

## Osservatorio Sanità Privata Accreditata 15-16

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

# **Analisi del modello CReG: da sperimentazione a elemento di sistema**

Ricerca a cura di Francesco Longo, Francesco Petracca, Alberto Ricci  
*CERGAS – Bocconi*

Report di sintesi – Marzo 2017

*Il report di ricerca esteso è pubblicato nel Rapporto OASI 2016 – cap. 16, disponibile previa registrazione: <http://www.cergas.unibocconi.it> --> area download Rapporto OASI*



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.

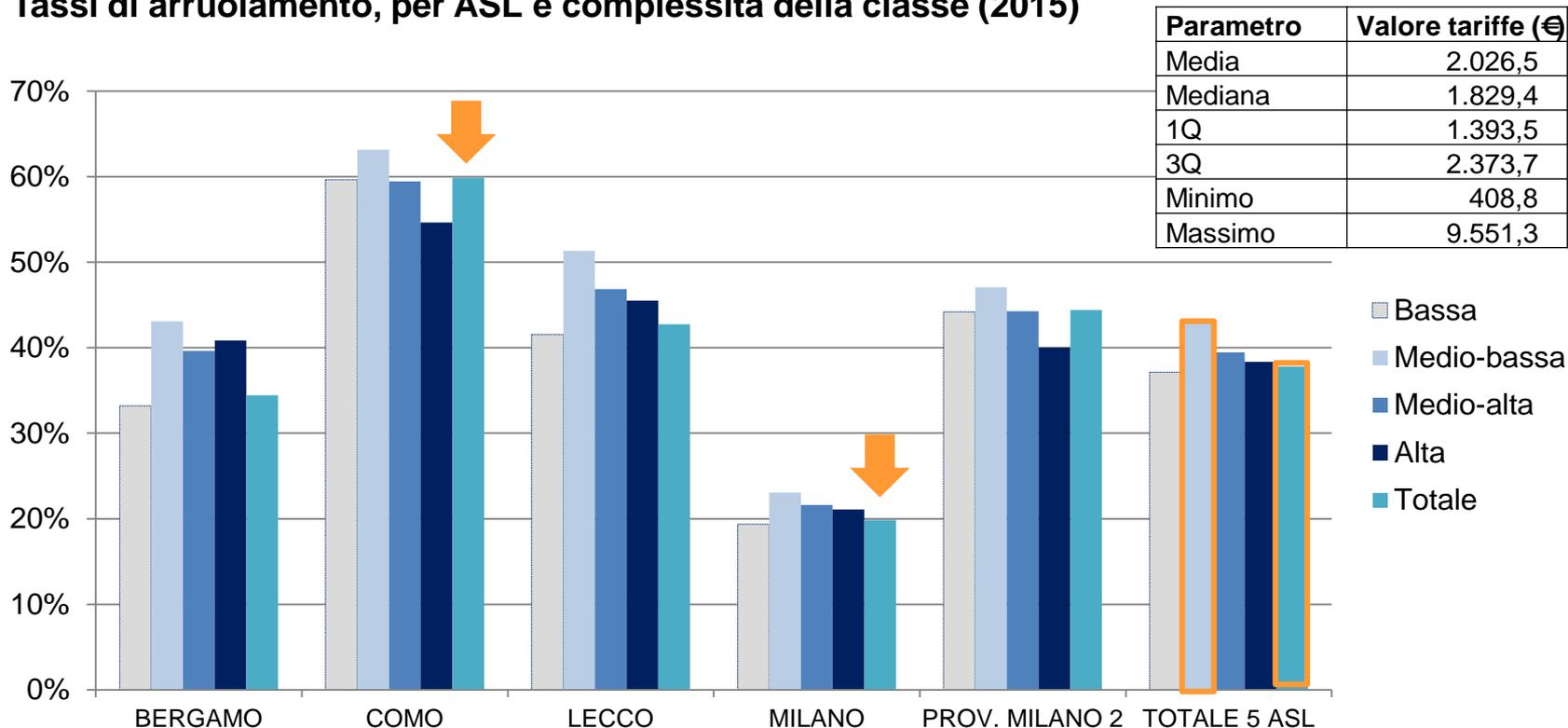
# Domande di ricerca

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)



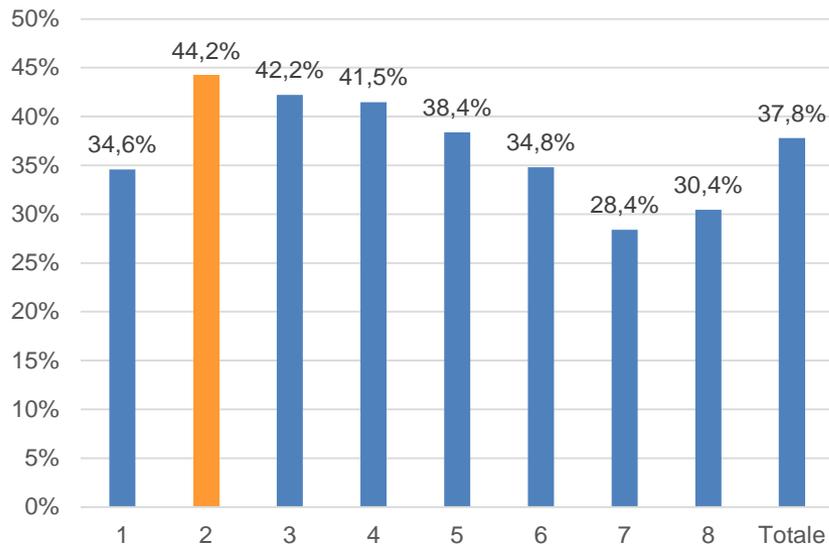
Nel 2015, il **38%** dei pazienti arruolabili aveva aderito alla sperimentazione; i livelli di reclutamento più elevati si registrano per le patologie a medio - bassa complessità (**43%**).

# Risultati

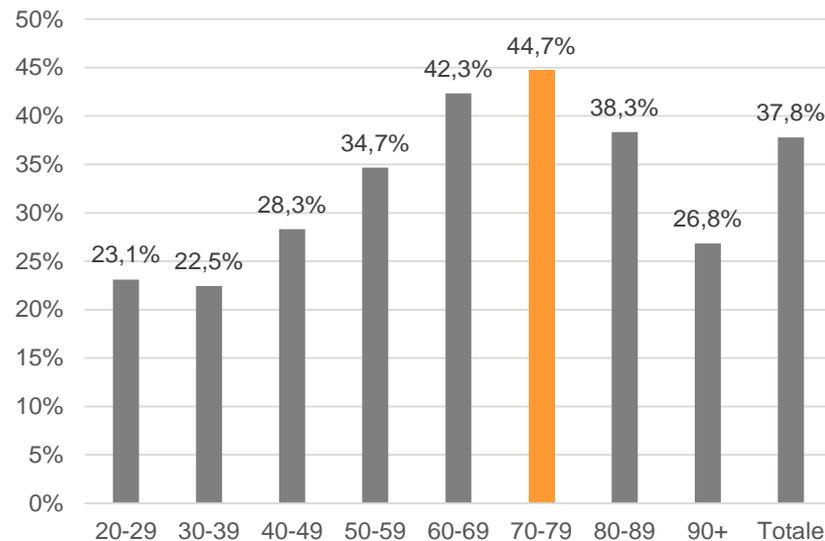
## Profilo dei pazienti arruolati (2/2)

Bocconi

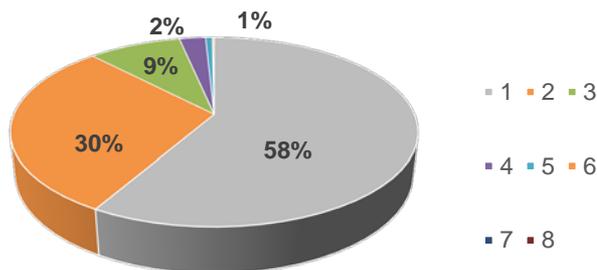
Tasso di arruolamento per numero di patologie, 2015



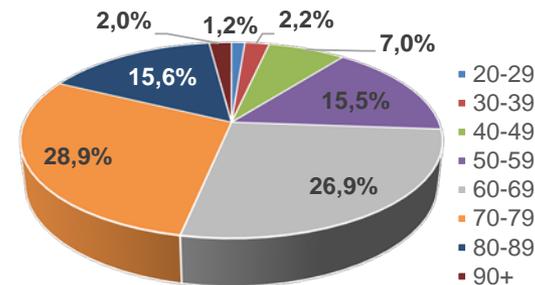
Tasso di arruolamento per classe di età, 2015



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%
<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.
- **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)**

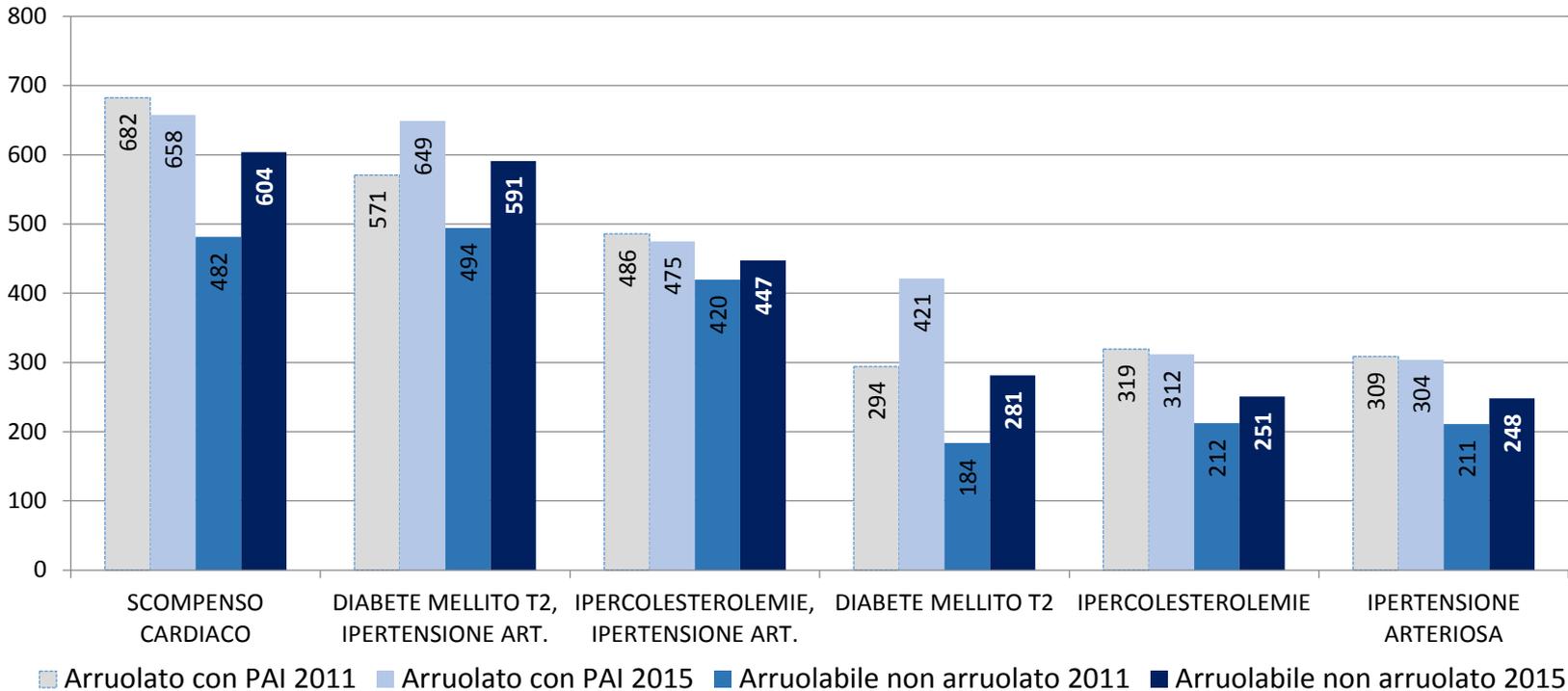
Prestazione	Ipercolesterolemie	Ipertensione	Ipercolesterolemie, Ipertensione
Colesterolo Totale	1	1	1
Colesterolo HDL	1	1	1
Trigliceridi	1	1	1
Creatinina	1	1	1
Glucosio (Glicemia)	1	1	1
Emocromo completo con formula	1	1	1

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

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

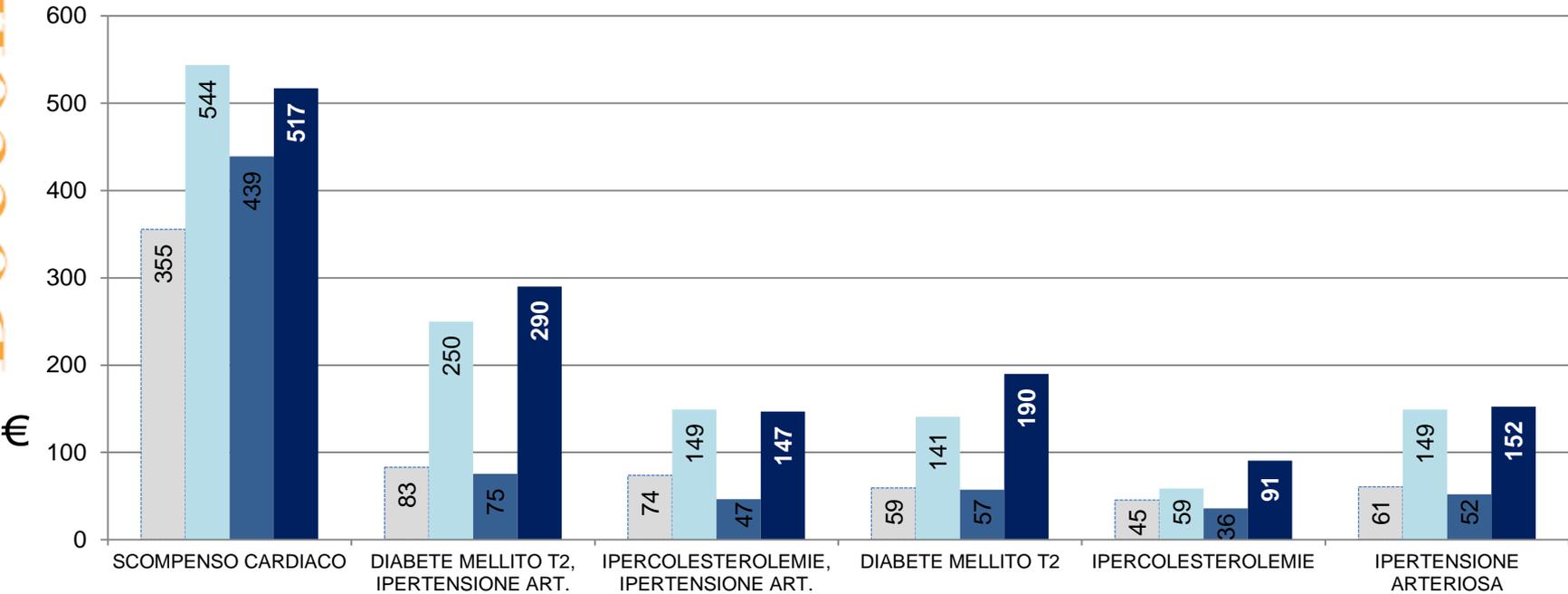


# Risultati

## Andamento consumi ospedalieri

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

Bocconi



■ Arruolato con PAI 2011 ■ Arruolato con PAI 2015 ■ Arruolabile non arruolato 2011 ■ Arruolabile non arruolato 2015

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

# Conclusioni



• **BOCCONI** 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 criticità e 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*

# Grazie per l'attenzione

francesco.longo@unibocconi.it

alberto.ricci@unibocconi.it

francesco.petracca@unibocconi.it



Università Commerciale  
Luigi Bocconi

Bocconi