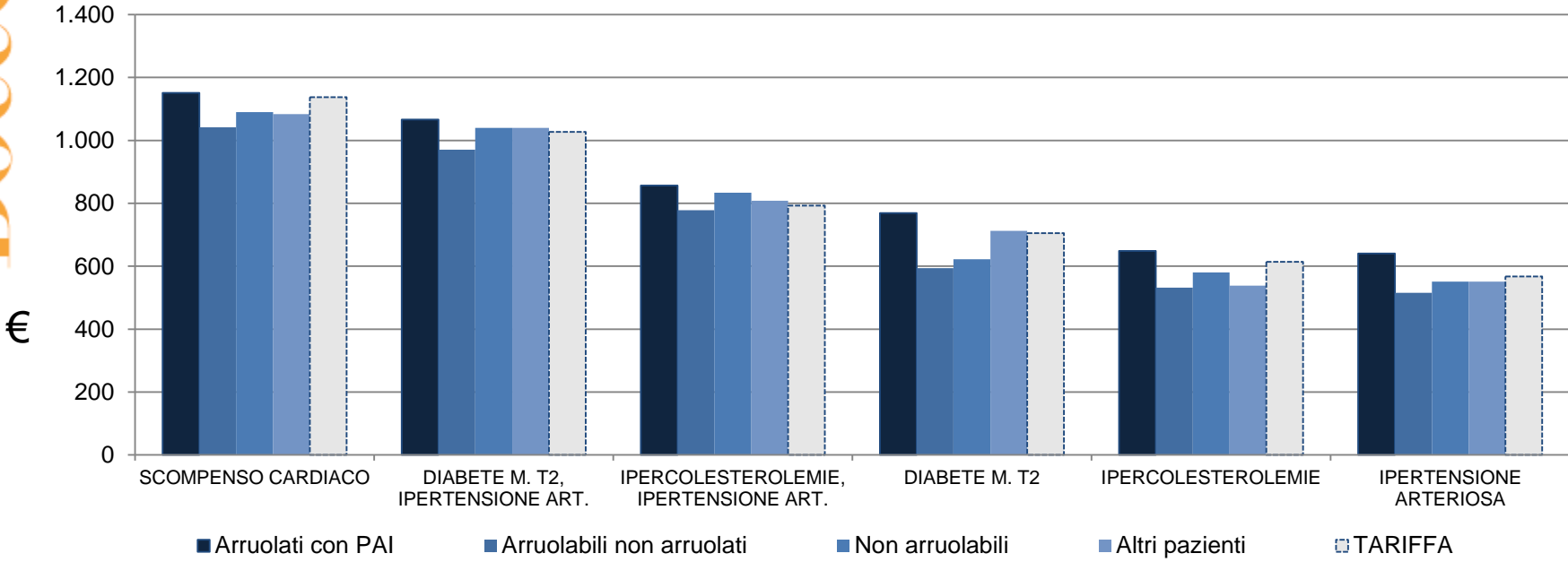
Risultati preliminari

Tariffe CReG e consumi ambulatoriali

Bocconi

Confronto tra tariffe e consumi ambulatoriali, per tipologia paziente e per le principali classi CReG (2015), €

N.B. Si confrontano tre gruppi che non hanno mutato la loro condizione di arruolamento tra 2012 e 2015, più un gruppo residuale («Altri pazienti»)



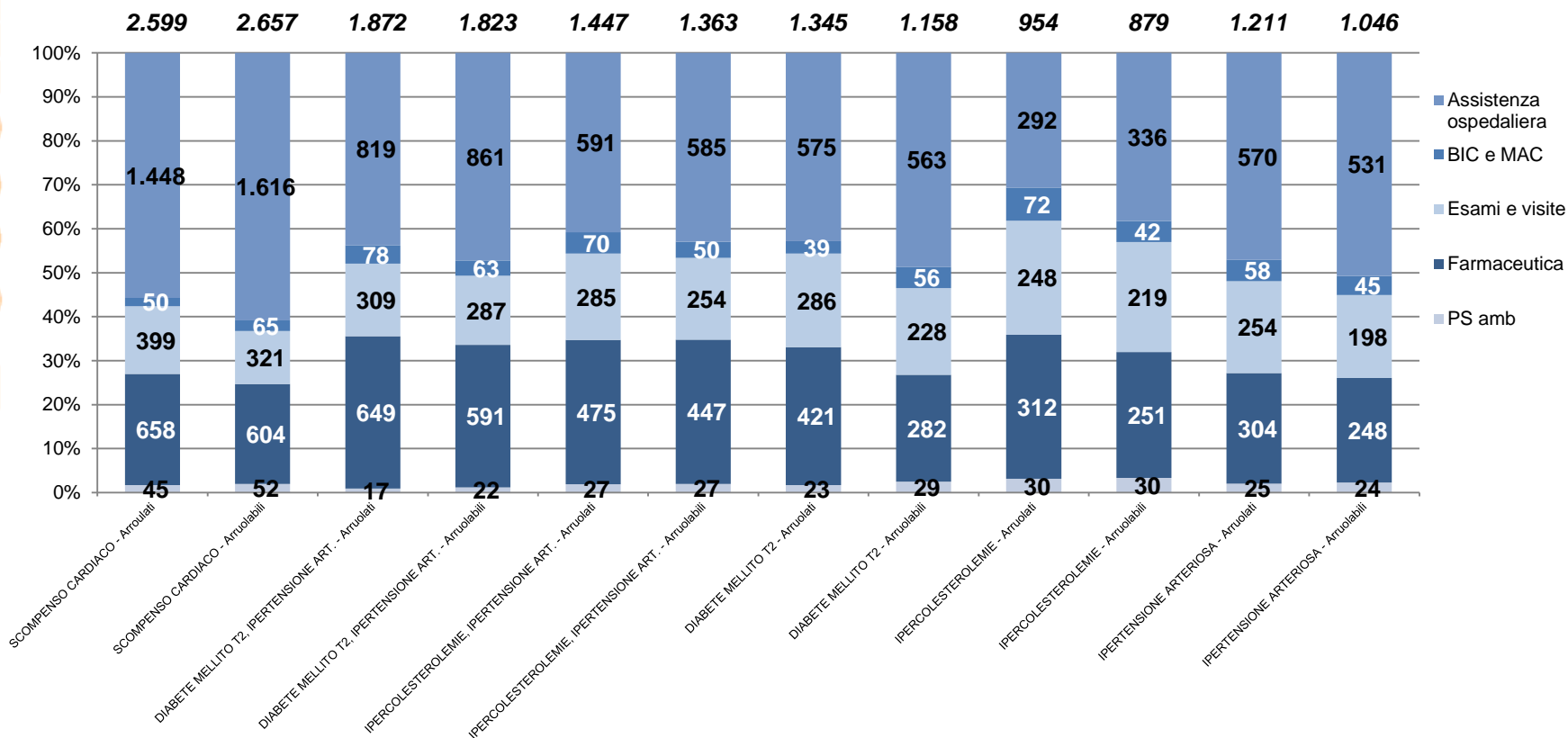
Il reclutamento, nella prima fase della sperimentazione (2012), si è concentrato sui pazienti **iperconsumatori**, che evidenziavano (2011) e tendenzialmente evidenziano tuttora *pattern* complessivi di spesa ambulatoriale elevati: sono **gli unici a superare la tariffa CReG 2015**

Risultati preliminari

Componenti del consumo di arruolati con PAI e arruolabili non arruolati

BOCCONI

Confronto tra componenti di consumo di arruolati con PAI e di arruolabili non arruolati (2015), %



In termini percentuali **la quota di consumo ospedaliero è sempre più bassa negli arruolati rispetto agli arruolabili**