



Osservatorio Sanità Privata Accreditata

Approfondimento tematico

“Il ruolo del privato accreditato nell’integrazione ospedale-territorio”

a cura del CeRGAS dell’Università Bocconi

*prof. Francesco Longo
dott.ssa Clara Carbone
dott.ssa Francesca Ferrè
dott. Alberto Ricci*

Milano, Febbraio 2012



INDICE

Introduzione	3
1. La cura delle patologie croniche	5
1.1. <i>Le patologie croniche: definizione e rilevanza del fenomeno</i>	5
1.2. <i>Le politiche regionali fondate sull'integrazione ospedale-territorio e la continuità assistenziale come risposta alla cronicità</i>	8
2. L'introduzione dei CReG in Regione Lombardia	10
2.1. <i>Le motivazioni della sperimentazione del sistema CReG (DGR IX/937/10)</i>	10
2.2. <i>Inquadramento del sistema CReG, "pilastri tecnologici" e piattaforma organizzativa (DGR IX/937/10; DDG Sanità 4383/11)</i>	12
2.3. <i>Caratteristiche del soggetto garante della presa in carico (DGR IX/1479/11)</i>	14
2.3.1 <i>Ruolo e requisiti del soggetto garante della presa in carico</i>	14
2.3.2 <i>Sistemi liquidazione delle fatture e meccanismi di convenienze economiche</i>	16
2.3.4 <i>I primi passi del sistema CReG: l'avvio della sperimentazione nel 2011.</i> ..	20
3. L'introduzione delle cure sub-acute in Regione Lombardia	23
3.1. <i>Le motivazioni dell'introduzione dell cure sub-acute in Lombardia</i> ...	23
3.2. <i>Definizione delle cure sub-acute, indirizzi organizzativo – gestionali e distribuzione territoriale (DGR IX/937/10; DGR IX/1479/11)</i>	23
4. Le vision degli attori chiave del sistema CReG	25
4.1. <i>Ruoli e responsabilità nella presa in carico del paziente</i>	25
4.2. <i>Punti di forza e debolezza del sistema CReG; posizionamento attuale e prospettico (breve termine) degli attori-chiave</i>	27
4.3. <i>Modelli e ruoli emergenti del sistema CReG: la prospettiva di medio-lungo termine</i>	31
5. Le prospettive per il privato accreditato tra CReG e cure sub-acute	37
6. Conclusioni	44
Allegato: traccia per la discussione nel corso dei Focus Group	45
Bibliografia	50

Introduzione

Il presente approfondimento si propone di indagare il possibile ruolo del privato accreditato in relazione alle politiche messe in campo da Regione Lombardia per rafforzare l'integrazione tra l'ambito assistenziale ospedaliero e quello territoriale. In particolare, lo studio analizza:

- a) l'introduzione dei CReG (*Chronic Related Group*), un'innovativa modalità di presa in carico del paziente cronico remunerata attraverso una tariffa annuale, quale corrispettivo per la fornitura dei servizi extraospedalieri in un'ottica di continuità assistenziale;
- b) l'introduzione delle cure sub-acute, una tipologia di ricovero diretta a rimodulare l'offerta di posti letto per rispondere più adeguatamente alle necessità assistenziali di pazienti cronici e/o anziani in condizioni di stabilità clinica.

Tali innovazioni organizzative sono state introdotte attraverso le DDGR IX/937 del 01/12/2010 ("Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio-sanitario lombardo per l'esercizio 2011") e IX/1479 del 30/03/2011 ("Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio-sanitario lombardo per l'esercizio 2011- II provvedimento di aggiornamento in ambito sanitario"). Ulteriori specifiche sono state indicate attraverso il Decreto 4383 della DG Sanità del 16/05/2011.

CReG e cure sub-acute sono modalità assistenziali che presentano tratti propri; tuttavia, è evidente che entrambe le innovazioni sono dirette a rispondere in maniera più efficace ed efficiente ai bisogni sanitari originati dall'invecchiamento demografico e dall'aumento nella prevalenza delle malattie croniche. Nel dettaglio, la ricerca è stata condotta in due fasi che hanno lo scopo di:

- fase 1: analizzare l'impianto generale dei sistemi dei CReG e delle cure sub-acute in base a:
 - disciplina regionale (vedi delibere e decreti sopra citati);
 - indicazioni fornite dalla dirigenza regionale;
 - primi sviluppi del sistema CReG e delle cure sub-acute;
- fase 2: raccogliere e sistematizzare pareri e prospettive espressi dagli attori che rivestono un ruolo chiave nell'assistenza al malato cronico e anziano (Medici di Medicina Generale-MMG, case farmaceutiche, dirigenza ASL, Enti Erogatori Privati Accreditati-EEPA), con particolare riferimento a:
 - punti di forza e di debolezza, opportunità e minacce dei sistemi dei CReG e delle cure sub-acute;
 - previsioni in merito ai più rilevanti aspetti operativi;
 - ruolo e prospettive dei singoli attori chiave;

- ruolo e prospettive del privato accreditato.

Le due fasi della ricerca si basano sulla seguente metodologia:

- fase 1: analisi della letteratura nazionale e internazionale sul tema della cronicità; analisi documentale della disciplina regionale su CreG e cure sub-acute; interviste ai dirigenti regionali¹ coinvolti nell'elaborazione della predetta disciplina (condotte nel mese di novembre 2011); ricerca di materiale documentale su siti istituzionali; rassegna stampa;
- fase 2: *focus group* con le rappresentanze dei MMG (7 novembre 2011), con dirigenti di aziende farmaceutiche (15 novembre 2011), con dirigenti di alcune ASL lombarde (14 dicembre 2011)². Interviste a rappresentanti di Cooperative/consorzi di MMG provider (dott. Di Malta, Consorzio Sanità; dott. Righetti, Cosma 2000; dott. Rigamonti, Paxme).

Il presente Rapporto raccoglie e rielabora i materiali raccolti durante entrambe le fasi di ricerca ed è così strutturato:

- il primo capitolo inquadra le caratteristiche e la rilevanza del tema della cronicità e le prospettive di risposta nell'ottica dell'integrazione ospedale-territorio, con un *focus* sul contesto lombardo;
- il secondo capitolo descrive l'impianto organizzativo del sistema dei CReG, contraddistinto da una spiccata originalità e potenzialmente diretto a rivoluzionare l'approccio lombardo alle cure primarie;
- il terzo capitolo riprende invece le caratteristiche principali del sistema di cure sub-acute in Lombardia;
- il quarto capitolo si interessa degli elementi "dinamici" del sistema CReG: opinioni, aspettative, opportunità secondo i principali soggetti coinvolti nella cura della cronicità, oltre ad una modellizzazione dei futuri sviluppi del sistema;
- il quinto capitolo analizza le prospettive per i privati accreditati nell'ambito del sistema CReG e delle cure sub-acute;
- il sesto capitolo raccoglie le conclusioni della ricerca.

¹ Si ringraziano particolarmente i dottori Carlo Lucchina, Luca Merlino, Carlo Zocchetti, Francesco Laurelli, Mauro Agnello.

² Si ringraziano tutti i partecipanti ai *focus group*: il dott. Alberto Aronica (CMMC); il dott. Fiorenzo Corti (FIMG); il dott. Giorgio Carlo Monti (SIMG); il dott. Luca Manera (Lilly); il dott. Carlo Giuliani e la dott.ssa Francesca Pagliula (Astrazeneca); la dott.ssa Stefania Barsanti (Menarini); il dott. Luca Bonvissuto (Biogenidec); la dott.ssa Irene Colangelo (Novartis); il dott. Pier Angelo Antognazzi (Roche); il dott. Fabio Bordin (GSK); il dott. Claudio Garbelli e la dott.ssa Maria Grazia Silvestri (ASL Lodi); la dott.ssa Daniela Bianchi e il dott. Carlo Alberto Tersalvi (ASL Como); la dott.ssa Flavia Bernini e il dott. Giudo Fontana (ASL Pavia).

1. La cura delle patologie croniche

1.1. Le patologie croniche: definizione e rilevanza del fenomeno

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (2005) definisce la malattia cronica come patologia permanente, che tende a sviluppare un tasso di disabilità variabile, causata da un'alterazione patologica non reversibile. Inoltre, la patologia cronica richiede una formazione speciale per il raggiungimento di una buona qualità della vita e necessità di un lungo periodo di controllo, osservazione e cura. Potremmo aggiungere un ulteriore elemento che caratterizza l'area della cronicità: si tratta di un insieme di patologie che stanno acquisendo sempre più rilevanza agli occhi dei *policy-maker* sia sotto il profilo della *soddisfazione del bisogno* di salute, sia sotto il profilo economico-finanziario. L'esplosione della prevalenza delle malattie croniche interessa in maniera variabile tutti i sistemi sanitari dei paesi occidentali ed europei (Boerma, 2006; Calnan et al., 2006). Il nostro paese non fa eccezione: nel 2010, il 38,6% dei residenti in Italia dichiarava almeno una malattia cronica; il 20,1% della popolazione dichiarava invece almeno due patologie. Tali percentuali, oltre a testimoniare l'ampiezza del fenomeno della comorbidità, potrebbero essere sottostimate, poiché registrano solo le patologie diagnosticate e/o che il paziente decide di segnalare a fini statistici. E' innegabile la relazione tra invecchiamento e aumento della cronicità: già nella fascia di età tra i 55 e i 57 anni il 57,5% dei residenti soffre di almeno una malattia cronica; tale percentuale raggiunge il 68,4% tra gli ultrasessantacinquenni, con una marcata differenza di genere (60,6% per gli uomini e 73,5% per le donne). In Lombardia le percentuali registrate sono comparabili: si dichiara affetto da una malattia cronica il 39,3%, mentre la comorbidità si attesta al 19,2%. La Tabella 1 riporta la prevalenza delle patologie croniche più rilevanti in Italia e in Lombardia sotto il profilo epidemiologico (ISTAT, 2010):

Tabella 1: prevalenza delle malattie croniche in Italia e in Lombardia

Patologia	Prevalenza Italia		Prevalenza Lombardia	
	% popolazione residente	Valori assoluti	% popolazione residente	Valori assoluti
Artrosi/artrite	17,3%	10.438.876,74	16,2%	1.606.670
Ipertensione	16,0%	9.654.452,48	14,7%	1.457.904
Malattie allergiche	9,8%	5.913.352,14	11,4%	1.130.619
Osteoporosi	7,0%	4.223.822,96	5,9%	585.145
Bronchite cronica/asma	6,1%	3.680.760,01	5,4%	535.557
Diabete	4,9%	2.956.676,07	4,5%	446.297
Malattie cardiache	3,7%	2.232.592,14	4,0%	396.709

<i>Disturbi nervosi</i>	4,2%	2.534.293,78	3,3%	327.285
<i>Ulcere app. digerente</i>	2,8%	1.689.529,18	2,2%	218.190

Fonte: ISTAT, 2010

Oltre alle rilevazioni nazionali Istat, diversi studi a livello regionale³ confermano che la prevalenza delle malattie croniche supera un terzo della popolazione complessiva ed è destinata a crescere con l'invecchiamento demografico. Si considerino anche le tavole ISTAT che riportano le cause di morte nel nostro paese: benché in lieve calo percentuale le malattie cardiovascolari, che spesso derivano da patologie croniche quali l'ipertensione, lo scompenso o il diabete, rappresentano nel 2007 la prima causa di morte (40,3%)⁴. La terza causa di morte è invece costituita dalle malattie respiratorie (6,8%) anch'esse di frequente originate da un'acutizzazione di patologie croniche (ad esempio, BPCO). La diffusione e la gravità delle complicanze delle patologie croniche permettono di affermare che la missione dei servizi sanitari territoriali sta proprio nell'adeguata risposta ai bisogni indotti dalla cronicità (Tozzi, 2010).

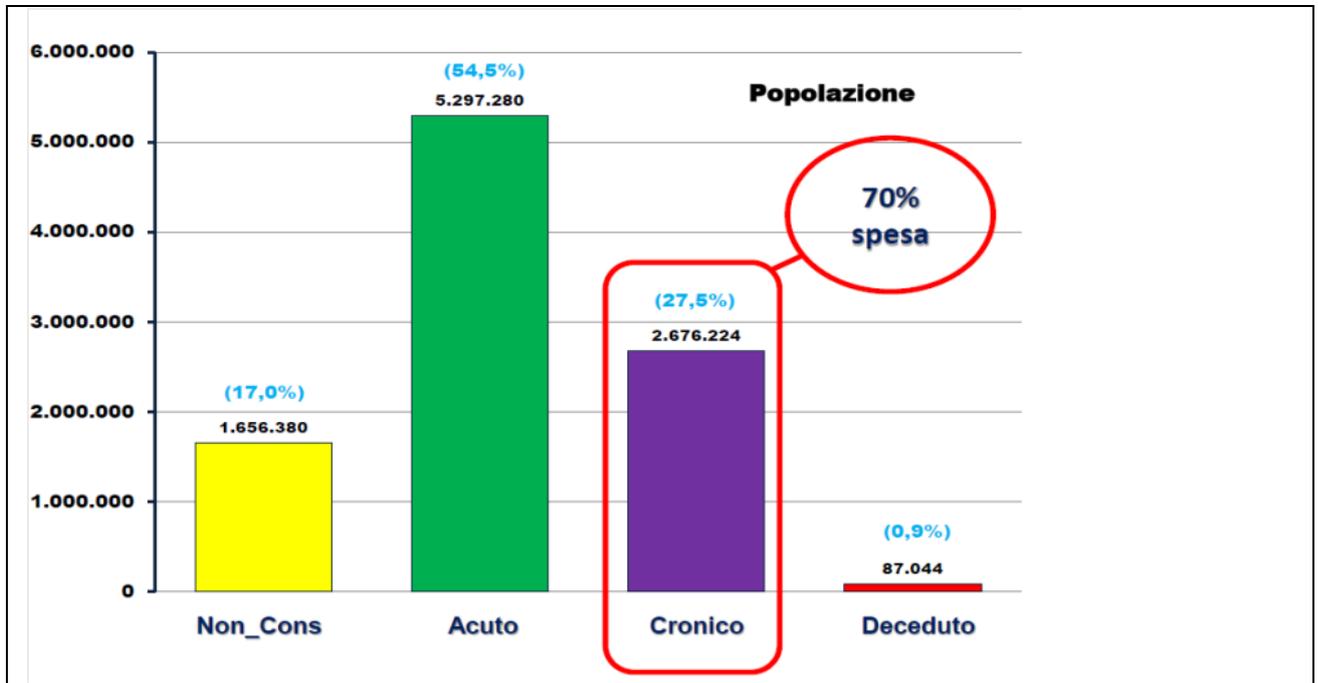
In definitiva, una presa in carico appropriata del malato cronico è fondamentale per la prevenzione delle acutizzazioni, per il miglioramento della qualità di vita del singolo paziente e per l'efficacia delle politiche sanitarie nel loro complesso. Un secondo elemento, però, appare ancora più macroscopico: la sproporzione tra i consumi dei malati cronici e quelli della popolazione sana. A tal proposito si richiama un recente studio di Fondazione Farmafactoring (Borgonovi *et al.*, 2011), che utilizza i principali dati di spesa sanitaria territoriale (farmaci e prestazioni di specialistica ambulatoriale prescritti dal MMG) forniti dalla Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) e raccolti in tutta Italia. Da tale ricerca emerge che a fronte di una spesa media pro-capite annuale di circa 278 euro, un paziente iperteso spende 626 euro, un diabetico 846, uno scompensato ben 980. Secondo i dati raccolti da Regione Lombardia nel 2009, i pazienti cronici consumano il 70% delle risorse complessive (Figura 1). Nella fascia d'età tra i 70 e i 74 anni, i pazienti cronici consumano circa 950 milioni di euro di prestazioni sanitarie; i pazienti acuti "solo" 100 milioni (

Figura 2). La spesa pro-capite dei cronici è circa quattro volte quella dei non-cronici (Agnello *et al.*, 2011). E' quindi chiaro come il controllo e l'efficienza della spesa indotta dalla cronicità sia un fattore sempre più necessario per mantenere l'equilibrio economico-finanziario del servizio sanitario regionale.

³ Ci si riferisca, ad esempio, al "Progetto Nocchiero" dell'ARS Liguria oppure alla rielaborazione dei dati da Banca Dati Assistito in Regione Lombardia, di cui si dirà in seguito.

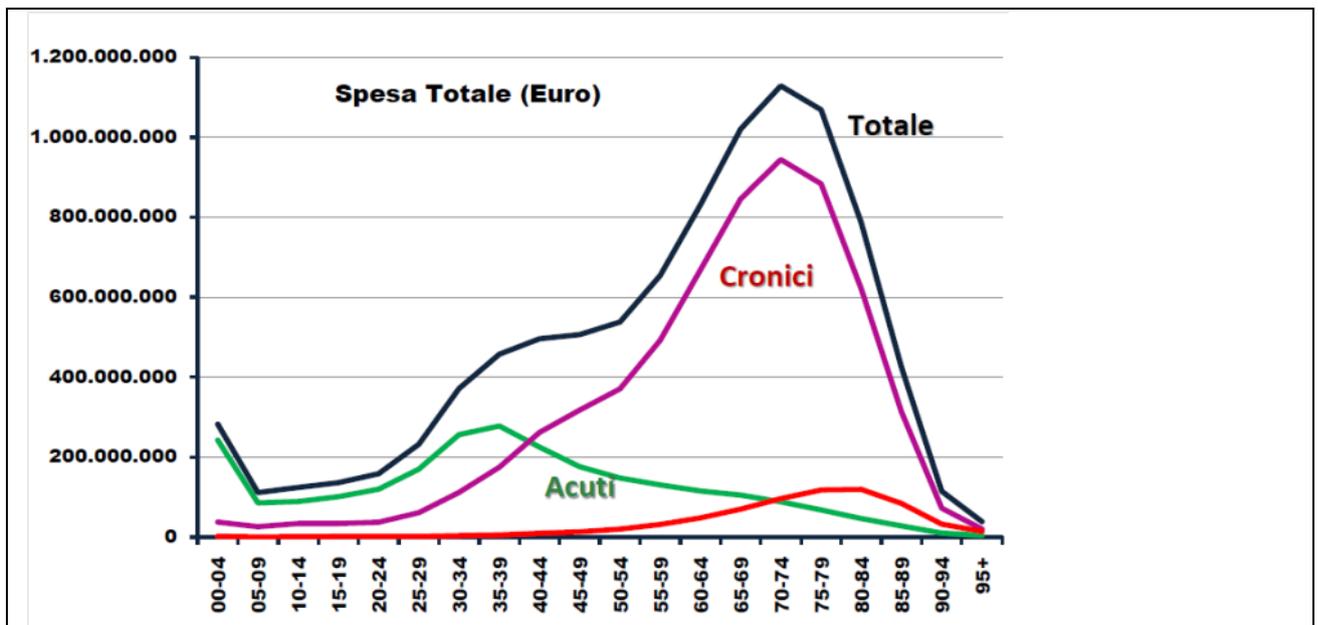
⁴ Da notare che rispetto al 2001 le malattie cardiovascolari calano dal 42,5% al 40,35% dei decessi mentre la seconda causa di morte, i tumori, aumenta dal 29,5% al 30,8%.

Figura 1: numero e percentuale di soggetti cronici, non cronici (acuti) e non consumatori nella popolazione lombarda, 2009.



Fonte: Agnello et al., 2011

Figura 2: andamento per età della spesa totale (in euro) per i soggetti cronici e per i soggetti non cronici (acuti) nella popolazione lombarda, 2009.



Fonte: Agnello et al., 2011

1.2. Le politiche regionali fondate sull'integrazione ospedale-territorio e la continuità assistenziale come risposta alla cronicità

Dal punto di vista operativo, la risposta alla domanda di salute indotta da una malattia cronica richiede (Wagner *et al.*, 1996; Renders *et al.*, 2001; Tozzi, 2010):

- un regolare contatto del cittadino-paziente con i servizi, il che presuppone l'accessibilità degli stessi e la presenza di un soggetto in grado di seguire il malato durante tutti i passaggi della sua storia clinica, coordinando gli interventi dei molteplici professionisti impegnati nel ristabilimento dello stato di salute. Gli aspetti organizzativi, di conseguenza, rivestono un'importanza cruciale nel trattamento della cronicità, mentre l'elemento della specializzazione medico-clinica è meno determinante rispetto al trattamento dell'acuzie;
- la centralità del contenuto assistenziale, oltre che sanitario, del paziente cronico. Questo elemento determina la necessità di integrare diversi saperi professionali e di sviluppare forme di collaborazione tra differenti realtà istituzionali;
- la corretta informazione e il coinvolgimento del cittadino-paziente: alcune condizioni patologiche possono essere efficacemente auto-gestite con il supporto e la formazione da parte dei professionisti.

A partire da tali caratteristiche, è naturale che la tematica della risposta alla cronicità si sia sviluppata in relazione a quella di continuità e integrazione della cura⁵ (Freeman, 1985) trasversalmente ai differenti ambiti di assistenza. La struttura ospedaliera rimane la sede più adatta per la diagnosi e la cura delle fasi acute della malattia; il resto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie (esami di routine, somministrazione farmaci, cura della persona, ecc.) sono più vantaggiosamente erogate sul territorio, ivi compreso il domicilio del paziente. Ciò è dovuto, da una parte, al medio basso livello di specializzazione e di intensità assistenziale richiesta per gran parte delle terapie routinarie; dall'altra, al fattore tecnologico, che rende possibile l'erogazione di una vasta gamma di prestazioni anche al di fuori delle strutture ospedaliere; infine, come già detto, al fattore demografico ed epidemiologico, che vede l'allargamento della platea dei cronici, fra i quali emergono sempre più spesso situazioni di fragilità che richiedono le cure domiciliari (Compagni, Tediosi e Tozzi, 2010).

⁵ Per "integrazione" (intesa come sinonimo di "continuità") delle cure il riferimento è alle tre accezioni ricordate da Haggarty, Freeman *et al.*, (2003). Tale ricerca definisce la continuità come (1) *Informational continuity*, cioè utilizzo di informazioni relative alla storia clinica di un paziente per selezionare le opzioni più appropriate circa il suo percorso di cura; (2) *Management continuity*, vale a dire attenzione e presa in carico dei bisogni di salute spesso in costante cambiamento di un paziente; (3) *Relational Continuity*, definita come la relazione personale iterativa tra un paziente e uno o più professionisti.

L'assistenza territoriale non può però limitarsi ai servizi compresi nel tradizionale ambito delle cure primarie e/o dell'assistenza domiciliare. Per un'efficace presa in carico della patologia cronica è necessario approntare una serie di soluzioni di natura strutturale (*intermediate care*) e funzionale (*transitional care*) che permettano di accompagnare il paziente dall'ospedale al domicilio senza interrompere la continuità della presa in carico. Un rassegna delle forme di *intermediate* e *transitional care* presenti nel nostro paese si ritrova nel già citato lavoro di Compagni, Tediosi e Tozzi (2010)⁶. Gli strumenti di integrazione funzionale possono essere così ripresi e sistematizzati:

- programmi di dimissione (protetta e assistita);
- assistenza a domicilio durante la fase acuta della patologia (ospedalizzazione domiciliare, gruppi multidisciplinari di assistenza a domicilio⁷ oppure team infermieristici di comunità);
- forme di monitoraggio a distanza (trriage telefonico 24h).

Tra gli strumenti di integrazione strutturale ricordiamo invece:

- strutture di riabilitazione (ambulatoriali o di ricovero)
- strutture territoriali di cura (centri di comunità/poliambulatori specialistici, posti letto gestiti da MMG o infermieri, *patient hotel*⁸);
- strutture intermedie intraospedaliere⁹.

Dalla ricerca emerge una discreta diffusione delle forme di integrazione ospedale-territorio¹⁰, che tuttavia tende a interessare prevalentemente le Regioni del Centro-Nord. Gran parte delle ASL lombarde hanno partecipato alla rilevazione: 11 Aziende su 15 hanno risposto alla *survey*. In media, nelle ASL lombarde si registrano 4,8 iniziative di integrazione ospedale-territorio, valore che, curiosamente, rappresenta una media tra il massimo registrato in Liguria (7,3) e il minimo segnalato in Calabria (2,5). Ragionando a livello nazionale, le forme di gestione a domicilio della fase acuta e parallelamente, forme di

⁶ Si tratta di forme di raccordo che non sono rivolte spesso, ma non esclusivamente, ai pazienti cronici.

⁷ Invio a domicilio di un team multidisciplinare che offre consulto immediato evitando ospedalizzazioni inappropriate (e spesso traumatiche). Il team organizza una presa in carico strutturata sulla base di un piano terapeutico individuale e integra l'offerta di servizi sul territorio (Compagni, Tediosi, Tozzi, 2010). Esempio: team di gestione di crisi psichiatrica.

⁸ Servizio gestito completamente da infermieri all'interno di apposite unità di tipo ambulatoriale e a bassa intensità assistenziale rivolto sia a pazienti dimessi da una struttura ospedaliera, sia a pazienti che attendono un ricovero ospedaliero programmato (Compagni, Tediosi, Tozzi, 2010).

⁹ Unità all'interno dell'ospedale o in unità dedicate, il cui coordinamento è affidato a team infermieristici, con il medico specialista che svolge funzione di consulenza a fronte di specifici bisogni di assistenza e monitoraggio. La modalità assistenziale passa dall'elevata intensità di cura, tipica del ricovero ospedaliero, alla media intensità di cura (Compagni, Tediosi, Tozzi, 2010).

¹⁰ Lo strumento più diffuso di integrazione tra ospedale e territorio sono i programmi di dimissione protetta (presenti nel 90% delle ASL rispondenti) e assistita (69%) e, abbastanza prevedibilmente, le strutture di riabilitazione post-acuzie (di ricovero nell'80% dei casi e ambulatoriali nel 71%). Strumenti di integrazione funzionale che assistano il paziente a casa propria durante la fase acuta sono presenti circa nella metà delle ASL, mentre è ancora molto rara l'attivazione del triage telefonico (7,2% delle aziende). Tra le forme di integrazione strutturale più innovative, i centri di comunità (poliambulatori specialistici territoriali) sono presenti nel 48% delle Aziende, i posti letto gestiti da MMG/infermieri nel 27% dei casi, mentre le strutture intermedie intraospedaliere solo nel 17%; solo in due aziende (1% del campione) è stato attivato un *patient hotel*.

“ospedale di comunità”, iniziano a diffondersi in molte realtà regionali, anche grazie all’impulso del PSN 2006-2008. Si tratta di dinamiche sicuramente apprezzabili anche nell’ottica di una revisione sistematica delle modalità di presa in carico del paziente cronico. Bisogna aggiungere che mancano ancora, in molte aziende, meccanismi di monitoraggio per verificare la capacità di tali strumenti di incidere significativamente in termini di esiti sanitarie di qualità assistenziale (Compagni, Tediosi e Tozzi, 2010). Inoltre, tali strumenti non sono rivolti specificatamente al singolo paziente cronico, lasciando aperta la questione del monitoraggio personalizzato del paziente e dell’individuazione precisa di un soggetto responsabile del malato cronico.

Per riassumere, è evidente che la risposta efficace alla cronicità è possibile a partire da una riorganizzazione delle cure territoriali che tenga in considerazione la necessità di raccordo con l’universo ospedaliero. Quest’ultima implica, da un lato, il moltiplicarsi delle modalità e degli attori coinvolti nell’assistenza; dall’altro, l’esigenza di coordinamento fra questi soggetti a partire da idonei strumenti organizzativi e tecnologici. E’ quindi naturale che diverse realtà regionali, anche su impulso del PSN 2006-2008¹¹, abbiano iniziato a ragionare su *policy* specifiche dirette a rafforzare l’efficacia della presa in carico del paziente cronico.

2. L’introduzione dei CReG in Regione Lombardia

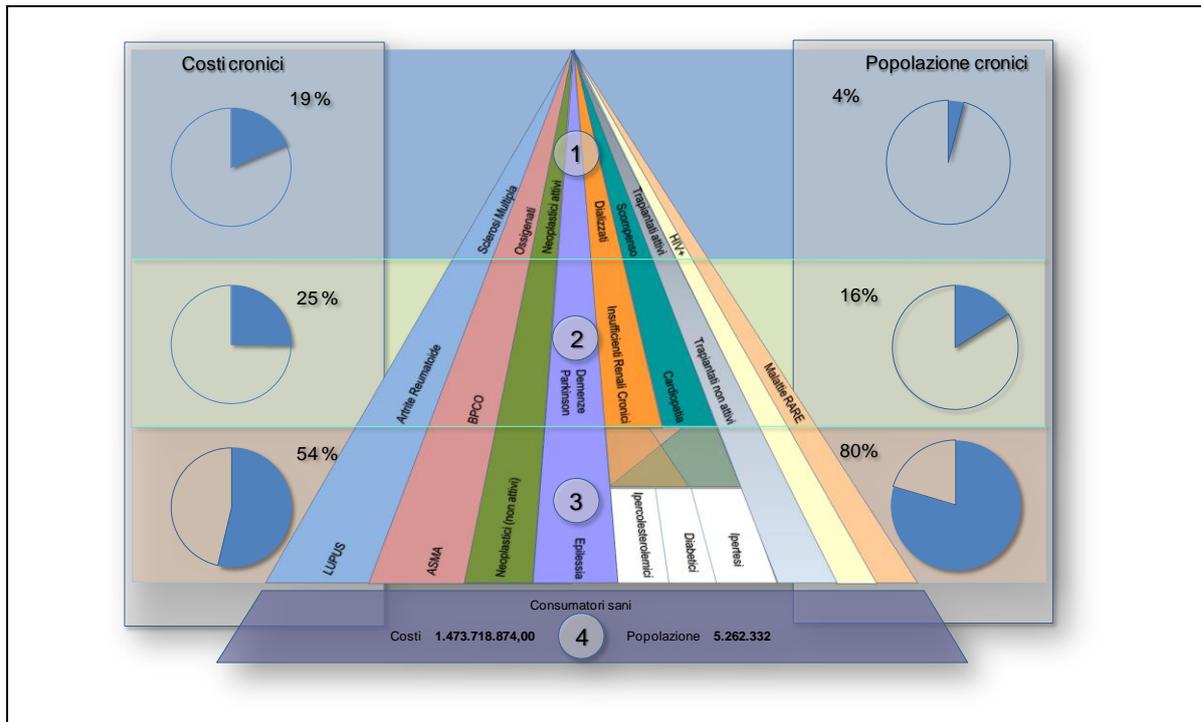
2.1. Le motivazioni della sperimentazione del sistema CReG (DGR IX/937/10)

Il rinnovato interesse di Regione Lombardia verso l’assistenza alla cronicità è giustificato innanzitutto a partire dai dati di prevalenza e di spesa riportati nel precedente capitolo. La Regione dispone di fonti informative ormai abbastanza consolidate (la Banca Dati Assistito, che registra i dati di consumo del singolo paziente, è stata introdotta nelle aziende a partire dal 2003). La “Piramide della cronicità” (Figura 3) contenuta nel Decreto 4383/2011 di fissazione delle tariffe mostra come l’aggravamento della condizione clinica porti ad un’esplosione dei consumi e dei costi: secondo i calcoli della Regione Lombardia, il 4% dei malati in condizioni più gravi (160.000-180.000¹²) consuma il 20% delle risorse complessivamente destinate alla cronicità. Per mantenere una soddisfacente qualità della vita e l’equilibrio economico-finanziario di sistema, è indispensabile costruire dei percorsi che evitino o almeno ritardino l’aggravamento e/o l’acutizzazione delle patologie.

¹¹ Il PSN 2006-2008 afferma che le priorità d’intervento nei diversi SSR “discendono dai problemi di salute del Paese, con particolare riferimento al consolidarsi di elementi di cronicità, all’aumentata capacità del sistema sanitario di garantire il prolungamento della vita anche in fase di post-acuzie”.

¹² Nel computo sono inclusi i pazienti delle fasi avanzate delle malattie rare, di HIV, i dializzati, i trapiantati attivi, i pazienti neoplastici attivi, i malati affetti da Parkinson e forme assimilabili in stadio avanzato, le forme di grave insufficienza respiratoria che richiedono l’ossigenazione, gli scompensati cardiaci gravi.

Figura 3: la "Piramide della cronicità"



Fonte: DDG Sanità 4383 del 15/05/2011

In aggiunta, il SSR lombardo sconta le seguenti problematiche sotto il profilo dell'organizzazione delle cure per le malattie croniche:

- la notevole frammentazione dei percorsi di cura proposti nelle aziende;
- la scarsa conoscenza dei servizi disponibili da parte dei cittadini;
- l'insufficiente coinvolgimento dei MMG nel seguire i singoli pazienti durante la loro storia clinica, a causa del debole ruolo dei distretti e delle inadeguate premesse contrattuali. Ciò conduce ad evidenti difficoltà nell'assicurare sia il coordinamento con gli specialisti ospedalieri che il monitoraggio della *compliance* terapeutica¹³;
- i limiti del modello fondato sugli "ambulatori per patologia" ospedalieri: questi ultimi, anche se in grado di garantire un'assistenza specialistica di qualità, coinvolgono prevalentemente i pazienti più gravi e/o collaborativi secondo un approccio esclusivamente clinico;
- le scarse competenze e risorse disponibili per potenziare gli aspetti organizzativi e la dotazione tecnologica per una migliore presa in carico (sistematizzazione delle attività di *recall* e *follow-up* dei pazienti, introduzione della telemedicina, ecc.).

¹³ la *compliance* alla terapia è variabile a seconda dei contesti territoriali, ma comunque limitata: considerando alcuni trattamenti farmacologici tra più diffusi ed essenziali inclusi in specifici PDTA, la Regione calcola un'aderenza che si attesta al 38% per gli anti diabetici (con una successiva persistenza del 58%), tra il 21 e il 26% per le statine (persistenza tra il 47% e il 51%), tra il 42% e il 34% per gli anti-ipertensivi (persistenza tra il 57% e il 51%);

2.2. Inquadramento del sistema CReG, "pilastri tecnologici" e piattaforma organizzativa (DGR IX/937/10; DDG Sanità 4382/11)

I fattori sopra riportati rendono opportuna una revisione radicale dell'assistenza ai malati cronici in Lombardia. La Regione ha deciso di fondare il nuovo sistema sull'individuazione di un soggetto "garante della presa in carico" che deve assicurare tutti i servizi extraospedalieri necessari per la cura della patologia cronica a fronte di una tariffa annuale ("tariffa CReG¹⁴"). Per consentire al soggetto gestore del CReG di seguire adeguatamente il paziente durante i passaggi della sua storia clinica (vedi paragrafo 2.3) sono indispensabili alcuni strumenti, che la disciplina regionale definisce "pilastri tecnologici":

- un sistema informativo aziendale in grado di individuare i soggetti cronici e monitorarne le fasi evolutive. In ogni ASL lombarda, tale sistema è costituito dalla BDA;
- processi/percorsi¹⁵ diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA) volti a identificare gli appropriati fabbisogni di cura per ciascuna patologia. Essi devono costituire la base per la compilazione dei piani terapeutici individuali;
- criteri di arruolamento per ciascuna condizione patologica oggetto di sperimentazione. La discriminante più comune è il codice di esenzione; in mancanza di quest'ultimo, il riferimento è costituito dai consumi sanitari (farmaceutica, ricoveri, prestazioni ambulatoriali, File F);
- criteri remunerativi (tariffe) abbinati ad ogni raggruppamento omogeneo di patologia o pluri-patologia, calcolate sulla base dei costi registrati dalle BDA aziendali nel corso del 2009¹⁶. La disciplina regionale chiarisce che il CReG comprende la compilazione dei PDT, il debito informativo e il rilascio dell'esenzione, la spesa ambulatoriale, la fornitura di farmaci, l'ossigeno e la protesica minore a domicilio, *il follow-up* e l'eventuale trasporto dializzati¹⁷.

¹⁴ Per "CReG" (*Chronic Related Group*) si intende il raggruppamento per patologia abbinato a ciascuna tariffa (Agnello et al., 2011).

¹⁵ La terminologia utilizzata dalla Regione su questo punto varia da delibera a delibera. Mentre la DGR 937/10 accenna a "processi di cura" come presupposto per il percorso assistenziale vero e proprio, la 1479/11 si riferisce direttamente ai percorsi diagnostico terapeutici, che si possono immaginare come una traccia più puntuale di azioni monitoraggio e cura per il governo clinico della patologia. A Febbraio 2012 la Regione non ha individuato i percorsi/processi, lasciando aperta la questione del dettaglio e dell'obbligatorietà delle indicazioni diagnostico-terapeutiche a garanzia della qualità della presa in carico del paziente.

¹⁶ I pazienti considerati come popolazione valida per la determinazione dei costi e delle conseguenti tariffe sono quelli caratterizzati da esenzione per patologia e/o contemporanea assunzione di farmaci coerenti (DDD adeguata per una sufficiente copertura annuale). Il CReG è pari al valore medio osservato dei consumi del 90% della popolazione selezionata, distribuita a sinistra e a destra del valore modale dei consumi stessi.

¹⁷ Non sono invece compresi i costi per ricoveri per acuti, sub-acuti o per le attività di riabilitazione, né la quota capitaria del MMG.

Coerentemente con i "pilastri tecnologici", la Regione ha stilato un programma di progressiva implementazione del nuovo sistema ("Piattaforma organizzativa"):

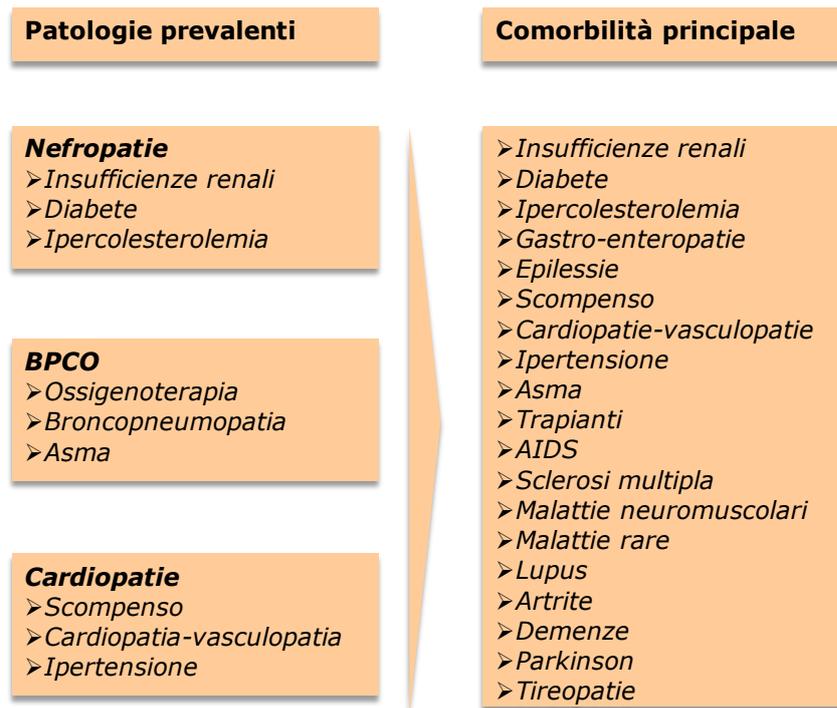
1. **Individuazione degli ambiti territoriali** (ASL di Milano, Milano 2, Como, Lecco, Bergamo) **e delle patologie** oggetto di sperimentazione. Tale prima fase si conclude tra Dicembre 2010 e Marzo 2012, e confluisce nelle già ben note DDGR IX/937 e IX/1479/11. La DGR IX/937/10 identifica come patologie oggetto di sperimentazione diabete, ipertensione, scompenso cardiaco, BPCO, osteoporosi e malattie neuromuscolari invalidanti. La successiva DDG 4383/11, però, smentisce di fatto la lista iniziale identificando le tariffe per le patologie croniche indicate al punto 3.
2. **Individuazione dei pazienti da coinvolgere nel programma.** Tutti i malati residenti nel territorio del distretto che rispetteranno i requisiti fissati per l'arruolamento saranno inclusi nella sperimentazione. Si tratta di un accorgimento necessario per disporre di un numero di pazienti sufficiente a ridurre la variabilità dei consumi attesi con quelli osservati, rendendo economicamente solido il sistema. A regime, l'arruolamento territoriale automatico dovrebbe garantire maggiore qualità della presa in carico.
3. **Definizione dell'ammontare delle risorse** da destinare al progetto e del valore economico dei singoli CReG, attraverso una collaborazione tra ASL e DG Sanità. Le elaborazioni sui dati BDA 2009 (vedi par. 2.2) sono confluite nel maggio 2011 nella DDG 4383/11, che contiene il tariffario completo. Quest'ultimo include un elenco di patologie "prevalenti", considerate singolarmente oppure in abbinamento ad altre patologie (comorbidità) (Figura 4). Per ciascun raggruppamento per patologia ("CReG") è indicato un valore base e un valore standard di incremento nel caso di una seconda comorbidità. I dati BDA rivelano infatti che per ogni patologia oltre alla seconda si ha un aumento di costo pressochè costante¹⁸.
4. **Identificazione del soggetto garante della presa in carico.** La DGR 1479/11 stabilisce che "preferenzialmente i pazienti reclutati devono essere assistiti da un medico di medicina generale che faccia parte di forme associative di gruppo e di rete". Di conseguenza, ai MMG di ogni azienda è riconosciuto un "diritto di prelazione" come garanti della presa in carico. La stessa DGR 1479/11 stabilisce infatti che il *provider* possono essere anche ONLUS, Fondazioni, Aziende Ospedaliere, Strutture sanitarie accreditate e a contratto sia intra che extraospedaliere. Gli

¹⁸ L'assenza del valore standard di incremento indica l'irrelevanza statistica della prevalenza di una seconda comorbidità.

elementi che devono essere inclusi nel contratto tra la ASL e il provider sono riportati in Appendice I (in coda al par.2.3.3).

5. **Svolgimento della sperimentazione:** a dirigenza regionale prevede un orizzonte temporale che comprende il 2012 e probabilmente il 2013.
6. **Monitoraggio e valutazione:** già nel corso della sperimentazione le ASL garantiranno le opportune attività di controllo; in particolare, ricevendo dagli erogatori i tracciati individuali dei pazienti e monitoreranno l'adeguatezza e l'aderenza ai PDT.

Figura 4: patologie croniche incluse nei CReG



Fonte: DDG Sanità 4383 del 15/05/2011

2.3. *Caratteristiche del soggetto garante della presa in carico (DGR IX/1479/11).*

2.3.1 *Ruolo e requisiti del soggetto garante della presa in carico*

Il soggetto "gestore del CReG", spesso denominato dai funzionari regionali "provider" (d'ora in avanti, i due termini saranno utilizzati come sinonimi), ha innanzitutto il ruolo di coordinatore di tutti i soggetti coinvolti nell'assistenza al malato cronico, assicurando la continuità delle cure trasversalmente ai tre livelli essenziali di assistenza (prevenzione, assistenza territoriale e assistenza ospedaliera). Prima ancora che dell'erogazione delle prestazioni (funzione che tuttavia non è esclusa dalla disciplina) il provider deve supportare il paziente nel corso della terapia, occupandosi del reclutamento dei pazienti su base

territoriale, del *follow-up* e del monitoraggio delle condizioni del malato secondo quanto prescritto dal PDT. Deve quindi occuparsi di mantenere i contatti tra il paziente e le strutture di erogazione, garantendo comunque due opzioni di scelta multi specialistica. La dirigenza regionale non esclude la possibilità che il gestore del CReG si accordi con gli erogatori pubblici e privati accreditati per riservare ai propri pazienti quote di prestazioni e corsie preferenziali, ricercando così un equilibrio tra libertà di scelta ed efficienza. Il *provider*, infine, assicura una serie di servizi amministrativi (ad esempio, le pratiche per il rilascio dell'esenzione per patologia) con l'obiettivo di semplificare la gestione quotidiana della patologia. Per svolgere tutti questi compiti il soggetto coordinatore deve disporre di un vero e proprio "Centro Servizi" che deve rispettare precisi requisiti organizzativi e funzionali, tra i quali riportiamo i principali:

- apertura dalle 8 alle 20 per 365 giorni l'anno, con la presenza di personale tecnico-sanitario che riceva aggiornamenti professionali annuali certificati;
- organizzazione basata su un *case manager* per ogni paziente cronico, con la supervisione di un medico coordinatore;
- attivazione di un EPR (*electronic patient file*) costantemente aggiornato con riferimento alle prestazioni sanitarie incluse nel PDT/profilo di cura. L'EPR dovrà essere integrato con il SISS di Regione Lombardia;
- garanzia di specifici servizi: installazione a domicilio delle strumentazioni (ove necessario); *triage* clinico e tecnico; servizio di *compliance* farmacologica; programmi di formazione; sistema informativo con gestione degli allarmi;
- conclusione di protocolli di intesa con altri soggetti coinvolti nell'assistenza al malato cronico (a partire dai medici specialisti, dai medici di Continuità assistenziale e dalle strutture dell'Emergenza-Urgenza);
- esistenza di un sistema di valutazione della qualità del servizio, basato sia su indicatori di processo che su strumenti di *customer satisfaction* (servizio reclami).

Tali requisiti vincolano i soggetti che si propongono come gestori del CReG a munirsi di una struttura organizzativa e di una dotazione tecnologica rilevanti. Del resto, sul territorio il *provider* dovrebbe sostenere il confronto con l'ospedale, non tanto dal punto di vista clinico ma sotto il profilo gestionale ed amministrativo. I MMG, soprattutto se abituati a lavorare come singoli oppure se riuniti in forme associative deboli, molto difficilmente dispongono delle competenze tecniche ed organizzative per soddisfare i paletti della disciplina regionale. Per esercitare il diritto di prelazione a loro riconosciuto, i Medici dovranno presumibilmente rivolgersi a società di servizi, che offriranno tipicamente:

- *call center* e prenotazione delle prestazioni;

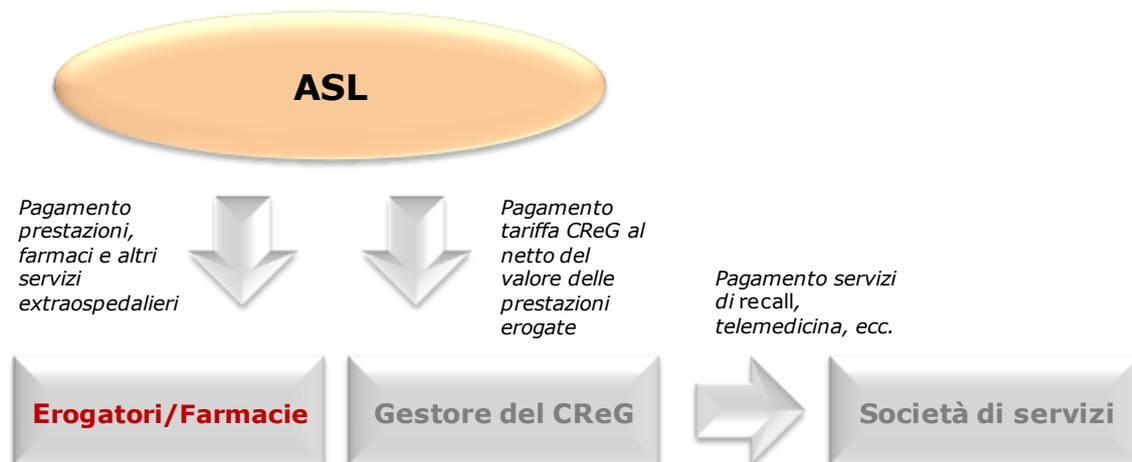
- gestione dei sistemi informatici;
- installazione, utilizzo e manutenzione di apparecchiature per la telemedicina (*homecare*, formazione, triage clinico e tecnico, sistemi d'allarme, ecc.);
- consegna a domicilio di farmaci e ausili;
- trasporto (almeno per pazienti dializzati);
- espletamento delle pratiche burocratiche e amministrative.

Le società di servizi, anche se non sono previste esplicitamente dalla disciplina regionale, si apprestano quindi a rivestire un ruolo rilevante (vedi par.2.3.3) in *partnership* con i soggetti gestori del CReG.

2.3.2 Sistemi liquidazione delle fatture e meccanismi di convenienze economiche

Il *provider* ottiene una remunerazione annuale pari al valore complessivo delle tariffe CReG dei propri assistiti, diminuito dei loro consumi di servizi extraospedalieri (vedi Figura 5). Questo meccanismo è finalizzato ad incentivare l'aderenza ai PDTA, generando un recupero di appropriatezza e nel medio-lungo periodo una riduzione, o almeno un contenimento, della spesa. Mentre nel breve periodo l'effetto di una maggiore aderenza ai percorsi è molto incerto (visti gli attuali, scarsi livelli di *compliance*, una maggiore attenzione verso il paziente potrebbe tradursi in un aumento del consumo complessivo di farmaci), più a lungo termine, il ricorso al generico, la promozione della distribuzione diretta e il miglioramento degli *outcome* clinici dovrebbero generare risparmi.

Figura 5: meccanismo di liquidazione periodica del CReG (fase sperimentale)



Fonte: Agnello et al., 2011

Il contratto stipulato con la ASL (Appendice I) deve inoltre contenere meccanismi di premialità o penalizzazione in base ai livelli qualitativi del servizio misurati attraverso indicatori di processo e di risultato. Si riassumono di seguito le principali leve che il gestore del CReG può utilizzare per creare un margine economico:

- la riduzione dei consumi impropri dei pazienti;
- l'ottenimento di premialità conseguenti ai buoni/ottimi livelli qualitativi del servizio (ad esempio, per l'installazione di servizi di telemedicina);
- specularmente, il contenimento delle penalizzazioni derivanti da un servizio non adeguato (ad esempio, il verificarsi di ricoveri impropri);
- l'aumento dei pazienti assistiti, che genera economie di scala, preziose soprattutto in caso di rilevanti investimenti in tecnologia;
- l'aumento dell'efficienza nell'impiego dei propri fattori produttivi per lo svolgimento dei servizi svolti *in house*;
- l'internalizzazione delle attività di erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale. Il ruolo del "*provider-erogatore*" non è escluso dalla dirigenza regionale, a patto che siano rispettati sia i requisiti del Centro Servizi, sia i presupposti per erogare prestazioni in regime di SSN (criteri di accreditamento, programmazione dei tetti al valore della produzione, ecc).
- il conseguimento di economie di raggio d'azione (ad esempio, una cooperativa di MMG oppure un erogatore potrebbe utilizzare parte della capacità produttiva di un *call center* già operante per le attività remunerate attraverso i CReG);
- la conclusione di accordi con i soggetti erogatori o fornitori di beni e servizi (ad esempio, case farmaceutiche). Benchè la programmazione dei tetti di budget e la liquidazione dei corrispettivi per i beni/servizi restino sotto il controllo di Regione e ASL, il provider potrebbe assicurare agli erogatori consistenti volumi di acquisto in cambio di un determinato ammontare. Si tratterebbe dell'unica forma di transazione finanziaria intercorrente tra il *provider* e gli erogatori. La dirigenza regionale, comunque, esclude il ricorso a tali accordi durante la fase di sperimentazione.

Il rischio imprenditoriale per il *provider*, nella fase di sperimentazione, è effettivo ma limitato, soprattutto alla luce dei primi contratti sottoscritti tra ASL e *provider* tra fine 2011 e inizio 2012. L'opinione prevalente all'interno della dirigenza regionale è che i valori tariffari, attentamente elaborati, consentano di remunerare i fattori produttivi impiegati dal *provider* se quest'ultimo opera secondo efficienza e mantenendo alti standard. Revisioni tariffarie sono, almeno nel breve periodo, improbabili; saranno invece possibili aggiustamenti sotto il profilo dei dettagli operativi. Nel caso di un vero e proprio "fallimento organizzativo" o economico del *provider* il danno per quest'ultimo

consisterebbe nell'abbandono della sperimentazione e nel mancato recupero delle risorse impiegate per dotarsi dei requisiti organizzativi. Non sono previsti vincoli alla destinazione degli utili generati.

2.3.3 *Un quadro di sintesi: ruoli e interazioni tra i soggetti chiave del sistema CReG secondo il modello delineato dalla disciplina di Regione Lombardia*

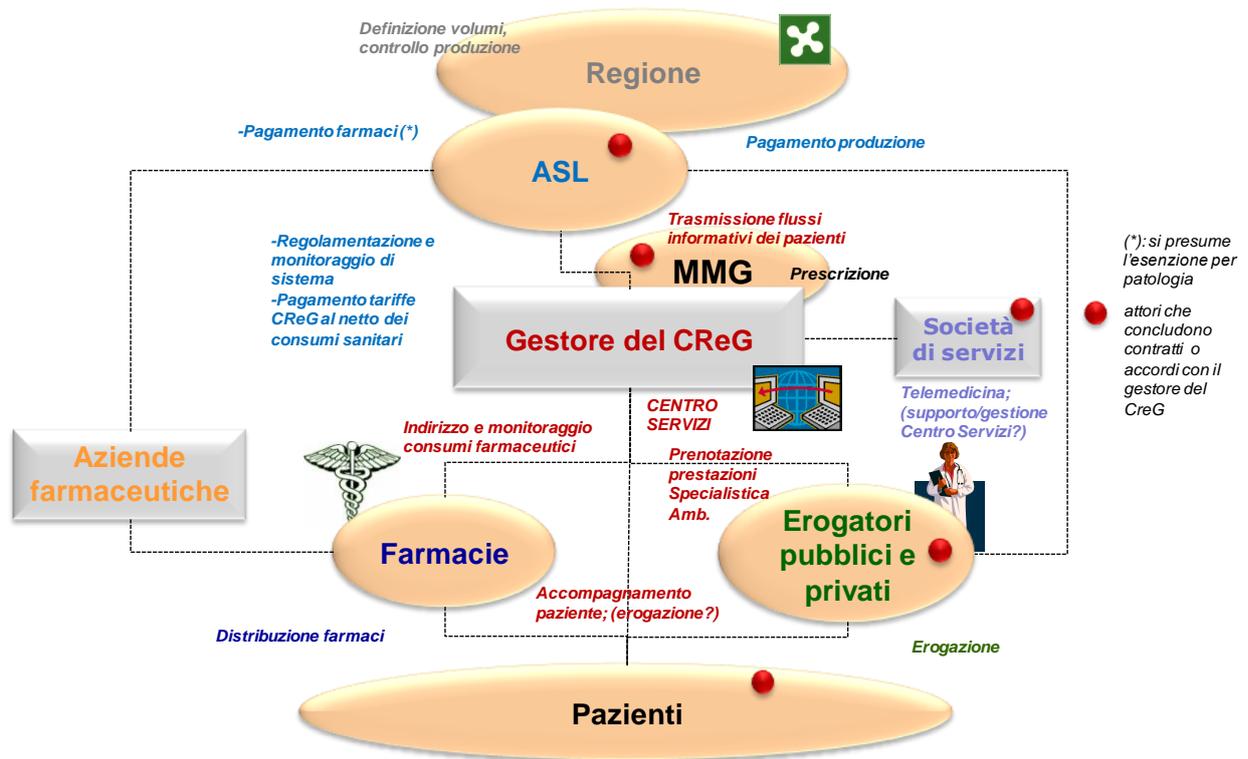
Oltre al soggetto garante della presa in carico, molti altri attori si troveranno ad interagire all'interno del sistema dei CReG, alcuni mantenendo le loro tradizionali funzioni, altri modificandole in maniera piuttosto radicale (Figura 3).

1. La *Regione* manterrà innanzitutto il proprio ruolo di regolatore del sistema. Saranno le autorità regionali a decidere se mettere a regime, rivedere alcuni aspetti organizzativi o finanziari o addirittura se abbandonare la sperimentazione dei CReG. Anche al fine di valutare l'efficacia della Sperimentazione, la Regione integrerà il proprio sistema informativo (SISS) con quello dei provider. Inoltre, la Regione continuerà a negoziare con gli erogatori i valori economici delle prestazioni sanitarie da erogare anche per i pazienti cronici coinvolti nel sistema dei CReG.
2. Le *ASL*, attraverso un rafforzamento dei distretti, dovranno affinare e sviluppare le proprie capacità di controllo focalizzandosi sulla presa in carico del paziente oltre che sui volumi di prestazioni erogate. In tal senso, il monitoraggio dovrà focalizzarsi su aspetti di *outcome* di salute e di qualità del servizio offerto dal *provider*. Per quanto riguarda la funzione di acquisto delle prestazioni, le Aziende manterranno le loro tradizionali funzioni. In base ai consumi registrati dai sistemi informativi aziendali, le ASL continueranno a remunerare direttamente i diversi erogatori dei servizi (specialistica, farmaceutica, protesica, ossigeno, ecc.) per poi fatturare i relativi corrispettivi al *provider*. Ciò significa che a scadenze periodiche, la ASL pagherà una frazione della tariffa CReG al *provider*; tale ammontare sarà però diminuito dell' ammontare corrispondente ai costi dei servizi consumati dai pazienti cronici assistiti nel periodo di riferimento, già pagati dalla ASL.
3. I *MMG* dovranno innanzitutto scegliere se proporsi come garanti dei CReG oppure restare ancorati al ruolo tradizionale. La disciplina regionale chiarisce comunque che i MMG mantengono le precedenti responsabilità in relazione ai propri assistiti e le relative quote capitarie. I medici manterranno il ruolo di prescrittori anche per i pazienti che sono presi in carico da un provider "terzo". Bisogna aggiungere, però, che sia la disciplina regionale, sia le dichiarazioni di numerosi dirigenti di Regione Lombardia associano l'introduzione dei CReG ad uno sforzo di *policy* compiuto per ampliare e valorizzare il ruolo della Medicina

Generale. Lo stesso “diritto di prelazione” esercitabile sui CReG da parte dei MMG è facilmente interpretabile come un invito rivolto ad assumersi più responsabilità nell’assistenza alla cronicità, al di fuori degli strumenti di contrattazione integrativa tradizionalmente propri della medicina convenzionata. Se tale invito sarà raccolto, i MMG dovranno affrontare un notevole sforzo in termini organizzativi, di coordinamento e di sviluppo di capacità imprenditoriali; in cambio avranno la possibilità di guadagnare centralità nel sistema e di cogliere maggiori soddisfazioni sia sul lato professionale che economico. Se invece i MMG non si proporranno (o non riusciranno a proporsi) a gestire i CReG, il ruolo di *provider* sarà assunto da altri soggetti; il ruolo dei medici subirà probabilmente uno svuotamento; anche sotto il profilo economico, diversi esponenti della dirigenza regionale prefigurano l’esaurirsi delle erogazioni aggiuntive contrattate a livello regionale/locale per remunerare determinate forme di assistenza già assicurate dal *provider* “terzo”.

4. Le *società di servizi/di telemedicina* sono ritenute dalla dirigenza regionale “fornitori di tecnologia” nei confronti dei *provider*, il cui supporto potrebbe risultare imprescindibile per rispettare i requisiti organizzativi e tecnologici posti dalla disciplina regionale (specialmente per i MMG). La dirigenza regionale ritiene che diverse cooperative di MMG, abbiano o possano sviluppare le capacità manageriali per gestire direttamente almeno i servizi a minore complessità tecnologica (ad esempio, *call center* e servizio prenotazioni). In tal caso, il *provider* – MMG dovrebbe mantenere una sostanziale indipendenza e forza contrattuale nei confronti delle società di servizi. In contesti meno efficacemente organizzati (soprattutto dove le forme associative siano meno sviluppate), è probabile che il ruolo dei “fornitori di tecnologia” diventi ben più rilevante, con un’erosione significativa dei margini del *provider*. Da rilevare, tra l’altro, il sostanziale oligopolio nel campo delle società di servizi, che vede la presenza di due-tre soggetti. Tra i servizi a maggiore valore aggiunto, la telemedicina (teleconsulto, *homecare* e formazione) rivestirà naturalmente un’importanza crescente, rappresentando un’opportunità per gestire pazienti assistiti a domicilio e caratterizzati da necessità assistenziali ad intensità medio-bassa.
5. Gli *erogatori pubblici e privati accreditati* manterranno le loro funzioni tradizionali, dovendosi però coordinare maggiormente con il soggetto *provider*. La dirigenza regionale non esclude (e in alcuni casi, considera con favore) la possibilità che un erogatore si proponga come gestore di CReG, facendo leva sulla dotazione organizzativa e tecnologica (ad esempio, *call center* e strumentazioni per la telemedicina già disponibili) oppure sul *know-how* clinico specialistico (ad esempio, centri per patologia interni alle strutture ospedaliere).

Figura 6: ruolo e interazioni tra i soggetti chiave del sistema CReG



Appendice I: contenuti del contratto tra ASL e soggetti garanti della presa in carico

- ✓ elementi caratterizzanti la centralità dell'assistito;
- ✓ elenco degli assistiti e la valutazione iniziale dei loro bisogni attesi;
- ✓ percorsi e obiettivi da raggiungere, monitorati da precisi indicatori di esito e di processo e accompagnati da adeguati meccanismi di premialità e di penalizzazione, anche di tipo economico (ad es. la riduzione dei pagamenti in caso di ricoveri ripetuti);
- ✓ modalità di coinvolgimento e di collaborazione con le cure primarie, l'area specialistica e il livello ospedaliero;
- ✓ modalità di pagamento;
- ✓ modalità di trasmissione delle informazioni;
- ✓ modalità attuative dei controlli.

Fonti: DDGR IX/937/10 e IX/1479/11; Agnello et al.

2.3.4 I primi passi del sistema CReG: l'avvio della sperimentazione nel 2011

Con la determinazione dei raggruppamenti per patologia e delle relative tariffe, si è conclusa la strutturazione del sistema CReG da parte della Regione, almeno per quanto riguarda la fase sperimentale. Nella seconda metà del 2011, le cinque ASL oggetto hanno emanato di primi bandi per l'“affidamento del servizio sperimentale di gestione del CReG”, riservati, “in prima pubblicazione” a MMG in forma singola o associata. Nel caso in cui i medici di base non si propongano, si terrà una ulteriore gara pubblica (“secondo bando”)

aperta a Fondazioni, AO, ONLUS, privati accreditati per l'individuazione del gestore.

I contenuti rilevanti degli avvisi di gara reperiti sui siti istituzionali¹⁹ sono così riassumibili:

- si ribadisce il riferimento alle patologie, alle tariffe e ai requisiti organizzativi e tecnologici della DGR IX/1479/11 e della DDG Sanità 4383/11;
- i professionisti che intendono aderire devono costituire un "Ente Gestore - Provider" dotato di personalità giuridica (società di servizio, cooperativa, associazione temporanea di impresa, o altro)²⁰;
- la durata del contratto tra ASL e provider è di 12 mesi, rinnovabile per altri 12;
- l'offerta deve indicare il numero di pazienti che prenderà in carico e dovrà definire chiaramente i percorsi clinico-gestionali relativi ai diversi gruppi di patologie;
- la ASL, attraverso una apposita commissione nominata dal direttore generale, valuta l'offerta secondo criteri esclusivamente qualitativi, che sono riassunti nella seguente tabella:

Tabella 2: elementi di valutazione per l'assegnazione dei CReG (ASL Mi e Mi 2)

Elemento	Parametri	Peso/100	Punti
Flussi informativi	<ol style="list-style-type: none">1. Coordinamento delle prestazioni sanitarie e registrazione in un EPR compatibile con il SISS2. Sviluppo di interfacce di accesso ai sistemi3. Condizioni di raccolta, elaborazione, trasmissione dati (allarmi compresi)	20	20
Protocolli operativi e procedure di controllo	<ol style="list-style-type: none">1. Somministrazione, elaborazione e trasmissione trimestrale alla ASL di questionari di customer satisfaction2. Sviluppo di un sistema di gestione dei reclami e relative azioni correttive	10	15
Forniture	<ol style="list-style-type: none">1. Consegna, gestione, manutenzione e ritiro a domicilio delle apparecchiature richieste dai profili di cura2. Formazione dei pazienti e dei familiari in riferimento alle apparecchiature installate3. Fornitura e supporto di altri servizi	5	10
Organizzazione e gestione Centro Servizi	<ol style="list-style-type: none">1. Condizioni di avvio e funzionamento: orari, protocolli di gestione documentale e formazione degli operatori2. Esperienza nel campo della telemedicina (priorità a progetti svolti in Lombardia)3. Gestione delle situazioni critiche, dei triage e della documentazione4. Servizio di compliance farmacologica, di personalizzazione del farmaco e di formazione del paziente	35	30

¹⁹ Si tratta delle ASL di Milano e Milano 2-Melegnano, pubblicati rispettivamente il 22 e il 25 Luglio 2011 e con scadenza nel corso di settembre 2011.

²⁰ Il provider "opera nel rispetto di quanto contenuto nell'art. 54 ("Forme associative dell'assistenza primaria") dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Disciplina dei Rapporti con i Medici di Medicina Generale in materia di ambiti territoriali di scelta".

Personale	1. Accordi di collaborazione con MMG del territorio e modalità di raccordo con specialisti, CA e 118. 2. Individuazione di coordinatore medico e case manager opportunamente formati	25	20
Proposte migliorative	Innovazioni tecnologiche e di processo finalizzate al miglioramento qualitativo del servizio e al contenimento dei costi.	5	5

Fonte: avviso pubblico rivolto ai MMG della città di Milano per l'affidamento del servizio sperimenta ledi gestione del CReG (Chronic Related Group)

- Il vincitore è selezionato calcolando un "indice di valutazione del progetto" pari alla sommatoria dei punteggi ponderati ottenuti per ciascun elemento di valutazione.
- la ASL fissa il numero di pazienti coinvolti nella sperimentazione (a Milano, 50.000, con l'obbligo per ogni singolo gestore di prendere in carico almeno 8.500 malati; a Melegnano, i pazienti coinvolti sono 15.000). Se il *provider* vincitore offre di assistere meno pazienti rispetto a quelli complessivamente interessati dal progetto, potranno essere incaricati altri gestori ritenuti idonei, secondo la graduatoria di gara e fatto salvo un punteggio minimo di idoneità.

A Marzo 2012 le gare ("primi bandi") tenute nelle ASL interessate dalla sperimentazione profilano il seguente scenario:

Tabella 3: i gestori dei CReG nelle ASL lombarde oggetto di sperimentazione a Marzo 2012

ASL	MMG totali	Scelte per medico ²¹	MMG coinvolti ²²	Provider	Società di servizi
Milano	990	1.335	65 (6,6%)	Coop. Medici Milano Centro	Telbios
Milano 2	372	1.267	55 (14,7%)	Coop. Iniziativa Medica Lombarda; Paxme Gestioni	Telbios; Paxme assistance & Salute in Rete
Bergamo	686	1.253	205 (29,8%)	Coop. Iniziativa Medica Lombarda	Telbios
Como	397	1.197	86 (21,6%)	Coop MG CReG; Cosma 2000 s.c.r.l.; Paxme Gestioni;	Telbios; Accura; Paxme assistance & Salute in

²¹ Media ottenuta dividendo le scelte per il numero di MMG operanti. Dati Ministero della Salute 2007.

²² Numero di professionisti coinvolti in una o più cooperative. Tra parentesi la percentuale di MMG aderenti sul totale dei Medici operanti nella ASL.



				Coop Medicare	Rete
Lecco	229	1.276	9 (3,9%)	Cosma s.c.r.l.	Accura
Totale ASL oggetto di sperimentazione	2.674	1.258	415 (15,5%)	/	/

Fonti:

-Ministero della Salute, strutture e attività ASL 2007;

-Interviste telefoniche dott. Di Malta (AD Co.S), dott. Grisetti (Cosma 2000), dott. Rigamonti (Paxme).

-Corriere Medico del 17/11/2011, disponibile on line:

<http://80.70.114.18/cs/Satellite?c=Articolo&childpagename=MedWeb%2FLayout&cid=1300959932809&p=1263985641426&pagename=MedWebWrapper>

-Eco di Bergamo 19/10/2011, disponibile on line:

http://www.ecodibergamo.it/stories/Cronaca/240757_cronici/

Nel corso di Gennaio e Febbraio 2012, le cooperative di MMG individuate come provider che hanno sottoscritto un contratto con le ASL hanno quindi avviato la fase di reclutamento dei pazienti cronici, che si è concluso a fine Marzo 2012.

3. L'introduzione delle cure sub-acute in Regione Lombardia

3.1. Le motivazioni dell'introduzione delle cure sub-acute in Lombardia

Alla base dell'introduzione di un sistema di posti letto "tecnici" destinati alle cure sub-acute c'è la consapevolezza che un'ampia fascia di popolazione (cronici ed anziani) necessita di forme di ricovero caratterizzate da minore medicalizzazione (assenza di dipartimenti emergenza-urgenza, blocco operatorio, minore presenza di specialisti, eccetera). A parità di *outcome* clinico, il ricovero in strutture prive di tali dotazioni dell'ospedale per acuti rappresenta un passo significativo verso la razionalizzazione organizzativa e la riduzione dei costi. Oltre che da tali considerazioni sulla domanda assistenziale, la conversione di PL da acuti a sub-acute è dettata dall'esigenza di diminuire la dotazione regionale di posti letto per soddisfare i parametri dell'Accordo Stato-Regioni del 23 Marzo 2005 e del Patto per la Salute 2010/2012 (4,5 e 4 PL per 1.000 abitanti).

3.2. Definizione delle cure sub-acute, indirizzi organizzativo - gestionali e distribuzione territoriale (DGR IX/937/10; DGR IX/1479/11)

Secondo la definizione della disciplina regionale, le cure sub-acute sono trattamenti sanitari erogati senza soluzione di continuo dopo un ricovero acuto o in alternativa allo stesso, per trattare uno o più problemi clinici in fase attiva, diretti a pazienti prevalentemente anziani e affetti da patologie croniche. Le attività di cura, tipicamente a medio - bassa medicalizzazione, dovrebbero essere svolte in moduli da 20 posti letto tecnici. La durata media delle degenze

in strutture per cure sub acute non dovrebbe essere inferiore ai 10-15 giorni, comunque non superiore ai 30/40 giorni.

La Regione stabilisce specifici criteri clinici per il trasferimento in strutture subacute, oltre ai requisiti di accreditamento delle stesse. Indica inoltre una scheda - tipo per l'arruolamento del paziente nella struttura e un relativo indice di intensità assistenziale.

La tariffa giornaliera indicativa individuata dalla Regione è variabile tra i 150 e i 190 euro, stimata in base ai dati raccolti tramite le sperimentazioni già in atto (Soncino, Milano, Varese). Contrariamente a quanto stabilito per il primo anno di attivazione (il 2011) dai prossimi esercizi è probabile l'istituzione di un tetto di budget *ad hoc* per le cure sub-acute. Secondo la dirigenza regionale, i costi di attivazione delle cure sub - acute troveranno parziale compensazione nei risparmi dovuti al minore e più appropriato utilizzo delle strutture per acuti.

Secondo quanto stabilito dalla disciplina regionale, le strutture accreditate di tipo sanitario in cui sono attivati i posti letto subacuti sono preferibilmente di dimensione medio - piccola, non inserite nella rete dell'emergenza-urgenza. In realtà, diverse aziende ospedaliere dell'area metropolitana milanese hanno avviato, o progettano di avviare, attività di cure sub-acute. E' invece ritenuta improbabile l'apertura di nuove strutture esclusivamente dedicate alle cure sub-acute. I posti letto sub-acuti possono essere gestiti sia da personale interno, già impiegato presso le strutture, sia da personale esterno, dipendente da operatori specializzati privati accreditati. Il fabbisogno strutturale per le attività subacute in Lombardia è quantificato dalla DGR IX/937/10 in 1.146 posti letto, nella classica proporzione pubblico/privato "7/3" e distribuiti nelle ASL regionali come indicato nella Tabella 4. Nel corso del 2011, però, la Regione ha registrato la conversione di circa 880 posti letto da acuti a sub-acute.

Tabella 4: la suddivisione territoriale dei PL sub-acute ex DGR IX/937/2010

ASL	PL	ASL	PL
Bg	118	Mi2	59
Bs	97	MB	66
Co	54	Pv	91
Cr	37	So	26
Lc	55	Va	76
Lo	27	VCam	14
Mn	30	Mi1	146

Fonte: DGR IX/937/10

4. Le vision degli attori chiave del sistema CReG

La tecnica dei Focus Group con i soggetti chiave del sistema CReG ha permesso di approfondire:

- i ruoli operativi svolti da ciascun attore, con riferimento a ciascuna fase della presa in carico del paziente;
- i punti di forza e di debolezza del sistema;
- le opportunità e le minacce espresse da tutti i partecipanti ai Focus Group con riferimento alle principali categorie professionali, produttive e ai soggetti istituzionali coinvolti nella sperimentazione: MMG, case farmaceutiche, ASL;
- la posizione di centralità/marginalità nel sistema assunta dai diversi soggetti, sia in una prospettiva di attuale/a breve termine che di medio-lungo termine.

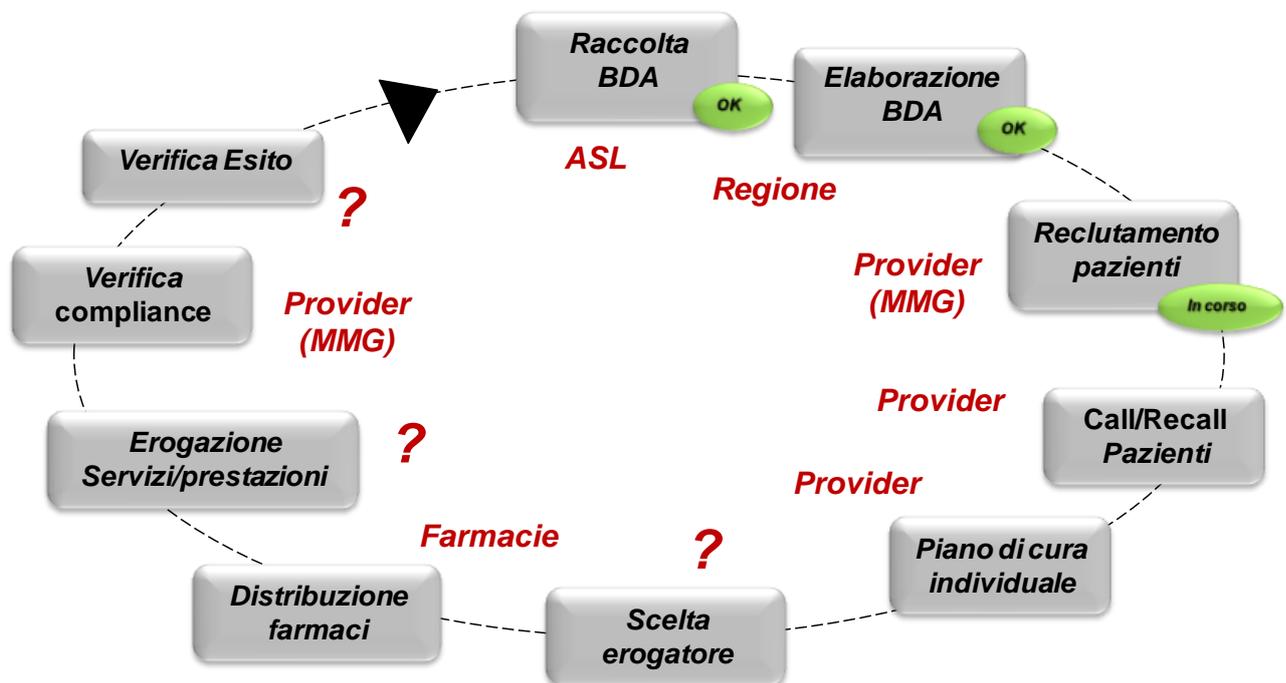
4.1. Ruoli e responsabilità nella presa in carico del paziente

Il sistema dei CReG si presenta come un modello flessibile, che lascia ai diversi soggetti coinvolti un significativo margine di libertà nel determinare il grado e le modalità di coinvolgimento nella sperimentazione. Alcune responsabilità, naturalmente, sono fissate dalla legge nazionale o regionale (ad esempio, la facoltà del MMG di continuare a prescrivere le prestazioni sanitarie di cui necessita il proprio assistito). Le funzioni inerenti la presa in carico del paziente sono chiaramente attribuite al *provider*, quindi, in prima battuta, ai MMG: tuttavia, il gestore può coinvolgere attivamente gli altri soggetti coinvolti nel processo di cura sino all'esternalizzazione di alcune funzioni (ad esempio, l'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale) mantenendo però la responsabilità finale sull'esito clinico delle attività di assistenza. La

Figura 7 evidenzia i principali passaggi della presa in carico all'interno del sistema CReG, evidenziando con un punto interrogativo i ruoli che la disciplina regionale non assegna specificatamente ad un soggetto. La

Figura 8 raccoglie invece le ipotesi emerse nel corso dei Focus Group in merito a come i soggetti coinvolti nell'assistenza ai pazienti cronici potrebbero interpretare e implementare concretamente le fasi della presa in carico. Le prime fasi della presa in carico sono state già svolte (raccolta ed elaborazione dei dati BDA) oppure sono in corso: in particolare, a Febbraio 2012, le Cooperative di MMG che si sono aggiudicate il ruolo di *provider* e hanno concluso contratti con le ASL stanno provvedendo al reclutamento dei pazienti. Si registra più incertezza sui successivi passaggi della presa in carico: se il *provider* MMG dovesse esternalizzare le proprie funzioni-chiave (*call-recall* paziente, indirizzo del malato verso l'erogatore, verifica dello stato di salute) potrebbero aprirsi spazi per un protagonismo delle Società di servizi o dei soggetti erogatori accreditati. Gli attori che riusciranno a presidiare con successo le funzioni di coordinamento all'interno del sistema (raccolta ed elaborazione dei dati clinici, accompagnamento quotidiano del paziente, raccordo con la funzione di erogazione) avranno maggiori *chances* di guadagnare la centralità nel sistema, anche a prescindere dalla formale qualifica di gestore del CReG.

Figura 7: i principali passaggi delle presa in carico del paziente nel sistema CReG



Fonte: elaborazione Cergas a partire da DDGR IX/937/10 e IX/1479/11, da materiali raccolti attraverso interviste a dirigenti regionale e/o ai partecipanti ai Focus Group.

Figura 8: ipotesi sui ruoli e le modalità di svolgimento dei passaggi chiave nella presa in carico

Call/Recall pazienti	Hp 1: cooperativa MMG come provider Hp 2: Sds in accordo con il provider - MMG Hp 3: strutture di ricovero in accordo con provider/Sds
Stesura piano di cura individuale	Hp 1: cooperativa MMG come provider Hp 3: strutture di ricovero in accordo con provider/Sds
Scelta erogatore	Hp 1: paziente su tutti gli erogatori accreditati Hp 2: paziente incentivato a rivolgersi ad un numero limitato di erogatori con i quali il provider definisce accordi di priorità sulle agende Hp 3: paziente che si rivolge ad un erogatore in libera professione
Erogazione servizi/prestazioni	Hp 1: erogatori puri Hp 2: erogatori puri + SdS per servizi di Telemedicina Hp 3: erogatori puri + SdS per servizi di Telemedicina + Copp. MMG/farmacie per servizi a bassa intensità e di monitoraggio
Verifica esito clinico	Hp 1: MMG Hp 2: Specialista della struttura di erogazione

Fonte: elaborazione Cergas a partire da DDGR IX/937/10 e IX/1479/11, da materiali raccolti attraverso interviste a dirigenti regionale e/o ai partecipanti ai Focus Group.

4.2. Punti di forza e debolezza del sistema CReG; posizionamento attuale e prospettico (breve termine) degli attori-chiave

I Focus Group hanno permesso di individuare i punti di forza e debolezza del sistema secondo l'interpretazione di MMG, case farmaceutiche e dirigenti ASL. I principali elementi emersi sono sintetizzati in

Figura 9, mentre le opportunità e le minacce per ciascuno di questi attori sono riportate in Figura 10.

Figura 9: *punti di forza (Strengths) e di debolezza (Weaknesses) del sistema CReG*



Fonte: elaborazione Cergas a partire dai materiali raccolti attraverso i Focus Group.

Figura 10: opportunità (*Opportunities*) e minacce (*Threats*) legate all'introduzione del sistema CReG per gli attori chiave del sistema

MMG “controversa apertura”

Opportunities

- Coinvolgimento e opportunità di valorizzazione del ruolo del MMG
- Opportunità di acquisire nuove competenze medico-cliniche e manageriali

Threats

- Timore del fallimento economico del provider
- Timore dell'abbassamento degli standard assistenziali
- Deboli skills nella relazione contrattuale con le società di servizi
- Concorrenza da parte del privato accreditato

PHARMA “in attesa”

O

- Innovazione farmaceutica e tecnologica (sviluppo telemedicina)

T

- Scarso coinvolgimento della filiera del farmaco
- Distorsioni a favore dei provider-erogatori (sconti negli acquisti dei farmaci)
- “Tensioni” su HTA e PDTA per l'inserimento dei farmaci (quale interlocutore?)
- Aumento generici

ASL “opportunità di rafforzamento”

O

- Sviluppo medicina di iniziativa: diminuzione dei costi sociali ed economici della cronicità
- Rafforzamento delle funzioni PAC della ASL (più attenzione agli aspetti qualitativi del controllo)
- Aumento appropriatezza consumi sanitari

T

- Possibile aumento dei costi nel breve periodo (aumento tasso reclutamento, maggiore compliance)
- Difficile integrazione nel preesistente sistema di cure primarie
- Opposizione dei MMG più tradizionalisti

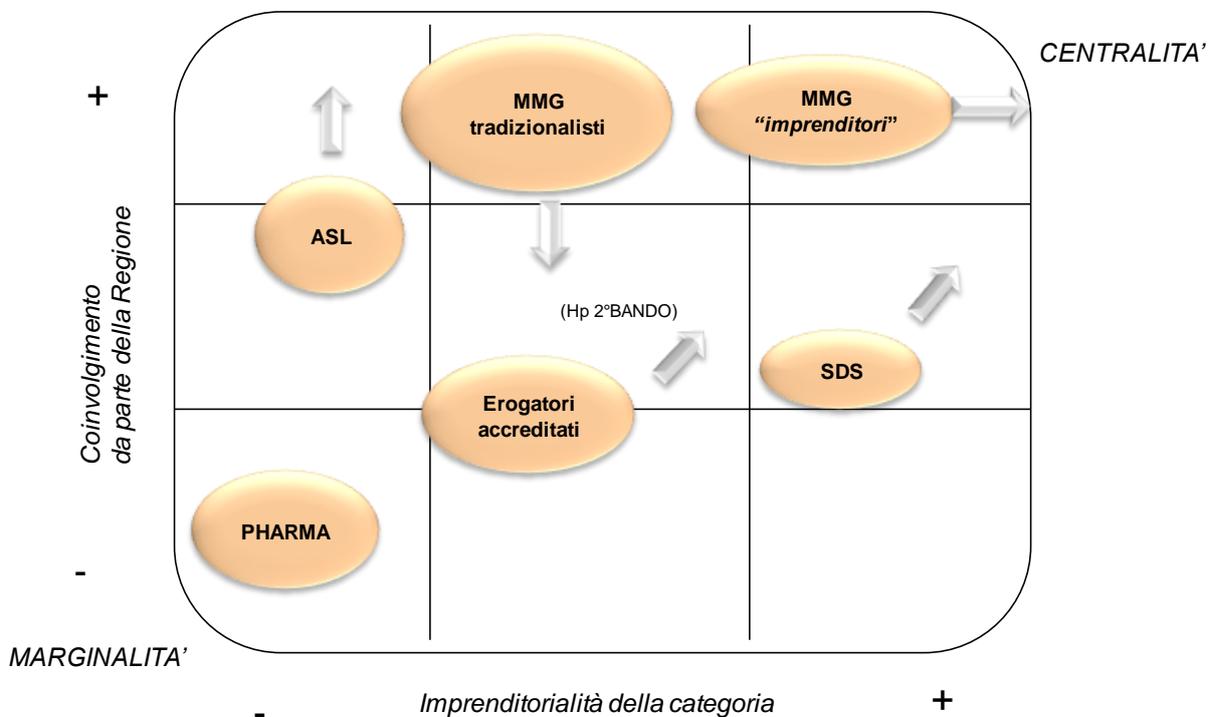
Fonte: elaborazione Cergas a partire dai materiali raccolti attraverso i Focus Group.

A partire dai materiali sopra raccolti, si presenta una rappresentazione dinamica del sistema CREG in relazione a due variabili: il coinvolgimento nel



sistema da parte della Regione e l'imprenditorialità della categoria. Facendo leva su una o entrambe le variabili, i soggetti coinvolti nell'assistenza al malato cronico possono guadagnare la centralità nel sistema CReG (angolo in alto a destra nello schema). La modellizzazione considera come dato il contesto normativo e si pone in una prospettiva di breve periodo (1-2 anni di svolgimento della sperimentazione). Il posizionamento dei MMG rispecchia la frammentazione della categoria. Una componente (finora minoritaria) dei medici considera la sperimentazione come un'occasione per valorizzarla propria professionalità, facendo leva su capacità organizzative e sistemi informatici ormai rodati. Questi MMG "imprenditori" rimarranno interlocutori privilegiati per le ASL e la stessa Regione, mantenendo centralità nel sistema e capacità di adattamento sia ai bisogni che agli indirizzi di *policy*. La maggior parte dei medici, però, sembra manifestare perplessità sulle modalità con le quali la categoria è stata coinvolta nell'introduzione dei CReG: meno dinamica, meno preparata sul piano delle abilità manageriali e della dotazione tecnologica, teme in particolare il rischio economico che, a regime, graverà sul *provider*. Di conseguenza, è probabile che nel tempo questi professionisti affidino la gestione operativa dei CReG a società fornitrici di servizi, più strutturate nella gestione della relazione con il paziente e nell'impiego di strumenti di programmazione e controllo economici. Grazie alla loro spinta imprenditoriale, le società di servizi tenderanno ad acquisire spazio come interlocutori per gli enti pubblici, a scapito degli MMG meno proattivi. La ASL è finora stata molto coinvolta dalla Regione nell'avvio della Sperimentazione: dalla scelta del *provider* locale al mantenimento integrale delle funzioni di PAC. Le ASL e la stessa Regione si attendono un rafforzamento delle funzioni di controllo, con un particolare accento sugli aspetti qualitativi (stato di salute del paziente). Tuttavia, data la tradizionale debolezza delle Aziende lombarde nel segmento delle cure primarie, è difficile che le Aziende possano esercitare appieno la leva regolatoria per indirizzare i comportamenti degli attori del sistema. E' quindi improbabile che le ASL aumentino la loro centralità facendo leva sull'imprenditorialità. Le case farmaceutiche sono finora rimaste ai margini del sistema, senza essere attivamente coinvolte a parte della Regione. Finchè le ASL e le farmacie manterranno la funzione di "filtro" con il provider e il paziente, è improbabile che i produttori di farmaci assumano un ruolo più centrale. Infine, i privati accreditati: finora il loro coinvolgimento nel sistema è rimasto a livello ipotetico, subordinato all'emanazione di un "secondo bando"; tuttavia, la maggior parte degli attori intervistati nel corso della ricerca concordano nelle potenzialità dei privati accreditati, che già dispongono della dotazione tecnologica, delle capacità organizzative e del know-how medico-specialistico per gestire efficacemente i CReG. Sia il coinvolgimento da parte della Regione, sia la spinta imprenditoriale sono quindi destinati a crescere, con la possibilità di diventare attori centrali nel sistema.

Figura 11: il posizionamento prospettico degli attori chiave del sistema



Fonte: elaborazione Cergas a partire dai materiali raccolti attraverso i Focus Group.

4.3. Modelli e ruoli emergenti del sistema CReG: la prospettiva di medio-lungo termine

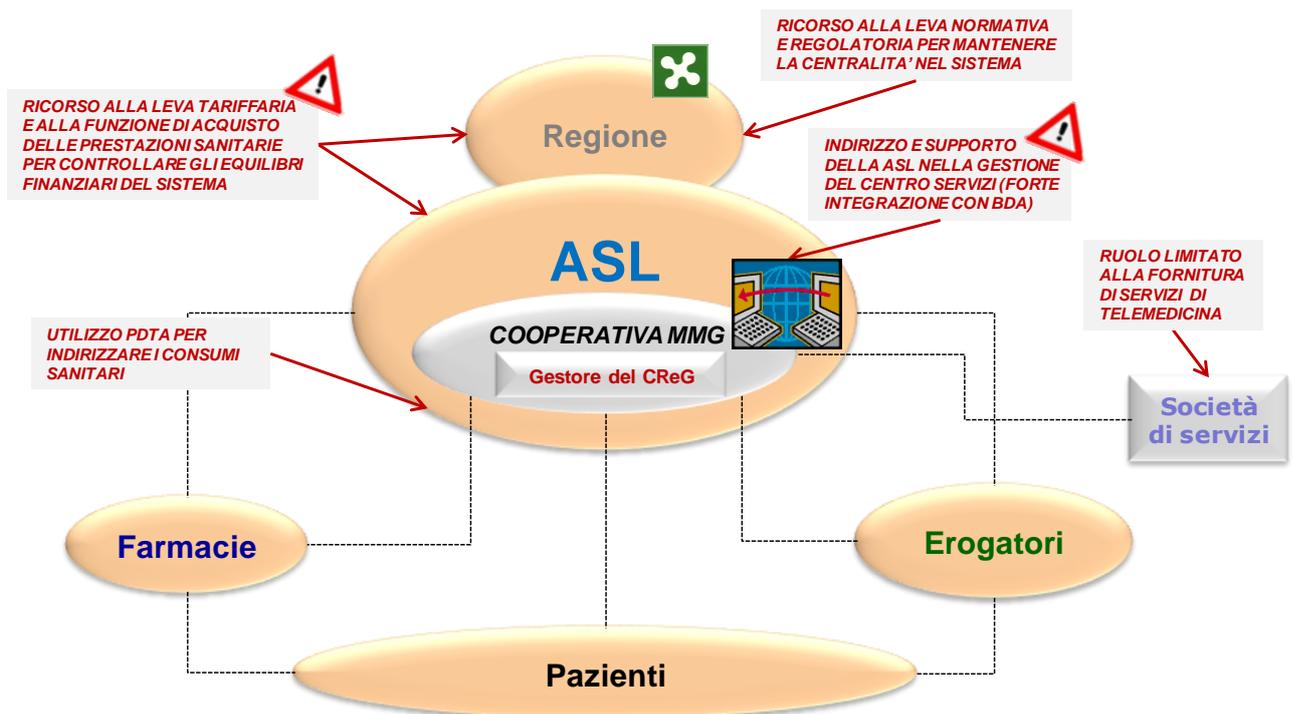
I modelli che seguono elencano i possibili scenari evolutivi del sistema CReG, indicando per ciascuno scenario i soggetti che occupano una posizione di centralità nel sistema e le relative leve (punti di forza) che consentono di guadagnare e mantenere la posizione pivotale.

I modelli si pongono in una prospettiva di medio-lungo termine (3-5 anni) e assumono che alcuni attuali limiti normativi possano cadere (in particolare, il

diritto di prelazione per i MMG e l'esclusiva della ASL nel contrattare i budget con gli erogatori).

L'assetto "a centralità ASL" (Figura 12) coincide con il modello dichiarato dal *policy-maker*: in esso la predominanza della ASL è fortemente sostenuta dalla leva regolatoria esercitata dalla Regione. Le Aziende mantengono ed esercitano la facoltà di programmare e controllare il sistema sia dal punto di vista economico-finanziario (definizione dei volumi e dei corrispettivi di produzione, pagamento di premialità/penalizzazioni in base alla qualità dell'assistenza, ecc.) sia sotto il profilo gestionale (definizione PDTA, gestione dei dati dei pazienti). Le Aziende, di fatto, inglobano le cooperative di MMG che possono o meno mantenere nominalmente la gestione dei CReG. L'affermarsi di tale modello dipende *in primis* dalla volontà e dalla capacità delle Aziende di interpretare attivamente il loro ruolo; in seconda battuta, dalla debolezza delle cooperative di MMG, che si rivolgono al soggetto istituzionale territorialmente più prossimo per la gestione dei sistemi informativi e delle relazioni finanziarie con gli altri attori del sistema. I professionisti, però, mantengono un significativo livello di contatto diretto con i pazienti.

Figura 12: il modello a centralità ASL

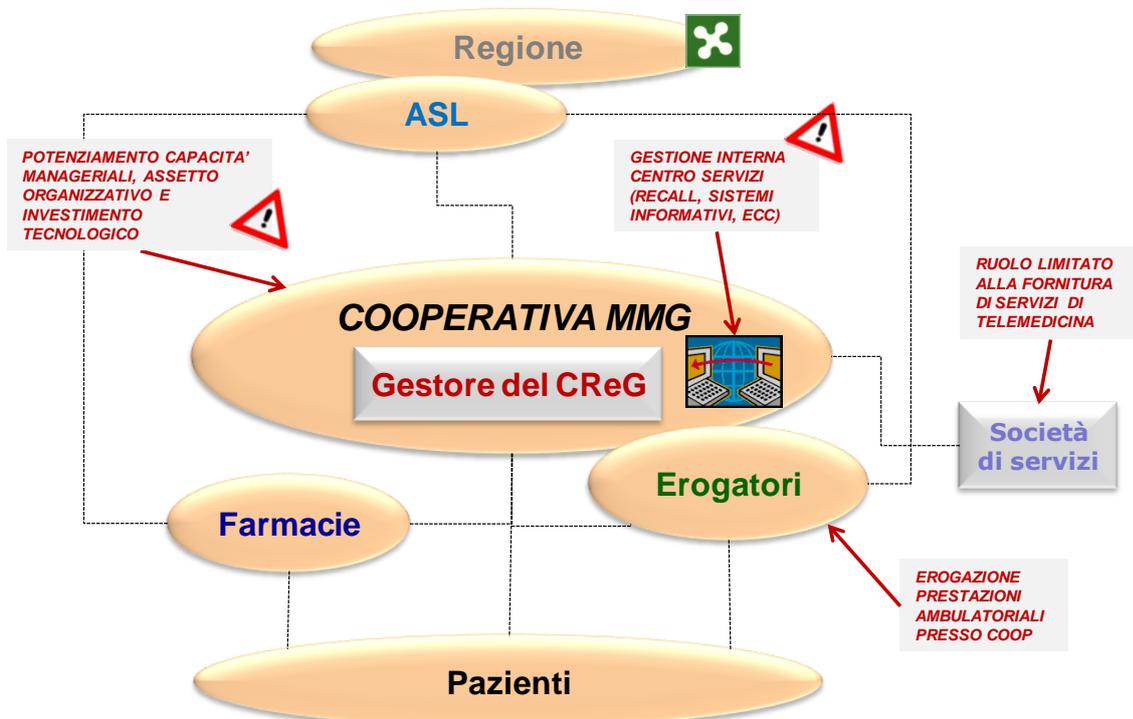


Fonte: elaborazione Cergas a partire dai materiali raccolti attraverso i Focus Group.

Il modello "a centralità MMG" (

Figura 13) vede la predominanza della cooperativa di MMG "imprenditori", in grado di gestire direttamente il centro servizi, di accordarsi con gli erogatori per assicurare ai propri assistiti le prestazioni in tempi brevi, di raccogliere ed utilizzare i dati clinici degli assistiti, di dotarsi di efficaci strumenti di programmazione e controllo economici. In questo scenario i MMG, grazie alle loro capacità organizzative, riescono a mantenere una sostanziale autonomia sia dalla ASL che dalle società di servizi, relegate a semplici fornitori di telemedicina. Tale autonomia operativa, unita alle capacità professionali, consente ai MMG di mantenere il contatto diretto con il paziente e il ruolo centrale nel sistema previsto dall'attuale assetto.

Figura 13: il modello a centralità MMG

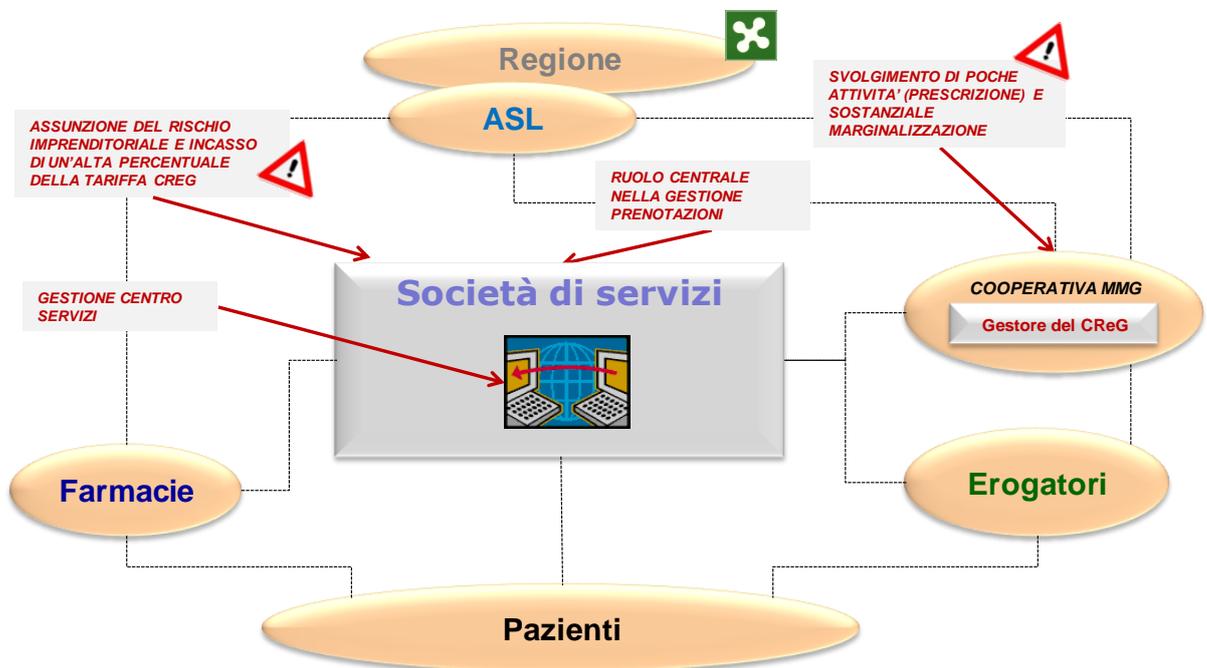


Fonte: elaborazione Cergas a partire dai materiali raccolti attraverso i Focus Group

Il modello a "centralità SdS" presuppone un ruolo debole della cooperativa di MMG. Anche se questi ultimi mantengono formalmente il ruolo di gestori dei CReG, è la società di servizi ad occuparsi del contatto con il paziente

(dall'arruolamento alla verifica della *compliance*) e del raccordo con gli erogatori. La cooperativa di MMG mantiene poche funzioni garantite dalla legge (ad. esempio, la facoltà di prescrivere) e deve cedere una considerevole quota della tariffa CReG alla società di servizi.

Figura 14: il modello a centralità SdS

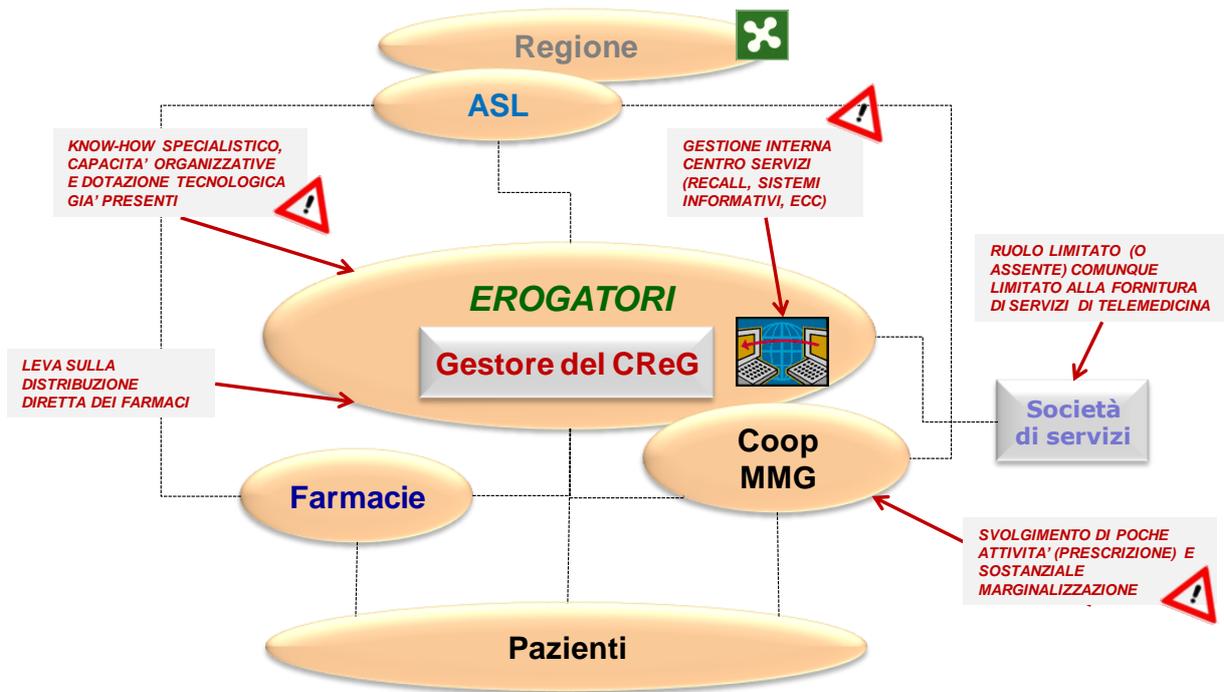


Fonte: elaborazione Cergas a partire dai materiali raccolti attraverso i Focus Group

Il modello a "centralità erogatore" (

Figura 15) presuppone che i MMG non riescano a proporsi come unici gestori dei CReG. I medici conservano, come nel modello precedente, le prerogative di categoria fissate dalla legge e dalla contrattazione nazionale. Tuttavia, il centro servizi e l'erogazione delle prestazioni sono gestite dall'ente accreditato (pubblico e privato che sia) che può far leva su rilevanti economie di scala (ad esempio, nell'acquisto di farmaci poi distribuiti direttamente agli assistiti) o di scopo (disponibilità di locali, sistemi informativi, personale medico specializzato). Da considerare, per un erogatore accreditato, il vantaggio di poter indirizzare verso le proprie strutture i pazienti cronici di cui si gestisce il CReG, con la possibilità di vedere successivamente riconosciuto l'aumento di volumi produttivi in termini di budget.

Figura 15: il modello a centralità erogatori



Fonte: elaborazione Cergas a partire dai materiali raccolti attraverso i Focus Group

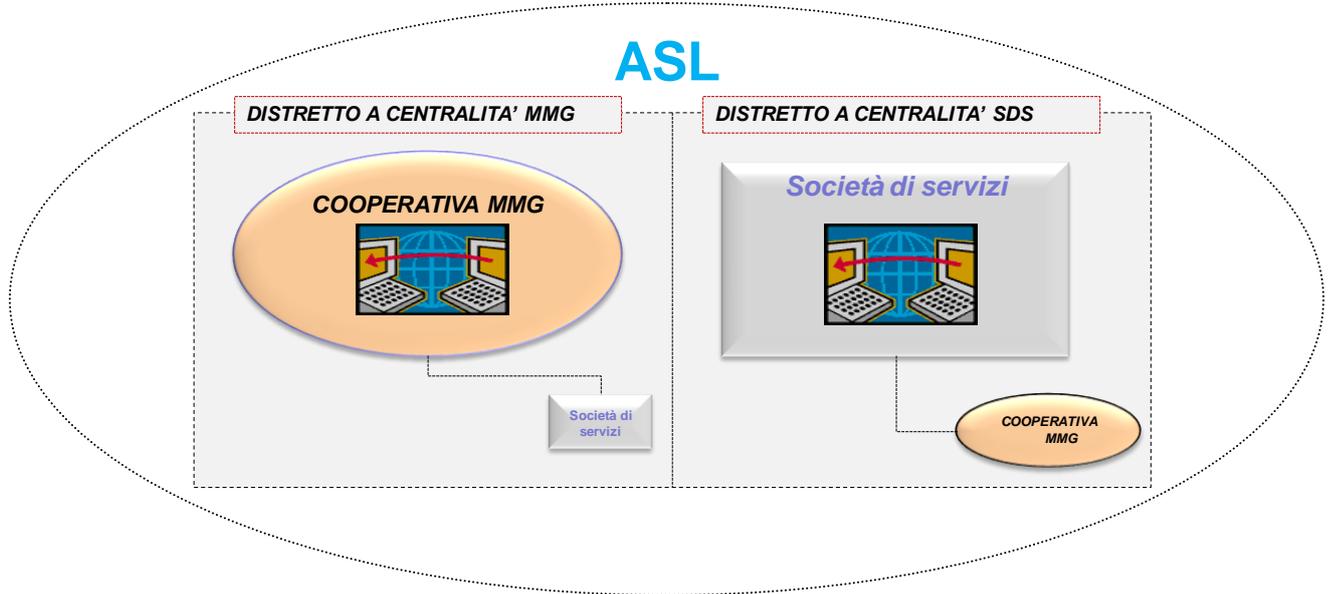
Infine si presentano due modelli che non presentano un soggetto dominante: il primo ("integrazione fra gli attori",) vede la stretta interazione tra ASL, cooperativa di MMG e società di servizi per la gestione del Centro servizi e conseguentemente, una forte integrazione dei sistemi informativi. Il secondo ("clusterizzazione territoriale") registra la coesistenza, all'interno di una stessa ASL, di più provider, ciascuno dei quali assiste un gruppo di pazienti presumibilmente (seppur non necessariamente) localizzati in differenti distretti. Entrambi questi modelli possono derivare da un equilibrio tra le diverse leve che i soggetti chiave del sistema possono manovrare.

Figura 16: il modello a integrazione tra gli attori



Fonte: elaborazione Cergas a partire dai materiali raccolti attraverso i Focus Group

Figura 17: modello a clusterizzazione territoriale



Fonte: elaborazione Cergas a partire dai materiali raccolti attraverso i Focus Group

5. Le prospettive per il privato accreditato tra CReG e cure sub-acute

Al termine dell'analisi documentale e della rielaborazione dei materiali raccolti attraverso i Focus Group, è possibile delineare il ruolo e le prospettive del privato accreditato nell'ambito delle recenti politiche lombarde a sostegno dell'integrazione ospedale-territorio. Il paragrafo conclusivo si propone di identificare i *driver* evolutivi sia del sistema CReG che del sistema di cure sub-acute, individuando quali opportunità, minacce e fattori critici di successo per i privati accreditati.

Secondo le dichiarazioni dei dirigenti regionali intervistati, il sistema CReG potrebbe subire modifiche al termine della fase di sperimentazione; è comunque improbabile che l'impianto generale del sistema sia radicalmente messo in discussione. Tale affermazione è motivata dalle seguenti considerazioni:

- il trend delle politiche nazionale e regionali nell'ambito delle cure primarie registra una crescente attenzione sia verso le forme di aggregazione della Medicina Generale²³, sia verso modalità di presa in carico globale del paziente cronico²⁴;
- il sistema dei CReG è un efficace strumento di programmazione e controllo economico delle risorse destinate alla cronicità. Al di là degli esiti iniziali della sperimentazione (che vedono un coinvolgimento ancora percentualmente limitato di MMG), il sistema CReG è coerente con le attuali necessità di razionalizzazione e contenimento della spesa sanitaria.

Assumendo che la direzione di *policy* sia ormai stata imboccata, è possibile prevedere una crescente integrazione tra assistenza sanitaria e sociale. Spesso i malati cronici più gravi sono anziani con disabilità, per i quali appare sensata, da punto di vista organizzativo, una fusione tra il sistema dei CReG e l'ADI. A questa considerazione si aggiunge l'esigenza di razionalizzare le competenze all'interno di regione Lombardia: benché ADI e CReG siano entrambi finanziati attraverso il SSR, il primo servizio dipende dall'Assessorato Famiglia e Solidarietà Sociale, mentre i CReG fanno riferimento all'assessorato Sanità. La nascita di un eventuale sistema integrato di risposta alla cronicità (che includa una quota rilevante di *caregiving*) porterebbe a rilevanti modifiche delle fonti di finanziamento dell'assistenza. Mentre le prestazioni sanitarie incluse nei LEA

²³ Si consideri, ad esempio, l'importanza attribuita alle AFT (aggregazioni funzionali territoriali) e alle UCCP (Unità Complesse delle Cure Primarie) dall'accordo collettivo nazionale con la medicina generale sottoscritto il 29/07/2009.

²⁴ Ci si riferisca, ad esempio, al progetto "dote sanitaria", introdotto sperimentalmente nel 2009 in quattro ASL lombarde. La "dote sanitaria" prevedeva l'assegnazione di risorse aggiuntive a gruppi di MMG ("comunità di professionisti che condividono conoscenze e metodi di lavoro") in base al numero di pazienti cronici assistiti, con riferimento alle principali patologie ad elevato impatto sociale (diabete, ipertensione e TAO). L'ammontare della dote era determinato a partire da costi registrati dalla BDA, dagli interventi previsti dai PDT. Ogni anno il distretto era incaricato di valutare la compliance del paziente al PDT e la percentuale di dote sanitaria "consumata" in termini di prescrizioni per farmaci e prestazioni. Si capisce, quindi, come il sistema CReG si ponga in continuità con gli obiettivi di continuità della presa in carico e di responsabilizzazione dei MMG già delineati con il progetto "dote sanitaria".

sono tradizionalmente a totale carico del SSR, l'introduzione di una forte componente sociale implicherebbe un contributo significativo da parte delle famiglie, che già oggi finanziano con rilevanti esborsi *out of pocket* l'acquisto di servizi presso le RSA.

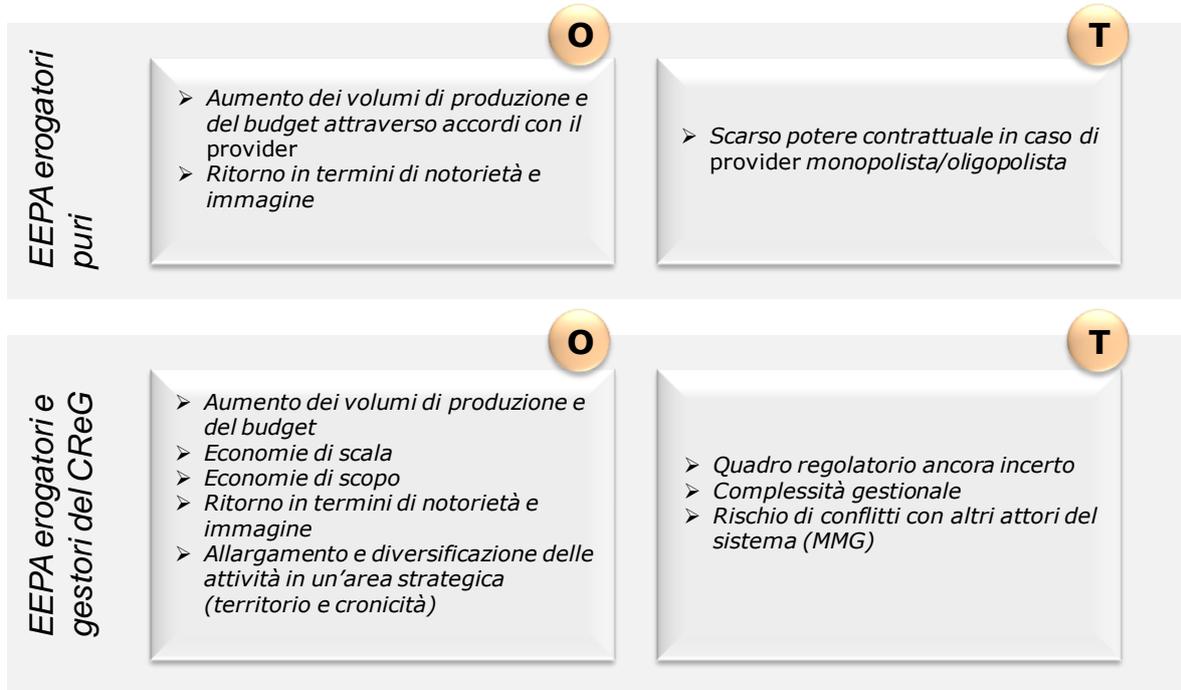
In tale contesto, i MMG appaiono come gli attori teoricamente più idonei per la presa in carico del paziente: localizzati sul territorio, caratterizzati da un approccio olistico e da un contatto diretto con il paziente, potenzialmente in posizione privilegiata per coordinare sia gli interventi sanitari che socio-assistenziali. Nel valutare le prospettive degli erogatori privati accreditati all'interno del sistema CReG, è necessario distinguere tra due scenari:

1. le cooperative di MMG, presumibilmente in *partnership* con altri attori (società di servizi, ASL), riescono a dotarsi degli strumenti gestionali e tecnologici per rispondere da soli alla consistente domanda di assistenza (vedi Tabella 1). I MMG si confermano, quindi, come soggetti provider del sistema CReG. I privati accreditati mantengono invece il ruolo di erogatori "puri". Ciò non significa che questi ultimi debbano restare ai margini del sistema CReG: è facile prevedere la conclusione di accordi con cui il provider assicura ai propri assistiti una porzione di agenda di uno o più erogatori accreditati. Così facendo, il provider può assicurare ai pazienti minori tempi d'attesa e alti standard qualitativi; gli erogatori hanno invece l'opportunità di "blindare" parte dei propri volumi produttivi.
2. le cooperative di MMG non riescono a rispondere in maniera esaustiva alla domanda assistenziale; di conseguenza, la Regione apre alla candidatura come *provider* di altri soggetti già delineati dalla DGR IX/937/10. I privati accreditati possono quindi proporsi come gestori del CReG, facendo leva sulla dotazione organizzativa e tecnologica e sul know-how medico-specialistico. (vedi par. 2.3.3).

Opportunità e minacce per i privati accreditati, sia come erogatori "puri" (scenario 1) che come provider-erogatori (scenario 2), sono sintetizzate nella

Figura 18:

Figura 18: opportunità (O) e minacce (T) per i privati accreditati nel sistema CReG



Fonte: elaborazione Cergas a partire dai materiali raccolti attraverso i Focus Group

In entrambi gli scenari, il principale elemento da tenere in considerazione è la possibilità che il gestore del CReG possa modificare la ripartizione del budget di specialistica ambulatoriale tra i differenti erogatori. Attualmente, gli erogatori di prestazioni ambulatoriali raggiungono, di norma, il tetto produttivo fissato dalla Regione. Considerata l'attuale necessità di contenere la spesa sanitaria, è improbabile che siano significativamente riconosciute le eventuali eccedenze. A livello di sistema, quindi, i budget dell'ambulatoriale non hanno concrete prospettive di crescita. In termini relativi, invece, la possibilità di stringere accordi con un *provider* in grado di indirizzare i consumi sanitari dei propri pazienti cronici potrebbe costituire un elemento in grado di accrescere i volumi di produzione (e dunque le attribuzioni di budget) del singolo erogatore a scapito di altri, lasciando invariata la spesa complessiva.

Il nuovo modello di presa in carico del paziente cronico testimonia la crescente attenzione del *policy maker* regionale verso l'assistenza territoriale e la medio-bassa intensità di cura, fino ad oggi considerate le "aree deboli" del SSR lombardo. Nel caso cadessero le barriere normative che attualmente "riservano" i CReG ai MMG, il nuovo sistema di presa in carico del paziente cronico rappresenterebbe un'occasione per diversificare le proprie aree di

operatività coerentemente con i bisogni e le priorità fissate dalle politiche sanitarie.

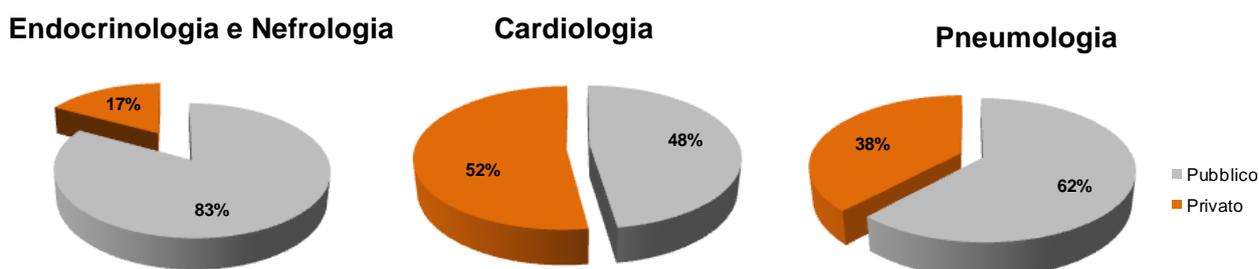
Diversi privati accreditati possono contare su di un know-how clinico e su un'esperienza consolidata nelle branche specialistiche afferenti ai CReG. Si tratta indubbiamente di una leva fondamentale per proporsi come provider. L'analisi dei volumi di produzione relativi alle prestazioni ambulatoriali per esterni è sicuramente un driver che delinea quali erogatori si trovano in posizione di leadership nelle specialità interessate dai CReG. A tal proposito, nella Tabella 5 e nella Figura 19 si presenta il quadro generale e la suddivisione pubblico-privato della produzione di prestazioni ambulatoriali relative a endocrinologia/nefrologia, cardiologia e pneumologia, con riferimento alla Regione Lombardia. Nella Tabella 6, nella Tabella 7 e nella Tabella 8 si riporta il dettaglio dei principali erogatori privati accreditati di prestazioni ambulatoriali nelle branche sopra descritte in Regione Lombardia. Per completare la panoramica si riporta infine la suddivisione pubblico - privato dei ricoveri riconducibili ad alcune patologie trattate dai CReG in regione Lombardia.

Tabella 5: l'erogazione di prestazioni ambulatoriali per esterni nelle branche specialistiche ricollegabili ai CReG – suddivisione pubblico - privato accreditato in Lombardia (2009)

Specialità	Prestazioni erogate dal pubblico	Prestazioni erogate dal privato	Totale prestazioni
Endocrinologia e Nefrologia	2.730.547	558.496	3.289.043
Cardiologia	1.622.187	1.775.948	3.398.135
Pneumologia	478.762	295.020	773.782

Fonte: "Dati e indicatori di attività ed efficienza delle strutture ospedaliere ed ambulatoriali pubbliche e private di Regione Lombardia - anno 2009" disponibile on line presso l'indirizzo <http://normativaservizi.it/citt/> del sito istituzionale di Regione Lombardia, DG Sanità, sezione normativa e pubblicazioni.

Figura 19: l'erogazione di prestazioni ambulatoriali nelle branche specialistiche ricollegabili ai CReG – suddivisione pubblico - privato accreditato in Lombardia (2009)



Fonte: "Dati e indicatori di attività ed efficienza delle strutture ospedaliere ed ambulatoriali pubbliche e private di Regione Lombardia - anno 2009" disponibile on line presso l'indirizzo <http://normativasn.servizirl.it/citt/> del sito istituzionale di Regione Lombardia, DG Sanità, sezione normativa e pubblicazioni. Prestazioni per esterni.

Tabella 6: Endocrinologia-Nefrologia: i principali erogatori privati accreditati di prestazioni ambulatoriali per esterni in Lombardia (2009)

Struttura	Località	Gruppo	Nr. prestazioni	% su prest. ambulatoriali (*)
POLIAMB. MULTIMEDICA HOLDING SPA	Sesto San Giovanni (Mi)	Multimedica	91.373	2,78%
POLIAMB. IRCCS MAUGERI	Pavia	Fondazione Maugeri	79.325	2,41%
CASA DI CURA SAN CARLO SPA	Milano	Istituto Auxologico Italiano	48.212	1,47%
ISTITUTO RICOVERO S.RAFFAELE	Milano	Fondazione San Raffaele	42.697	1,30%
POLICLINICO SAN PIETRO S.P.A.	Ponte San Pietro (Bg)	San Donato	33.859	1,03%
IST. CLINICO HUMANITAS	Rozzano (Mi)	Humanitas	26.212	0,80%
MULTIMEDICA HOLDING SPA	Castellanza (Va)	Multimedica	21.656	0,66%
I.R.C.C.S. POLICLINICO SAN DONATO	San Donato (Mi)	San Donato	19.797	0,60%
POLICLINICO SAN MARCO	Osio (Bg)	San Donato	17.254	0,52%
POLIAMB. POLICLINICO MONZA	Monza	Policlinico di Monza	16.167	0,49%

(*): totale delle prestazioni ambulatoriali erogate sia da pubblici che da privati accreditati in regione Lombardia, nelle branche di ENDOCRINOLOGIA e NEFROLOGIA.

Fonte: "Dati e indicatori di attività ed efficienza delle strutture ospedaliere ed ambulatoriali pubbliche e private di Regione Lombardia - anno 2009" disponibile on line presso l'indirizzo <http://normativasn.servizirl.it/citt/> del sito istituzionale di Regione Lombardia, DG Sanità, sezione normativa e pubblicazioni.

Tabella 7: Cardiologia: i principali erogatori privati accreditati di prestazioni ambulatoriali per esterni in Lombardia (2009)

Struttura	Località	Gruppo	Nr. prestazioni	% su prest. ambulatoriali (*)
ISTITUTO RICOVERO S.RAFFAELE	Milano	Fondazione San Raffaele	71.857	2,11%
CENTRO CARDIOLOGICO S.P.A. (MONZINO)	Milano	IEO	69.330	2,04%
CENTRO AUXOLOGICO-OSP. S.LUCA	Milano	Istituto Auxologico Italiano	55.561	1,64%
I.R.C.C.S. POLICLINICO SAN DONATO	San Donato (Mi)	San Donato	53.105	1,56%
CLINICHE GAVAZZENI SPA	Bergamo	Humanitas	47.236	1,39%
IST. CLINICO HUMANITAS	Rozzano (Mi)	Humanitas	47.059	1,38%
POLIAMB. POLICLINICO MONZA	Monza	Policlinico di Monza	36.733	1,08%

MULTIMEDICA HOLDING SPA	Castellanza (Va)	Multimedica	31.694	0,93%
POLIAMBULATORIO S.ANNA	Brescia	San Donato	30.746	0,90%
CENTRO AUXOLOGICO IT. S.MICHELE	Milano	Istituto Auxologico Italiano	29.537	0,87%

(*): totale delle prestazioni ambulatoriali erogate sia da pubblici che da privati accreditati in regione Lombardia, nelle branche di **CARDIOLOGIA**.

Fonte: "Dati e indicatori di attività ed efficienza delle strutture ospedaliere ed ambulatoriali pubbliche e private di Regione Lombardia - anno 2009" disponibile on line presso l'indirizzo <http://normativasan.servizirl.it/citt/> del sito istituzionale di Regione Lombardia, DG Sanità, sezione normativa e pubblicazioni.

Tabella 8: Pneumologia: i principali erogatori privati accreditati di prestazioni ambulatoriali per esterni in Lombardia (2009)

Struttura	Località	Gruppo	Nr. prestazioni	% su prest. ambulatoriali (**)
POLICLINICO SAN MARCO	Osio (Bg)	San Donato	13.262	1,71%
ISTITUTO RICOVERO S.RAFFAELE	Milano	Fondazione San Raffaele	7.661	0,99%
POLIAMB. IRCCS MAUGERI	Pavia	Fondazione Maugeri	6.681	0,86%
FONDAZIONE MAUGERI - C. DEL LAVORO	Tradate (Va)	Fondazione Maugeri	5.931	0,77%
CLINICHE GAVAZZENI SPA	Bergamo	Humanitas	5.665	0,73%
OSPEDALE S. GIUSEPPE	Milano	Multimedica	4.804	0,62%
IST. CLINICO HUMANITAS	Rozzano (Mi)	Humanitas	4.275	0,55%
I.R.C.C.S. POLICLINICO SAN DONATO	San Donato (Mi)	San Donato	3.369	0,44%
FONDAZIONE S. MAUGERI	Lumezzane (Bs)	Fondazione Maugeri	3.200	0,41%
ISTITUTO CLINICO CITTA' STUDI SPA	Milano	/	2.481	0,32%

(*): totale delle prestazioni ambulatoriali erogate sia da pubblici che da privati accreditati in regione Lombardia, nelle branche di **PNEUMOLOGIA**.

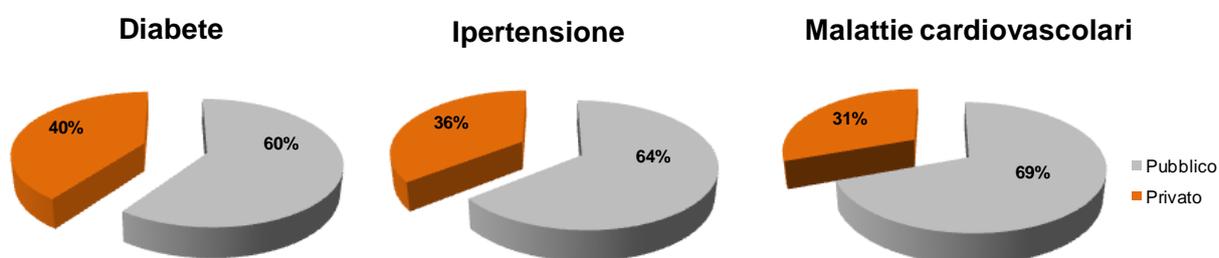
Fonte: "Dati e indicatori di attività ed efficienza delle strutture ospedaliere ed ambulatoriali pubbliche e private di Regione Lombardia - anno 2009" disponibile on line presso l'indirizzo <http://normativasan.servizirl.it/citt/> del sito istituzionale di Regione Lombardia, DG Sanità, sezione normativa e pubblicazioni.

Tabella 9: i ricoveri ordinari relativi ad alcune patologie trattate dai CReG – suddivisione pubblico - privato accreditato in Lombardia (2009)

Patologia	Ricoveri in strutt. pubbliche	Ricoveri in strutt. private accreditate	Totale ricoveri DO
Diabete (DRG 294-295)	3.138	2.102	5.240
Ipertensione (DRG 134)	1.386	769	2.155
Malattie cardiache (DRG 121-122-123-124-125)	17.951	7.922	25.873

Fonte: Ministero della Salute, dati SDO 2009.

Figura 20: i ricoveri ordinari relativi ad alcune patologie trattate dai CReG – suddivisione pubblico - privato accreditato in Lombardia (2009)



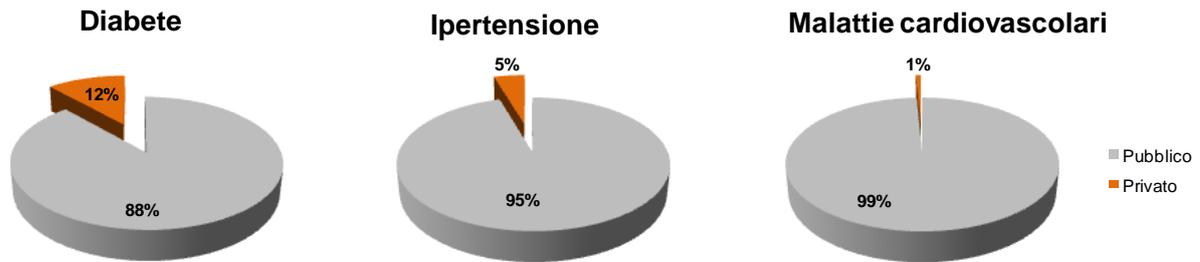
Fonte: Ministero della Salute, dati SDO 2009.

Tabella 10: i ricoveri diurni relativi ad alcune patologie trattate dai CReG – suddivisione pubblico - privato accreditato in Lombardia (2009)

Patologia	Ricoveri in strutture pubbliche	Ricoveri in strutture private accreditate	Totale ricoveri DH
Diabete (DRG 294-295)	3.766	490	4.256
Ipertensione (DRG 134)	1.052	50	1.102
Malattie cardiache (DRG 121-122-123-124-125)	274	2	276

Fonte: Ministero della Salute, dati SDO 2009.

Figura 21: i ricoveri diurni relativi ad alcune patologie trattate dai CReG – suddivisione pubblico - privato accreditato in Lombardia (2009)



Fonte: Ministero della Salute, dati SDO 2009.

Con riferimento alle cure sub-acute, non si profilano invece grandi opportunità di sviluppo né per i privati accreditati né per altri attori del sistema. La *policy* appare principalmente motivata da obiettivi di risparmio finanziario, oltre che dall'adeguamento ai bisogni di salute emergenti e dalle indicazioni nazionali di programmazione sanitaria (vedi par.3.1). La dirigenza regionale tende ad escludere l'apertura di nuove strutture per sub-acuti, chiudendo di fatto l'ingresso a MMG o operatori dell'assistenza socio-sanitaria. Per quanto riguarda invece gli erogatori accreditati nell'ambito ospedaliero, è terminata con il 2011 la fase di incentivo alla conversione dei posti letto da acuti a sub-acuti, durante la quale la produzione relativa ai nuovi posti letto tecnici è stata mantenuta extrabudget. La programmazione di spesa *ad hoc* per i posti letto sub-acuti che si profila per i prossimi esercizi ha il chiaro obiettivo di spostare una quota delle risorse verso modalità di ricovero a minore intensità assistenziale, riducendo in termini assoluti le attribuzioni ai singoli erogatori.

6. Conclusioni

L'introduzione dei CReG e delle cure sub-acute costituiscono due significative innovazioni di politica sanitaria dirette a colmare la conclamata debolezza del SSR lombardo nell'ambito delle cure primarie e dell'assistenza territoriale ai malati cronici e anziani. L'ambizioso obiettivo è quello di trasferire una parte dell'eccellenza clinica maturata in ambito ospedaliero verso livelli di cura a minore intensità assistenziale, responsabilizzando *in primis* la categoria dei Medici di Medicina Generale. Il *downshifting* verso il territorio, all'insegna della prevenzione e dell'appropriatezza, dovrebbe garantire ai pazienti trattamenti di minore intensità a parità di efficacia clinica, garantendo al contempo un risparmio per il SSR. Inoltre, con particolare riferimento al sistema CReG, le nuove politiche sanitarie aprono spazi per il protagonismo e lo spirito imprenditoriale dei soggetti convenzionati (MMG) o privati (Società di servizi), in coerenza con l'impostazione di fondo del sistema lombardo. Una criticità da tenere in considerazione è la complessità del sistema, almeno sotto il profilo della numerosità degli attori di sistema e delle reciproche relazioni. Ogni

soggetto fortemente coinvolto (cfr. Figura 11) deve compiere uno sforzo nel rivedere e rafforzare il proprio ruolo secondo nuovi paradigmi del sistema.

La Regione, dopo una prima fase in cui l'identità del soggetto *provider* non era ancora chiaramente definita, a Febbraio 2012 sembra scommettere sul ruolo centrale delle Cooperative di MMG come gestori del CReG, soprattutto in un'ottica di rivalorizzazione e stimolo della funzione della Medicina Generale. Il presupposto per il successo della sperimentazione resta comunque la capacità dei professionisti di dotarsi di adeguati strumenti per ampliare e integrare i servizi da loro offerti e, parallelamente, per gestire il rischio economico. E' poi naturalmente insostituibile il ruolo della Regione e della ASL, con particolare riferimento ai alla funzione di programmazione e controllo di sistema. I CReG devono garantire il difficile equilibrio tra tariffe adeguate a remunerare i fattori produttivi del *provider*, efficacia delle cure e contenimento della spesa. La chiave per riuscire in tale complesso compito regolatorio è innanzitutto l'elaborazione (regionale/aziendale) di percorsi, linee guida e/o standard minimi per le attività di diagnosi e terapia. A seguire, è necessario definire e monitorare indicatori relativi ai processi di cura e agli *outcome* di salute in grado di indirizzare le attività cliniche verso appropriatezza e qualità. Tali indicatori vanno poi accompagnati da adeguati meccanismi, anche economici, di premialità e sanzione. E' poi opportuno che la Regione inizi a riflettere sulle modalità con cui integrare l'assistenza medica e quella sociale per i pazienti fragili, superando steccati amministrativi ormai ingiustificati. Infine, un fattore di incertezza, sebbene connaturato alla fase di sperimentazione, è il ruolo che il *policy maker* intende delineare per case farmaceutiche e erogatori accreditati. Nel complesso, l'introduzione dei CReG e delle cure sub-acute denota la positiva volontà di innovare la sanità lombarda. Le nuove politiche di integrazione ospedale-territorio sono coerenti sia con i bisogni di salute, sia con l'impostazione e gli indirizzi strategici del SSR, che tradizionalmente riservano spazio e attenzione all'iniziativa e alle capacità imprenditoriali del privato, sia esso profit o non profit. Si tratta di un'impostazione che ha dato prove positive in ambito ospedaliero, ma che dovrà essere diversamente declinata sul piano dell'assistenza ospedaliera. Ancora una volta, la sfida della funzione regolativa consiste nel mantenere la regia del sistema attraverso rigorosi sistemi informativi, regole chiare ed efficaci incentivi, lasciando poi spazio al dinamismo e all'inventiva degli attori sociali e di mercato nella risposta al bisogno.

Allegato: traccia per la discussione nel corso dei Focus Group

SEZIONE A – l'introduzione dei CReG

1. VALUTAZIONE DEL SISTEMA CREG

- 1.1 Quali fattori ambientali motivano l'introduzione del sistema dei CREG in regione Lombardia (quali le opportunità e quali le minacce)?
- 1.2 Quali sono i principali punti di forza e di debolezza del sistema CReG (potenzialità e rischi) sul piano:
 - del miglioramento della qualità assistenziale (reclutamento pazienti, appropriatezza e continuità delle cure, e in definitiva, *outcome* clinici);
 - della razionalità organizzativa e della semplificazione del processo di cura (presenza di un gestore unico/garante della *compliance*, potenziamento tecnologico, questioni inerenti il principio di libertà di scelta, ecc.);
 - dell'adeguatezza e della sostenibilità economico finanziaria, sia per i soggetti garanti/erogatori sia per i soggetti pagatori pubblici?

2. IL RUOLO E LE PROSPETTIVE DEI MMG NEL SISTEMA CREG

- 2.1 Per la categoria degli MMG, quali opportunità (sviluppo professionale, raggiungimento della centralità nel sistema, aumento delle remunerazioni) e minacce (marginalizzazione e dipendenza da altri soggetti, aumento di complessità organizzativa a scapito della pratica professionale, scarsa convenienza economica) sono collegate all'introduzione dei CReG?
- 2.2 A seguito dell'introduzione del sistema CReG quale ruolo sarà svolto:
 - dal MMG come singolo professionista (gestione del centro servizi e delle attività di monitoraggio paziente, erogazione prestazioni, ecc);
 - dalle forme di coordinamento e associazione dei medici di base (informazione, rappresentanza in chiave contrattuale nei confronti di altri soggetti, gestione del centro servizi e delle attività di monitoraggio paziente, ecc);
 - dai sindacati di categoria (informazione, rappresentanza in chiave contrattuale nei confronti di altri soggetti, ecc);
 - dalle associazioni professionali/società scientifiche (informazione, rappresentanza in chiave contrattuale nei confronti di altri soggetti, attività di *audit* clinico, ecc).
- 2.3 Quali saranno i principali cambiamenti nell'attività professionale quotidiana del medico (accesso all'ambulatorio, svolgimento di nuove attività, aumento dei pazienti, utilizzo di nuove tecnologie, opportunità di specializzazione/arricchimento professionale)?

- 2.4 Con riferimento alle nuove tecnologie, quale può essere il ruolo della telemedicina? Con quali modalità tecniche e per quali patologie può essere attivato il servizio?
- 2.5 Quali sono i soggetti preposti all'arruolamento, allo screening e al *follow up* dei pazienti?
- 2.6 Quali sono i soggetti preposti alla verifica della *compliance* e alla valutazione dei parametri clinici dei pazienti a seguito degli esami effettuati?
- 2.7 A seguito dell'introduzione dei CReG qual è l'impatto atteso su:
- volumi e le caratteristiche del consumo farmaceutico;
 - meccanismi di prescrizione dei farmaci (quali attori e con che modalità);
 - meccanismi di pagamento dei farmaci (quali attori e con che modalità).
- 2.8 A seguito dell'introduzione dei CReG qual è l'impatto atteso su:
- volumi e le caratteristiche del consumo di visite specialistiche e diagnostica;
 - meccanismi di prescrizione di visite specialistiche e diagnostica (quali attori e con che modalità);
 - meccanismi di pagamento di visite specialistiche e diagnostica (quali attori e con che modalità).

3. IL RUOLO E LE PROSPETTIVE DELLA ASL NEL SISTEMA CREG

- 3.1 Nell'ambito del nuovo sistema di tariffe CReG, come evolverà il ruolo dell'ASL? Quali opportunità e minacce per la ASL stessa?
- 3.2 Come si evolverà la funzione di PAC dell'ASL in relazione in relazione al sistema CREG? Ad esempio:
- per la funzione di programmazione: raccolta periodica dati epidemiologici, aggiornamento PDTA, ecc;
 - per la funzione di acquisto: indicazione procedure di scelta soggetto garante della presa in carico, pagamento tariffe, ecc;
 - per la funzione di controllo: vigilanza sui requisiti organizzativi del centro servizi, controllo a campione sull'effettiva *compliance* degli assistiti, elaborazione dei sistemi di misurazione della performance del centro servizi, ecc.
- 3.3 Quali flussi informativi saranno trasmessi dal soggetto garante della presa in carico verso la ASL?

4. IL RUOLO E LE PROSPETTIVE DELLE AZIENDE FARMACEUTICHE NEL SISTEMA CREG

- 4.1 Quali opportunità e minacce sono collegate all'introduzione del nuovo sistema per le aziende farmaceutiche?
- 4.2 Come evolverà il rapporto delle Aziende farmaceutiche con ciascuno degli attori chiave nell'introduzione dei CReG (MMG, EEPA, ASL, Regione)?
- 4.3 Qual è l'impatto atteso sui volumi e le caratteristiche del consumo farmaceutico a seguito dell'introduzione dei CReG?
- 4.4 Quali variazioni rilevanti interesseranno:
 - i meccanismi di prescrizione dei farmaci;
 - i meccanismi di pagamento dei farmaci;
 - i meccanismi di trasporto, logistica e utilizzo dei farmaci?
- 4.5 Quali sono le principali strategie di risposta dell'azienda farmaceutica a questi fattori di discontinuità ambientale sotto il profilo delle scelte produttive e commerciali?

5. IL POSIZIONAMENTO STRATEGICO DEGLI ALTRI ATTORI CHIAVE NEL SISTEMA CREG

- 5.1. Nell'ambito del nuovo sistema CReG, come evolverà il ruolo degli erogatori privati accreditati anche in relazione ai rapporti con la medicina generale (da semplici erogatori a costituzione di società centro servizi a partnership con MMG ecc.)?
- 5.2. Chi assumerà una posizione di centralità gestionale e finanziaria nel sistema CReG (MMG, EEPA attraverso o indipendentemente la gestione del centro servizi, ASL, Regione)?

SEZIONE B – l'introduzione delle cure sub-acute

1. VALUTAZIONE DEL SISTEMA DELLE CURE SUB-ACUTE

- 1.1 Quali fattori ambientali motivano l'introduzione delle cure sub-acute in regione Lombardia (quali le opportunità e quali le minacce)?
- 1.2 Quali sono i principali punti di forza e di debolezza del sistema (potenzialità e rischi) sul piano:
 - del miglioramento della qualità assistenziale (appropriatezza e continuità delle cure, e in definitiva, *outcome* clinici);
 - della razionalità organizzativa e della semplificazione del processo di cura (flessibilità e appropriatezza derivante dall'organizzazione per intensità di cure, questioni inerenti la specializzazione delle competenze cliniche, ecc.);
 - dell'adeguatezza e della sostenibilità economico finanziaria, sia per i soggetti garanti/erogatori sia per i soggetti pagatori pubblici?



2. IL RUOLO E LE PROSPETTIVE DEI MMG NEL SISTEMA DELLE CURE SUB-ACUTE

- 2.2 Quali opportunità (sviluppo professionale, raggiungimento della centralità nel sistema, aumento delle remunerazioni) e minacce (complessità organizzativa, scarsa convenienza economica) sono collegate all'introduzione delle cure sub-acute per la categoria dei MMG?
- 2.3 Quali saranno i principali cambiamenti nell'attività professionale quotidiana del medico (svolgimento di nuove attività, opportunità di specializzazione/arricchimento professionale anche in campo gestionale)?

3. IL RUOLO E LE PROSPETTIVE DELLA ASL NEL SISTEMA DELLE CURE SUB-ACUTE

- 3.1 Nell'ambito del nuovo sistema di cure sub-acute, come evolverà il ruolo dell'ASL?
- 3.2 Come si evolverà la funzione di PAC dell'ASL, con particolare riferimento a:
- la funzione di programmazione: raccolta periodica dati epidemiologici, distribuzione territoriale posti letto, ecc;
 - la funzione di acquisto: indicazione procedure di scelta soggetto erogatore, pagamento tariffe, ecc;
 - la funzione di controllo: vigilanza sui requisiti organizzativi e sugli *outcome* clinici, elaborazione dei sistemi di misurazione della performance, ecc.
- 3.3 Quali flussi informativi saranno trasmessi dal soggetto erogatore verso la ASL?
- 3.4 Come contemperare le responsabilità della ASL nella localizzazione dei posti letto sub-acuti e il rischio d'impresa o comunque le esigenze di economicità e autonomia aziendale degli erogatori?

4 IL RUOLO E LE PROSPETTIVE DELLE AZIENDE FARMACEUTICHE NEL SISTEMA DELLE CURE SUB-ACUTE

- 4.1 Quali opportunità e minacce sono collegate all'introduzione delle cure sub-acute per le aziende farmaceutiche?
- 4.2 Qual è l'impatto atteso sui volumi e le caratteristiche del consumo farmaceutico a seguito dell'introduzione delle cure sub-acute?
- 4.3 A seguito dell'introduzione delle cure sub-acute, quali variazioni rilevanti interesseranno:
- i meccanismi di prescrizione dei farmaci;

- i meccanismi di pagamento dei farmaci;
 - i meccanismi di trasporto, logistica e utilizzo dei farmaci?
- 4.4 Quali sono le principali strategie di risposta dell'azienda farmaceutica a questi fattori di discontinuità ambientale sotto il profilo delle scelte produttive e commerciali?

4. IL POSIZIONAMENTO STRATEGICO DEGLI ALTRI SOGGETTI CHIAVE NEL SISTEMA DELLE CURE SUB-ACUTE

- 4.1. Nell'ambito del nuovo sistema, come evolverà il ruolo degli erogatori privati accreditati anche in relazione ai rapporti con la medicina generale (semplici erogatori, gestione di posti letto sub-acute in partnership con MMG, ecc.)?
- 4.2. Chi assumerà una posizione di centralità gestionale e finanziaria nel sistema delle cure sub-acute?

Bibliografia

Borgonovi E., Lecci F., Ricci A., Salvatore D. (2011) "Strumenti di governo per la gestione delle patologie croniche in medicina generale" in Fondazione Farmafactoring *Il Sistema sanitario in controluce. Rapporto 2011*, in corso di pubblicazione.

Agnello M., Bragato D., Merlino L., Zocchetti C. (2011) "Una nuova proposta per la cronicità: i CReG", *Tendenze nuove*, 5:377

Calnan M. , Hutten J., Tiljak H. (2006) "The challenge of coordination : the role of primary care professionals in promoting integration across the interface", in Saltman R.B., Rico A. and Boerma W.G.W., *Primary Care in the driver's seat ?*, Open University Press, New York.

Boerma W.G.W. (2006). "Coordination and Integration in European Primary Care", in Saltman R.B., Rico A. e Boerma W.G.W. eds, *Primary Care in the driver's seat ?*, Open University Press, New York.

Compagni A., Tediosi F. e Tozzi V.D. (2010). "L'integrazione tra ospedale e territorio nelle aziende sanitarie" in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di) *L'aziendalizzazione della Sanità in Italia. Rapporto OASI 2010*, Milano, Egea.

Freeman G. (1985). "Priority given by doctors to continuity of care". *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 5 (6):423.

Haggerty J.L., Reid R.J., Freeman G.K., Starfield B.H., Adair C.E., McKendry R. (2003). "Continuity of care: a multidisciplinary review". *British Medical Journal*, 327: 1219-21.



ISTAT, Annuario Statistico Italiano (2010).

Ministero della Salute (2007). "Mattone 07 - misura dell'appropriatezza- documento riepilogativo del comitato scientifico"; disponibile on line: <http://www.nsis.salute.gov.it/mattoni/paginaInternaMenuMattoni.jsp?id=10&menu=mattoni>.

Organizzazione mondiale della Sanità (2005) "Prevenire le malattie croniche: un investimento vitale"; pag. 35. Rapporto in italiano disponibile on line http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/Italian%20full%20report.pdf.

Render, C. G., Valk S., Griffin E., Wagner J., Van E. e Assendelft W. (2001). "Interventions to Improve the Management of Diabetes in Primary Care, Outpatient, and Community Settings." *Diabetes Care* 24 (10): 1821-33.

Roti, L. "Cronicità e sanità di iniziativa in Regione Toscana: quale evoluzione nel PSSIR in *Atti del Convegno "La gestione delle cronicità sul territorio in Toscana - evidenze dalla banca dati MaCro"* - Firenze, 4 novembre 2011.

Tozzi V.D. (2010). "Le spinte al cambiamento dell'assistenza territoriale in Italia" in Corsalini E., Vendramini E. (a cura di) *Integrare la rete dei servizi territoriali: contenuti, forme e risultati delle best practices in Italia*, Milano, Egea.

Wagner E. H., Austin B. e Von Korff M. (1996). "Organizing Care for Patients with Chronic Illness." *The Milbank Quarterly* 74 (4): 511-44.