

*Osservatorio sanità privata accreditata  
Approfondimento tematico 2011-12  
Febbraio 2012*



# **L'introduzione dei CReG e delle cure sub-acute in Lombardia**

*Nuove modalità di presa in carico territoriale delle patologie  
croniche ai sensi delle DGR IX/937/10, IX/1479/11 e  
DDG San 4383/11*

## 1. I CReG

- i. Impostazione del sistema
- ii. Ruolo e relazioni tra gli attori coinvolti
- iii. Le percezioni dei *key player* (ASL, MMG e *PHARMA*)
- iv. Modelli e ruoli emergenti
- v. Possibili evoluzioni
- vi. Prospettive per i privati accreditati

## 2. Le cure sub-acute

- i. Impostazione del sistema
- ii. Principali tendenze



# **1. I CReG**

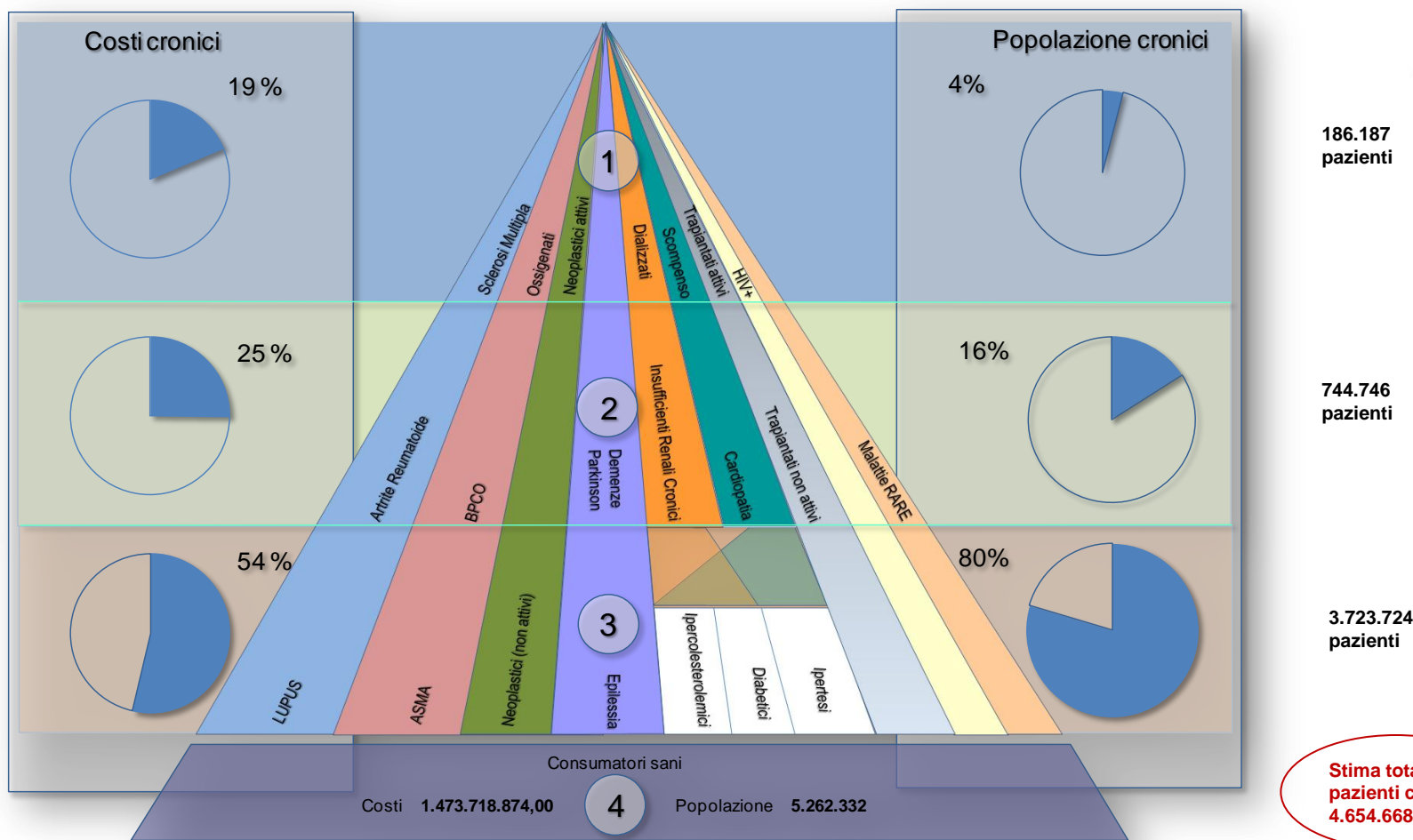


# i. Impostazione del sistema

**Il CReG (Chronic Related Group)** è una *“innovativa modalità di presa in carico dei pazienti che, a fronte della corresponsione anticipata di una quota predefinita di risorse, deve garantire in continuità tutti i servizi extraospedalieri (ambulatoriale, protesica, farmaceutica, ospedalizzazione domiciliare) necessari per una buona gestione clinico - organizzativa delle malattie croniche”*  
(DGR IX/937/2010, allegato 14)



# i. Impostazione del sistema



Fonti:  
 D DG San 4383/11.  
 Stima popolazione classi di cronici su dati demografici ISTAT 2011

# i. Impostazione del sistema

**Stima della prevalenza delle patologie croniche oggetto di sperimentazione con riferimento alle ASL- pilota del progetto**



	MI Centro	MI 2	Bergamo	Como	Lecco	Lombardia
Diabete <sup>(1)</sup>	57.840	18.470	39.884	21.598	12.348	446.297
Ipertensione <sup>(1)</sup>	222.439	71.032	153.384	83.060	47.487	1.457.504
Scompenso <sup>(2)</sup>	28.919	9.235	19.941	10.799	6.174	180.000
BPCO <sup>(1)</sup>	64.851	20.709	44.719	24.216	13.845	535.557

Fonti: Rielaborazione su base demografica dei seguenti dati epidemiologici relativi alla Regione Lombardia

(1) Stime su dati Istat 2010 di prevalenza delle principali malattie croniche

(2) Stima 2011 AO "Giovanni XXIII" di Bergamo tratta da sito istituzionale <http://www.onecare.cup2000.it/eventi/20-novembre-2009-bergamo-scompenso-cardiaco-sotto-controllo-senza-spostarsi-da-casa>

# i. Impostazione del sistema



**BDA (Banca dati assistito):** sistema informativo aziendale in grado di individuare i soggetti cronici e monitorarne le fasi evolutive.

**PDT (Percorsi diagnostico terapeutici) e linee guida:** processi diagnostico terapeutici volti a identificare gli appropriati fabbisogni di cura.

A partire dai PDT sono elaborati i **Piani Individuali di Cura**, modulati sulle esigenze di cura del singolo paziente

**Criteri remunerativi:** tariffa abbinata ad ogni raggruppamento omogeneo di patologia, comprensiva di consumi per i servizi extraospedalieri.

La **tariffa comprende** la prevenzione secondaria, il *follow up* ambulatoriale e il monitoraggio della persistenza terapeutica, le prestazioni di specialistica ambulatoriale, la protesica, i consumi farmaceutici.

La **tariffa non** comprende il costo dei ricoveri per acuti, sub-acuti o per attività di riabilitazione, né la quota capitaria del MMG.

La tariffa comprende i **costi della presa in carico globale del paziente sul territorio** (e non solo i costi strettamente legati alla cronicità)



# i. Impostazione del sistema



**CReG**

**Individuazione delle cinque Asl coinvolte** (Milano Centro, Milano 2, Como, Lecco, Bergamo) e delle **patologie** (BPCO, scompenso, diabete, ipertensione, osteoporosi).

✓ DRG  
937/10

**Individuazione dei pazienti** in un'area territoriale minima corrispondente almeno al distretto, sulla base della BDA.

✓ DRG  
937/10

**Definizione dell'ammontare delle risorse** da destinare al progetto, **compreso il valore economico del CReG**, attraverso una collaborazione tra ASL e DG Sanità, sulla base dei dati BDA.

✓ DRG  
4383/11

**Assegnazione delle risorse ai soggetti accreditati** che, stipulando un apposito contratto con le ASL, garantiranno al cittadino le prestazioni indicate nei PDT.

1

**Attività di controllo** da parte delle ASL, che riceveranno dagli erogatori i tracciati individuali dei pazienti ("Scheda di Percorso territoriale" eventualmente sostituita da FSE) e monitoreranno i percorsi.

2



# i. Impostazione del sistema

A partire dai dati della BDA sono stabilite le tariffe standard regionali per ogni situazione mono e bi-patologica. Per ciascuna di esse è inoltre indicato un valore standard di incremento per ciascuna patologia aggiuntiva rispetto alle due costituenti il CReG. I dati BDA rivelano infatti che per ogni patologia oltre alla seconda si ha un aumento di costo pressochè costante e specifico per ogni patologia.



## Esempio: Nefropatie

Monopatologia {

Bipatologia {

Insufficienti Renali Cronici Con Dialisi			
CLASSE CREG	DESCRIZIONE CLASSE	COSTOBASE	INCREMENTO
10	Insufficienti Renali Cronici Con Dialisi	34.702	-
11	Insufficienti Renali Cronici Con Dialisi, Ossigenoterapia	35.117	-
12	Insufficienti Renali Cronici Con Dialisi, Scompensati	34.702	-
14	Insufficienti Renali Cronici Con Dialisi, Cardiopatici - Vasculopatici	34.702	-
18	Insufficienti Renali Cronici Con Dialisi, Ipertesi	34.702	1.356
1B	Insufficienti Renali Cronici Con Dialisi, Hiv Positivo E Aids Conclamato	42.075	-
1D	Insufficienti Renali Cronici Con Dialisi, Neoplastici Attivi	34.702	-
1E	Insufficienti Renali Cronici Con Dialisi, Trapiantati Attivi (Intervento)	37.566	-
1F	Insufficienti Renali Cronici Con Dialisi, Trapiantati Non Attivi	36.186	-
1G	Insufficienti Renali Cronici Con Dialisi, Malattie Rare	34.702	-
1H	Insufficienti Renali Cronici Con Dialisi, Artrite Reumatoide	34.702	-
1M	Insufficienti Renali Cronici Con Dialisi, Gastro-Enteropatici	34.702	-
1P	Insufficienti Renali Cronici Con Dialisi, Lupus Eritematoso Sistemico	35.117	-
1Q	Insufficienti Renali Cronici Con Dialisi, Tireopatie	34.702	-
Insufficienti Renali Cronici Senza Dialisi			
CLASSE CREG	DESCRIZIONE CLASSE	COSTOBASE	INCREMENTO
60	Insufficienti Renali Cronici Senza Dialisi	907	-
63	Insufficienti Renali Cronici Senza Dialisi, Ipertesi	1.666	1.049
64	Insufficienti Renali Cronici Senza Dialisi, Asmatici	1.390	-
68	Insufficienti Renali Cronici Senza Dialisi, Neoplastici Attivi	3.104	1.001

Incremento previsto per eventuali patologie croniche oltre la seconda

*Nota bene:* l'assenza del valore di incremento indica una prevalenza molto bassa (meno di dieci casi sul territorio regionale) della pluripatologia che veda la presenza di una terza malattia cronica

# i. Impostazione del sistema

- L'aspetto cardine del progetto è l'**individuazione di un soggetto garante della presa in carico**, che interagisca con tutti gli attori coinvolti nella gestione della patologia.
- Il compito del **“gestore unico”** delle cure territoriali, al di là delle attività di erogazione diretta, è di **assicurarsi che le prestazioni previste dal piano individuale siano appropriate**.
- Tale soggetto può essere un **MMG, una ONLUS, una Fondazione, un'AO, un privato accreditato**.
- I **MMG godono comunque di un “diritto di prelazione” come gestori unici**. Nel caso in cui i medici di base non si propongano, viene indetta la gara pubblica per l'individuazione del gestore.
- Sono previsti **speciali requisiti organizzativi e funzionali**:
  - ✓ apertura di un centro servizi h12/365;
  - ✓ organizzazione basata su un *case manager* per ogni paziente cronico, con la supervisione di un medico coordinatore;
  - ✓ garanzia di servizi specifici: installazione a domicilio delle strumentazioni basato su opportuni protocolli, *triage* clinico, servizio di *compliance* farmacologica, formazione, sistema informativo con gestione degli allarmi;
  - ✓ esistenza di un sistema di valutazione della qualità del servizio, basato sia su indicatori di processo che su strumenti di *customer satisfaction*;
  - ✓ conclusione di opportuni protocolli di intesa con altri attori coinvolti nell'implementazione dei CReG;
  - ✓ garanzia di *first e second option multispecialistica* secondo le indicazioni del PDT.

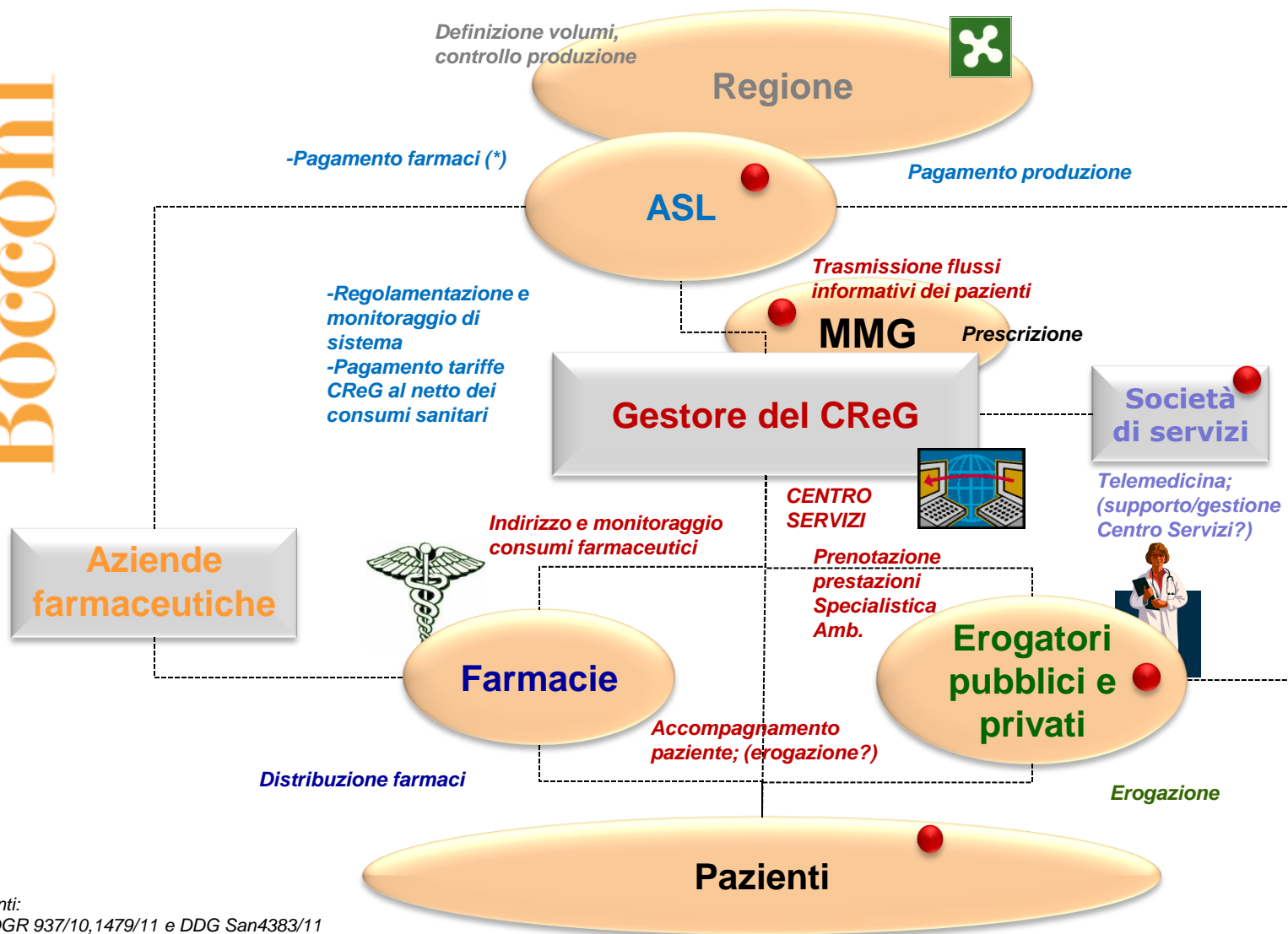


# i. Impostazione del sistema

- Il **contratto** formulato dalla ASL e condiviso dai soggetti gestori del CReG deve comprendere:
  - ✓ gli elementi caratterizzanti la centralità dell'assistito;
  - ✓ l'elenco degli assistiti e la valutazione iniziale dei loro bisogni attesi;
  - ✓ i percorsi e gli 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);
  - ✓ la modalità di coinvolgimento e di collaborazione con le cure primarie, l'area specialistica e il livello ospedaliero;
  - ✓ le modalità di pagamento;
  - ✓ le modalità di trasmissione delle informazioni;
  - ✓ le modalità attuative dei controlli.
- L'attività del soggetto gestore del CReG si integra con l'operato del MMG e con i servizi di eventuali altri operatori. **Il gestore può però intervenire in caso di discontinuità di cura o inappropriately evidente del percorso di cura, provvedendo all'erogazione diretta e/o comunicando al distretto l'anomalia.**
- Il ruolo principale della **ASL** rimane il **coordinamento** di tutti i soggetti coinvolti nel processo di cura e il **monitoraggio dell'appropriatezza dei percorsi clinici.**



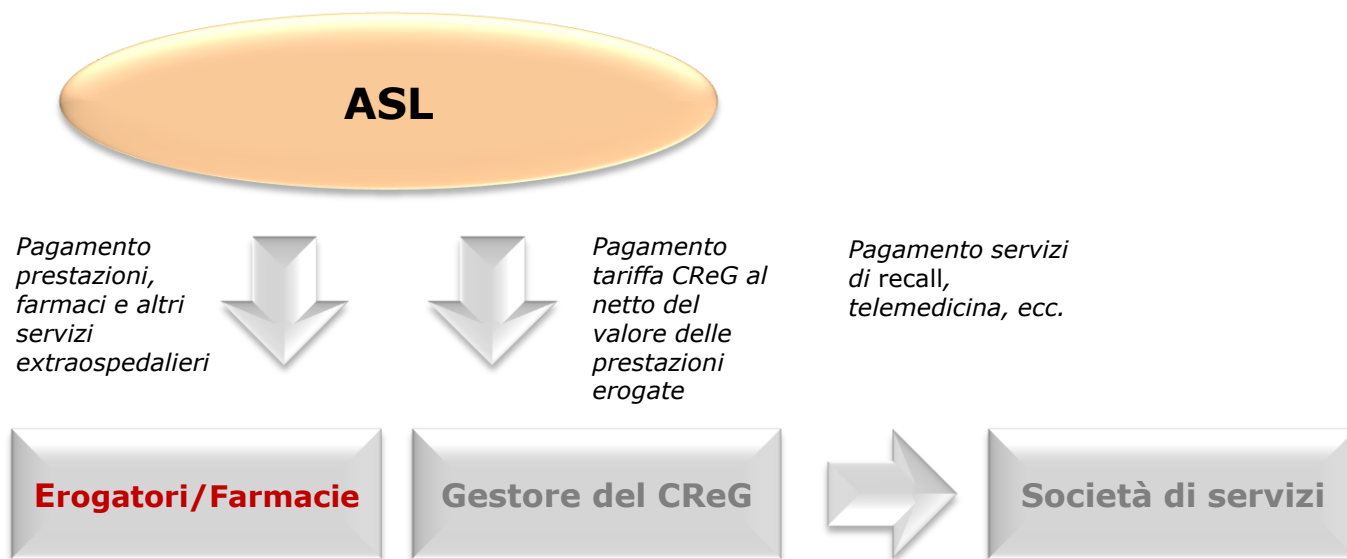
# ii. Gli attori coinvolti: ruoli e relazioni



(\*): si presume l'esenzione per patologia  
● attori che concludono contratti o accordi con il gestore del CReG

## ii. Gli attori coinvolti: ruoli e relazioni

### Le relazioni finanziarie del sistema CReG



**L'Utile/perdita** del Gestore del CReG è pari al valore della tranche di tariffa CReG del periodo considerato, al netto

- ✓ dei consumi sanitari extraospedalieri dei pazienti presi in carico,
- ✓ dei costi operativi del gestore del CReG,
- ✓ dei pagamenti per servizi acquisiti da terzi (supporto nella gestione del Centro Servizi, fornitura di apparecchi di telemedicina, ecc.).



# iii. Le percezioni dei *key player*: MMG, ASL e *pharma*

## Punti di forza e debolezza del sistema CReG

### Strenghts

- *Unico soggetto garante della presa in carico: maggiore integrazione e continuità delle cure*
- *Standard assistenziali unici: maggiore equità e uniformità della presa in carico*
- *Meccanismi remunerativi che premiano l'appropriatezza dei consumi sanitari*
- *Shift delle attività verso il territorio*
- *Leadership della regione a livello europeo nell'integrazione H-T*

### Weaknesses

- *Controversa completezza della base dati (BDA)*
- *Mancanza di indicatori di outcome clinico predefiniti*
- *Trade-off tra libertà di scelta del paziente e disease management*
- *Inadeguatezza delle tariffe che escludono alcune componenti di costo (ad es., protesica) e crescita dei costi*
- *Competenze organizzative dei MMG talvolta carenti (rischio economico del provider)*
- *Tempistiche troppo ridotte per l'avvio della sperimentazione*



# iii. Le percezioni dei *key player*: MMG, ASL e *pharma*

## Opportunità e minacce per i key player del sistema CReG

### 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”

- Innovazione farmaceutica e tecnologica (sviluppo telemedicina)

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

### ASL “opportunità di rafforzamento”

- 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

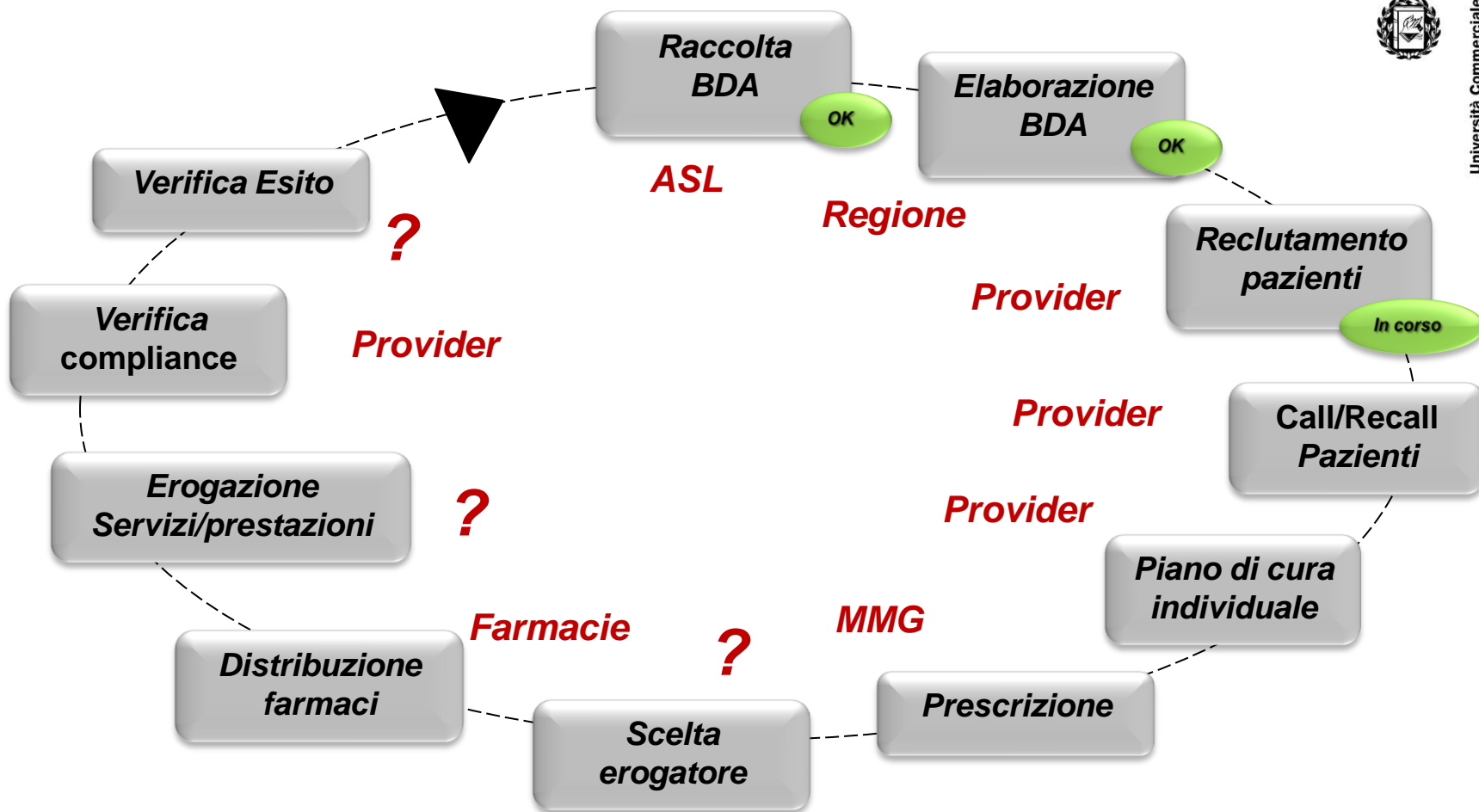
- Possibile aumento dei costi nel breve periodo (aumento tasso reclutamento, maggiore compliance)
- Difficile integrazione nel preesistente sistema di cure primarie
- Opposizione dei MMG più tradizionalisti

NB: opportunità e minacce espresse dal complesso dei partecipanti ai Focus Group, in relazione ai singoli attori.

Fonti: Focus Group con MMG, Case farmaceutiche e direttori ASL

# iii. Le percezioni dei *key player*: MMG, ASL e *pharma*

Dall'arruolamento del Pz alla verifica dell'esito clinico: Chi fa che cosa?





# iii. Le percezioni dei *key player*: MMG, ASL e *pharma*

## Dall'arruolamento del paziente alla verifica dell'esito clinico: Chi fa che cosa?

**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  
**Hp3:** erogatori puri + SdS per servizi di Telemedicina + Copp. MMG/farmacie per servizi a bassa intensità e di monitoraggio

**Verifica compliance al  
percorso**

**Hp 1:** cooperativa MMG come provider

**Verifica esito clinico**

**Hp1:** MMG  
**Hp 2:** Specialista della struttura di erogazione

# iv. Modelli e ruoli emergenti



## Esiti dell'arruolamento nelle ASL oggetto di sperimentazione (aggiornamento a Aprile 2012)

ASL	MMG totali	Scelte per medico	MMG coinvolti	Provider	Società di servizi
Milano	990	1.335	65 (6,6%)	Coop. Medici Milano Centro (Co.S)	Telbios
Milano 2	372	1.267	55 (14,7%)	Coop. Iniziativa Medica Lombarda (40*); Paxme Gestioni (15*)	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%)	MMG CReG (Co.S) (25*); Cosma 2000 s.c.r.l. (Co.S) (30*); Paxme Gestioni (11*); Coop. Medicare (20*)	Telbios; Accura; Paxme assistance & Salute in Rete
Lecco	229	1.276	9 (3,9%)	Cosma s.c.r.l. (Co.S)	Accura
<b>Totale</b>	<b>2.674</b>	<b>1.258</b>	<b>415 (15,5%)</b>	/	/

ASL oggetto di sperimentazione

(\*): aderenti per cooperativa

Fonti:

-Focus Group con MMG, Case farmaceutiche e direttori ASL;

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

-Ministero della Salute, strutture e attività ASL 2007;

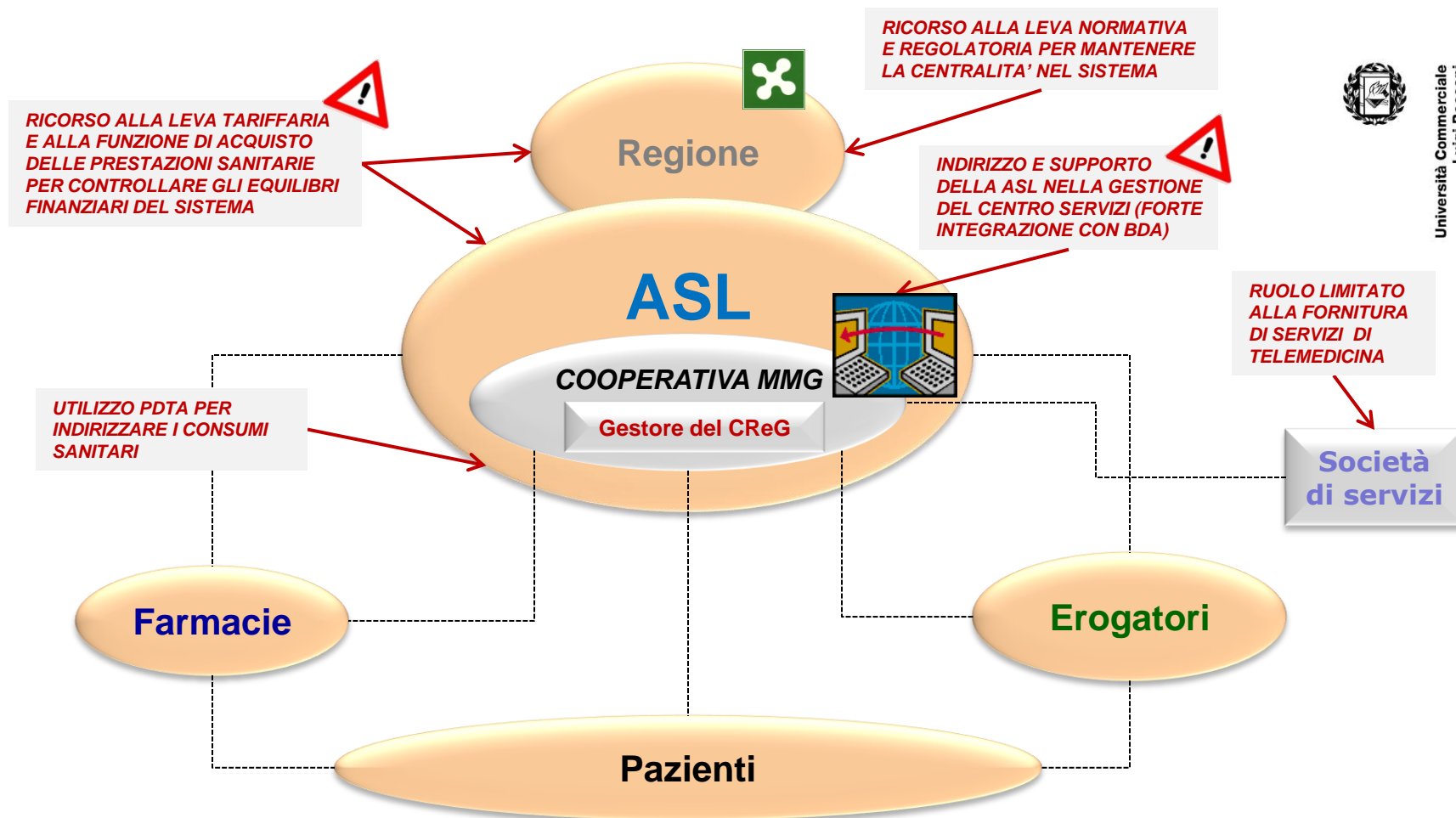
-Comunicato stampa di Regione Lombardia del 24/03/2012, disponibile on line

<http://www.regione.lombardia.it/cs/Satellite?c=News&childpagename=Regione%2FDetail&cid=1213504631429&pagename=RGNWwrapper>

-Eco di Bergamo 19/10/2011, disponibile on line: [http://www.ecodibergamo.it/stories/Cronaca/240757\\_cronici/](http://www.ecodibergamo.it/stories/Cronaca/240757_cronici/)

# iv. Modelli e ruoli emergenti

## CENTRALITA' ASL (MODELLO DICHIARATO)

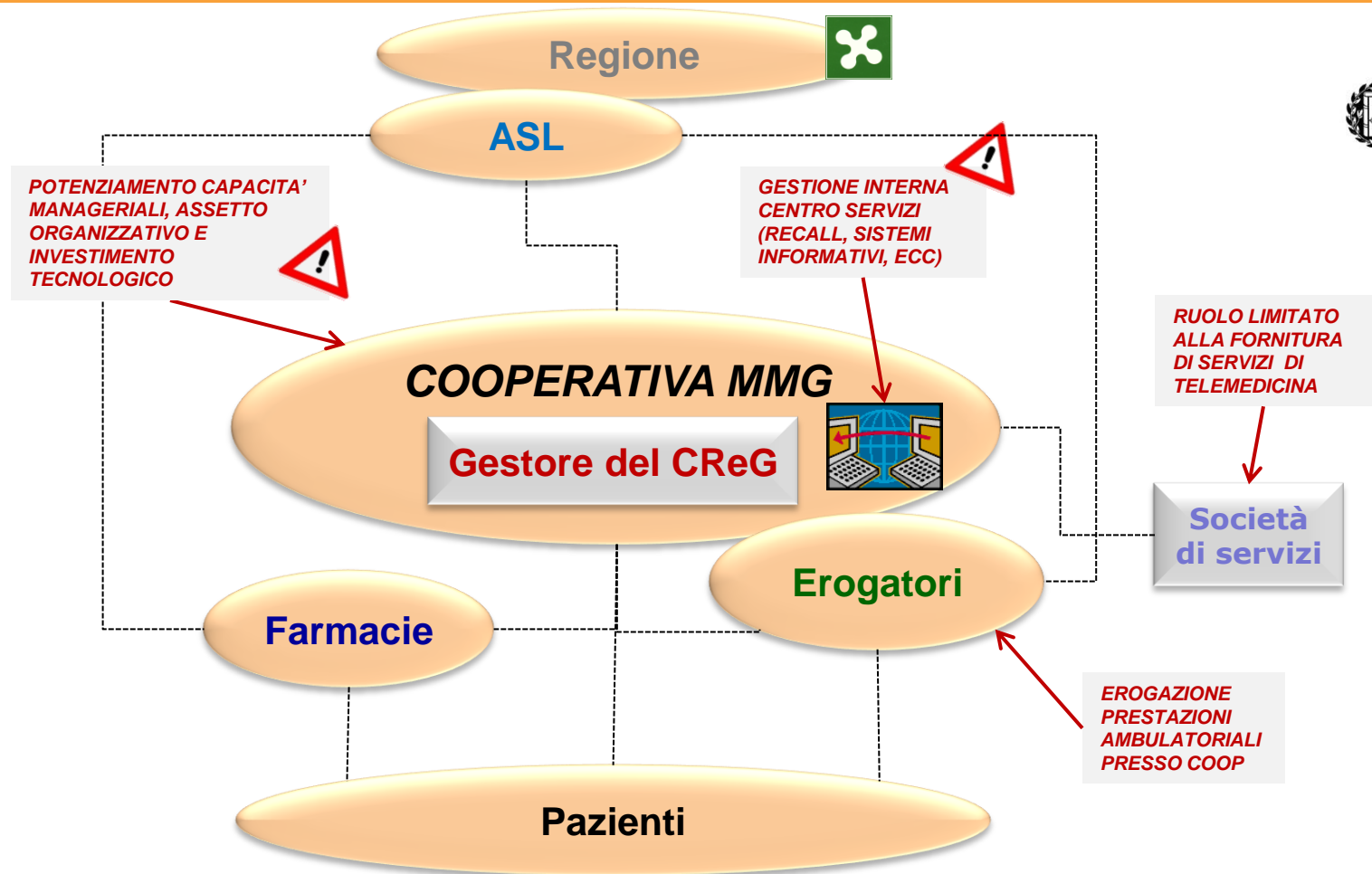


Fonti: elaborazione Cergas su materiali Focus Group

**LEVE: aspetti normativi, sistema informativo (BDA), funzione PAC**

# iv. Modelli e ruoli emergenti

*CENTRALITA' MMG (Hp trend)*

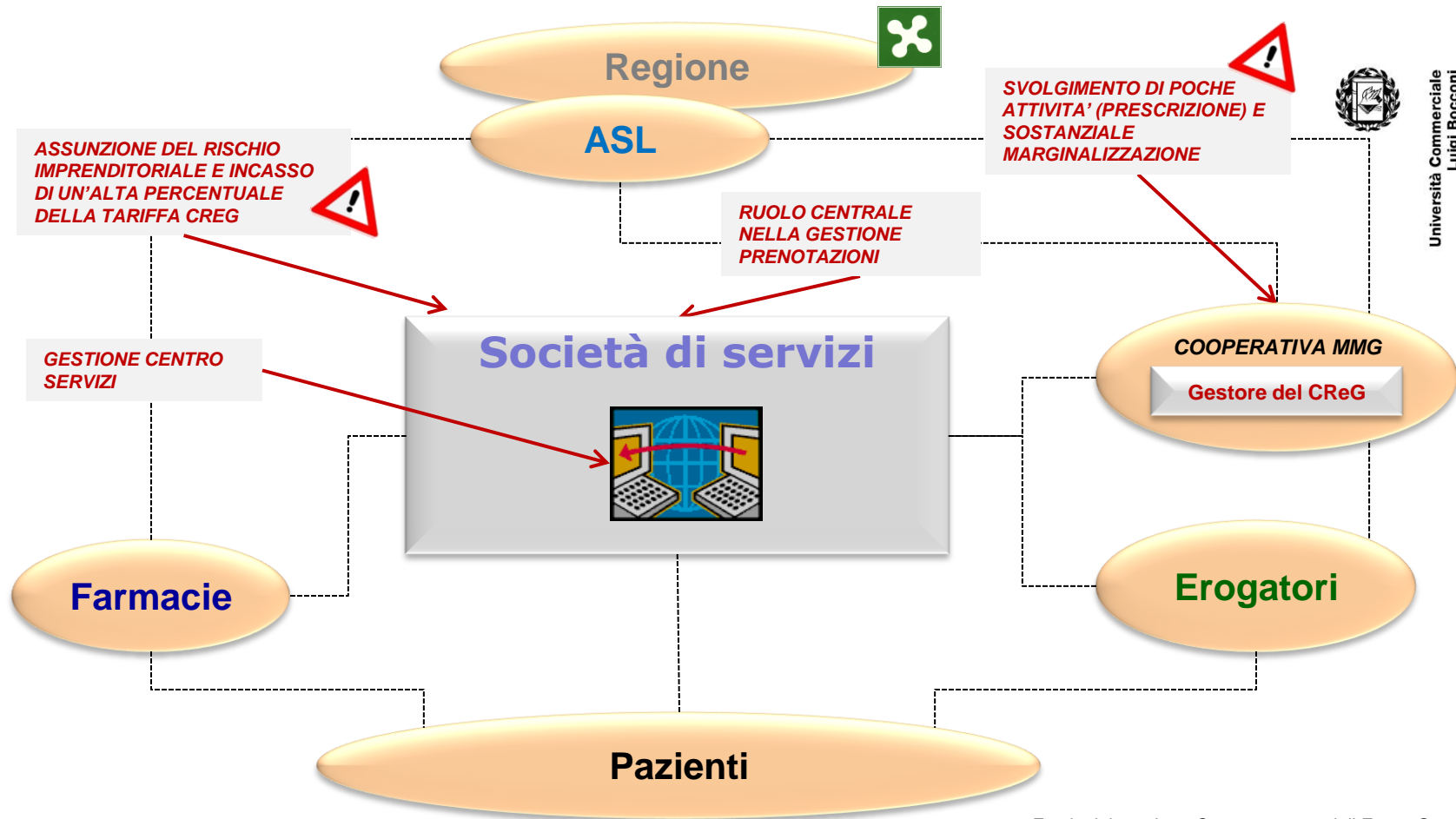


Fonti: elaborazione Cergas su materiali Focus Group

**LEVE: rapporto fiduciario con il paziente – diritto di prelazione sui CReG**

# iv. Modelli e ruoli emergenti

*CENTRALITA' SDS (Hp trend)*



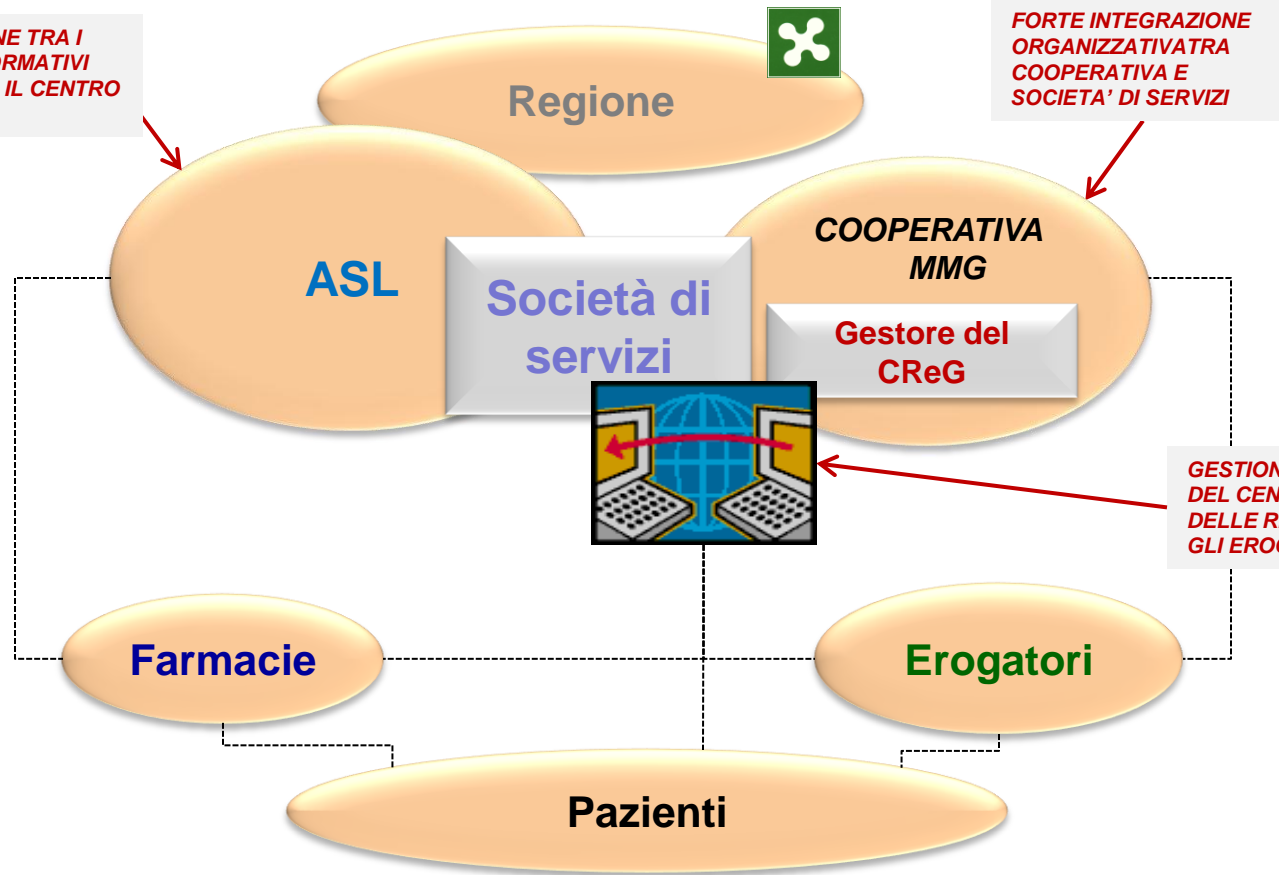
Fonti: elaborazione Cergas su materiali Focus Group

**LEVE: imprenditorialità, gestione Centro servizi (disponibilità dati, rapporto diretto con paziente)**

# iv. Modelli e ruoli emergenti

*INTEGRAZIONE TRA GLI ATTORI (Hp trend)*

INTEGRAZIONE TRA I SISTEMI INFORMATIVI DELLA ASL E IL CENTRO SERVIZI

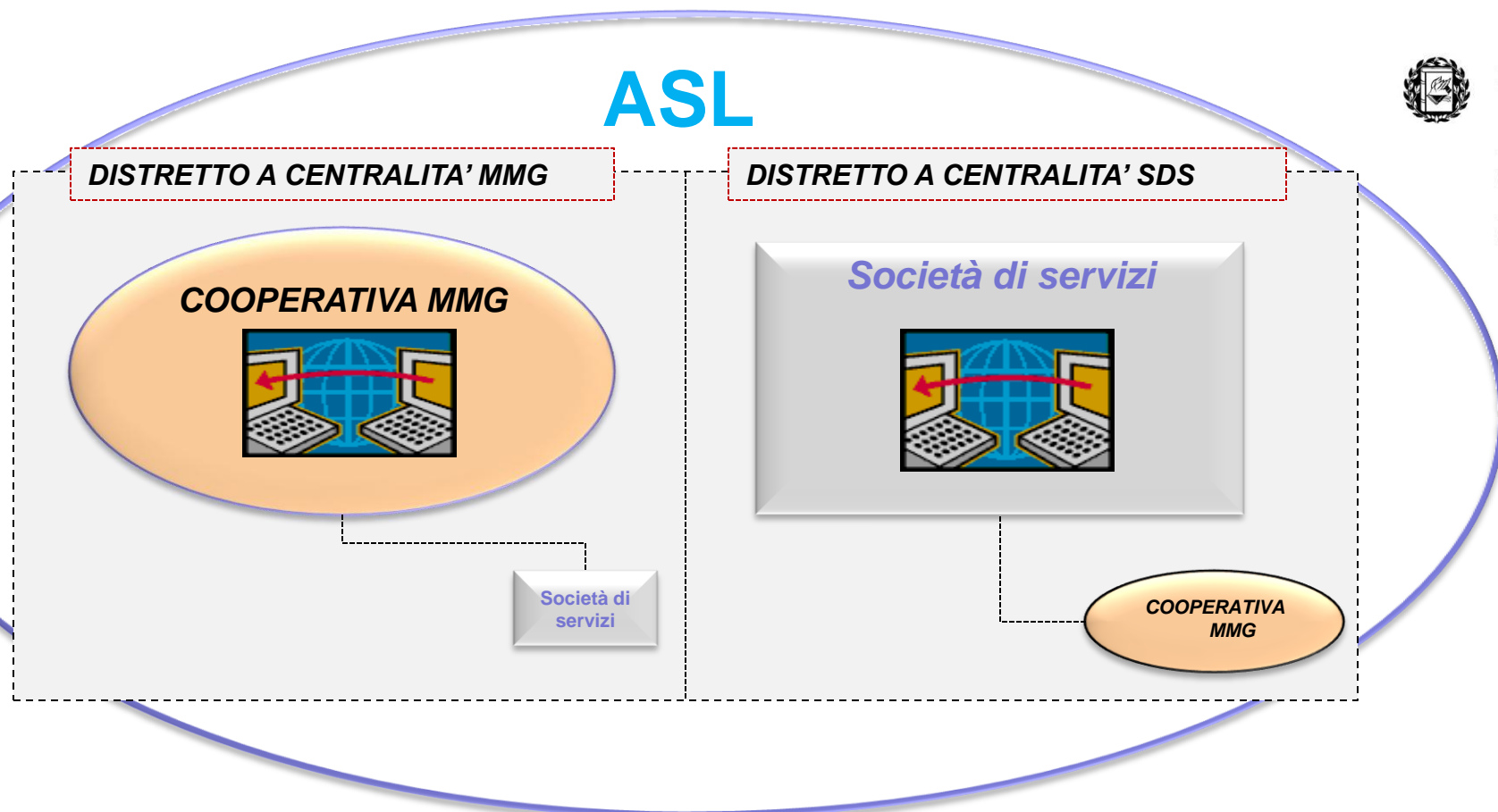


Fonti: elaborazione Cergas su materiali Focus Group

***L'equilibrio tra le leve esercitabili dagli attori genera integrazione e non emerge un soggetto centrale nel sistema***

# iv. Modelli e ruoli emergenti

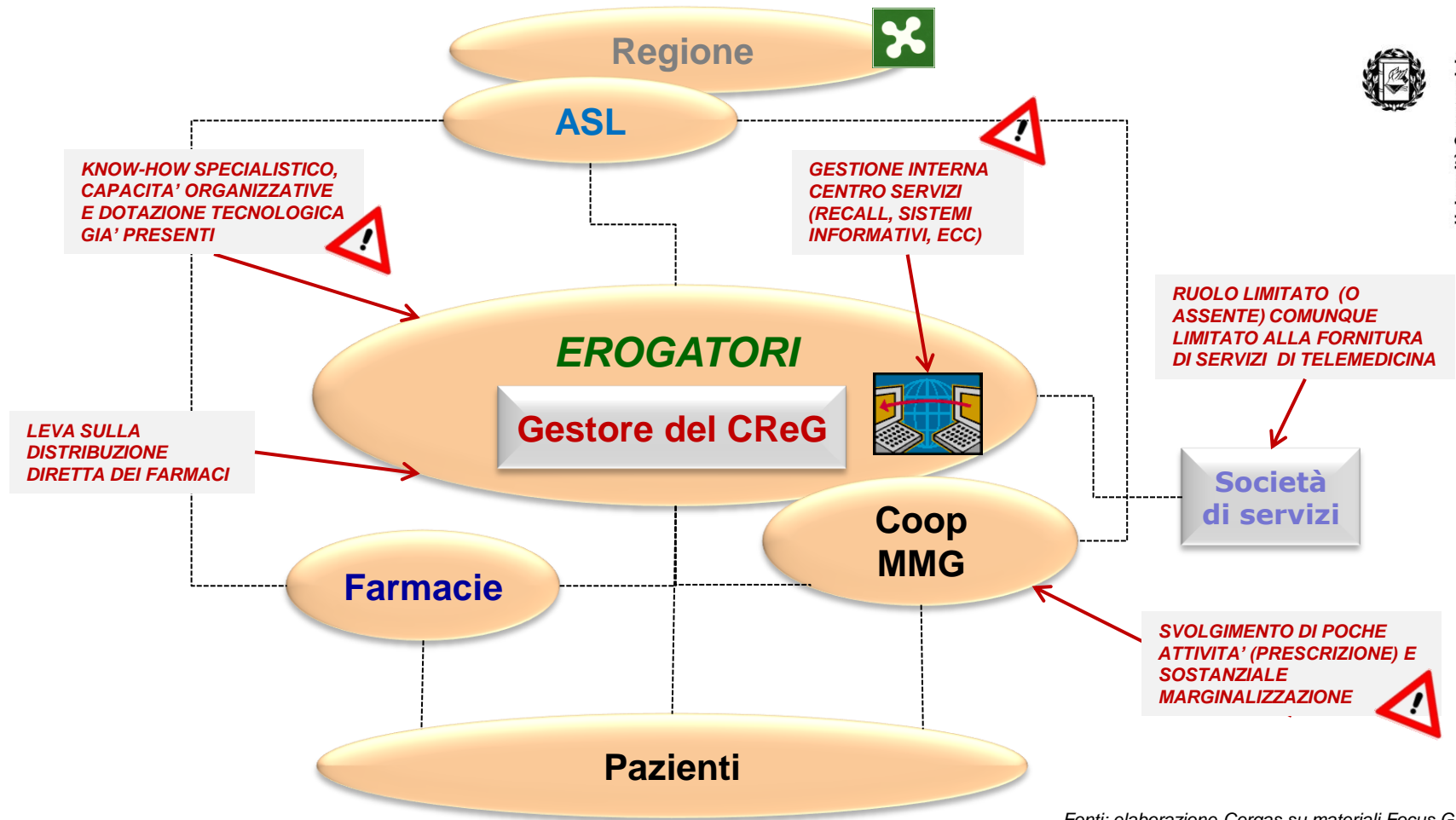
## CLUSTERIZZAZIONE TERRITORIALE (Hp trend)



***Nella stessa ASL possono convivere più modelli, con più provider che prendono in carico diversi gruppi di pazienti***

# iv. Modelli e ruoli emergenti

## CENTRALITA' EROGATORI (Hp trend)



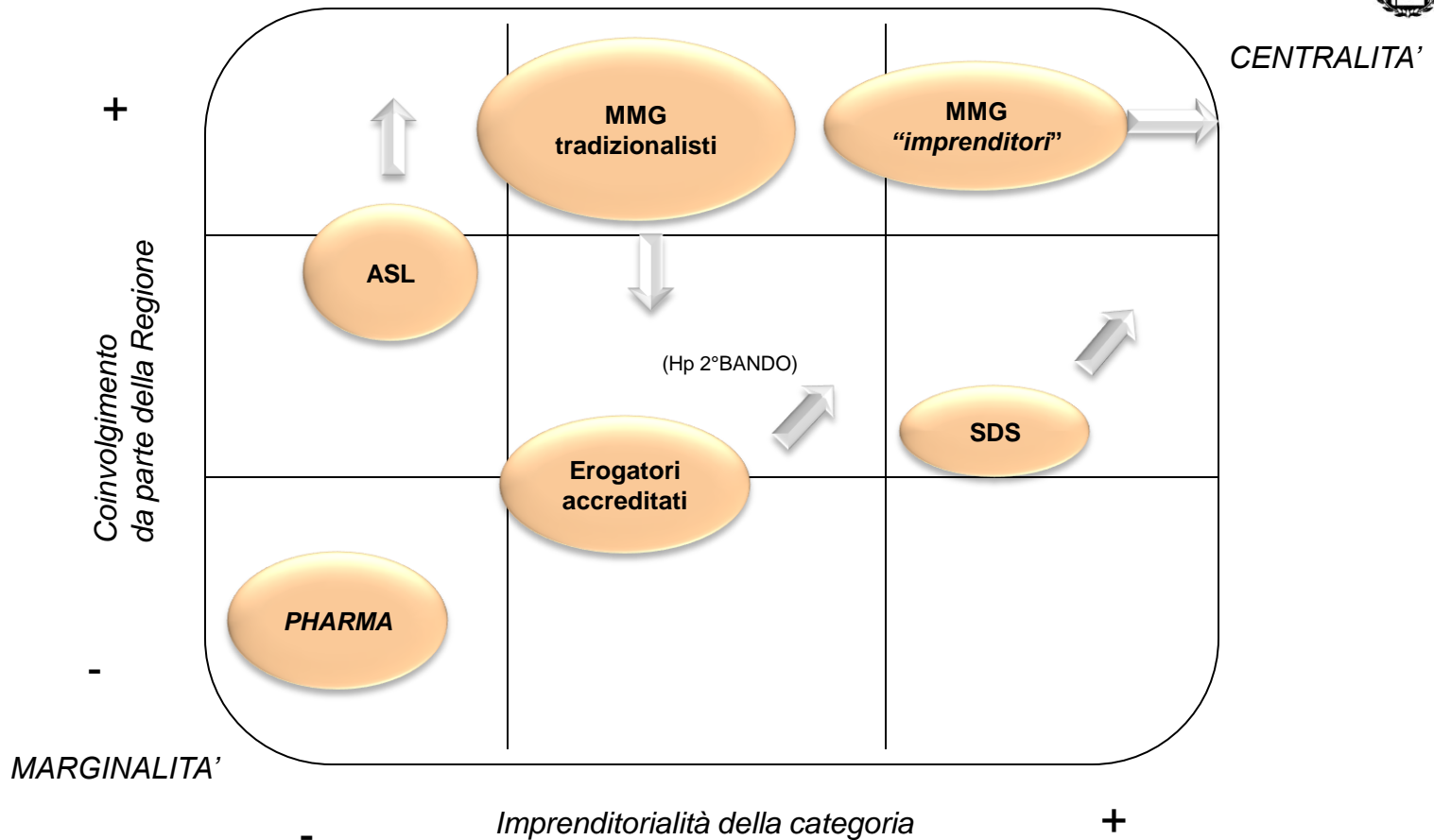
Fonti: elaborazione Cergas su materiali Focus Group

**LEVE: know-how specialistico, economie di scala e di scopo**



# v. Possibili evoluzioni

## Posizionamento attuale e prospettico degli attori chiave del sistema



# v. Possibili evoluzioni

## *I driver di evoluzione dei modelli*



Leve	Oggi	Tendenze	Note
<i>Normativa</i>	-Centralità ASL -Centralità MMG	-Centralità SdS -Centralità Erogatori	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Poteri di indirizzo e controllo del sistema attribuiti alla ASL</li> <li>➤ Diritto di prelazione per i MMG</li> <li>➤ I requisiti organizzativi del <i>provider</i> favoriscono l'ingresso delle SDS e, dopo il secondo bando, degli erogatori accreditati</li> </ul>
<i>Governo flussi finanziari</i>	-Centralità ASL	-Centralità SdS -Centralità Erogatori -Centralità MMG	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Gestione cassa mantenuta dalla ASL (fase sperimentale)</li> <li>➤ Gli accordi conclusi tra MMG e SDS tendono ad attribuire a queste ultime il risultato economico</li> <li>➤ Le economie di scala/scopo favoriscono gli erogatori</li> </ul>
<i>Capacità imprenditoriale</i>	-Centralità SdS -Centralità segmenti MMG	-Centralità SdS -Centralità Erogatori	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ SDS disposte e preparate ad accettare rischi imprenditoriali</li> <li>➤ Minoranza di MMG disposta e preparata ad accettare il rischio imprenditoriale</li> <li>➤ Quota di erogatori pubblici e soprattutto privati disposta e preparata alla diversificazione di linea d'attività</li> </ul>
<i>Governo Domanda</i>	-Centralità MMG	-Centralità SdS -Centralità Erogatori	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La tradizionale vicinanza del MMG al paziente potrebbe essere scavalcata dall'efficace gestione del Centro servizi da parte SDS</li> <li>➤ Molti pazienti cronici già si rivolgono agli specialisti ospedalieri</li> </ul>

# v. Possibili evoluzioni

Sotto il profilo finanziario, i CReG costituiscono un **efficace strumento di programmazione e controllo economico delle risorse destinate alla cronicità.**



Al di là degli esiti iniziali della sperimentazione, il sistema CReG è **coerente con le attuali necessità di razionalizzazione e contenimento della spesa sanitaria** e ha **buone possibilità di affermarsi.**



# v. Possibili evoluzioni

ADI e CReG sono entrambi finanziati dal FSR, ma afferiscono a differenti assessorati/DG (\*). Nell'ottica di una crescente **integrazione tra assistenza sanitaria e sociale** e della **razionalizzazione delle competenze** all'interno di Regione Lombardia, è quindi prevedibile la  **fusione tra il sistema dei CReG e l'ADI.**

E' probabile che **la composizione del finanziamento di un sistema integrato di risposta alla cronicità** (che includa una quota rilevante di *caregiving*) si avvicini a quella dell'assistenza socio-sanitaria residenziale, che già vede un **notevole esborso *out of pocket* da parte delle famiglie.**

(\*): l'ADI è gestita dall'assessorato Famiglia e Solidarietà Sociale, mentre i CReG fanno riferimento all'assessorato Sanità.

Fonti:

-elaborazioni Cergas su materiali Focus Group

## vi. Prospettive per i privati accreditati

I CReG testimoniano la **crescente attenzione del *policy maker* verso l'assistenza territoriale e la medio-bassa intensità di cura**, fino ad oggi considerate le “aree deboli” del SSR lombardo



Cadute le barriere normative, i CReG sono un'opportunità per **diversificare le proprie aree di attività coerentemente con i bisogni e le priorità fissate dalle politiche sanitarie.**

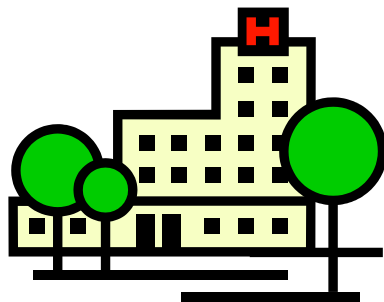


# vi. Prospettive per i privati accreditati

Il gestore del CReG, almeno nella fase sperimentale, **non contratta nè i volumi nè le tariffe delle prestazioni erogate** ai propri assistiti.



Quali possibilità che il sistema dei CReG possa **modificare gli equilibri nella suddivisione del budget regionale** per la specialistica ambulatoriale?



# vi. Prospettive per i privati accreditati

EEPA erogatori puri

O

- *Aumento dei volumi di produzione e del budget attraverso accordi con il provider*
- *Ritorno in termini di notorietà e immagine*
- *Opportunità di specializzazione vs opportunità di diversificazione delle aree specialistiche presidiate*

T

- *Scarso potere contrattuale in caso di provider monopolista/oligopolista*

EEPA erogatori e gestori del CReG

O

- *Aumento dei volumi di produzione e del budget*
- *Economie di scala (es. su acquisto farmaci)*
- *Economie di scopo (es. su attività amministrative e di contatto con il pz)*
- *Ritorno in termini di notorietà e immagine*
- *Allargamento e diversificazione delle attività in un ambito strategico (territorio e cronicità)*
- *Opportunità di specializzazione vs opportunità di diversificazione delle aree specialistiche presidiate*

T

- *Quadro regolatorio ancora incerto*
- *Complessità gestionale*
- *Rischio di conflitti con altri attori del sistema (MMG)*



## vi. Prospettive per i privati accreditati

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.**



Nelle slide che seguono si presenta il **quadro dei principali erogatori privati accreditati di prestazioni ambulatoriali** nelle branche afferenti ai CReG in Regione Lombardia. Si riporta infine la suddivisione pubblico - privato dei ricoveri riconducibili ad alcune patologie trattate dai CReG in regione Lombardia.



# vi. Prospettive per i privati accreditati

**Strutture pubbliche e private accreditate che erogano prestazioni ambulatoriali inerenti le patologie oggetto di sperimentazione nelle ASL-pilota del progetto**



	MI Centro	MI 2	Bergamo	Como	Lecco	Lombardia
Strutture pubbliche	62	19	31	13	12	342
Strutture private	60	11	34	14	8	249
Totale strutture	122	30	65	27	20	591

Fonti:

-“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.

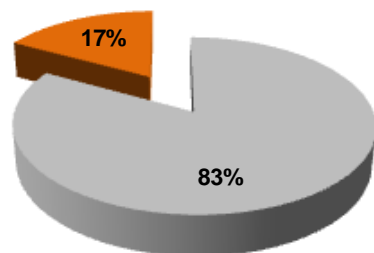
# vi. Prospettive per i privati accreditati

**L'erogazione di prestazioni ambulatoriali nelle branche specialistiche ricollegabili ai CReG – suddivisione pubblico - privato accreditato in Lombardia (2009)**

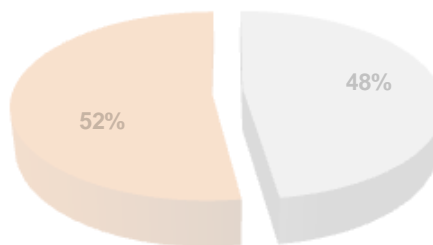


Specialità	Prestazioni erogate dal pubblico	Prestazioni erogate dal privato	Totale prestazioni
Endocrinologia e Nefrologia	2.730.547	558.496	3.289.043
Cardiologia	1.622.187	1.775.948	3.398.135
Pneumologia	478.762	295.020	773.782

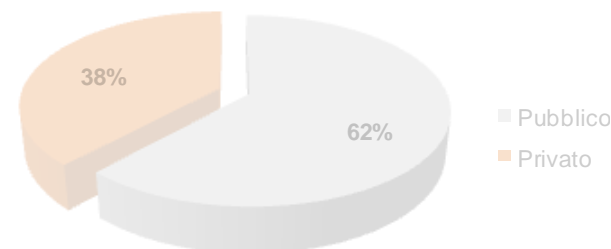
**Endocrinologia e Nefrologia**



**Cardiologia**



**Pneumologia**



■ Publico  
■ Privato

Fonti:

-"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.serviziirl.it/citt/> del sito istituzionale di Regione Lombardia, DG Sanità, sezione normativa e pubblicazioni. Prestazioni per esterni.

# vi. Prospettive per i privati accreditati

## Endocrinologia-Nefrologia: i principali erogatori privati accreditati di prestazioni ambulatoriali in Lombardia (2009)



Struttura	Località	Gruppo	Nr. prestazioni	% su totale 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

Fonti:

“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. Prestazioni per esterni.

# vi. Prospettive per i privati accreditati

## Cardiologia: i principali erogatori privati accreditati di prestazioni ambulatoriali in Lombardia (2009)

Struttura	Località	Gruppo	Nr. prestazioni	% su totale 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 per esterni erogate sia da pubblici che da privati accreditati in regione Lombardia, nella branca di CARDIOLOGIA

Fonti:

- "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. Prestazioni per esterni.



# vi. Prospettive per i privati accreditati

## ***Pneumologia: i principali erogatori privati accreditati di prestazioni ambulatoriali (\*) in Lombardia (2009)***



<b>Struttura</b>	<b>Località</b>	<b>Gruppo</b>	<b>Nr. prestazioni</b>	<b>% su totale prest. ambulatoriali (**)</b>
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%

(\*): si escludono i centri di medicina dello sport e le strutture socio-sanitarie

(\*\*): totale delle prestazioni ambulatoriali per esterni erogate sia da pubblici che da privati accreditati in regione Lombardia, nella branca di PNEUMOLOGIA  
Fonti:

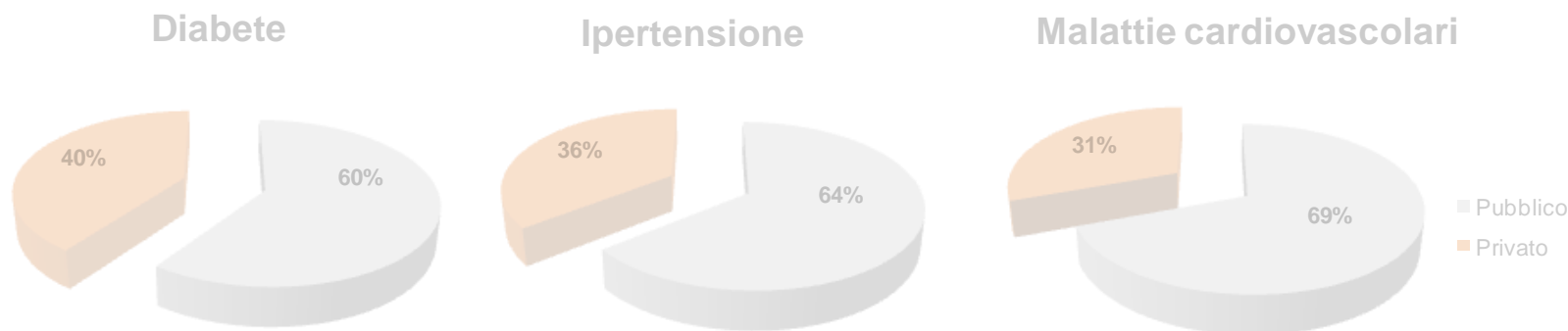
- "Dati e indicatori di attività ed efficienza delle strutture ospedaliere ed ambulatoriali pubbliche e private di Regione Lombardia - anno 2009" disponibile on line presso l'indirizzo <http://normativasan.servizirl.it/citt/> del sito istituzionale di Regione Lombardia, DG Sanità, sezione normativa e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

# vi. Prospettive per i privati accreditati

***I ricoveri ordinari 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 DO
<i>Diabete (DRG 294-295)</i>	3.138	2.102	5.240
<i>Ipertensione (DRG 134)</i>	1.386	769	2.155
<i>Malattie cardiache (DRG 121-122-123-124-125)</i>	17.951	7.922	25.873



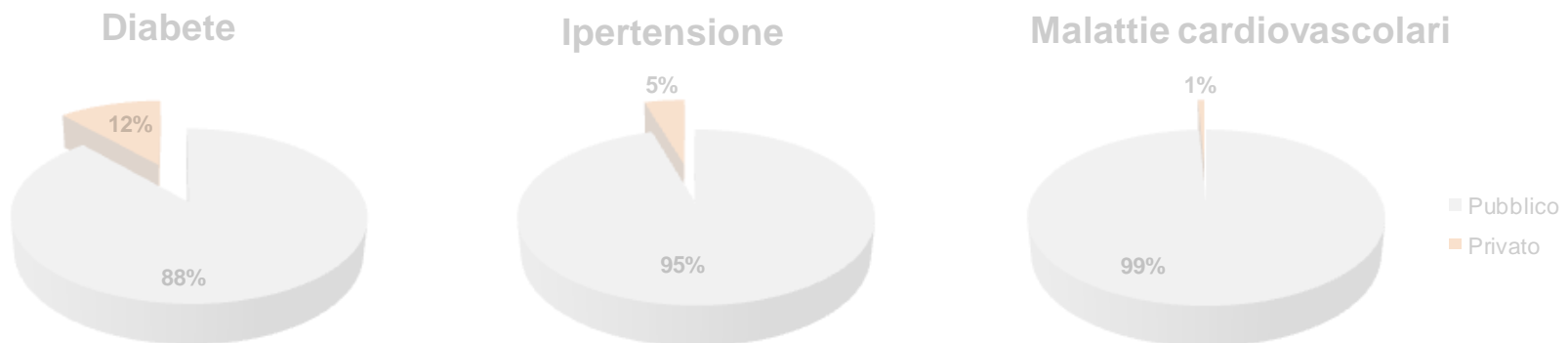
Fonti:  
-Ministero della salute, Rapporto SDO 2009

# vi. Prospettive per i privati accreditati

***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
<i>Diabete (DRG 294-295)</i>	3.766	490	4.256
<i>Ipertensione (DRG 134)</i>	1.052	50	1.102
<i>Malattie cardiache (DRG 121-122-123-124-125)</i>	274	2	276



Fonti:  
-Ministero della salute, Rapporto SDO 2009

## ***2. Le cure sub-acute***





# i. Impostazione del sistema

## **Il ricovero sub – acuto è...**

*“un trattamento finalizzato ad ottenere specifici obiettivi sanitari, erogato senza soluzione di continuo dopo un ricovero acuto o in alternativa allo stesso, per trattare uno o più problemi clinici in fase attiva, diretto a pazienti prevalentemente anziani e affetti da patologie croniche”.*



## **Il ricovero sub – acuto non è...**

*un insieme di “attività socio-sanitarie rese a pazienti non autosufficienti in condizioni di discreta stabilità clinica”, nè “attività riabilitative a bassa intensità”.*

**Le attività di cure sub-acute saranno svolte in “ospedali a bassa complessità”** assieme ad attività ambulatoriali, che costituiranno il naturale luogo di integrazione e supporto per gli attori coinvolti nell’implementazione dei CReG (in primis i MMG).

# i. Impostazione del sistema

- La **durata media** delle degenze in strutture per cure sub acute non dovrebbe essere inferiore ai **10-15 giorni**, con una degenza attesa al momento dell'accettazione tipicamente attorno ai 7/10 giorni. La degenza ha comunque una durata limitata, 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.
- Le attività di cura dovrebbero essere svolte in **moduli da 20 posti** letto tecnici.
- L'attivazione di nuovi posti letto subacuti **non può comportare l'aumento complessivo della dotazione strutturale**.

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).

I costi di attivazione delle cure sub – acute troveranno parziale compensazione nei **risparmi dovuti al minore e più appropriato utilizzo delle strutture per acuti**.



# i. Impostazione del sistema

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, adeguatamente riconvertiti.

Il **fabbisogno strutturale** per le attività subacute in Lombardia è quantificato in **1.146 posti letto**, distribuiti nelle ASL regionali come indicato nella tabella a fianco.

ASL	PL	ASL	PL
Bg	118	M12	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
Mi C	249		



**Le ASL propongono alla DG Sanità la distribuzione territoriale dei posti letto**, curando la omogenea copertura del bisogno, valorizzando i progetti già in corso **e privilegiando attività che nascano dalla conversione di posti letto riabilitativi** accreditati e realmente attivati.

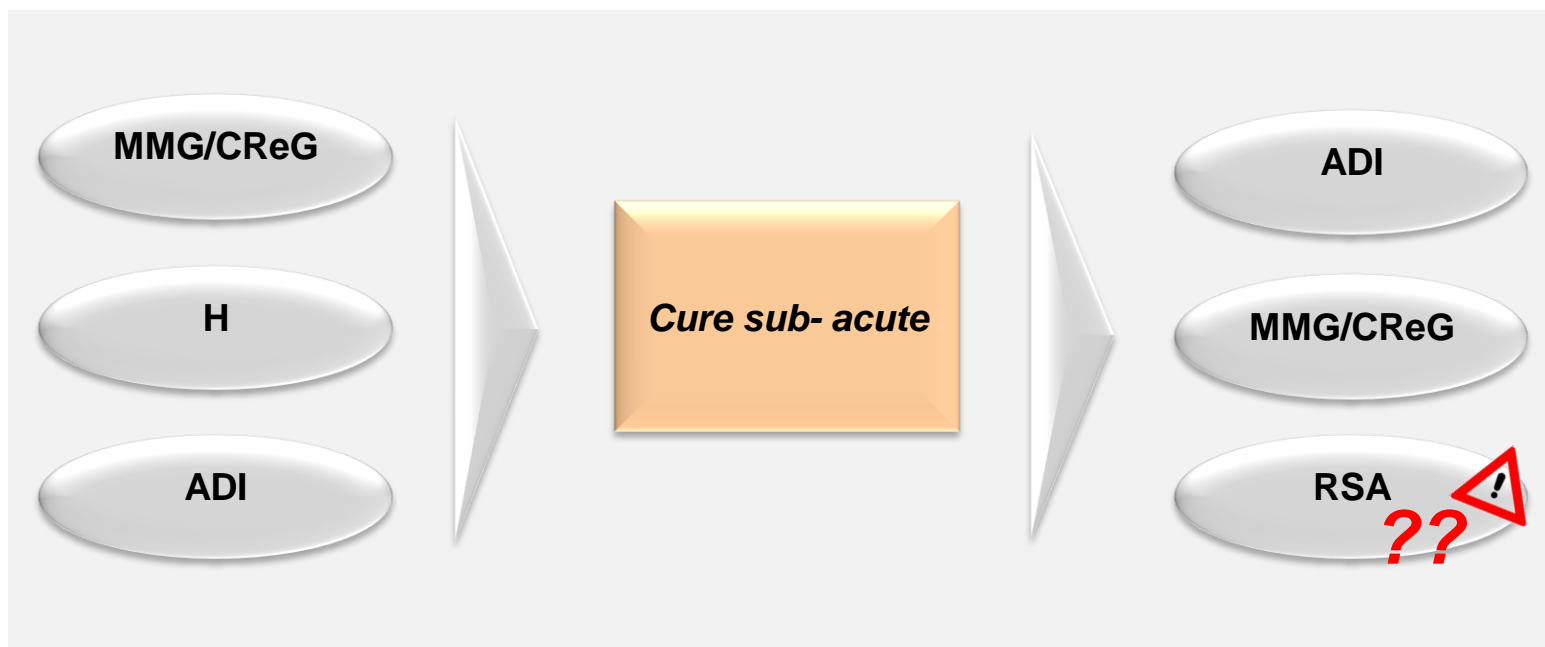
# i. Impostazione del sistema



- **I posti letto sub-acuti accreditati nel corso dell'anno 2011** sono stati circa **880**.
- Lo scopo di tale modalità di ricovero è **evitare o seguire il ricorso al PS o ai reparti acuti** (es. medicina interna/generale). Regione Lombardia tende quindi a potenziare l'assistenza sul territorio per cronici e anziani attraverso una **tipologia di ricovero a medio - bassa intensità (minore medicalizzazione)**, complementare sia all'attività ambulatoriale che alla presa in carico continuativa del CReG.
- Alla base della conversione di PL da acuti in sub-acuti vi è anche l'esigenza di **diminuire la dotazione complessiva di posti letto** per soddisfare i parametri definiti a livello nazionale dal PpS 10/12
- **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.
- La dirigenza regionale ritiene **poco probabile la diffusione della gestione di PL per sub-acuti da parte di cooperative o forme associative di MMG**.

# i. Impostazione del sistema

*Le cure sub-acute seguono / evitano il ricovero acuto e sono dirette al reinserimento a domicilio del paziente*



## ii. Principali tendenze

Superata una **fase iniziale di incentivo alla conversione dei posti letto da acuti a sub-acuti** (la relativa produzione è stata mantenuta extrabudget) **l'obiettivo finanziario dell'introduzione delle cure sub-acute è la diminuzione delle risorse attribuite ai singoli erogatori** attraverso l'istituzione di un budget *ad hoc* per le cure sub-acute.



**E' improbabile la gestione di PL sub-acuti da parte degli operatori dell'assistenza socio-sanitaria (es. RSA).**



# ii. Principali tendenze

## Posizionamento attuale e prospettico degli attori chiave del sistema

