



« CORSO SIFO UNDER 40.
AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE
PER IL FARMACISTA »

IN MEMORIA DI STEFANO FEDERICI

Milano, 21 settembre - 23 novembre 2016

Il Progetto CReG



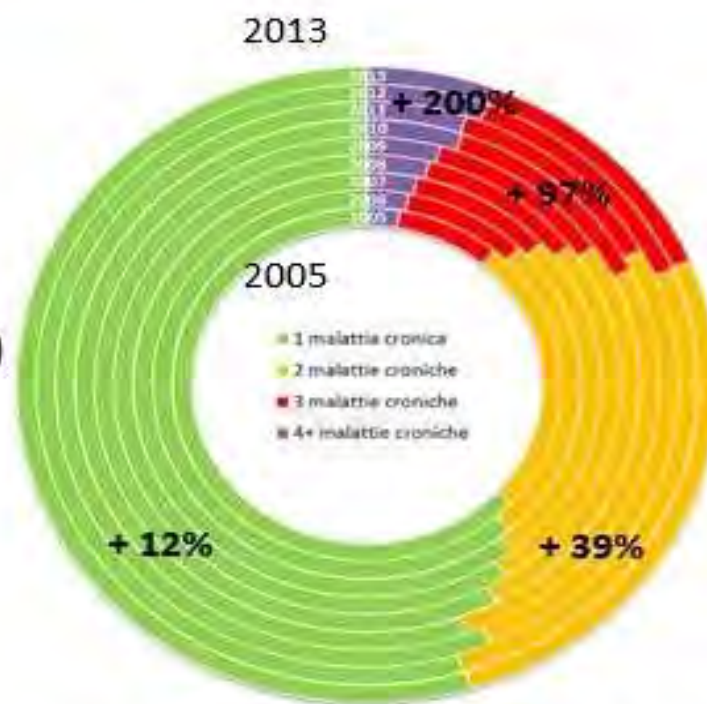
*Dott. Mario Battista Sorlini
Milano, 2 Novembre 2016*

Cronicità e polipatologia in Lombardia

Direzione Generale Salute

Polipatologia in Lombardia

- 10 milioni abitanti
- 3,5 milioni di pazienti cronici
- +600.000 negli ultimi 10 anni (+25%)
- 75% del budget
- Budget = 17 miliardi €

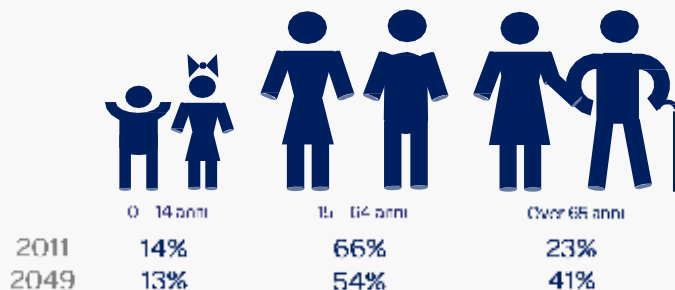


POLIPATOLOGIA 2005-2013

La cronicità in Lombardia 2005-2013

11 milioni di abitanti

Invecchiamento della popolazione



I.Stat

Finanziamento SSN

€ stabile

+ pazienti con malattie cardiovascolari



+ 480.000 pazienti
dal 2005 al 2013

Pazienti cronici
3,5 milioni

+ 600.000 negli
ultimi 10 anni

+ pazienti diabetici



+ 150.000 pazienti
dal 2005 al 2013

IL CReG

IL MODELLO SPERIMENTALE LOMBARDO PER LA GESTIONE DELLA CRONICITA'



La «cronicità» della Lombardia

N° Assistiti 2012:	10.157.474
N° Cronici (*):	3.227.763
Cronici su Assistiti	31,8%
Spesa complessiva Cronici (**)	79,6%

(*) n° pazienti classificati come cronici in base a traccianti di consumo + esenzione ticket

(**) % di spesa degli Assistiti Cronici sul totale della spesa relativa a ricoveri ospedalieri, prestazioni Ambulatoriali, Farmaceutica, File F

	Prestazioni Ambulatoriali	Ricoveri	Prestazioni Farmaceutiche	File F	TOTALE
ASSISTITI RL 2012	€ 2.796.145.228	€ 4.750.212.115	€ 1.879.752.851	€ 855.352.331	€ 10.281.462.525
CRONICI 2012	€ 1.883.717.698	€ 3.864.832.776	€ 1.630.542.802	€ 808.783.523	€ 8.187.876.799
Incidenza %	67,4%	81,4%	86,7%	94,6%	79,6%



Costi cronici

19%



Popolazione cronici

4%



1

Sclerosi Multipla

Ossigenati

Neoplastici attivi

Dializzati

Scoppasso

Trapiantati attivi

HIV+

25%



2

Artrite Reumatoide

BPCO

Demenze
Parkinson

Insufficienti Renali Cronici

Cardiopatia

Trapiantati non attivi

Malattie RARE

16%



3

54%



LUPUS

ASMA

Neoplastici (non attivi)

Epilessia

Ipercolesterolemici

Diabetici

Ipertesi

80%



Consumatori sani

4

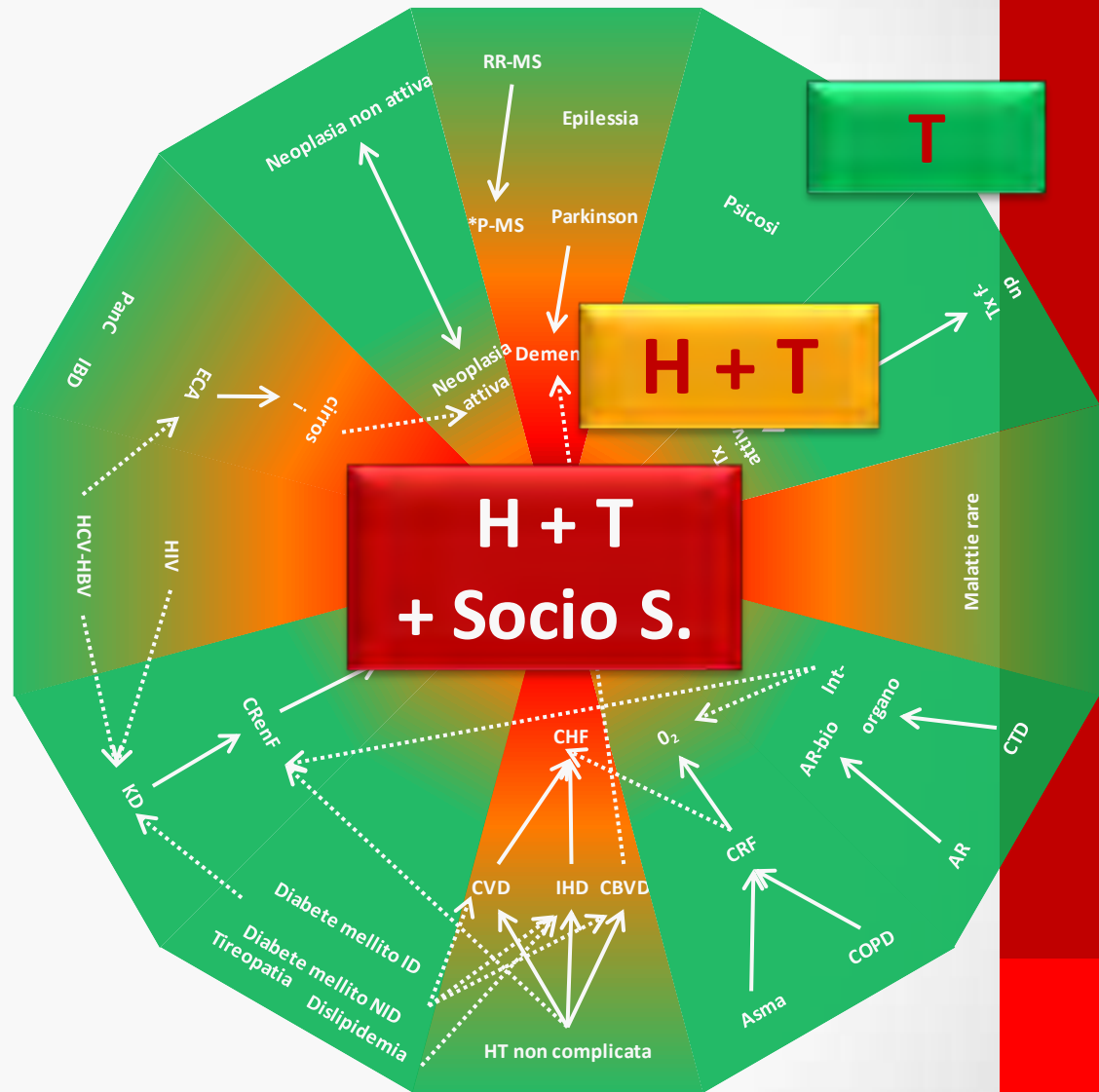
Costi 1.473.718.874,00

Popolazione 5.262.332

L'EVOLUZIONE DELLE PRINCIPALI MALATTIE CRONICHE

KD: Kidney Diseases
 CRenF: Chronic Renal Failure
 ESRD: End-Stage Renal Disease
 HCV: Hepatitis-C Virus
 HBV: Hepatitis-B Virus
 HT: Hyertension
 AR: Artrite Reumatoide
 CTD: Connective Tissue Disease

CHF: Cardiac Heart Failure
 IHD: Ischaemic Heart Disease
 CBVD: Cerebrovascular Disease
 CVD: Cardiovascular Disease
 COPD: Chronic Obstructive Pulmonary Disease
 CRF: Chronic Respiratory Failure
 RR-MS: Relapsing-Remitting Multiple Sclerosis
 P-MS: Progressive Multiple Sclerosis



	PATOLOGIA ACUTA	PATOLOGIA CRONICA
Paziente	Tutte le età	In genere anziano
	Una patologia	Più patologie
Esordio	Rapido	Progressivo
Percorso di malattia	Non programmabile	Prevedibile e programmabile
Durata	Breve	Indeterminata
Esito	Risolve in genere con la guarigione	Raramente esita in guarigione
Cura	Richiede alta specializzazione	Non sempre serve alta specializzazione



PATOLOGIA ACUTA

PATOLOGIA CRONICA

Malattia

Malato

Consenso informato

Partecipazione attiva

Fare tutto possibile

Fare ciò che serve
(less is more)

Procedura

Processo

Iper/Specialità

Integrazione
Multisetorialità

Terzo settore:
fund raising

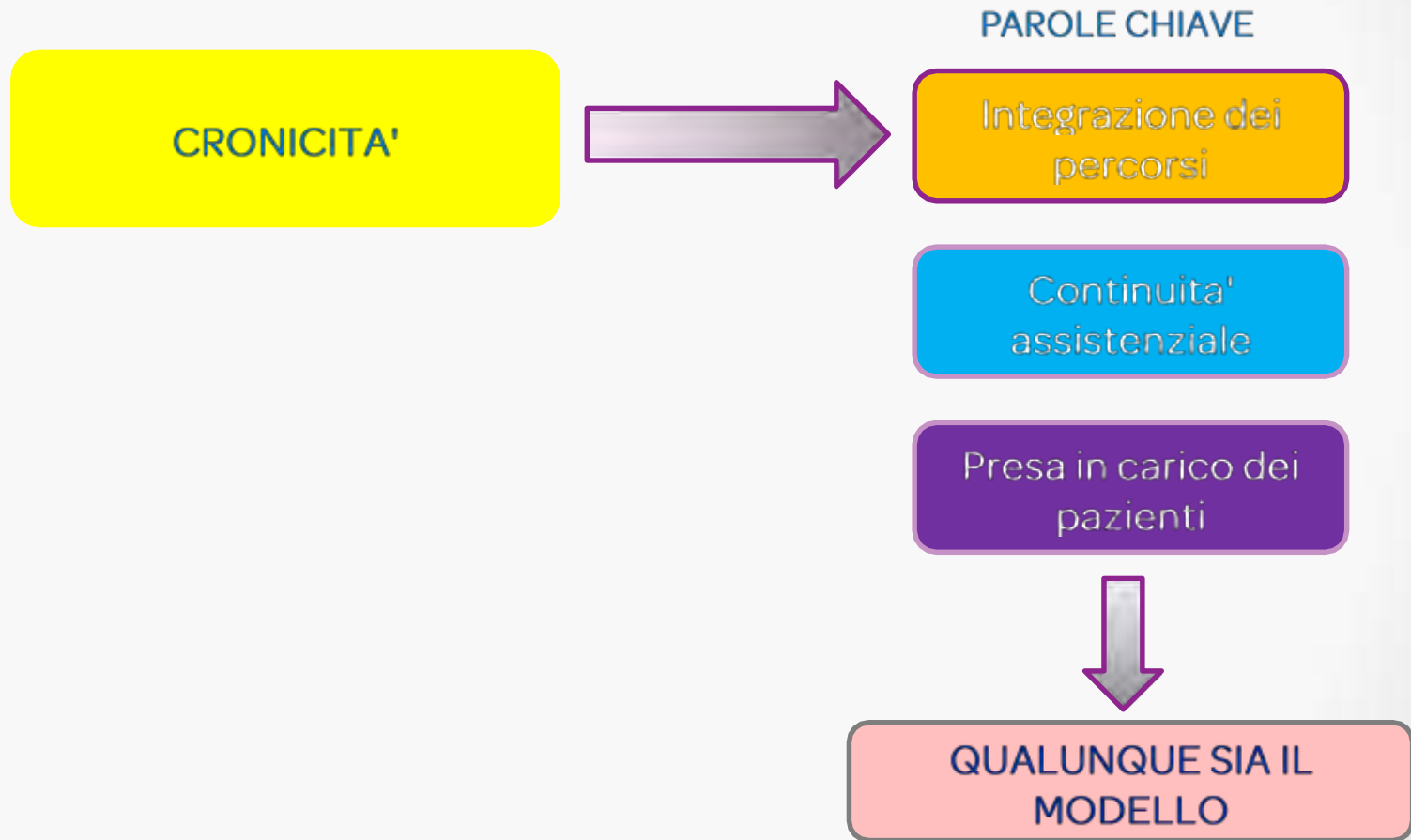
Terzo settore:
Associazioni pazienti

Ricerca clinica

Ricerca sanitaria
e organizzativa



La sfida comune a tutti i paesi sviluppati



MEDICINA DI ATTESA E MEDICINA DI INIZIATIVA



Malattie croniche: i bisogni

- Pazienti anziani
- Durano a lungo
- Tendono a peggiorare
- Multimorbidity, complicanze
- Aderenza alla terapia
- Frammentazione dei percorsi

Presca in carico - Personalizzazione

Monitoraggio Continuo

Continuità delle Cure

Integrazione

(Specialisti/MMG, Sanitario/Socio-Sanitario, etc.)

«Empowerment» del paziente e «self-management»

Piano Assistenziale Individuale

MEDICINA DI INIZIATIVA (proattiva)

CReG: le motivazioni

COSA SERVE PER LA GESTIONE DELLA CRONICITÀ?

- ✓ Risorse
- ✓ Connessione dei percorsi di cura
- ✓ Competenze
- ✓ Strumenti
- ✓ Cultura

La risposta al bisogno del paziente cronico non è di tipo STRUTTURALE, ma ORGANIZZATIVA

Serve un'organizzazione in grado di governare il percorso del paziente (governo clinico)..

...mettendo in connessione (e coordinando) tra loro diverse strutture e figure professionali

DA UN SISTEMA BASATO SULL'OFFERTA

1. **... a un sistema orientato dalla domanda (*person focused*)**
2. **... in relazione ai livelli di cronicità**



affrontare i cambiamenti ... una sfida per la Medicina Generale

PERCHE' i CReG

- Scrive la regione :” Molte risorse sono state impegnate..... ma la realtà dei fatti ha dimostrato che l’attuale organizzazione delle cure primarie manca, in termini complessivi, delle premesse contrattuali e delle competenze cliniche gestionali ed amministrative richieste ad una organizzazione che sia in grado di garantire una reale presa in carico complessiva dei pazienti cronici al di fuori dell’ospedale.....favorire la crescita al di fuori dell’ospedale di un soggetto che sia in grado di sostenere il confronto con l’ospedale.”
- All 14 DELIBERA REGIONALE DIC 2010

CReG: dalla teoria alla pratica

La Regione Lombardia con le citate deliberazioni ha previsto di implementare sperimentalmente il CReG inteso come nuova modalità di presa in carico dei pazienti cronici finalizzata ad assicurare una migliore gestione clinico-organizzativa delle patologie di cui sono affetti.

L'aspetto cardine del progetto è rappresentato dall'individuazione di un soggetto, *Ente gestore/Provider*, che garantisce la continuità del percorso e della presa in carico del paziente - relativamente alla gestione/organizzazione del suo Percorso Diagnostico-Terapeutico Individuale (interagendo con tutti gli attori coinvolti nella gestione della patologia) - e le necessarie competenze amministrative, organizzative e gestionali.



Regione Lombardia
LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° IX / 1479

Adottata dal 30/03/2011

All. 2 - Ulteriori indicazioni
per l'implementazione del
CReG
"Chronic related Group"

CHE COSA E' IL CREG

<< Un'innovativa modalità di presa in carico dei pazienti che, a fronte della **corresponsione anticipata di una quota predefinita di risorse (CReG),** **deve garantire, senza soluzioni di continuo e cali di assistenza, tutti i servizi**

extraospedalieri (prevenzione secondaria, follow up, monitoraggio persistenza terapeutica, specialistica ambulatoriale, protesica, farmaceutica) necessari per una buona gestione clinico organizzativa delle patologie croniche.

L'insieme di attività, servizi e prestazioni previsti nel pacchetto rappresentato dal CReG è specifico per patologia ed è finalizzato ad assicurare i livelli assistenziali previsti nei vari percorsi di cura.>>





Regione Lombardia
LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° IX / 1479

Adottata dal 30/03/2011

All. 2 - Ulteriori indicazioni
per l'implementazione del CReG
"Chronic related Group"

COME FUNZIONA IL CReG

Cardine del progetto è l'individuazione di un **soggetto che si fa carico della gestione complessiva del percorso assistenziale**, a cui vengono assegnate le risorse economiche necessarie secondo rimborsi tariffari predefiniti.

La definizione del rimborso è molto simile a quella che viene utilizzata per classificare e pagare le attività erogate in acuzie (DRG) dagli ospedali.

Ad ogni raggruppamento omogeneo di patologia o pluripatologia è assegnata una **tariffa che comprende i consumi per le componenti:** ambulatoriale, farmaceutica, ossigeno, protesica minore.

Sono esclusi dalla tariffa i ricoveri per acuti, quelli in riabilitazione e le quote attuali di finanziamento dei MMG.

Le tariffe sono ora oltre 1100 (con una media di 950 €), comprendono le pluripatologie e sono stratificate a seconda del livello di gravità. I costi del CReG sono stati individuati in riferimento ai costi 2013.



Il “soggetto” che garantisce la continuità del percorso e della presa in carico dei pazienti, interagendo con tutti gli attori coinvolti viene definito *PROVIDER*

Pertanto l'Ente Gestore/Provider deve dotarsi di competenze e di strumenti specifici, che vengono di seguito indicati:

1. **Personale:** il Provider per la gestione del progetto si avvale di personale operante con profilo tecnico sanitario. Il Provider definisce e certifica il piano di formazione annuale del personale operante.
2. **Coordinatore medico:** il Provider individua una figura responsabile del governo clinico complessivo delle attività.
3. **Case manager:** il Provider garantisce la disponibilità di un responsabile del caso clinico.
4. **Centro Servizi – Call Center:** il Provider si avvale di un centro servizi che assicura la propria funzionalità per 12 ore/die per 365 giorni l'anno con adeguata tecnologia (quali-quantitativa) e con codificata modalità di gestione della documentazione comprovante l'attività sanitaria svolta.
Definisce modalità di relazione con il cittadino che contatta il Centro Servizi (Call Center).
Fornisce al cittadino una scelta appropriata di servizi in risposta al bisogno espresso dall'assistito, illustrandone modalità di fornitura.
Garantisce first and second opinion specialistica legata alle evenienze cliniche o emergenze del percorso di cura descritti nei PDT.

5. **Continuità assistenziale/SSU.Em118:** il Provider assicura un raccordo con CA-SSU.Em118.
6. **Percorso sanitario:** il Provider deve:
 - assicurare una corretta compliance del farmaco, una corretta fornitura e gestione delle apparecchiature medicali anche al domicilio del paziente, garantendo una corretta formazione per l'uso delle stesse (presenza di procedura), rispetto alla patologia ed al suo profilo di cura;
 - definire procedure ed indicatori di valutazione della qualità del servizio erogato;
7. **Rapporto con strutture specialistiche:** il Provider assicura attraverso accordi con i soggetti erogatori (AAOO, strutture di specialistica ambulatoriale pubbliche e private) un corretto accesso del paziente in relazione alle necessità riscontrate ed ai tempi di attesa.
8. **Customer satisfaction e servizio reclami:** il Provider elabora idoneo questionario atto alla somministrazione della Customer Satisfaction dei propri utenti circa il servizio erogato; ne definisce modalità di somministrazione, raccolta ed elaborazione.
Il Provider attiva un servizio di raccolta e gestione del reclamo.
10. **Privacy:** il Provider evidenzia le modalità di tutela della privacy degli assistiti arruolati nel CreG.
11. **Formazione:** il Provider definisce un piano di formazione coerente con il profilo e le funzioni assegnate al personale coinvolto nel progetto.
12. **Sistema informatico e informativo:** il Provider definisce le modalità di gestione della documentazione sanitaria degli assistiti.
Definisce gli elementi tecnici dell'ERP e individua le modalità di raccordo con la cartella clinica degli MMG.
Definisce modalità di gestione degli ALLERT.

4° Domanda

Rispetto al bando di gara, cosa manca nell'immediato alla Coop per poter adempiere al più presto a tutti i compiti assegnati al Provider ?

4. **Centro Servizi – Call Center:** il Provider si avvale di un centro servizi che assicura la propria funzionalità per 12 ore/die per 365 giorni l'anno con adeguata tecnologia (quali-quantitativa) e con codificata modalità di gestione della documentazione comprovante l'attività sanitaria svolta.
12. **Sistema informatico e informativo:** il Provider definisce le modalità di gestione della documentazione sanitaria degli assistiti.
Definisce gli elementi tecnici dell'ERP e individua le modalità di raccordo con la cartella clinica degli MMG.

RISPOSTA

Conviene al momento utilizzare la struttura e l'esperienza di soggetti che già da tempo operano sul mercato in attività affini sottoscrivendo un patto di reciproca collaborazione per l'insieme delle attività afferenti a:

1. **Centro Servizi - Call Center**
2. **Alimentazione e gestione del file EPR** (Electronic Patient Record)

contenitore di tutte le informazioni relative al paziente generate

- sia in ambito ospedaliero (FSE e BDA del SISS)
- sia nel setting delle cure primarie (MMG)



Provider e suoi requisiti

Centro servizi

Il personale

Sistema informativo e informatico

Privacy

Customer satisfaction e servizio reclami

Rapporto con strutture specialistiche

Centro Servizi – Call center: il Provider si avvale di un Centro Servizi che assicura la propria funzionalità per 12 ore/die per 365 giorni/anno con adeguata tecnologia (quali-quantitativa) e con codificata modalità di gestione della documentazione comprovante l'attività sanitaria svolta e gli interventi attuati.

-Definisce modalità di relazione con il cittadino che contatta il Centro servizi (Call Center).

-Fornisce al cittadino una scelta appropriata di servizi in risposta al bisogno espresso dall'assistito, illustrandone modalità di fornitura.

-Garantisce first e second opinion specialistica legata alle evenienze cliniche o emergenze del percorso di cura descritti nei PAI (Piani Personalizzati di Cura)

Il coordinatore medico

Il case manager

Continuità assistenziale

Percorso sanitario



**CReG:
...verso un sistema di remunerazione innovativo**

Il sistema di remunerazione è una leva potente per forzare l'assetto organizzativo e incentivare la 'presa in carico' del paziente)

• **SISTEMA DI REMUNERAZIONE A PRESTAZIONE:**

- **inadatto a governare il percorso di cura del paziente cronico, in quanto 'segmenta' il flusso di servizi erogati al paziente**
- **se manca un sistema di regolazione del percorso di cura, non si responsabilizza il medico alla presa in carico (manca continuità della cura, ripetizione di esami inutili, ecc.)**

• **SISTEMA DI REMUNERAZIONE FORFETTARIO:**

- ***budget* a un 'conduttore' del percorso del paziente**
- **integrazione tra livelli di servizio (cure primarie e specialistiche)**
- **governo (clinico e di spesa) del processo diagnostico-terapeutico**
- **responsabilizza il gestore e il paziente (*empowerment*)**



QUALI PRESTAZIONI FORNITE DAL CReG?

- **SPECIALISTICA
AMBULATORIALE**
- **FARMACI**
- **PROTESICA
MINORE (diabetici)**
- **FOLLOW-UP**
- **MAC e BIC**

+

Sevizi Aggiuntivi:

- Firma Patto di Cura (privacy)
- Compilazione del PAI
- Rilascio esenzione per patologia
- Debito informativo
- Case manager
- Installazione a domicilio delle strumentazioni (ove necessario)
- Prestazioni aggiuntive (fundus, ECG, etc.)
- Triage clinico e tecnico
- Servizio di compliance farmacologica
- Formazione
- Telemedicina

CReG

E' un **sistema di classificazione** delle malattie croniche, in categorie:

- clinicamente significative
- omogenee per assorbimento di risorse sanitarie
- che tengono conto anche della multimorbidità

E' un **'modalità di remunerazione'** forfettaria della presa in carico dei pazienti con patologie croniche

La soluzione CReG: Chronic Related Groups

IL CREG

1. è un **sistema di classificazione** delle malattie croniche, in categorie: clinicamente significative, omogenee per assorbimento di risorse sanitarie in ambito territoriale, che tengono conto anche della multimorbilità
2. è una **'modalità di remunerazione'** forfettaria della presa in carico dei pazienti con patologie croniche
3. è una **modalità organizzativa** per la «presa in carico» proattiva e personalizzata del paziente cronico
4. si fonda sull'**alleanza tra medico e paziente**, che si realizza attraverso un Patto di Cura

**DGR IX/937 1 DICEMBRE 2010 "DETERMINAZIONE
IN ORDINE ALLA GESTIONE DEL SERVIZIO
SOCIO SANITARIO REGIONALE PER L'ESERCIZIO 2011"**

PROGETTO SPERIMENTALE CReG MODELLO :

- **INNOVATIVO**
- **ESCLUSIVO PER REGIONE LOMBARDIA**
- **ATTO A MIGLIORARE LA GESTIONE CLINICA ED ORGANIZZATIVA DELLE PATOLOGIE CRONICHE**
- **ATTO A GARANTIRE LA CORRETTA EROGAZIONE DI TUTTI I SERVIZI EXTRAOSPEDALIERI PREVISTI DA APPOSITI PERCORSI DI CURA**

Il provider ideale

La cooperativa di servizio dei MMG

SUPPORTO GESTIONALE

strumenti e servizi necessari per l'esercizio della professione in forma associata

SUPPORTO AMMINISTRATIVO

servizi per la gestione "contabile" del CReG e dei rapporti con gli altri sub-fornitori (ospedali, laboratori, servizi di telemedicina...)

SUPPORTO TECNOLOGICO

per la messa in rete dei singoli MMG tra di loro e per l'interazione con i sistemi informativi delle istituzioni e di eventuali altri soggetti



CReG: il ruolo delle società' di servizio cooperative

- Le forme associative della Medicina Generale che si sviluppano e realizzano nuove **attività'** e **progettualità'**, necessitano per la loro gestione di una forma societaria stabile
- E' indispensabile che il MMG sia coinvolto **all'interno** della società' stessa. Le Cooperative sembrano il modello ideale per fornire al medico gli strumenti per gestire al meglio la propria **attività'**

Cosa possono fare le cooperative di Medici di Medicina Generale ?

Le Coop possono affrontare la realizzazione di ogni tipo di servizi, e acquisire ogni tipo di beni e strumenti ad esempio per la

Gestione di : Centri Sanitari Polifunzionali, Case della Salute, Utap, Unità' Complesse Cure Primarie, Aggregazioni Funzionali Territoriali ,..... o di progetti complessi .

CReG progetto complesso che ci ha identificato come elemento centrale dell'assistenza territoriale

Erogazione di pacchetti di servizio a medici di famiglia singoli e in associazione (personale, servizi informatici, utenze di servizi vari....)



CReG vs DRG

	DRG	CReG
STRUMENTO REGOLATORE DELL'USO DI RISORSE COMUNI	<p>Modalità di remunerazione forfettaria (Σ prestazioni ospedaliere)</p> <p>Tariffa per singolo episodio di ricovero</p>	<p>Modalità di remunerazione forfettaria (Σ prestazioni in diversi setting di cura)</p> <p>Budget annuale</p>
PAZIENTI / ATTIVITA'	<ul style="list-style-type: none"> • pazienti ospedalizzati • attività di ricovero (RO/DH) <p style="text-align: center;">↓ CURA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • pazienti cronici • tutti i servizi erogati (territorio/ospedale) <p style="text-align: center;">↓ PRESA IN CARICO</p>
FONTE DATI	SDO (ICD 9-CM)	BDA (algoritmi basati sui consumi, proxy della diagnosi)
N° CLASSI	≈ 520 DRG	Attualmente ≈ 1150 Classi CReG
CHI VIENE REMUNERATO?	Struttura erogatrice (ospedaliera)	Gestore del CReG (Cooperativa MMG, UCCP, Presidi Ospedalieri Territoriali, etc.)

PDTA vs EPA

PDTA definisce il percorso di cura per una patologia in condizioni "ideali" mentre il **CReG "fotografa" l'assistito nella sua condizione reale di bisogno** con l'obiettivo di farsene carico nel modo più esaustivo possibile

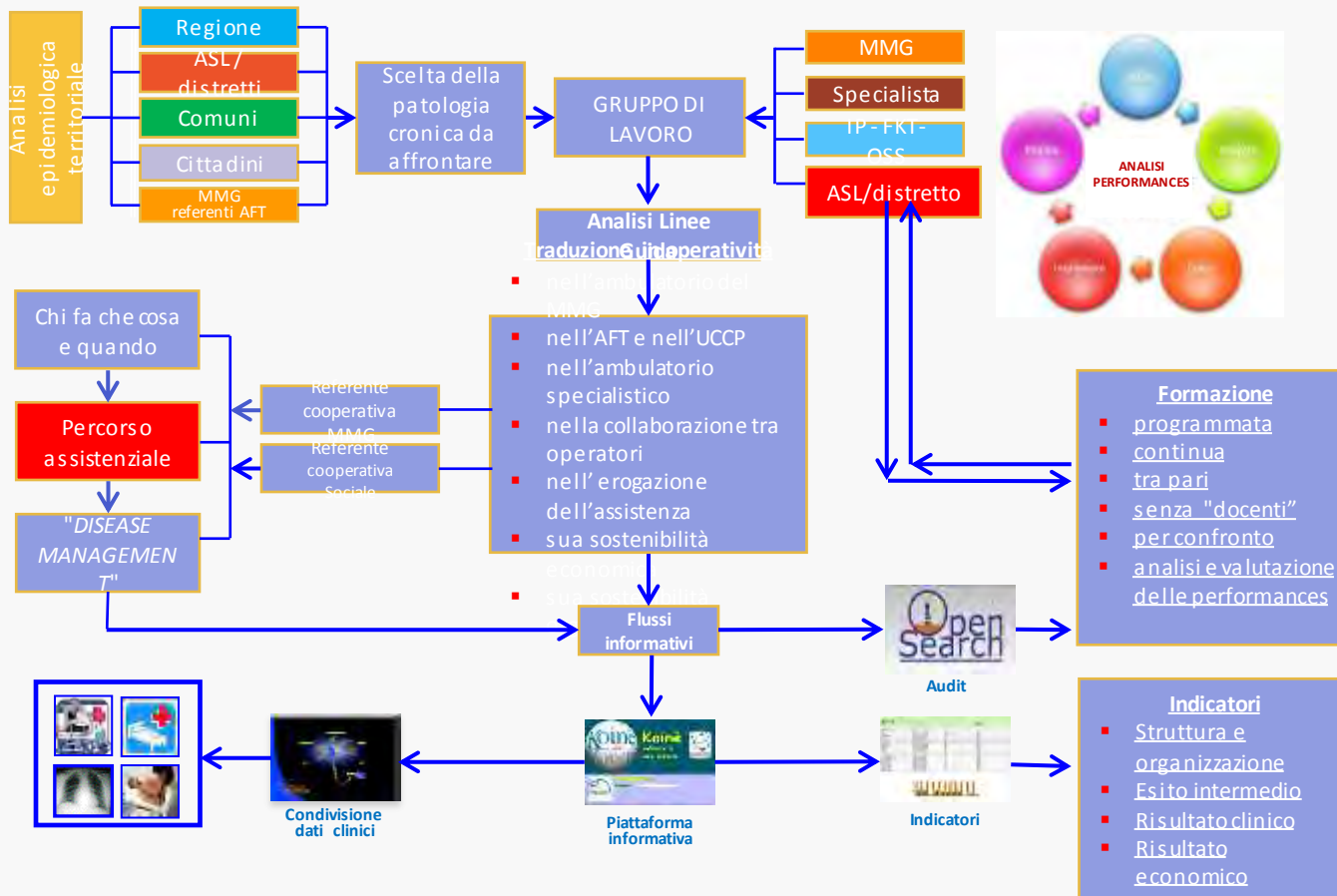
Nel CReG, grazie alla disponibilità di «flussi amministrativi» coi principali eventi/consumi sanitari per tutti gli assistiti, con una particolare tecnica di clusterizzazione è individuato **l'EPA (Elenco Prestazioni Attese)** che rappresenta le «prestazioni più probabili» per i pazienti classificati in ciascuna Classe CReG.



PDTA ed EPA

PDTA	EPA (Elenco Prestazioni Attese)
su base clinica	sulla base dell'evidenza storica dei consumi
Supporta l'approccio clinico alla patologia	Finalizzato al benchmark
Riguarda la singola patologia	Orientato al paziente «CReG»
Valido per ciascun singolo paziente	Acquista attendibilità con l'aumento dei pazienti monitorati

Percorso di costruzione di un PDTA

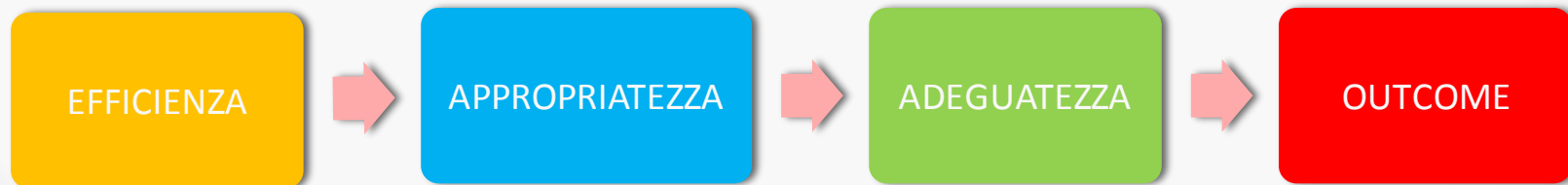


ESTRATTORI

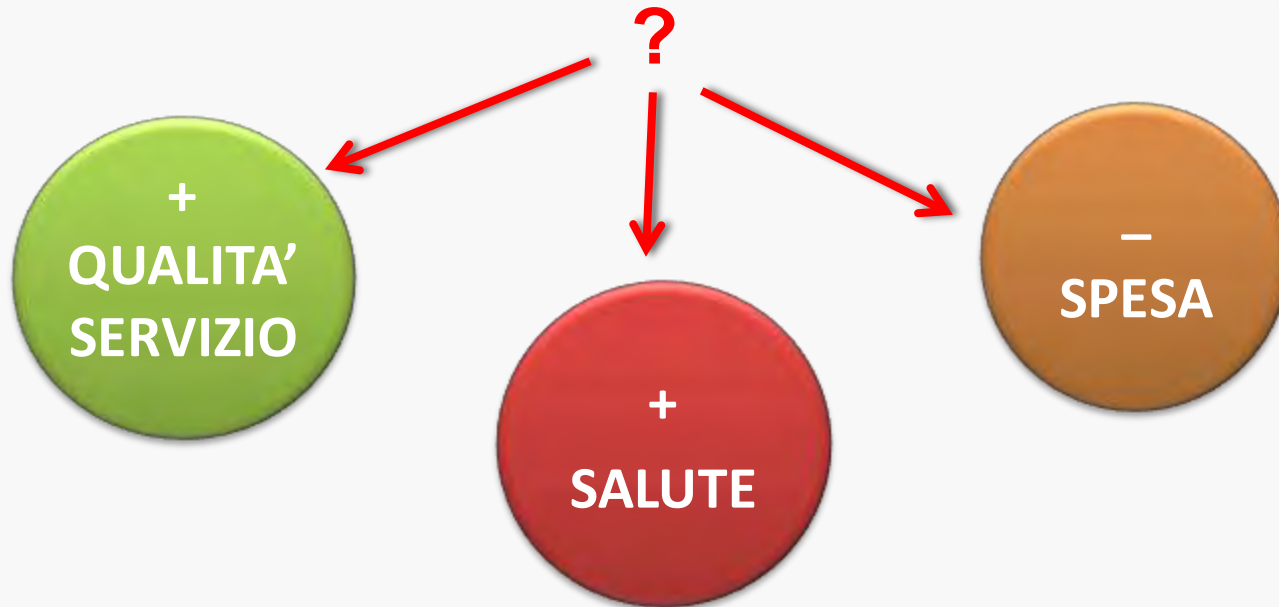
- I PDTA senza la collaborazione e condivisione operativa tra tutti i professionisti coinvolti, e senza **un'organizzazione** in grado provvedere alla fornitura e gestione dei fattori produttivi necessari, restano un semplice "esercizio culturale" privo di una reale efficacia e capacità di incidere in modo significativo **sull'assistenza**.
- Progetti gestionali quali CReG/CCM, in cui esiste un momento organizzativo ed un budget economico, non possono inoltre essere misurati senza che esista un sistema di raccolta, verifica e analisi dei dati indispensabili al controllo di appropriatezza ed efficacia

Indipendentemente dal Modello organizzativo
scelto
tutti gli attori socio-sanitari devono:

- Garantire la continuità delle cure
- Effettuare un monitoraggio continuo
- **Attuare l'integrazione con altre figure socio-sanitarie**
- Supportare empowerment e self management del paziente



Obiettivi del CReG



QUALITA' DELLE CURE	SOSTENIBILITA' DELLA SPESA
<ul style="list-style-type: none">▪ Medicina d'iniziativa, presa in carico▪ Personalizzazione (PAI)▪ Continuità delle cure▪ Compliance/adesione▪ Appropriatelyzza (PDPA)	<ul style="list-style-type: none">▪ Previsione scenari di spesa▪ Responsabilizzazione economica e organizzativa del Gestore▪ Riduzione variabilità dei consumi▪ Riduzione prestazioni inappropriate

CReG e Medicina Generale

- **PERCHE' SI' AL CREG?**
- **OPPORTUNITA' PER LA MEDICINA GENERALE**
- **EVOLUZIONE ORGANIZZATIVA-TECNOLOGICA**
- **RISPOSTA ALLA RICHIESTA DI RIORGANIZZAZIONE DELLE C.P.**
- **RINFORZO DEL RUOLO DEL MMG NELLA TERRITORIALITA'**

...il progetto Buongiorno CReG

Informazione/formazione per il paziente:

- Materiale informativo/Empowerment
- Centro Servizi di Telemedicina (CST) con numero dedicato
- Compliance piani di cura
- Customer satisfaction
- Prenotazioni esami

Informazione/formazione per MMG:

- Materiale informativo
- Training & Manualistica
- CST con numero dedicato
- Piattaforme informatiche integrate
- Segnalazioni per scadenze via mail/telefono

Servizi CST

- Piattaforme informatiche
- Integrazione con CC MMG
- Integrazione con SISS
- Gestione debito vs RL
- Raccolta dati/erogazione PAI
- Reportistica interna per monitoraggio attività
- Analisi dati e trend per la governance e pubblicazioni scientifiche
- Telemedicina & Telemonitoraggio



Buongiorno CReG
Il nuovo programma di cura dedicato ai pazienti cronici.

- 1. Il tuo medico di famiglia continua ad essere il tuo riferimento.** 
- 2. Avrai un tuo programma personalizzato creato e seguito insieme al tuo medico.** 
- 3. Un sistema coordinato dal tuo medico di famiglia con il tuo coinvolgimento.** 
- 4. Un centro servizi e un numero telefonico a tua disposizione per aiutarti a seguire il programma.** 
- 5. Questionari e programmi di educazione alla salute. Partecipa alle attività e contribuisci a migliorare la tua salute.** 
- 6. Dispositivi di telemedicina a casa tua o nello studio del tuo medico.** 

La tua adesione è volontaria e totalmente gratuita.

Questo progetto è un'iniziativa della Regione Lombardia in collaborazione con l'ASL di Bergamo, la cooperativa di medici di famiglia **Iniziativa medica Lombardia-ML** e **Telkiss**.



Stesura Piani di Cura (PDT consigliati)

Monitoraggio attivo e recall
(Centro Servizi Call Center)

Telemedicina

Telemonitoraggio

Formazione e Informazione
(medici, pazienti, caregiver)

Reporting
(Debito informativo, customer, aderenza)

BPCO

DIABETE MELLITO

IPERTENSIONE ARTERIOSA

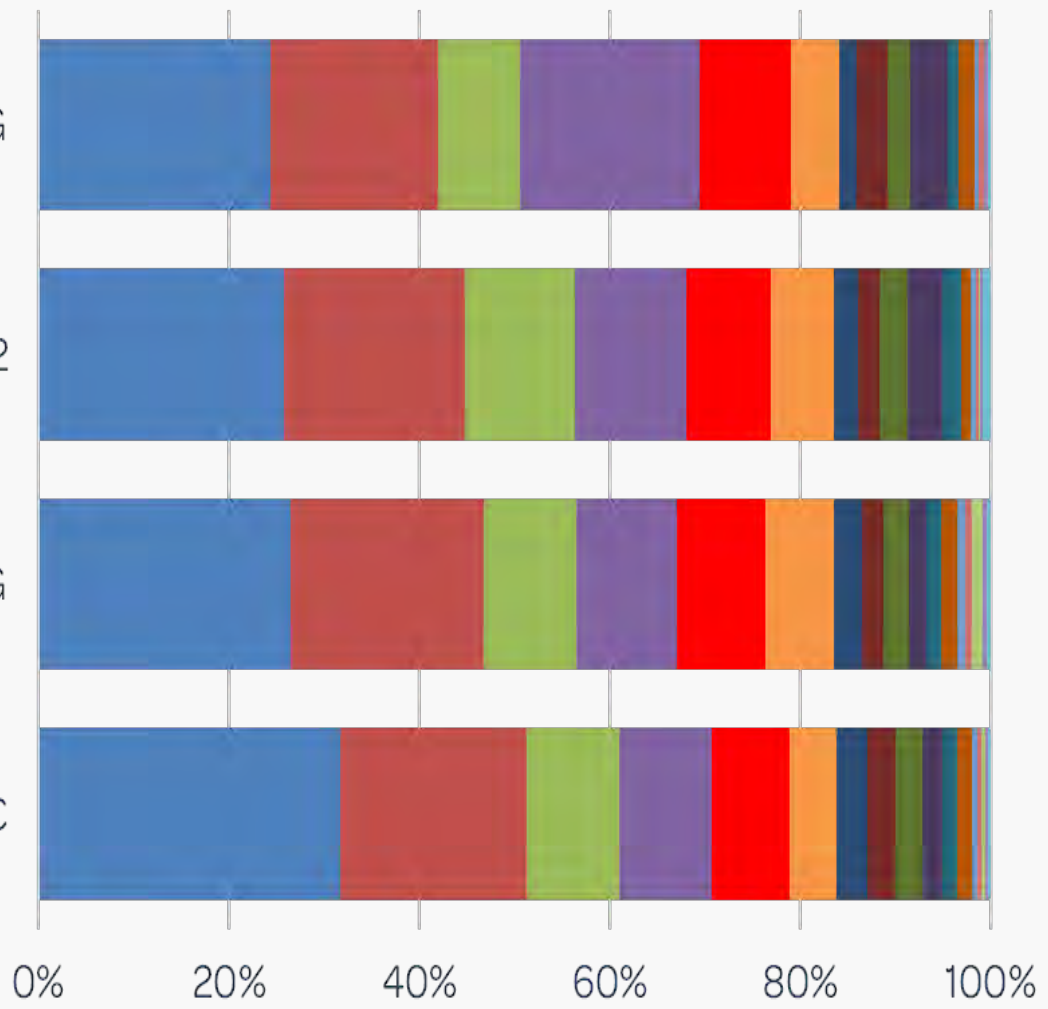
SCOMPENSO

MMGCREG

IMLMI2

IMLBG

CMMC



- IPERTENSIONE ARTERIOSA
- DIABETE MELLITO TIPO 2
- IPERCOLESTEROLEMIE FAMILIARI E NON
- MIOCARDIOPATIA ARITMICA
- CARDIOPATIA ISCHEMICA
- SCOMPENSO CARDIACO
- BPCO
- VASCULOPATIA ARTERIOSA
- VASCULOPATIA CEREBRALE
- ASMA
- INSUFFICIENZA RENALE CRONICA
- CARDIOPATIA VALVOLARE
- EPATITE CRONICA
- CIRROSI EPATICA
- IPOTIROIDISMO
- PARKINSON E PARKINSONISMI



Strumenti per la cura del paziente: il piano di cura (PAI)

PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE

documento
digitale di
pianificazione
delle cure

responsabilità
clinico-
organizzativa del
Gestore e
strumento di
empowerment del
paziente

comunicazione
nella Rete

monitoraggio,
verifica,
benchmarking

strumento per la
remunerazione
del percorso

Presa in carico

+ Appropriatelyzza

Adeguatezza

- Frammentazione cure

Continuità cure

+ Compliance

+ Qualità di
sistema

+ Educazione alla
salute



Organismi di coordinamento



Il percorso del paziente nel modello CReG



Presa in carico dei pazienti cronici mediante :

- Adesione PDTA
- EPA
- PAI
- Monitoraggio attivo e recall
- Centro servizi-Call Center
- Telemedicina
- Budget

Il piano di cura informatizzato



Il Piano di Cura informatizzato

HOME

PAZIENTE: CDS200023101 NOME:R0023101

Medico: MEDICO MEDICO01

Codice Fiscale: CF052801VD023101 Stato: ARROLDATO - ARROLDATO CON RICHIESTA REVISIONE CLASSE CREG - Piano di cura firmato: SI

Esito

Classe CREG: 101 - INSUFFICIENTI RENALI CRONICI CON DIALISI, 1 PATOLOGIE Medico: MEDICO01 MEDICO - TEL: 0253578633(C) 028435426(F)

DRUSOTTO PAZIENTI ATTIVI

AMMINISTRAZIONE

DRUSOTTO PAZIENTI INATTIVI

RICERCA PAZIENTI

ARRUOLAMENTO

VALUTAZIONE CLINICA

PIANO DI CURA

TERAPIA FARMACOLOGICA

TELEMEDICINA

ITERAZIONE

DOCUMENTAZIONE

PDT (Percorsi Diagnostico Terapeutici)

Patologia: SCOMPENSO (NYHA 3) Diabete (Tipo 1)

Data Inizio Piano: 07/06/2016

Elimina

Chiudi

<input checked="" type="checkbox"/> SCOMPENSO	<input type="checkbox"/> BPCO	<input checked="" type="checkbox"/> DIABETE	<input type="checkbox"/> IPERTENSIONE	<input type="checkbox"/> ASMA	<input type="checkbox"/> DISFUNZIONI DELLA TIROIDE
<input type="checkbox"/> NYHA 1	Lieve	<input type="checkbox"/> IGT e IFG	Grado 1	Intermittente	Ipotroidismo
<input type="checkbox"/> NYHA 2	Moderato	<input checked="" type="checkbox"/> TIPO 1	Grado 2	Lieve persistente	Ipotroidismo
<input checked="" type="checkbox"/> NYHA 3	Grave	<input checked="" type="checkbox"/> TIPO 2 (insulino trattato)	Grado 3	Moderata persistente	
<input type="checkbox"/> NYHA 4	Molto Grave	<input type="checkbox"/> TIPO 2 Non insulino trattato	PA normale/elevata	Grave persistente	

Data inizio: 25/09/2016

Scegli data

Genera il Piano di Cura

Prestazioni presenti nel piano di cura individuale annuale

Prestazioni

Profilo

Modifica

Rimuovi

Conferma

Stampa

10 + righe per pagina

Ricerca

	Prevista	Profilo	Codice	Descrizione	Frequenza	Tipo	Prescritta	Effettuata	Presunta	Contattato	Note
10	30/06/2016		CREG 01	VALUTAZIONE	ogni 6 mesi	MMG				NO	

Medici e pazienti hanno strumenti nuovi

Il mio Piano di Cura dal 01 Maggio 2012 al 31 Maggio 2013

		Maggio 2012	Giugno 2012	Luglio 2012	Agosto 2012	Settembre 2012	Ottobre 2012	Novembre 2012	Dicembre 2012	Gennaio 2013	Febbraio 2013	Marzo 2013	Aprile 2013	Maggio 2013	
		Prestazioni	Erogazioni												
MEDICINA GENERALE	coltura urina	1 Med													
	Rivestire garze con cloki	1 Med													
VISITA SPECIALISTICA	vista Cardiologa	1 Med													
ES. DI LABORATORIO	Esad. Serologia	1 Med													
	Profilo lipidico	2 Med													
ALTERNATIVE	Elettrocardiogrammi	1 Med													
	Stenocardiogrammi	1 Med													

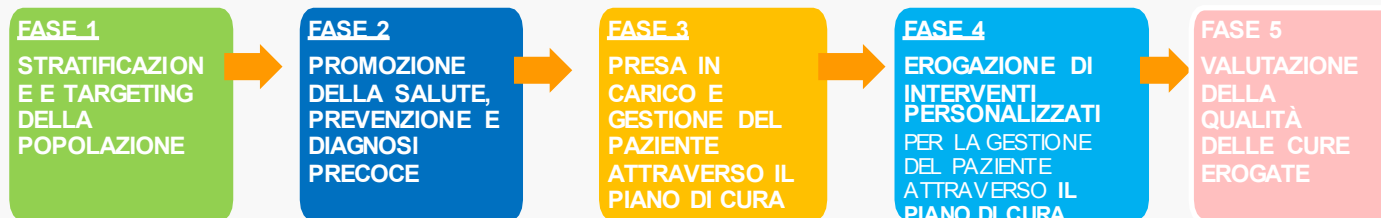
Le informazioni contenute nel presente documento sono un promemoria e assicurabili di variazioni in caso di modifiche del suo stato clinico.



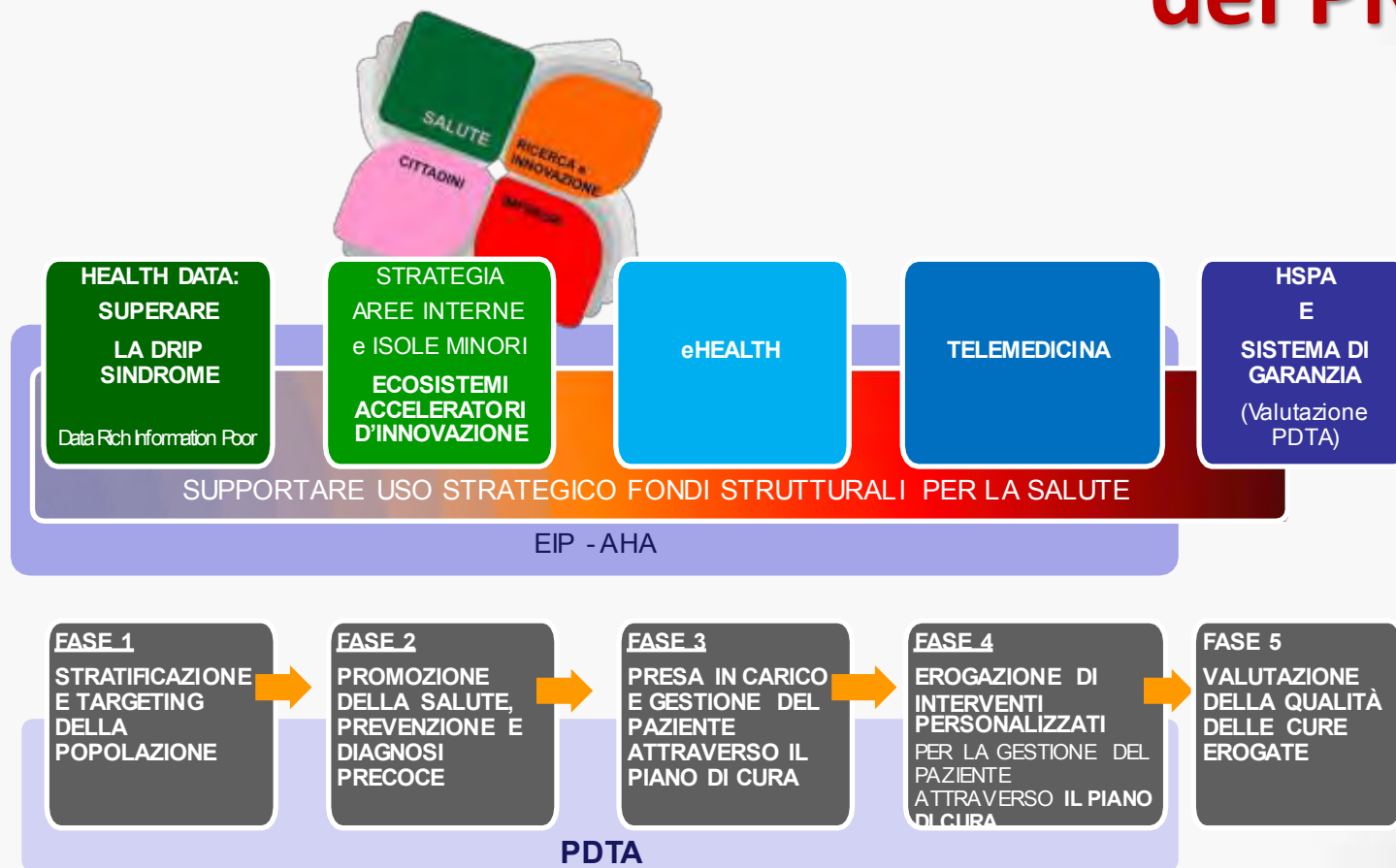
La struttura specifica del PNC

I macro-processi di gestione della persona con malattia cronica

Il Piano, nella declinazione degli obiettivi specifici e delle linee di intervento, ha utilizzato una metodologia che, disegnando il percorso del malato cronico suddiviso in fasi, ne descrive gli aspetti peculiari e le **macroattività**, proponendo uno o più obiettivi con le relative linee di intervento e i risultati attesi.



I processi da attivare a supporto del PNC



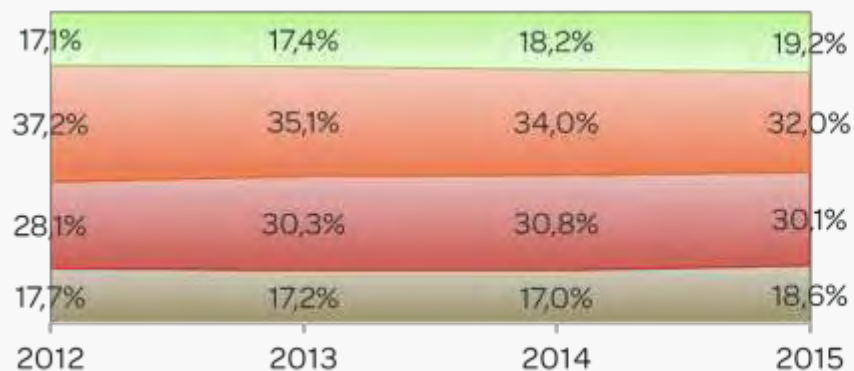
Come si dimostra la presa in carico del paziente

- ✓ **Il paziente è stato arruolato sul portale di RL**
- ✓ **Il paziente ha firmato il consenso**
- ✓ **Il consenso è stato registrato e inviato nel debito**
- ✓ **Il paziente conosce il progetto ed è in possesso del suo Piano di Cura**

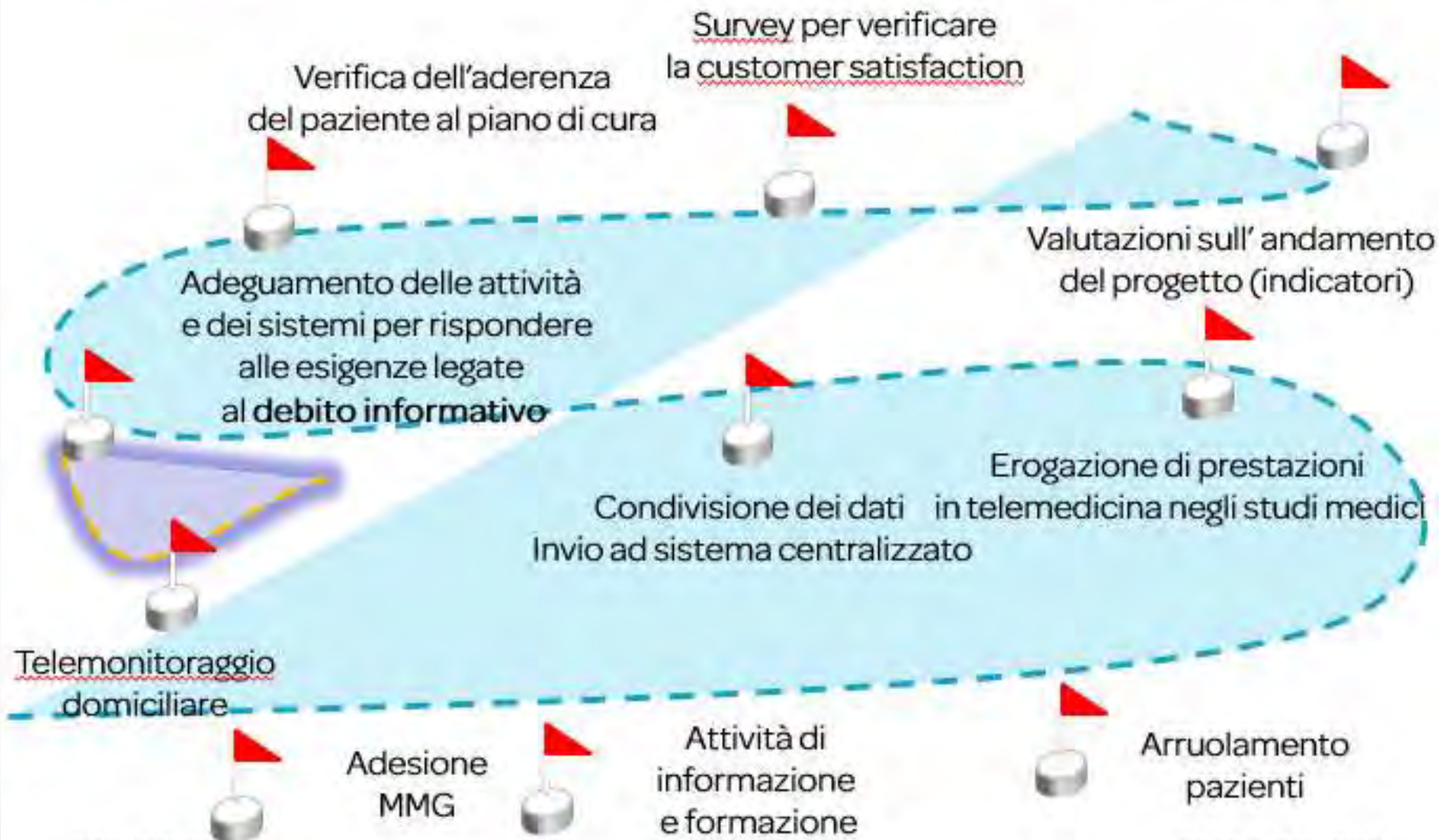
Piani di cura e PDT



Dal 2012, ogni anno, più del 83% dei casi, i medici utilizzano i PDT come base per l'emissione dei piani cura.



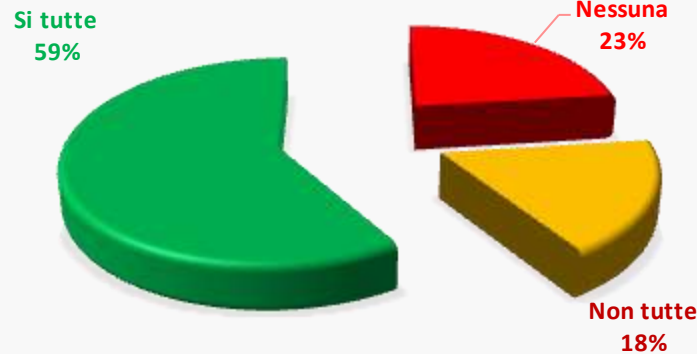
- Nessuna aggiunta
- Aggiunte più di 10 prestazioni
- Aggiunte da 6 a 10 prestazioni
- Aggiunte da 1 a 5 prestazioni



Aderenza del paziente al Piano di Cura

Il paziente consegna gli esiti al proprio medico di famiglia?

Il paziente esegue le prestazioni previste nel Piano di Cura?



Come si dimostra la presa in carico del paziente

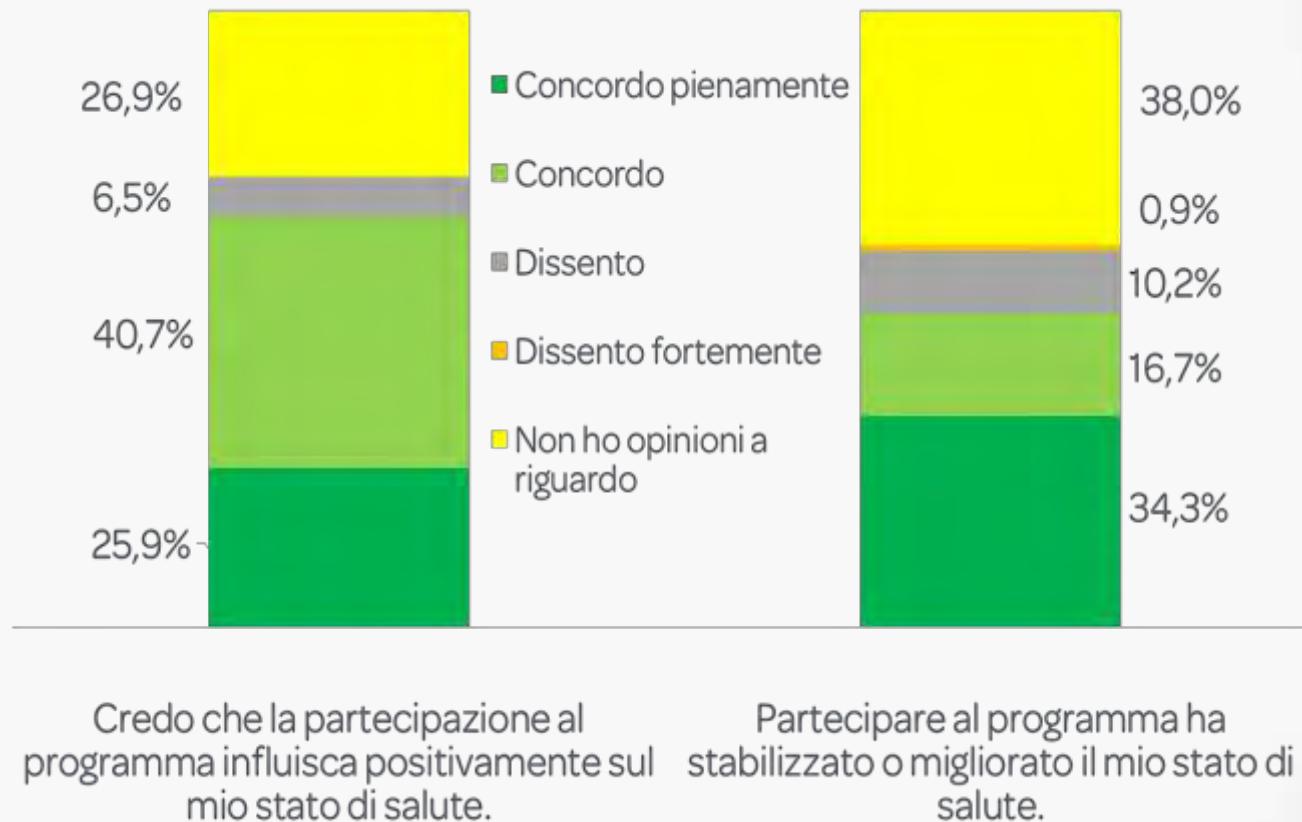
Il paziente è stato arruolato sul portale di RL

Il paziente ha firmato il consenso e il patto di cura

Il consenso è stato registrato e inviato nel debito

Il paziente conosce il progetto ed è in possesso del suo Piano di Cura

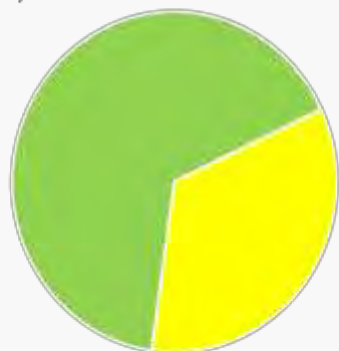
La voce dei pazienti: la partecipazione al progetto



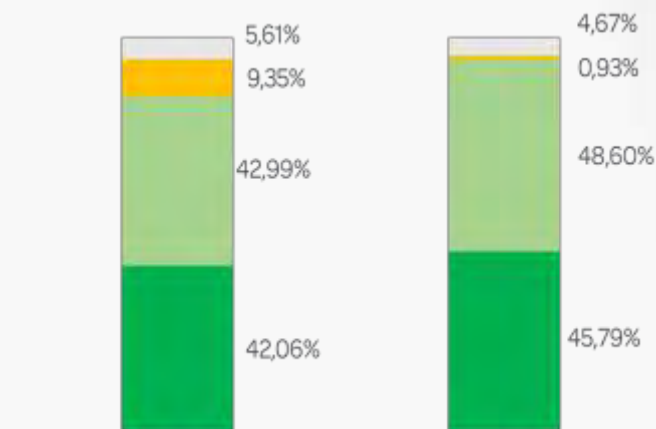
La voce dei pazienti: il rapporto con il proprio medico

La sua partecipazione al progetto è stata motivata da

fiducia nel mio medico
65,8%



opportunità di miglioramento del mio stato di salute
34,2%



Il mio medico/infermiera ed io lavoriamo insieme per prendere decisioni sulla mia salute

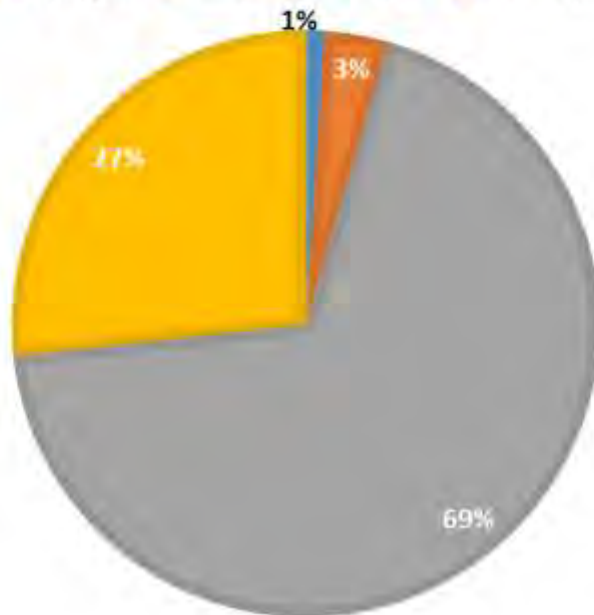
Penso che le cure prescritte che seguo favoriscano la mia salute

- Non ho opinioni a riguardo
- Dissento
- Concordo pienamente
- Concordo

Customer Satisfaction

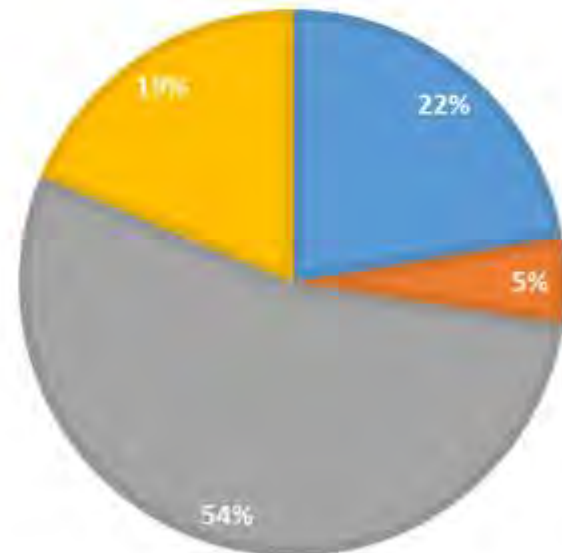
RISPETTO A PRIMA DI ENTRARE NEL PROGETTO CREG, HA LA PERCEZIONE DI STARE MEGLIO E DI ESSERE SEGUITO MEGLIO?

■ No, peggio ■ Non so ■ Sì, meglio ■ Uguale a prima



PER MONITORARE LA SUA PATOLOGIA RITIENE UTILE AVER DEFINITO CON IL SUO MEDICO UN PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE (PAI)?

■ Molto utile ■ Poco utile rispetto alle Sue esigenze
■ Utile ■ Utile, ma da migliorare



RUOLO DELL'ATS (Contratto CReG)

- verifica requisiti organizzativi e funzionali del Gestore
- identifica i pazienti «cronici» arruolabili
- fornisce Elenco Prestazioni Attese (EPA)
- monitoraggio della corretta esecuzione del servizio
- verifica congruenza PAI con EPA
- **assicura al Gestore l'accesso a dati sanitari**
- definisce/ verifica obiettivi di qualità da raggiungere
- **facilita l'integrazione tra Gestore e rete sanitaria e socio-sanitaria**

CReG : sintesi ad oggi

- 1- Identificazione di un DRG territoriale
- 2- Appalto affidato ad un Provider- Coop MMG
- 3- Gestione clinica-organizzativa ed economica
- 4- Gruppo pazienti cronici individuati da Regione
- 5- Coinvolgimento pazienti (patto di cura)
- 6- Coinvolgimento indiretto dei centri erogatori
- 7- Linee indirizzo regionali e PDTA locali - PAI
- 8- **Collaborazione e Controllo da parte dell' ASL**
- 9- Stimolo alla MG per analisi critica e cambiamento
- 10- Primi dati positivi su Ricoveri e accessi a PS



Punti di forza/criticità del CReG

PRO

- Unico soggetto garante della presa in carico
- Responsabilizzazione clinica e sulla spesa, del Gestore
- Shift attività verso il territorio
- Continuità delle cure
- **Si riducono le prestazioni inappropriate**
- Personalizzazione della cura
- Considera la multi-patologia
- Consente *benchmarking* tra Gestori
- **Migliora la previsione degli scenari di spesa**
- **Garantisce la medicina di iniziativa superando il concetto storico della medicina di attesa nei confronti del pz.cronico**

CONTRO

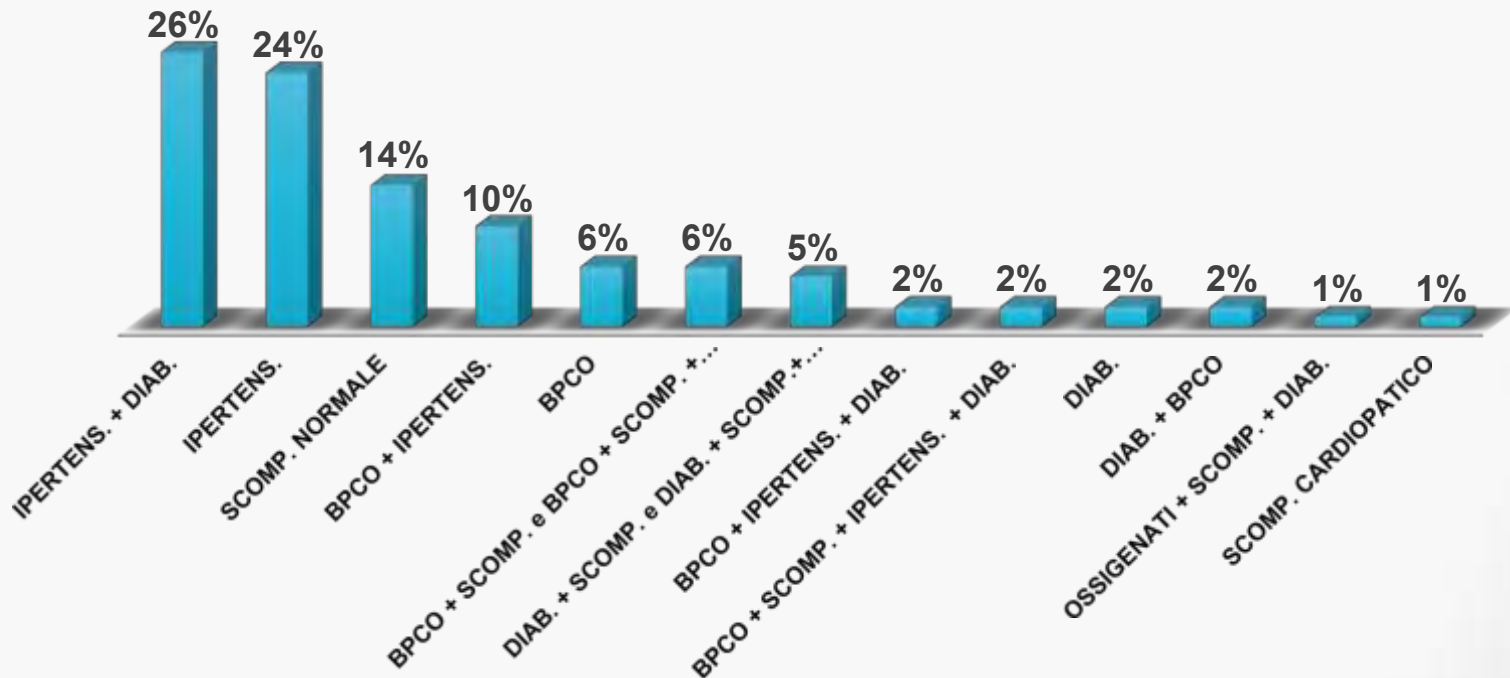
- Richiede aggiornamenti periodici del sistema di classificazione, delle tariffe, ecc.
- Rischio economico del Gestore
- Barriere verso nuovo modello culturale (autoreferenzialità e *compliance* dei professionisti, ecc.)
- Indicatori di *outcome* clinico non ancora condivisi
- Necessario sviluppare modelli di monitoraggio e controllo
- Necessari studi di validazione e valutazione del modello

N° Patologie Arruolati CReG 2012- 2013

N° PATOLOGIE	N° PAZIENTI	%
1	38.889	62.82%
2	16.489	26.64%
3	5.426	8.77%
4	967	1.56%
5	114	0.18%
6	16	0.03%
TOTALE	61.901	100.00%

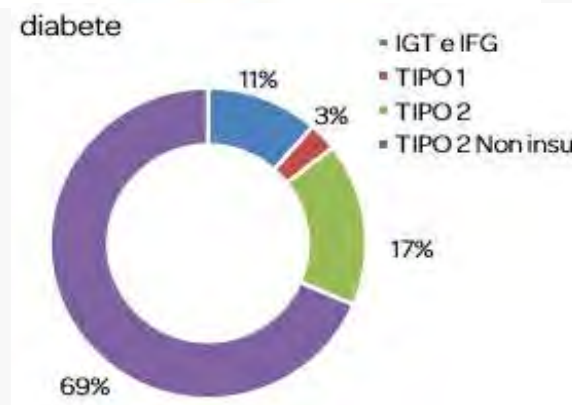
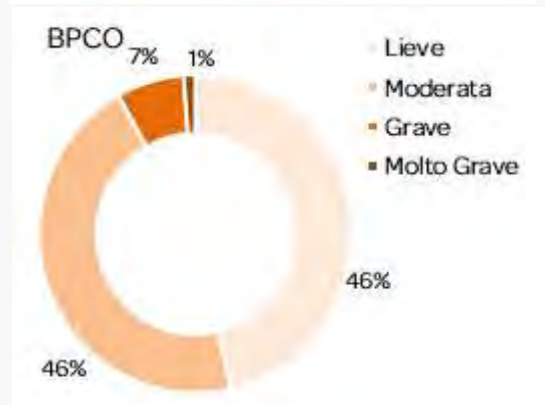
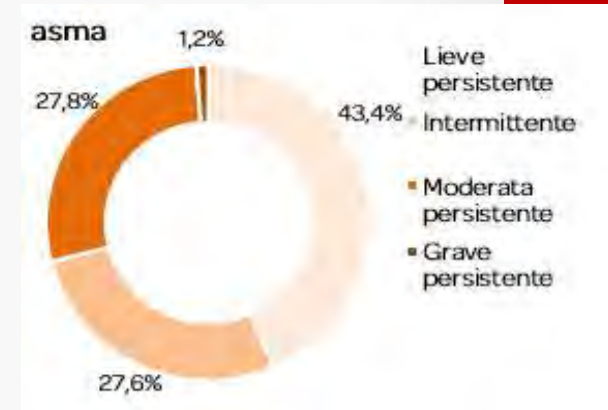
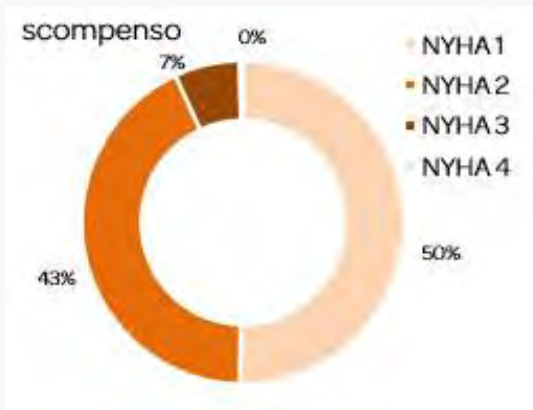
Tipologia dei pazienti

Distribuzione pazienti per patologie e copatologie

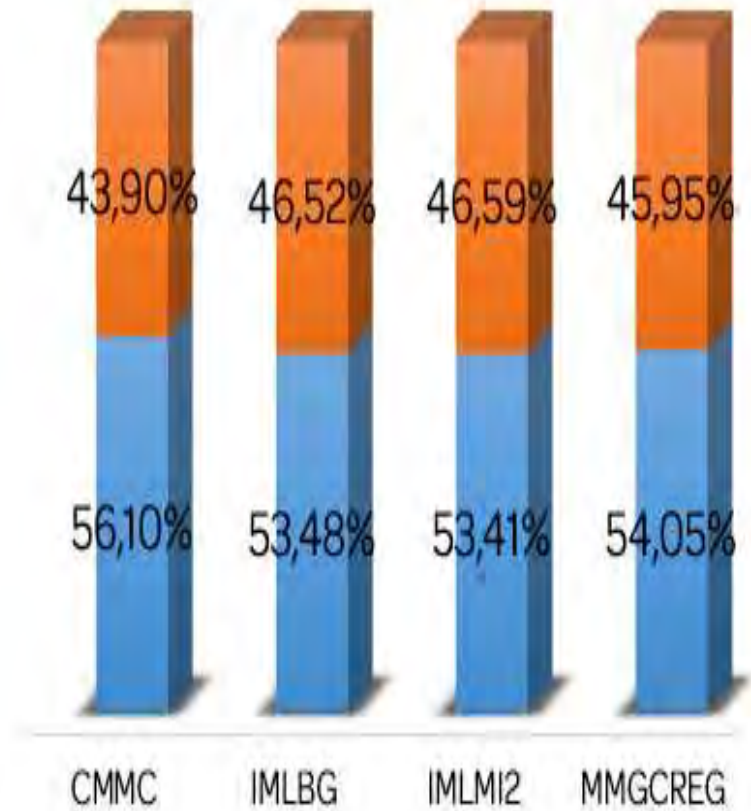
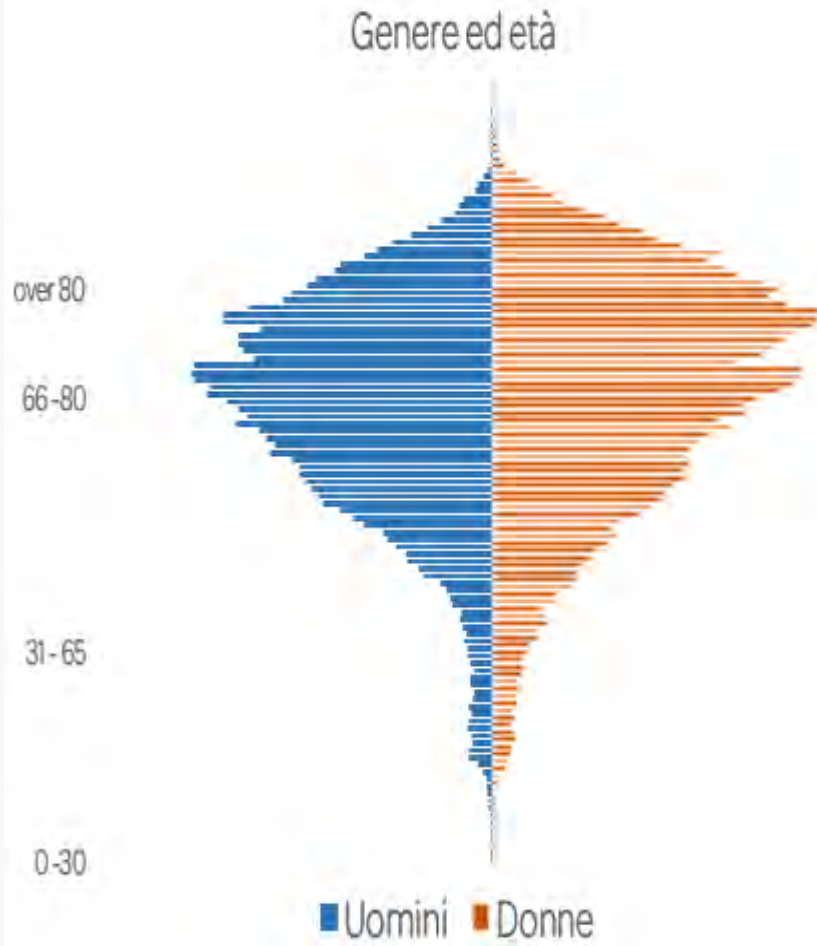


Dati riferiti alle Coop. MMG Milano, IML Bergamo e Melegnano, MMG CReG Como

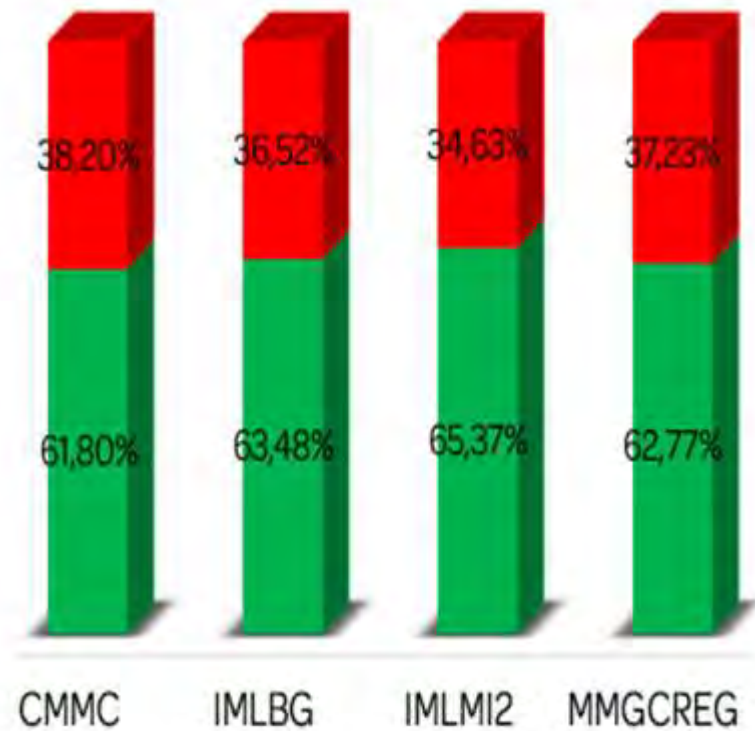
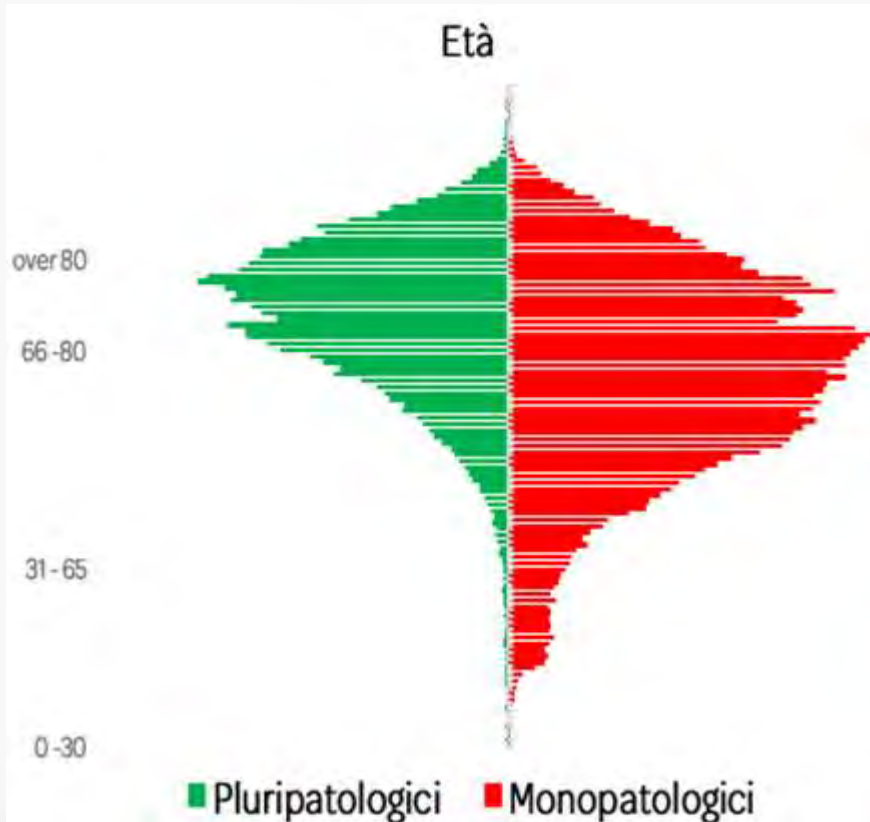
Le patologie croniche secondo i MMG



Età e genere dei pazienti CReG



Età e patologie dei pazienti CReG



Consumi (classificati 2012)

Consumi lordi relativi alla popolazione dei "Classificati" Cronici - anno 2012

Descrizione	Classificati			SPESA			
	Numero assistiti	Frequenza sul totale	Frequenza PURI 1-B	SDO	AMB	FARMA	SPESA MEDIA
Insufficienti Renali con Dialisi	227	49%	0,01%	470.460	7.652.514	307.329	37.138
Ossigenati	981		0,06%	2.886.817	546.788	1.263.316	4.788
Scompensati	137.730		8,7%	292.294.084	68.293.955	105.539.351	3.384
Broncopneumopatici	55.749		3,5%	38.442.481	18.838.027	32.564.377	1.612
Cardiopatici-Vasculopatici	416.153		26,4%	544.370.906	178.537.349	235.908.565	2.304
Insufficienti Renali senza Dialisi	1.831		0,1%	1.261.894	948.587	492.609	1.476
Diabetici Insulinici	10.983		0,7%	3.602.875	3.483.380	9.414.391	1.502
Ipercolesterolemie Familiari e non	91.988		5,8%	19.773.210	24.139.823	26.534.257	766
Ipertesi	678.461		43,0%	190.744.427	169.729.305	170.756.283	783
Asmatici	107.680		6,8%	21.662.692	27.713.863	23.157.806	674
Diabetici non Insulinici	74.622	4,7%	21.558.789	19.515.387	14.666.635	747	
Puri in Sperimentazione	1.576.405		100%	1.137.068.635	519.398.978	620.604.921	1.444
Puri fuori Sperimentazione	583.127	18%		565.233.059	352.105.849	145.789.484	1.823
Pluripatologici (Dentro e fuori Sperm.)	1.068.231	33%		2.162.531.082	1.012.212.871	864.148.397	3.781
Totale	3.227.763	100%		3.864.832.776	1.883.717.698	1.630.542.802	2.286

2012: i numeri....

8* Cooperative di MMG
490 MMG
62.000 pazienti arruolati

16% MMG

ASL Coinvolte	Cooperative Provider	MMG Partecipanti	Pazienti arruolati	Piani di Cura Individuali emessi (%)
ASL Milano Città	Coop Medici Milano Centro	53	7350	94
ASL Como	Coop Como Medicare	36	4900	97
	Coop Cosma 2000	29	4700	99
	Coop MMG -CReG	24	4500	98
	Coop Paxme Gestioni	18	3050	99
ASL Bergamo	Coop Iniziativa Medica Lombarda	206	22500	88
ASL Milano 2	Coop Iniziativa Medica Lombarda	25	2400	92
	Coop CReG Servizi	14	3600	96
ASL Lecco	Coop COSMA Lecco	75	12250	97

* IML su 2 territori



La sperimentazione al 2013

	Coorte CReG - Arruolabili	Coorte CReG - Arruolati	Non arruolabili (MMG non CReG)
N	103,986	61,901	478,048
Età, media (SD)	69.00 (13.68)	69.03 (12.75)	69.55 (14.06)
Femmine, N. (%)	52,898 (50.87)	31,253 (50.49)	246,241 (51.51)
Classe CReG, n(%)			
<i>1-Insufficienza renale dialisi</i>	391 (0.38)	154 (0.25)	1,854 (0.39)
<i>2-Ossigenoterapia</i>	472 (0.45)	251 (0.41)	2,822 (0.59)
<i>3-Scompensati</i>	10,816 (10.40)	6,080 (9.82)	48,492 (10.14)
<i>4-BPCO</i>	5,964 (5.74)	3,502 (5.66)	27,922 (5.84)
<i>5-Cardio-vasculopatici</i>	25,646 (24.66)	15,547 (25.12)	117,248 (24.53)
<i>6-Insufficienza renale</i>	683 (0.66)	342 (0.55)	3,355 (0.70)
<i>7-Diabete ID</i>	1,546 (1.49)	771 (1.25)	8,109 (1.70)
<i>8-Dislipidemia</i>	13,167 (12.80)	8,374 (13.53)	61,167 (12.66)
<i>9-Ipertensione</i>	37,828 (36.38)	22,924 (37.03)	172,682 (36.12)
<i>A-Asmatici</i>	2,440 (2.35)	1,294 (2.09)	11,384 (2.38)
<i>B-Diabete non ID</i>	4,980 (4.79)	2,642 (4.27)	22,760 (4.76)

I numeri al 2013.....

ASL	N° pazienti arruolati	(%) arruolabili	N° MMG in CReG	(%)
Bergamo	21.789	(51,7%)	206	(30,3%)
Como	17.280	(73,9%)	107	(28,9%)
Lecco	11.921	(67,8%)	75	(35,2%)
Milano	6.699	(54,8%)	51	(4,7%)
Melegnano	5.786	(39,8%)	45	(11,9%)
TOTALE	63.475	59,99%	484	(17,7%)

Pazienti Arruolati nel CReG con 1 patologia

	N.	%
Ipertensione	22924	37.03%
CVD	15547	25.12%
Dislipidemia	8374	13.53%
Scompensati	6080	9.82%
BPCO	3502	5.66%
Diabete non ID	2642	4.27%
Asmatici	1294	2.09%
Diabete ID	771	1.25%
Insufficienza renale	342	0.55%
Ossigenoterapia	251	0.41%
Insufficienza renale dialisi	154	0.25%
Altre patologie	20	0.03%
TOTALE	61.901	100.00%

Femmine: 50,5%
 Maschi: 49,5%
 Età media: 69 anni

Risultato economico CReG (2012 -2013)

Cooperative PROVIDER	Tariffa maturata	Consumi 04/2012 – 03/2013	Delta €	Delta %
IML-Bergamo	24.431.843	23.991.717	1.440.126	-6.0%
Como Medicare	5.785.302	5.260.029	525.272	-10.0%
Cosma 2000	5.46.0474	4.869.358	591.216	-12.1%
MMG CREG	4.989.110	4.316.785	672.325	-15.6%
PAXME Gestioni	2.488.778	2.166.254	322.524	-14.9%
Cosma Coop	12.121.641	10.766.645	1.354.996	-12.6%
CMMC	7.224.037	6.826.065	397.972	-5.8%
Coop-CREG	2.303.287	1.963.967	339.320	-17.3%
IML- Melegnano	2.171.212	1.968.362	202.850	-10.3%
Totale Regione	67.975.685	62.129.082	5.846.603	-9.4%

La sperimentazione al 2014.....

ASL	N° pazienti arruolati	% sugli arruolabili	N° MMG in CReG
BG	21.789	(51,7%)	206
CO	17.280	(73,9%)	107
LC	11.921	(67,8%)	75
MILANO	6.699	(54,8%)	51
MILANO 2	5.786	(39,8%)	45
TOTALE	63.475	59,99%	484

Remunerazione 2014

- Il calcolo è stato fatto su tutti i pazienti arruolati con PAI attivo nel corso 2014 (sono state considerate tutte le variazioni NAR per il periodo effettivo di presa in carico).

CReG -Remunerazione 2014

ASL	Gestore	Arruolati	Remunerazione senza		Remunerazione con		2014vs2013 (%)	Media GG Remunerazione
			GG Remunerazione	IVA	IVA	Remunerazione 2013		
301		16.869	5.843.247,00	1.344.747,73	1.640.592,23	1.040.056,10	57,74	346,39
03769200167	IML	16.869	5.843.247,00	1.344.747,73	1.640.592,23			
303		17.685	5.541.913,00	1.275.404,25	1.555.993,19			313,37
02617070129	Cosma 2000	5.760	1.764.235,00	406.015,70	495.339,15	361.310,32	37,10	306,29
03345970135	Como Medicare	4.695	1.671.048,00	384.570,13	469.175,56	750.768,48	-37,51	355,92
03350620138	MMg Creg	4.304	1.512.285,00	348.032,95	424.600,20	508.306,90	-16,47	351,37
07376910969	PAXME	2.926	594.345,00	136.785,47	166.878,27	502.799,82	-66,81	203,13
305		11.341	3.985.146,00	917.128,91	1.118.897,27			351,39
02375160138	Cosma S.c.a.r.l	11.341	3.985.146,00	917.128,91	1.118.897,27	1.245.435,78	-10,16	351,39
308		16.366	3.193.971,13	735.049,97	896.760,96			195,16
07550560960	A.T.I	3.219	203.151,00	46.752,47	57.038,01			63,11
07876870960	Coop. Medici e Salute	7.042	845.779,13	194.643,84	237.465,48			120,10
12192390156	CMMC	6.105	2.145.041,00	493.653,66	602.257,47	168.557,64	257,30	351,36
310		5.535	1.755.899,00	404.098,95	493.000,72			317,24
03769200167	IML	2.256	785.878,00	180.860,02	220.649,22	145.065,32	52,10	348,35
07550560960	Coop. Creg Servizi	3.279	970.021,00	223.238,93	272.351,49	197.890,10	37,63	295,83
complessivo		67.796	20.320.176,13	4.676.429,81	5.705.244,37	4.920.190,46	15,96	299,73

ASL	Cooperati ve Provider	MMG Partecipan ti prima	MMG Partecipa nti dopo	Delt a	Pazienti arruolati riclassifica ti	Pazienti arruolati dopo	Delta
Milano Città	Coop Medici Milano Centro	56	72	+16	5750	7860	+2110
	ATI Milano Citta'	40	31	-9	3140	4390	+1250
Como	Coop Como Medicare	36	nd	nd	4900	nd	Nd
	Coop Cosma 2000	28	32	+4	3850	7200	+3350
	Coop MMG - CReG	22	21	-1	3270	4102	+832
	Coop Paxme Gestioni	12	12	0	1438	2290	+852
Bergamo	Coop Iniziativa Medica Lombarda	175	170	-5	1640	25100	+9000
Milano 2	Coop Iniziativa Medica Lombarda	23	39	+16	2350	6356	+4007
	Coop CReG Servizi	19	25	+6	3100	6900	+3800
Lecco	Coop COSMA Lecco	75	76	+1	9920	19200	+9280

2015:

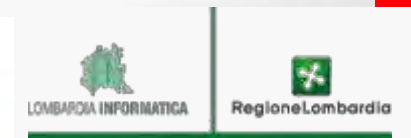
L
a
r
i
c
l
a
s
s
i
f
i
c
a
z
i
o
n
e

NUOVO BANDO GESTORI CReG 2015 NELLE NUOVE ASL

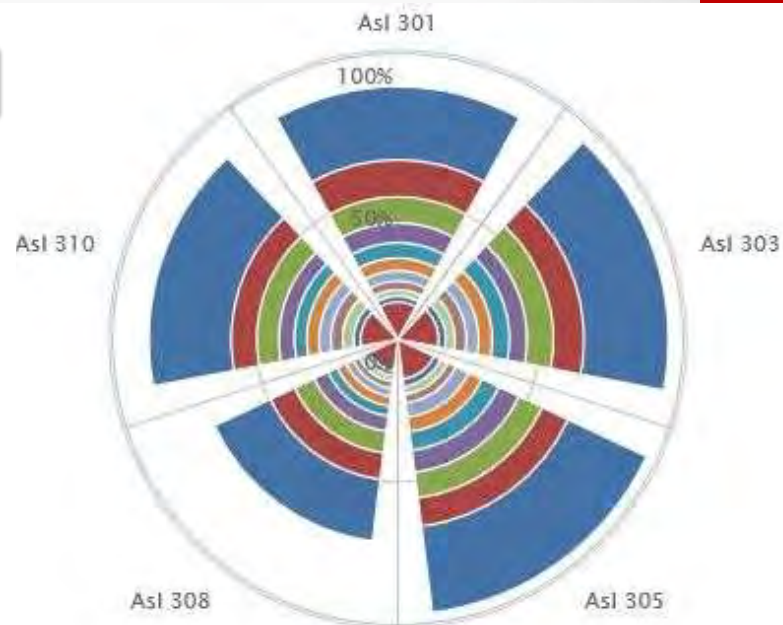
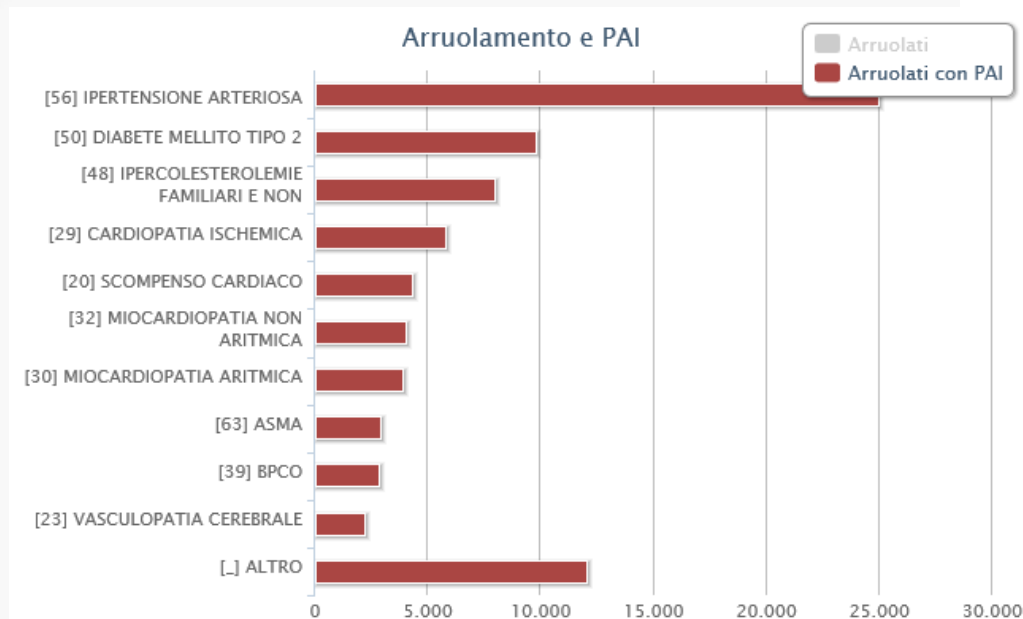
ASL	Cooperative	Totale MMG	Totale Arruolati Stimato
MILANO 1	GST Legnano	60	14400
	Coop Soc. Salute Groane	30	7200
	Coop. Soc. Medica Rodense	30	7200
	Gestione Cure Primarie Soc. Coop	25	6000
MONZA-BRIANZA	Consulto Formativo Brianza	35	8400
	Coop IML Bergamo	64	15360
CREMONA	Coop Medicina Territoriale Soresina	30	7200
	CMMG Soresina	28	6720
	Soc. Coop Med-Gadesco Pieve del Mona	26	6240
SONDRIO	Coop Valcura	25	6000
	Coop IML Bergamo	31	7440
VARESE	GST Legnano	30	7200
	COSMA 2000	40	9600
	Varese Salute-Coop Soc. Medici	40	9600

ASL	Cooperative	Totale MMG	Totale Arruolati Stimato
5	10*	494	108560

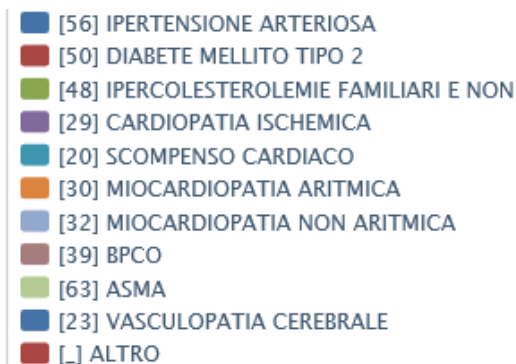
*+ 4 territori su cooperative già costituite



Flusso piano assistenziale individuale PAI-CReG



Reportistica Analisi CREG –
Lispa -Regione Lombardia
Dati validi al 31/12/2015



GESTIONE CReG 2015

ATS	Ambiti territoriali CReG(ex-ASL)	Gestore CReG	TOTALE € (IVA 22% inclusa)
Bergamo	Bergamo	I.M.L. (Iniziativa Medica Lombarda)	1.733.110
Insubria	Como	Cosma 2000	571.956
Insubria	Como	Como Medicare	500.650
Insubria	Como	PAXME Gestioni	125.561
Insubria	Como	MMG-CReG	398.782
Brianza	Lecco	Cosma Cooperativa Lecco	1.214.810
Città Metropolitana di Milano	Milano	CMMC	445.350
Città Metropolitana di Milano	Milano	A.T.I.	246.688



NOVITA' CONTRATTO CReG 2015

- ❖ PAI COMPILATO, CONDIVISO E SOTTOSCRITTO DAL PZ. NELL'ACCETTAZIONE DEL PATTO DI CURA – CONSENSO
- ❖ IL MEDICO CONSERVA IL MODULO PATTO- CONSENSO (PER EV.CONTROLLI)
- ❖ FIRMA PER CONSENSO FSE SE NON GIA' EFFETTUATO
- ❖ ALMENO 60% PRESTAZIONE NEL PAI DEVONO ESSERE ESEGUITE (OGNI ESAME HA VALORE UNO)
- ❖ NUOVI ARRUOLATI E DISARRUOLATI DECISI UNILATERALMENTE DA REGIONE E NON OGGETTO DI CONTRATTAZIONE

CREG 2015

NUOVI ASPETTI ECONOMICI

- ❖ DISARRUOLAMENTO DEI PZ. **PIU'** IMPEGNATIVI E COSTOSI. IN PARTICOLARE ESCLUSI NEOPLASTICI ATTIVI, IRC, MULTICOMPLESSI E CON COSTI SIGNIFICATIVAMENTE FUORI RANGE;
- ❖ REMUNERAZIONE FINALE **SARA'** COSTITUITA DAL DELTA TRA TARIFFA COMPLESSIVA DI TUTTI GLI ARRUOLATI E I CONSUMI
- ❖ CONSUMI SONO: PRESTAZIONI AMBULATORIALI, COMPRESO PSO, LA FARMACEUTICA CON ESCLUSIONE DEL FILE F;
- ❖ REMUNERAZIONE AL NETTO **DELL' ATTIVITA'** DI CONTROLLO ASL CON TETTO AL 9% DEL DELTA DI TARIFFA;
- ❖ NON PENALIZZAZIONE ECONOMICA SE SFORAMENTO.

CREG 2015

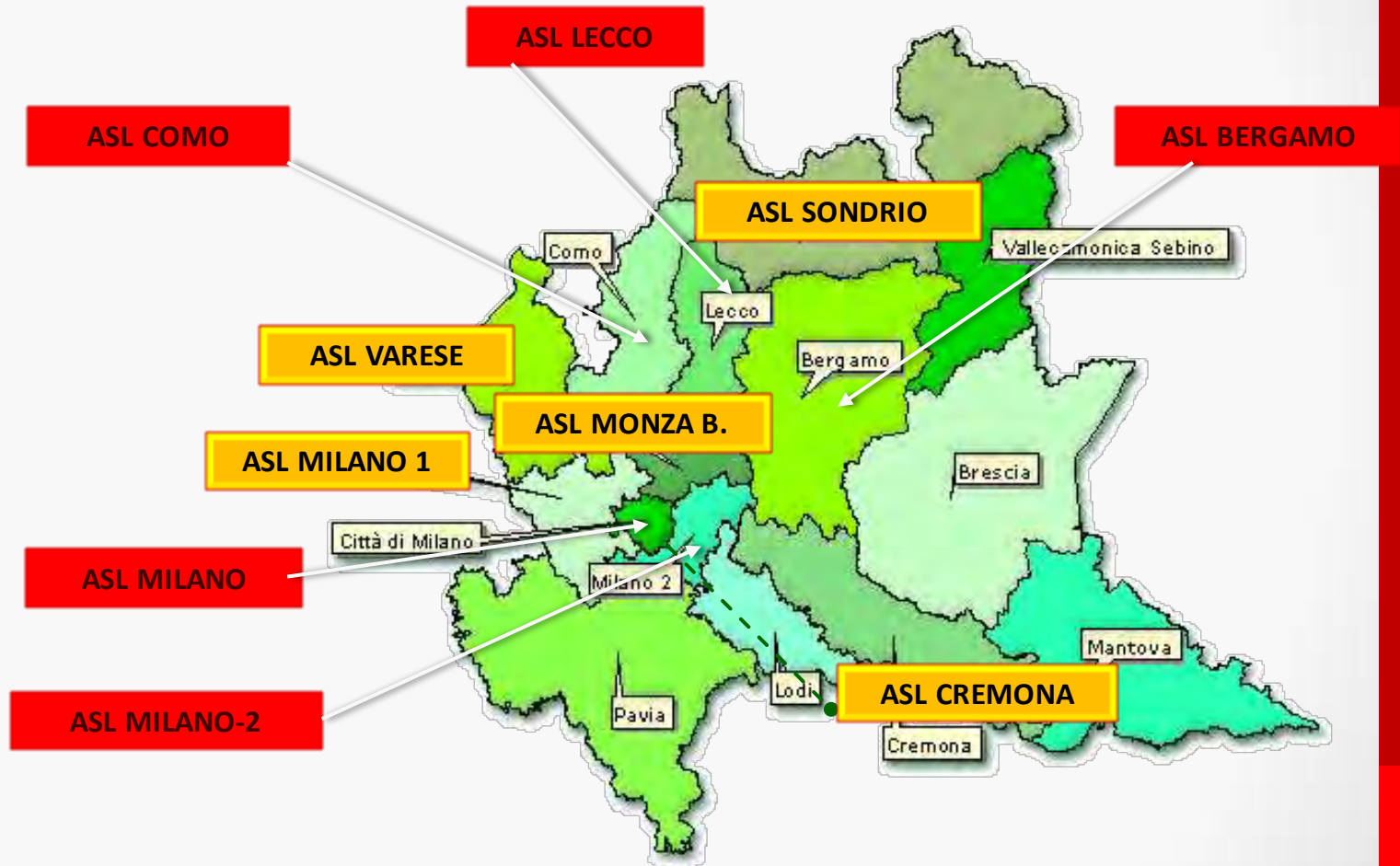
ASPETTI ECONOMICI

- **25 EURO PER OGNI ARRUOLAMENTO CON PAI EFFETTUATO.**
- ❖ **I 25 EURO PER OGNI PIANO DI CURA ATTIVO SONO RICOMPRESI NEL 9% TETTO DI DELTA DI TARIFFA.**
- ❖ **VENGONO CONCESSI «IN CONSIDERAZIONE DELLA NECESSITA' DI DEFINIRE ANNUALMENTE UN PERCORSO DI CURA APPROPRIATO E PERSONALIZZATO, CONDIVISO CON IL PAZIENTE E FINALIZZATO A MANTENERE UN BUON CONTROLLO DELLA MALATTIA CRONICA.**
- ❖ **PZ. DISARRUOLATI: RICONOSCIMENTO DEL VALORE MENSILE DI QUOTA DI RESPONSABILITA'.**
- ❖ **SE AL 30/06/2015 PRESENZA DI DELTA POSITIVO DI TARIFFA PER IL PRIMO SEMESTRE : POSSIBILITA' DI ACCONTO.**
- ❖ **PAGAMENTO A CONSUNTIVO ENTRO GIUGNO 2016**

➤ **RIDUZIONE LISTE
ATTESA**

➤ **TELEMEDICINA
NELLO STUDIO DEL
MMG CREG**

2016 : CReG in 10 ASL....



2016: i numeri stimati....

I NUMERI ALLA FINE DEL 2015

ASL	Cooperative	Totale MMG	Totale Arruolati
5	8	514	88.298

NUOVE ASL E NUOVE COOP DAL 2016

ASL	Cooperative	Totale MMG	Totale Arruolati Stimato
5	10	494	108.560

IN TOTALE

ASL	Cooperative	Totale MMG	Totale Arruolati Stimato
10	18	1.008	196.858

2016: i numeri reali....

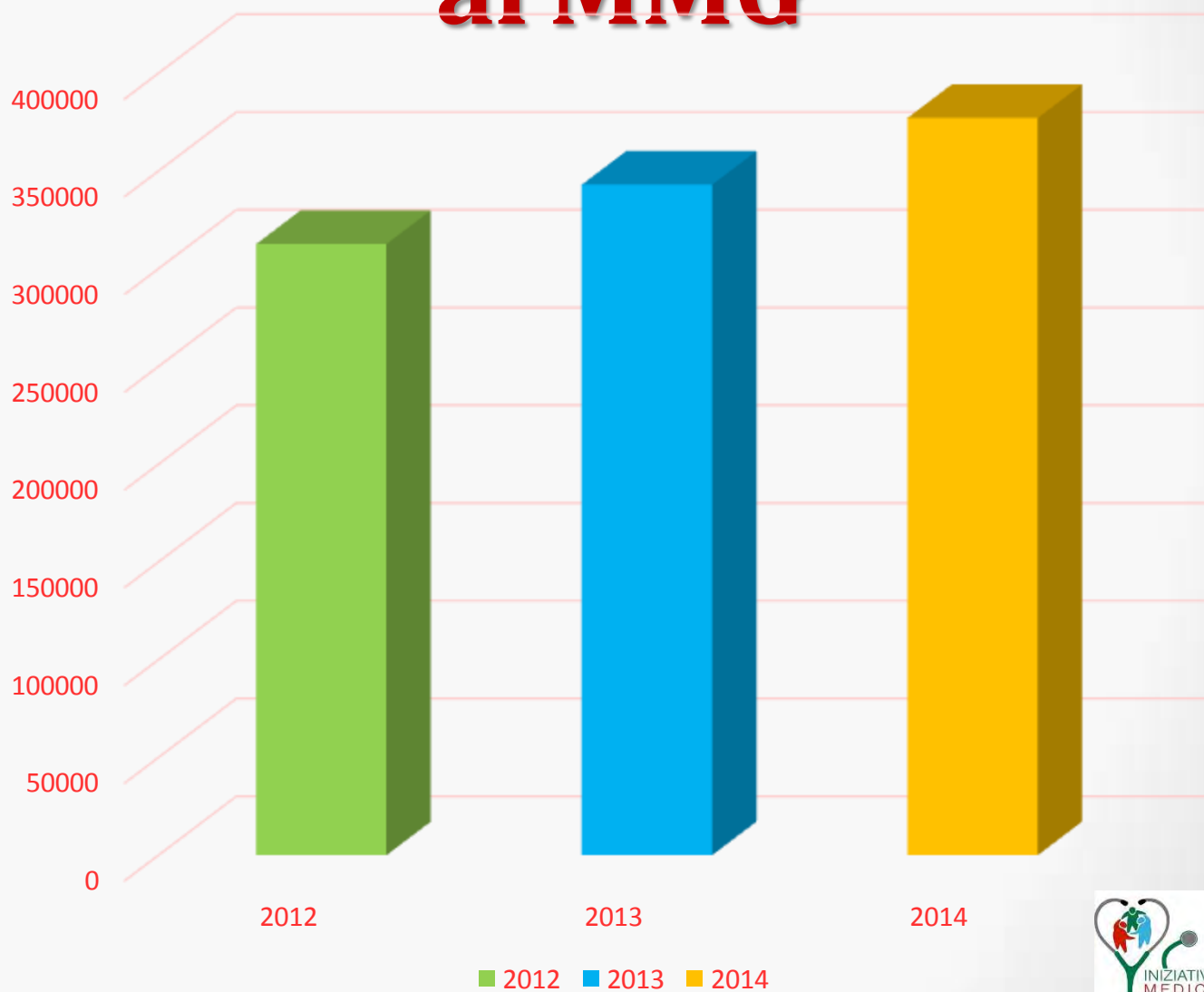
ATS	ARRUOLATI
ATS CITTA' METROPOLITANA	51.262
ATS DELLA BRIANZA	39.127
ATS DELLA MONTAGNA	9.799
ATS DI BERGAMO	20.496
ATS INSUBRIA	48.446
ATS VAL PADANA	18.450
TOTALE	187.580

Dati di Regione
Lombardia
al 31/07/2016

PAZIENTI ARRUOLATI CReG IML (AL 01/08/2016)

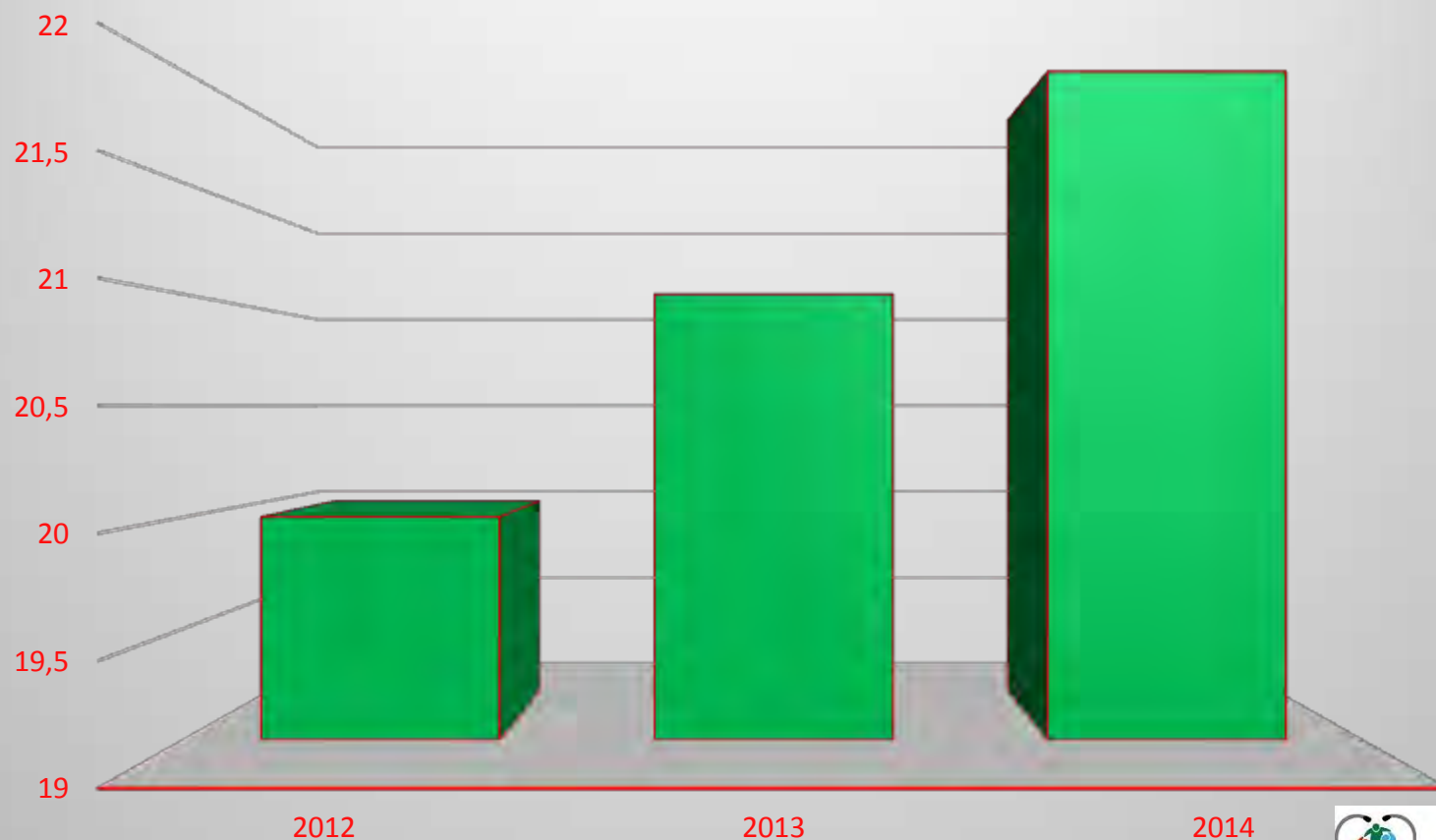
Sezione	MMG	Pz. Arruolati	Media x MMG
Bergamo	162	26000	160
Milano 2	38	9000	236
Monza	62	14500	234
Sondrio	26	5500	211
TOTALE	288	55000	191

CReG Pagamenti di IML ai MMG



Dati Economici CReG

Remunerazione Pro capite per pz. Arruolato con PAI



■ Importo €/Pz

Sperimentazione CReG: Risultati preliminari

I risultati preliminari indicano una riduzione degli accessi in PS e del tasso di ricovero tra i pazienti gestiti in CReG nel periodo 2012-2013, rispetto agli altri pazienti cronici

OUTCOME INDAGATI a 2 anni dalla presa in carico

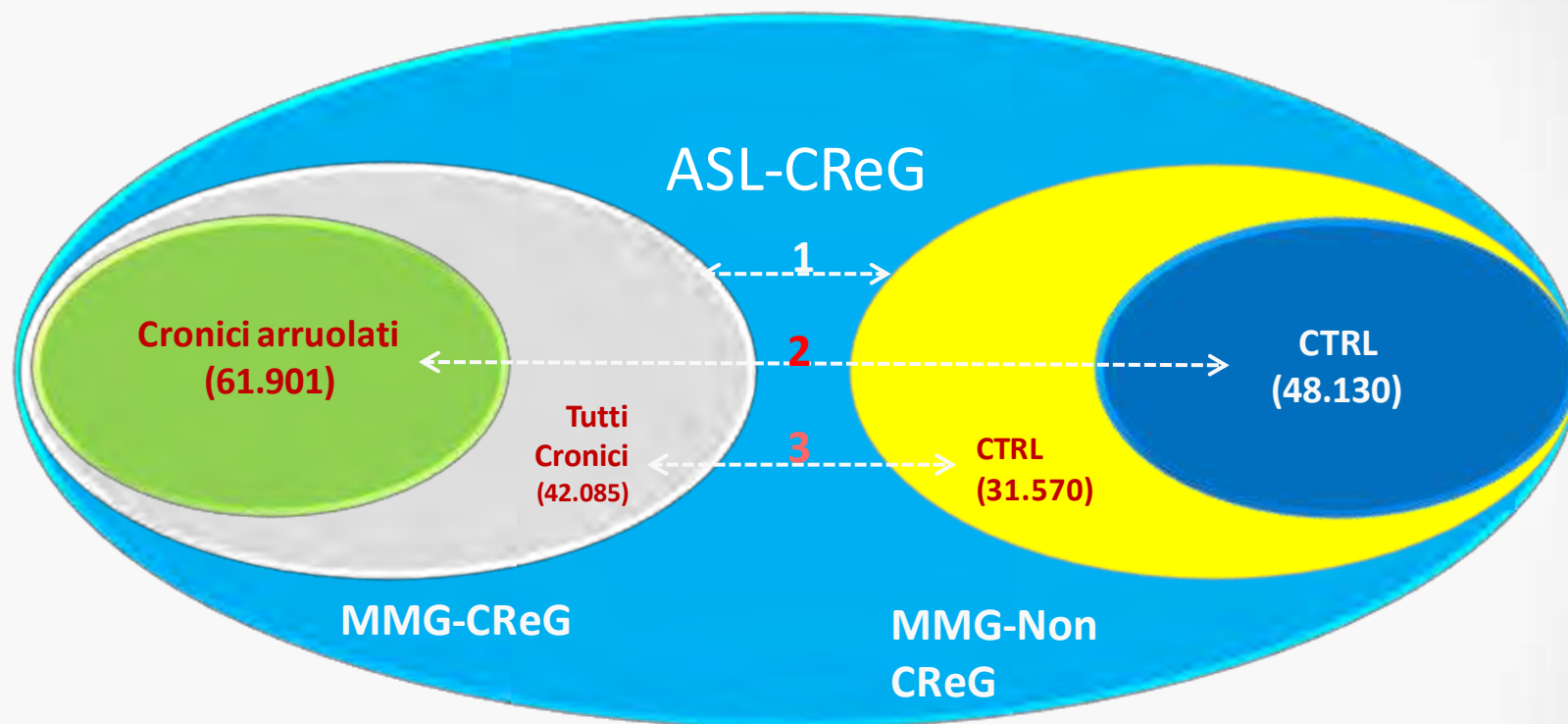
Rischio di Ricovero	Flusso SDO 2012-2013
Rischio di Accesso al PS	Flusso PS 2012-2013

- **Outcome valutati a breve termine : utilizzo dei servizi**
- **Stime su Outcome di salute (mortalità, progressione di malattia, riacutizzazione/scompenso, etc.) richiedono follow-up più lunghi**

Outcome: rischio di ricovero

Arruolati vs non arruolabili	IRR	95%CI	p
ASL 301	0.90	0.88, 0.93	<0.001
ASL 303	0.88	0.86, 0.91	<0.001
ASL 305	0.89	0.86, 0.92	<0.001
ASL 308	0.85	0.81, 0.89	<0.001
ASL 310	0.85	0.81, 0.89	<0.001

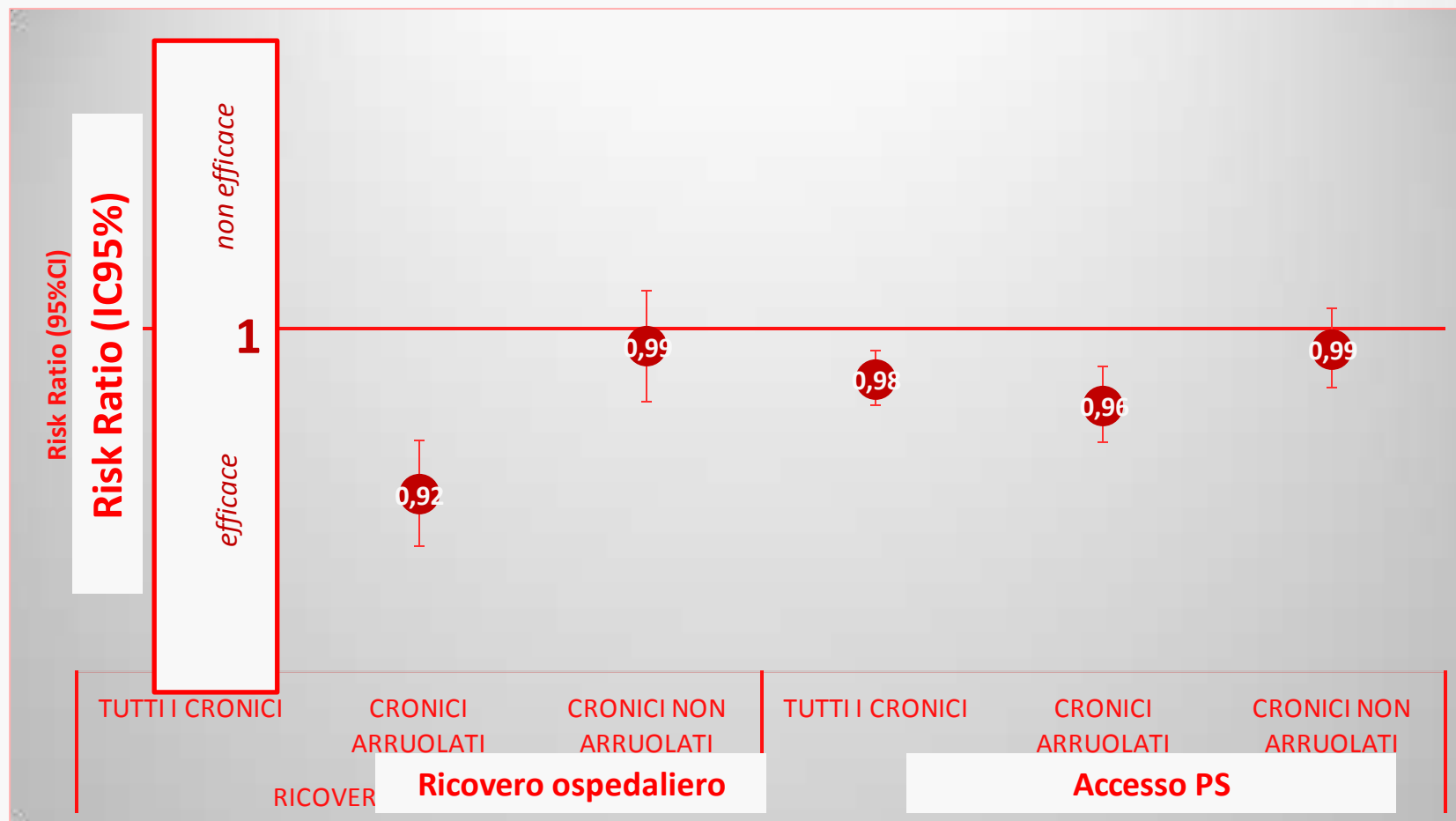
Modello di Poisson stratificato per ASL aggiustato per sesso, età, CReG (1), N ricoveri 2010-2011, N accessi PS 2010-2011



Per ogni soggetto CReG viene appaiato un soggetto non CReG appartenente alle stesse ASL, appaiato per: età, sesso, classe CReG (ad una cifra), numero di ricoveri e accessi PS 2 anni precedenti, classi DDD

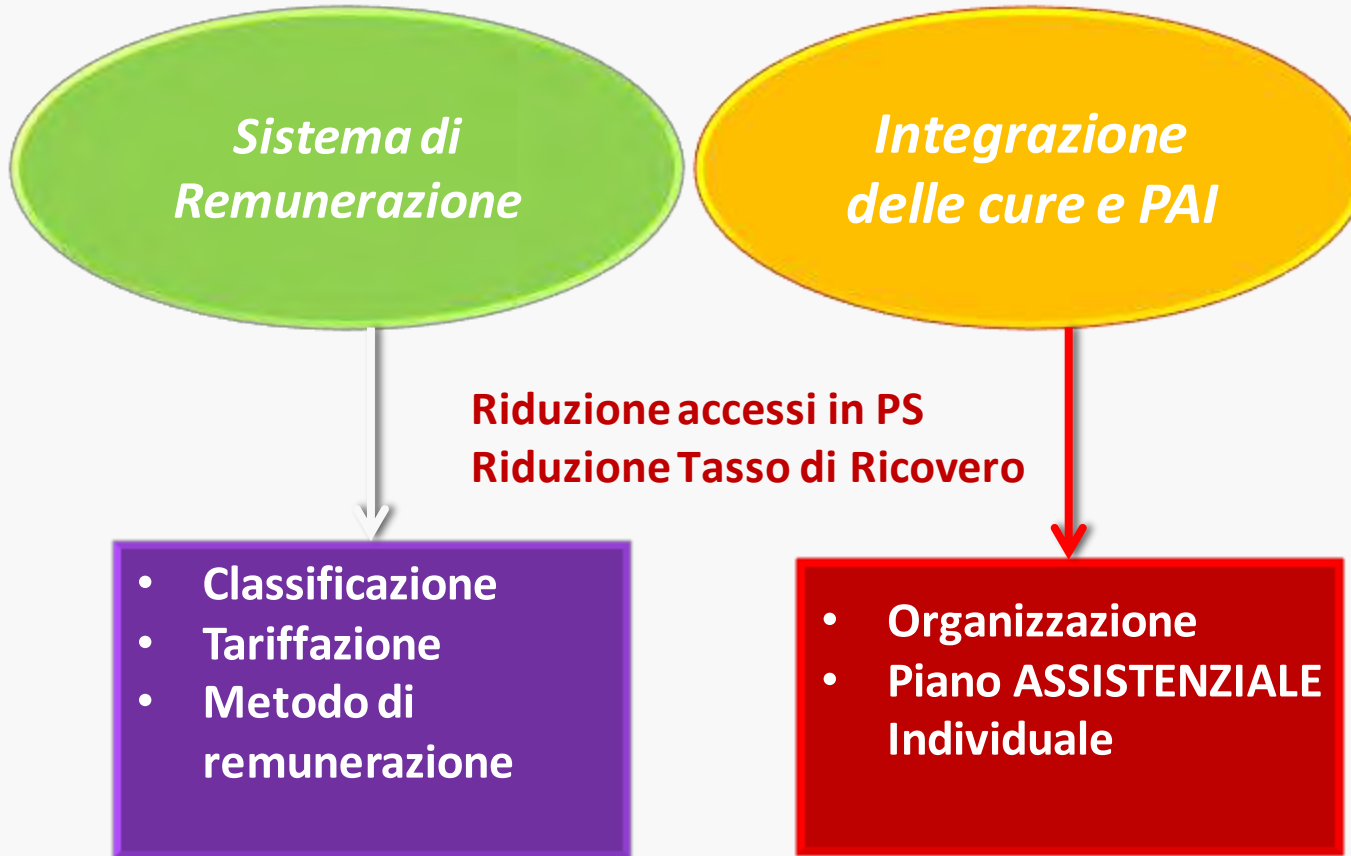
Analisi di efficacia del CReG

RR per coorti appaiate $MMG_{CReG} / MMG_{NonCReG}$



Coorti appaiate sesso, età, ASL, CReG (1), N ricoveri 2010-2011, N accessi PS 2010-2011, N patologie, DDD 2010-2011

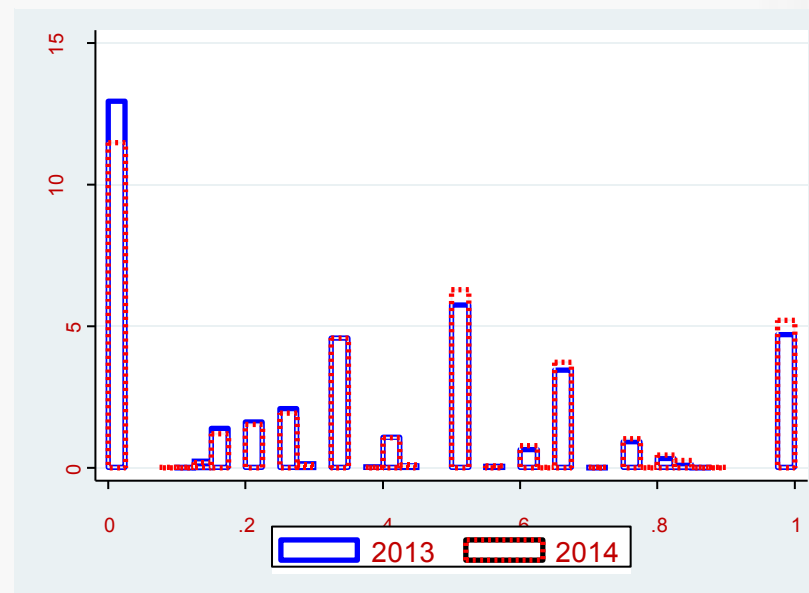
RISULTATI CReG



Tasso di similarità : Analisi pazienti ipertesi CReG

11,047 pazienti classificati come ipertensione arteriosa 'puri' a che avevano un PAI valido al 1 gennaio 2014 e che risultavano vivi dopo 12 mesi dalla data di inizio validità del PAI.

N	11,047
Età, media (SD)	67.18 (11.75)
Sesso (femmine), n (%)	6,428 (58.2)
Tempo in carico (anni), media (SD)	1.74 (0.79)
ASL, n (%)	
301	2,548 (23.1)
303	2,708 (24.5)
305	2,195 (19.9)
308	2,735 (24.7)
310	861 (7.8)



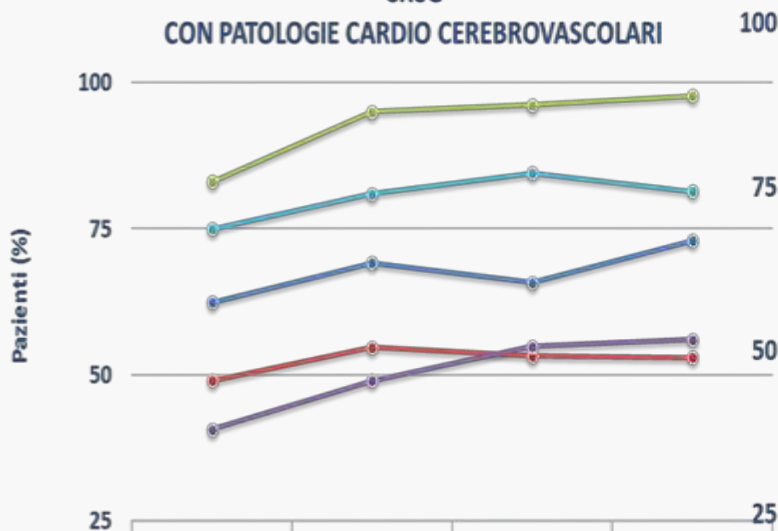
Analizzando l'indice di Jaccard tra le prestazioni programmate (PAI) e quelle erogate nell'anno precedente (2013) e nell'anno in studio, si osserva un incremento significativo dell'indice di Jaccard medio da 0.36 a 0.39 (p value < 0.001).

DM tipo II: alcuni indicatori

INDICATORI	Indicatori di risultato relativi ad un campione di 930 pazienti con Diabete Mellito tipo II				
	Dicembre 2011	Gennaio 2013	Gennaio 2014	Gennaio 2015	Gennaio 2016
PA < 130/85	218 (26,3%)	241 (29,1%)	256 (30,4%)	387 (41,5%)	399 (43,0%)
HbA1c <= 7%	468 (55,7%)	497 (60,0%)	510 (60,7%)		658 (70,7%)
LDL <= 100	122 (14,7%)	126 (15,2%)	130 (15,5%)	286 (30,7%)	280 (30,1%)
MCRALB <= 30	359 (43,3%)	424 (51,1%)	390 (46,4%)	513 (55,0%)	510 (54,8%)
CREA <=1,2	609 (73,5%)	661 (79,7%)	680 (80,9%)	820 (88,0%)	821 (88,2%)

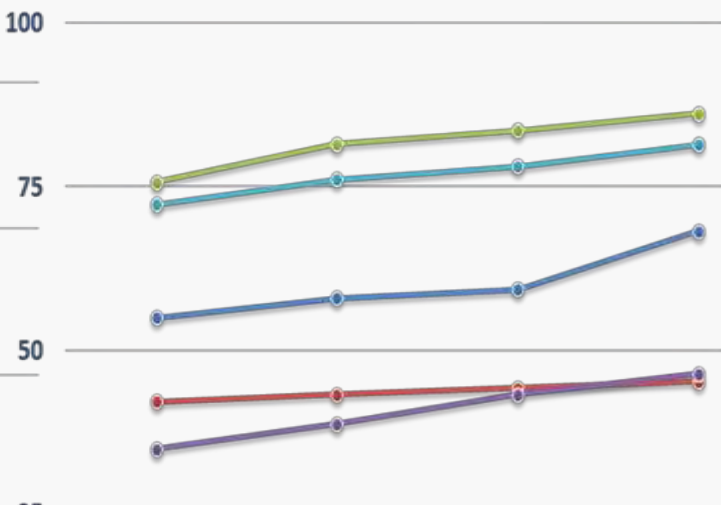
Pz cardiopatici-vasculopatici: alcuni indicatori

INDICATORI DI RISULTATO RELATIVI A 850 PAZIENTI
CReG
CON PATOLOGIE CARDIO CEREBROVASCOLARI



	2011	2012	2013	2015
PA sis <140	62,4	69,2	65,8	73
PA dias <90	49	54,7	53,2	53
Colesterolo HDL >30	83	95	96,2	97,7
Colesterolo TOT <200	40,7	49	54,9	56
Glicemia <125	74,9	81	84,5	81,4

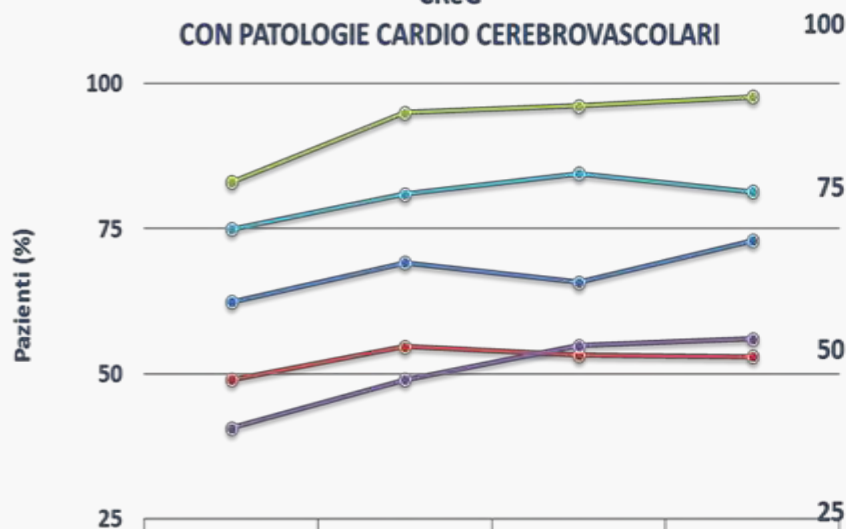
INDICATORI DI RISULTATO
RELATIVI A 3300 PAZIENTI
CReG e NON CReG
CON PATOLOGIE CARDIO CEREBROVASCOLARI



	2011	2012	2013	2015
PA sis <140	55	58	59,3	68,2
PA dias <90	42,2	43,3	44,3	45,3
Colesterolo HDL >30	75,7	81,5	83,6	86,2
Colesterolo TOT <200	35	38,8	43,3	46,4
Glicemia <125	72,3	76,1	78,1	81,4

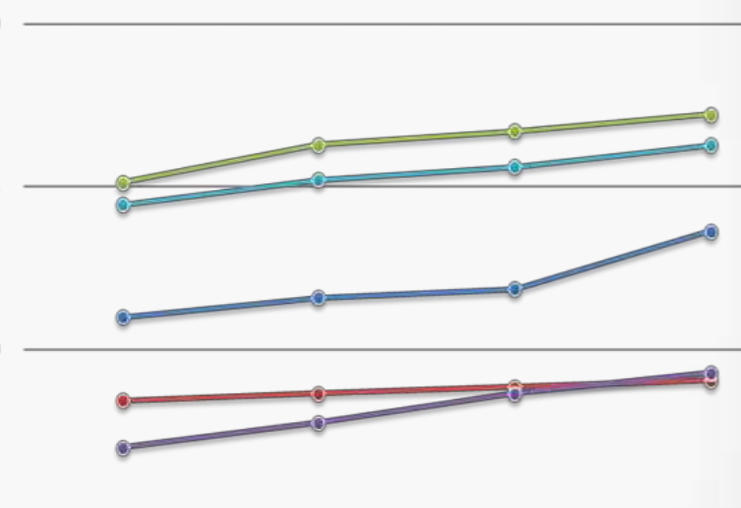
Indicatori di esito e risultato preliminari In pazienti cardiovascolopatici

INDICATORI DI RISULTATO RELATIVI A 850 PAZIENTI
CReG
CON PATOLOGIE CARDIO CEREBROVASCOLARI

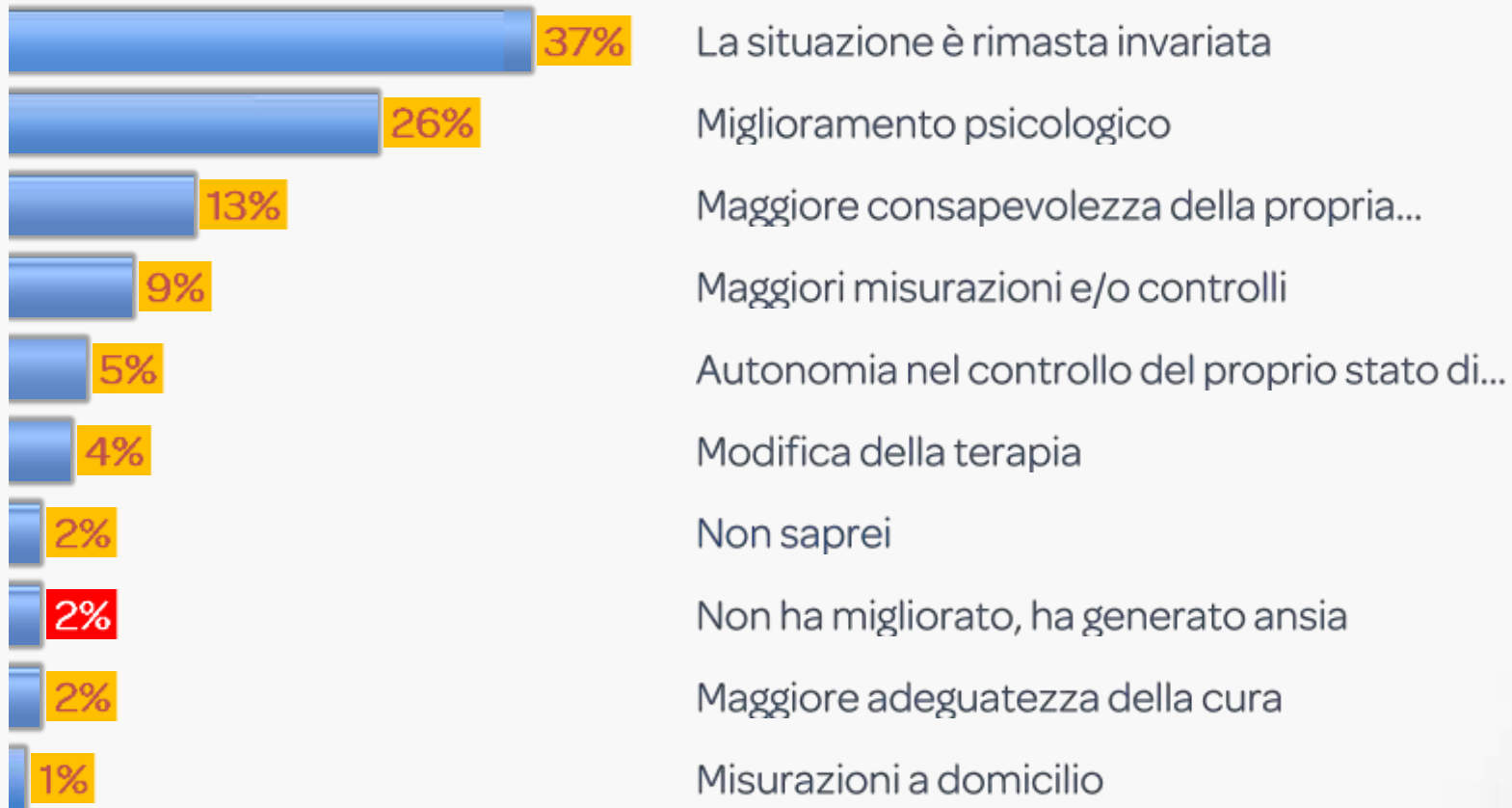


	2011	2012	2013	2015
PA sis <140	62,4	69,2	65,8	73
PA dias <90	49	54,7	53,2	53
Colesterolo HDL >30	83	95	96,2	97,7
Colesterolo TOT <200	40,7	49	54,9	56
Glicemia <125	74,9	81	84,5	81,4

INDICATORI DI RISULTATO
RELATIVI A 3300 PAZIENTI
CReG e NON CReG
CON PATOLOGIE CARDIO CEREBROVASCOLARI



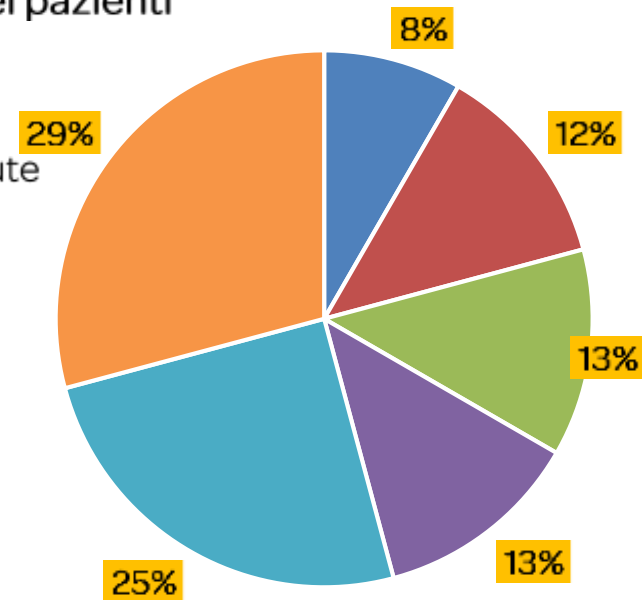
	2011	2012	2013	2015
PA sis <140	55	58	59,3	68,2
PA dias <90	42,2	43,3	44,3	45,3
Colesterolo HDL >30	75,7	81,5	83,6	86,2
Colesterolo TOT <200	35	38,8	43,3	46,4
Glicemia <125	72,3	76,1	78,1	81,4



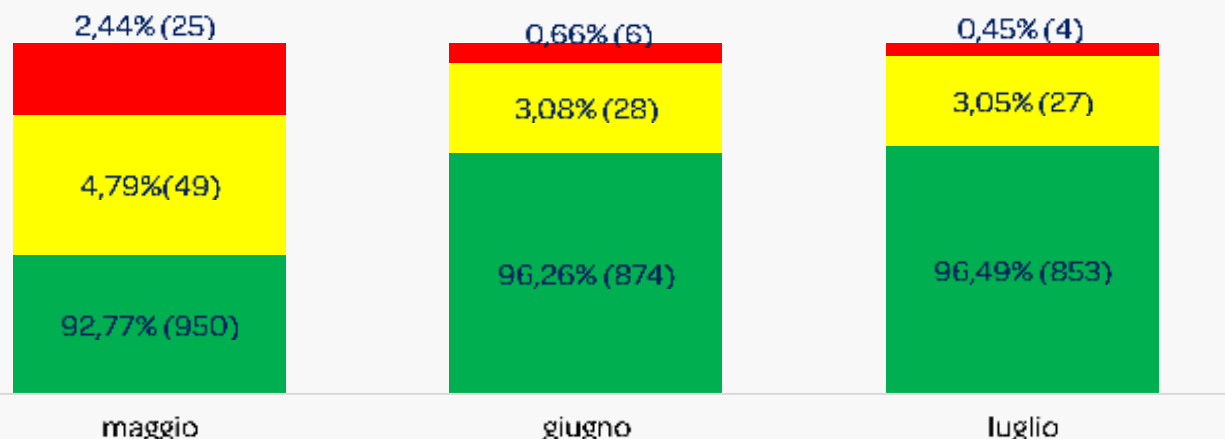
Sperimentazione 2013 – Customer Satisfaction

Caratteristiche del servizio che hanno determinato un miglioramento dello stato psicologico dei pazienti

- Avere più consapevolezza del mio stato di salute
- Assistenza sanitaria ricevuta
- Il personale che mi ha assistito
- Il servizio in sé
- Misurazione autonoma dei parametri
- Essere monitorato e seguito



Sperimentazione 2015 – Pazienti NYHA 3

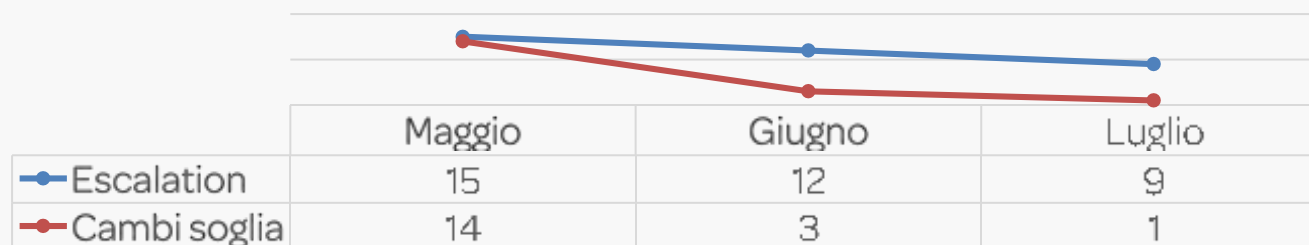


■ parametri nella norma
■ parametro fuori soglia - alert giallo
■ parametro fuori soglia - alert rosso

n° 10 pazienti

Impostando correttamente le soglie si generano solo alert che necessitano effettivamente di un'indagine e/o di un triage.

Solo le chiamate con triage positivo generano escalation



TD attuato con pazienti affetti da insufficienza cardiaca NYHA 3 seguiti dallo specialista ospedaliero

COSA E' STATO FATTO

2010-2011

2012-2014

2015 -

MESSA A PUNTO STRUMENTI

Classificazione, Tariffe,
Remunerazione

- Organizzativi (Cooperative di MMG, Centro Servizi, ecc.)
- EPA, Patto di Cura, PAI, Privacy
 - Sistema informativo
- Amministrativi (bando, contratti)
 - Formazione

SPERIMENTAZIONE

- 100 MILA pazienti arruolati
- 600 MMG CReG
- 14 Coop. MMG

ESTENSIONE PROGETTO NUOVI STRUMENTI

Nuovi Gestori,
Nuova Classificazione
Nuove Tariffe,
etc....

~ 3% di tutti i cronici

~ 8% dei MMG

COSA FAREMO?

Ampliare la sperimentazione (nuovi pazienti, nuove ASL)

Lavorare **sull'appropriatezza** dei percorsi (PDTA, EPA)

Lavorare sul **sistema informativo** e sui **flussi** per il governo della domanda

Valutazione e monitoraggio (livello Gestore, livello ASL, livello Regione):

- qualità dei percorsi (compliance dei pazienti, aderenza alle terapie)
- qualità del servizio (t. attesa, soddisfazione dei pazienti e dei professionisti, etc.)
- outcome di salute, outcome di spesa
- Studi di validazione (classificazione)
- Valutare EPA

Confronti interregionali e internazionali

ALCUNE CONSIDERAZIONI

Complessità del progetto

Approccio sperimentale, ma calato in un contesto organizzato

Vincoli di contesto:

- **Regole (nazionali, Balduzzi, ACN, Privacy, Cod. Deontologico, etc.)**
- **Risorse**
- **Personale (compliance dei professionisti, etc.)**
- **Contesto dinamico (innovazione diagnostica, terapeutica, organizzativa, etc.)**



- **Interventi per la cronicità**
- **Potenziale innovativo elevato**
- **Interesse del Ministero, di altre Regioni, internazionale**
- **Alto livello di attualità**
- **Esperienze internazionali**
- **Casistica numerosa**
- **Impatto potenziale sui pazienti cronici è elevato**

Conclusioni

Con la sperimentazione "CReG" la Medicina Generale si è messa in gioco e si è resa "misurabile"

Investendo in un modello di medicina di iniziativa e di prossimità

Facendo proprio e applicando il concetto di "governance"

Promuovendo l'aggregazione e il lavoro in team con il coinvolgimento di altre figure professionali

Utilizzando tecnologie innovative, telemedicina e telemonitoraggio

Costruendo un gestionale dei percorsi pronto a essere integrato con i bisogni assistenziali e sociali

Di cosa abbiamo bisogno per far meglio

Flusso di dati di dettaglio su prestazioni erogate e farmaci acquistati

#condividiamo

Maggior condivisione del progetto con gli specialisti attraverso la stipula di accordi

#condividiamo

Integrazione con ADI

#integriamo

Coerenza temporale tra contratti e sviluppi di progetto

#cambiamo

Resilienza da parte dei MMG

#cambiamo

Remunerazione di progetto sufficiente a coprire i costi dei servizi erogati

#riconosciamo

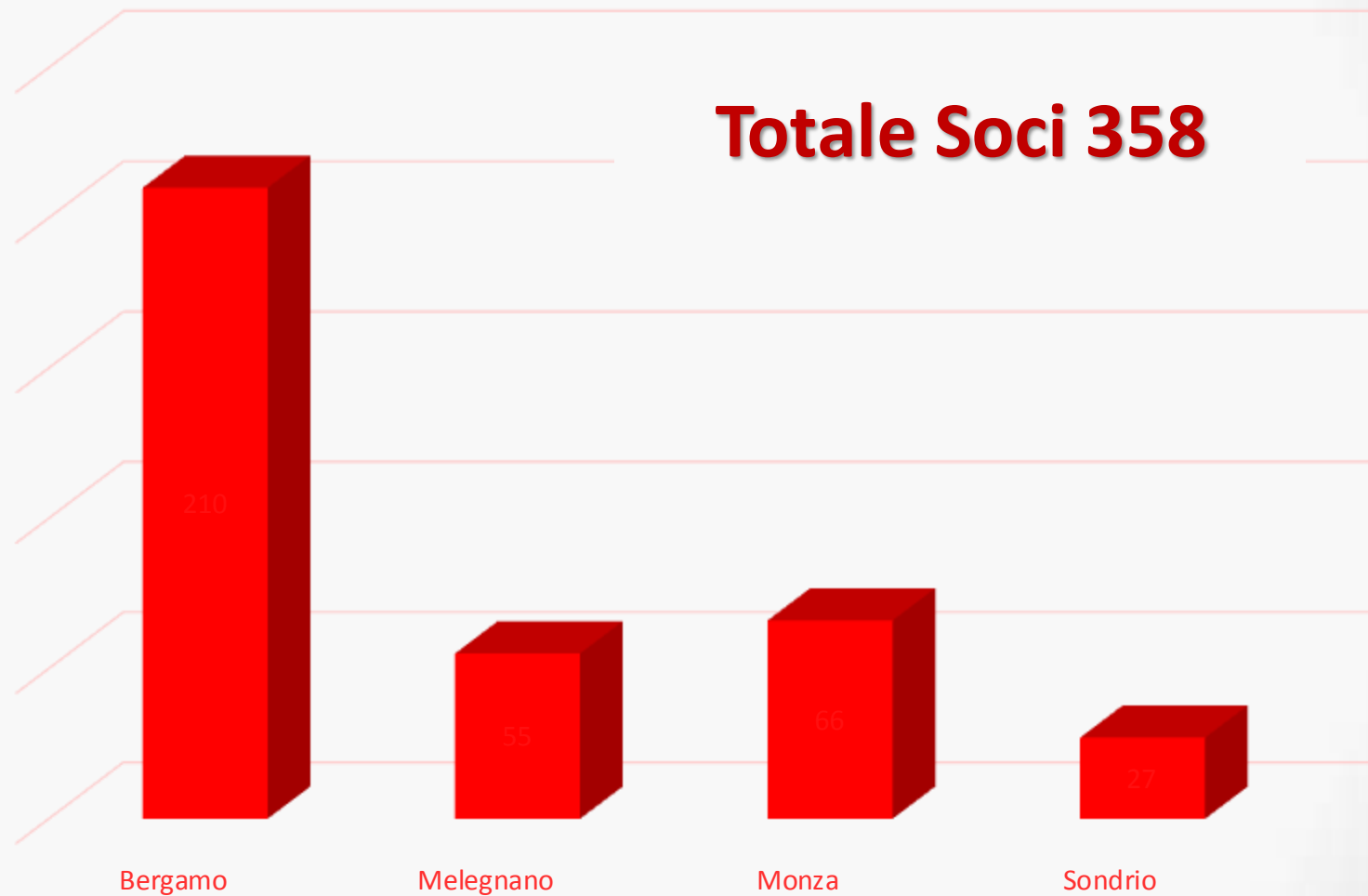
Modello calato su un territorio non ancora ridisegnato

#integriamo

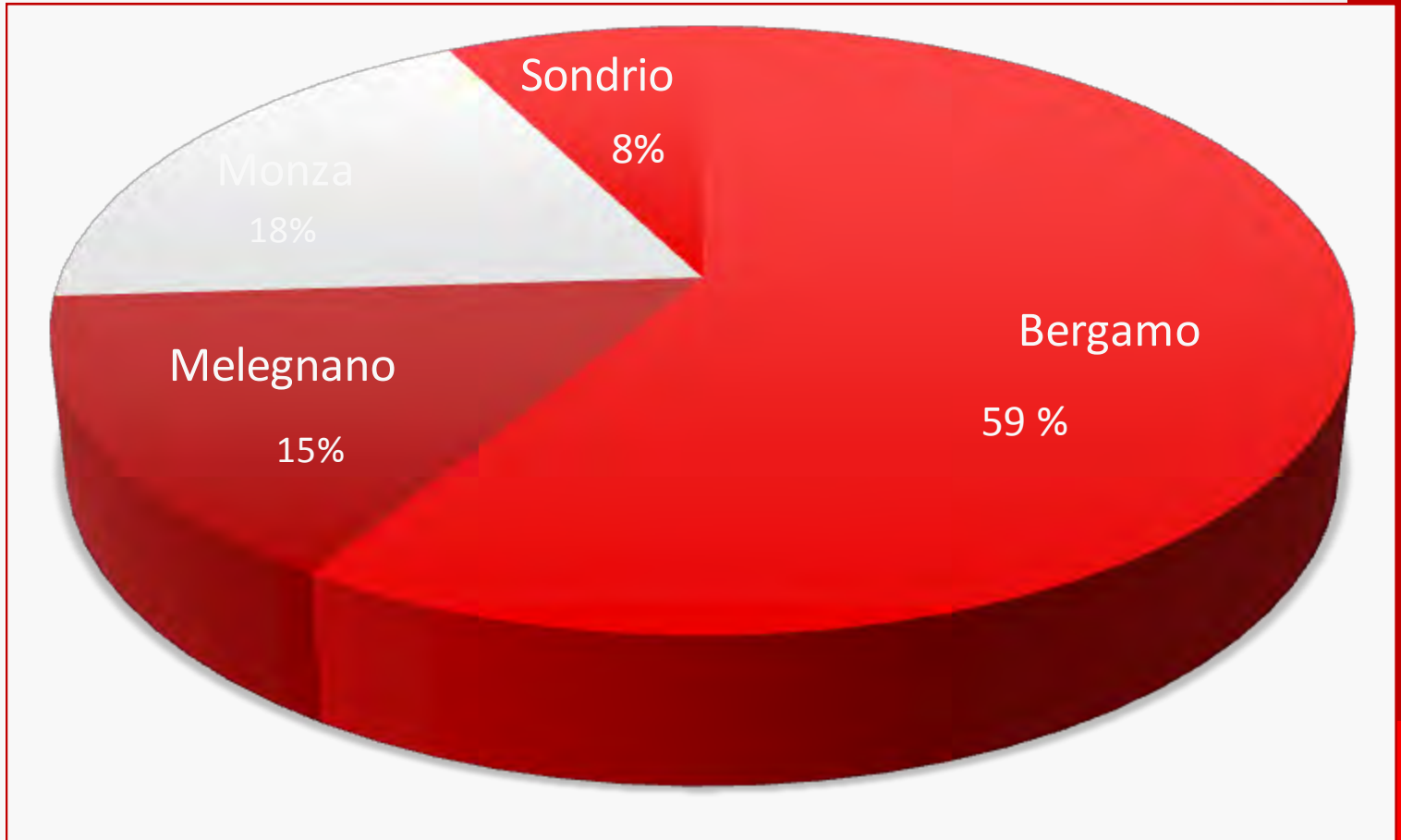
Più trasparenza per una maggiore condivisione con l'istituzione

#condividiamo

Soci Cooperativa IML



Soci Cooperativa IML

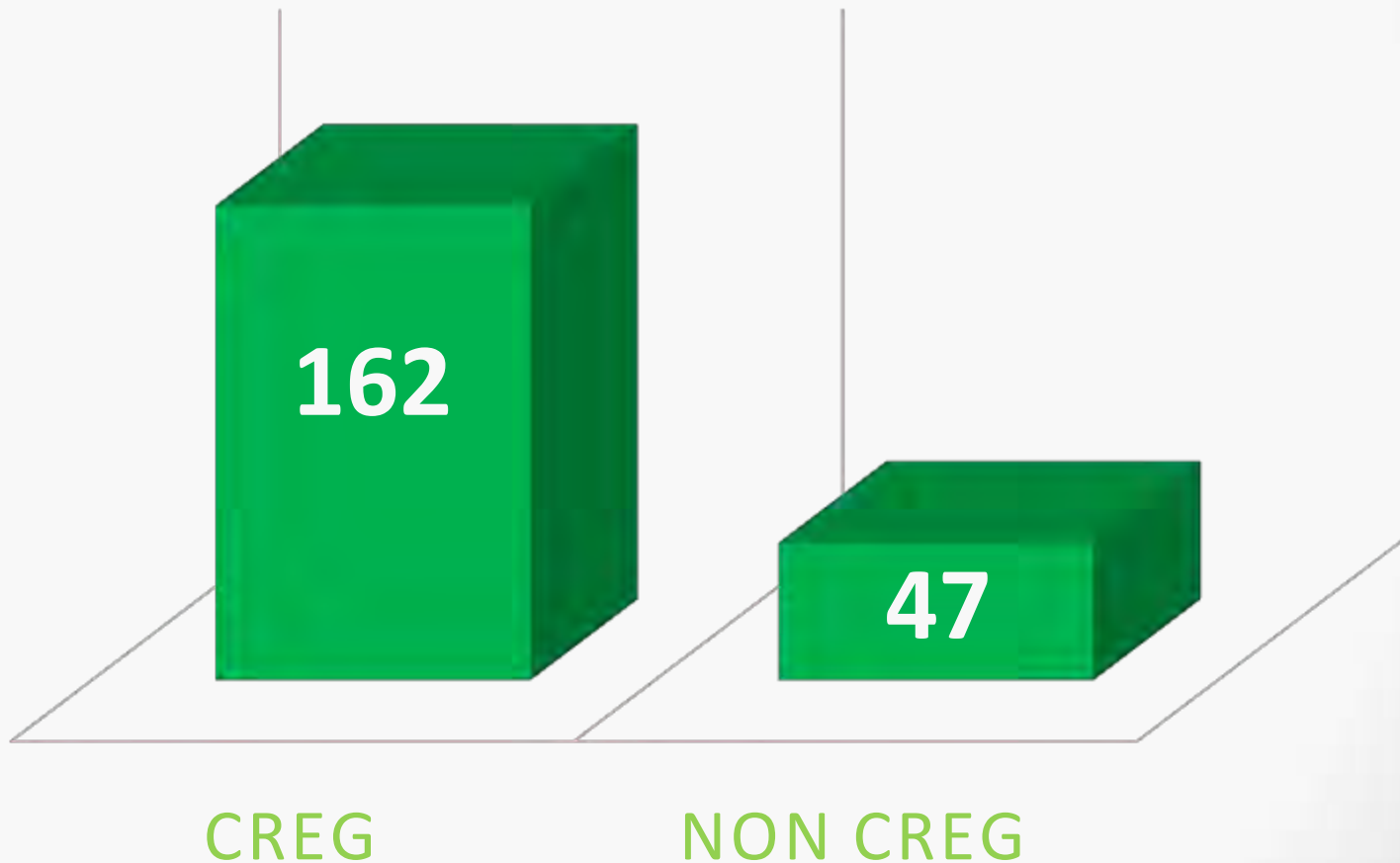


■ Bergamo ■ Melegnano ■ Monza ■ Sondrio



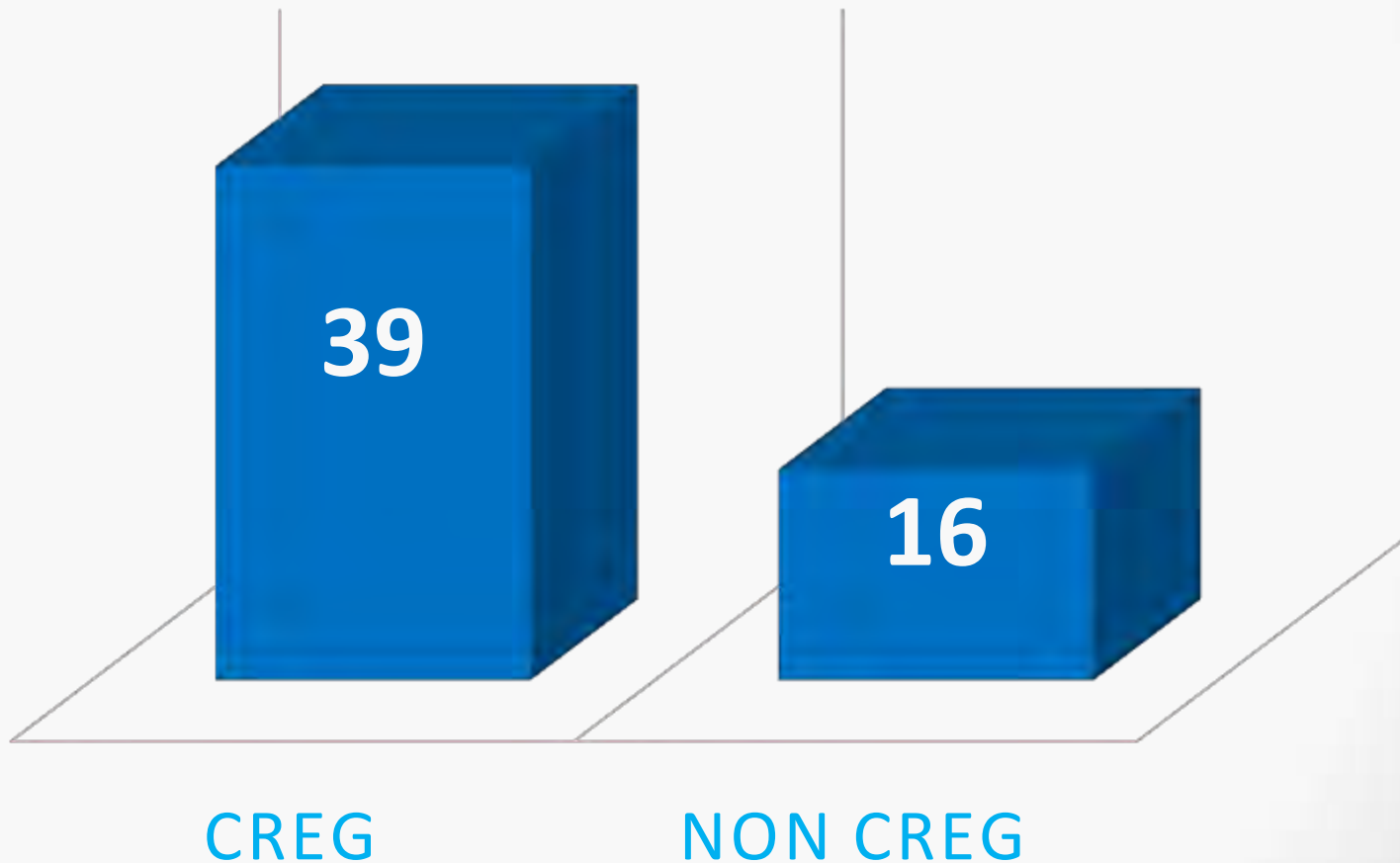
SOCI BERGAMO

■ CReG ■ Non CReG



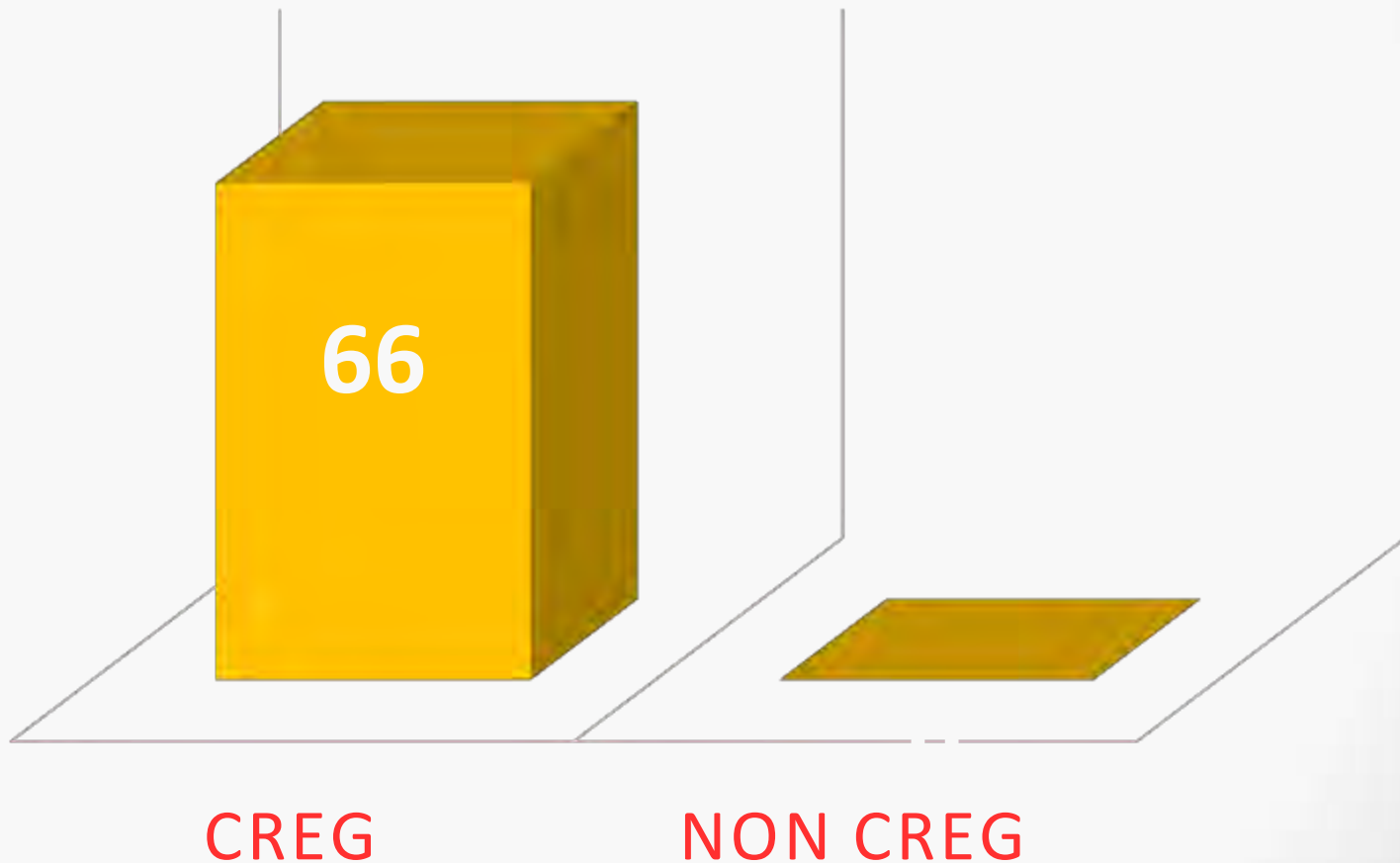
SOCI MELEGNANO

■ CReG ■ Non CReG



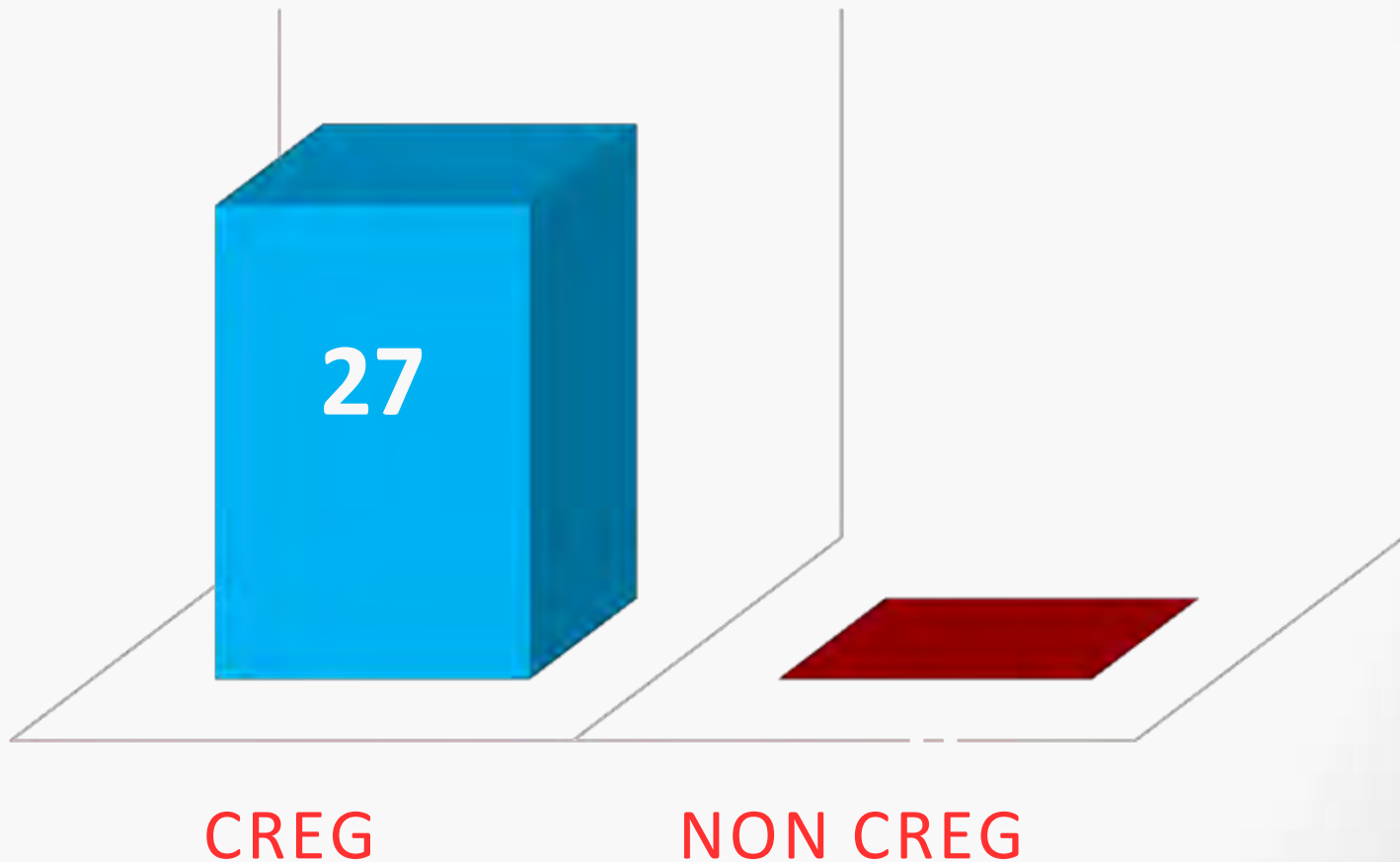
SOCI MONZA-BRIANZA

■ CReG ■ Non CReG



SOCI SONDRIO

■ CReG ■ Non CReG



PAZIENTI ARRUOLATI

CReG (AL 01/08/2016)

Sezione	MMG	Pz. Arruolati	Media x MMG
Bergamo	162	26000	160
Milano 2	38	9000	236
Monza	62	14500	234
Sondrio	26	5500	211
TOTALE	288	55000	191

• **TELEMEDICINA**

• **TELEMONITORAGGIO**



CURE PRIMARIE

art. 10

•MMG e PLS secondo gli ACN Articolazione dell'assistenza primaria:

- Assistenza sanitaria primaria
- Partecipazione alla presa in carico
- Interventi in abito di integrazione sanitaria
socio-sanitaria e sociale
- Fatti salvi gli ACN, AFT Aggregazioni funzionali
territoriali (comma 4) e UCCP Unità complesse di cure
primarie (comma 8)
- Istituito il servizio dell'infermiere di famiglia e le
farmacie di
servizio (legge 69/2009)
- La regione favorisce l'esercizio in forma associata
dell'attività dei MMG preferibilmente attraverso
l'erogazione delle relative prestazioni nei POT e nei
PreSST ovvero con forme aggregative alternative per
particolari territori disagiati

Modelli di presa in carico per il paziente cronico e fragile

art. 9

Modalità organizzative innovative, anche attraverso il supporto di strumenti di telemedicina per la presa in carico e la gestione del paziente cronico

Adozione e aggiornamento del sistema di classificazione delle malattie croniche entro un **anno dall'approvazione** della legge

Modalità di remunerazione omnicomprensiva

Adozione di strumenti di valutazione del bisogno

Criteri di accreditamento e remunerazione delle attività

di presa in carico

Commissione tecnica paritetica nazionale telemedicina

Istituita da Conferenza Stato Regioni il 20 febbraio 2014 in occasione dell'approvazione delle linee di indirizzo nazionali.

Compito: monitorare eventuali profili critici connessi ad aspetti normativi e regolamentari conseguenti alla introduzione della telemedicina, inclusi quelli attinenti alla tutela della riservatezza e alla responsabilità professionale e formulare proposte, anche di tipo normativo al ministero della salute

Tre componenti designati da Ministero della Salute

Tre da Conferenza Stato Regioni Regioni



Linee di Indirizzo Nazionali sulla Telemedicina, recepite da Regione Lombardia DGR

definizione e la classificazione della Telemedicina,.

“Per Telemedicina si intende una modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria, tramite il ricorso a tecnologie innovative, in particolare all’Information and Communication Technology (ICT), in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente (o due professionisti) non si trovano nella stessa località. La Telemedicina comporta la trasmissione sicura di informazioni e dati di carattere medico nella forma di testi, suoni, immagini o altre forme necessarie per la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e il successivo controllo dei pazienti”.

“La Telemedicina non rappresenta una specialità medica separata, ma è uno strumento che può essere utilizzato per estendere la pratica tradizionale oltre gli spazi fisici abituali. Si configura, nel quadro normativo generale, come una diversa modalità di erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie e pertanto rientra nella cornice di riferimento che norma tali processi con alcune precisazioni sulle condizioni di attuazione.”

“Ministero della Salute. Telemedicina. Linee di indirizzo nazionali”. Documento approvato in Conferenza Stato Regioni il 20.2.2014.



Servizi di Telemedicina da Linee d'indirizzo nazionali

Sono indicate:

- le tipologie di pazienti e le modalità di partecipazione dei pazienti durante l'atto di Telemedicina;
- il tipo di relazione medico-paziente secondo i modelli commerciali B2B/B2B2C/B2C (Business - Consumer).

TELEMEDICINA				
CLASSIFICAZIONE		PAZIENTI		RELAZIONE
TELEMEDICINA SPECIALISTICA	TELE VISITA	Può essere rivolta a patologie acute, croniche, a situazioni di post-acuzie	Presenza attiva del Paziente	B2C B2B2C
	TELE CONSULTO		Assenza del Paziente	B2B
	TELE COOPERAZIONE SANITARIA		Presenza del Paziente, in tempo reale	B2B2C
TELE SALUTE		E' prevalentemente rivolta alle patologie croniche	Presenza attiva del Paziente	B2C B2B2C

B2B: individua la relazione tra medici

B2B2C: individua la relazione tra un medico e un paziente mediata attraverso un operatore sanitario

B2C: individua la relazione tra medico e paziente



LISTA DI PRESTAZIONI

prestazioni diagnostiche che possono essere effettuate presso gli studi dei MMG, in Telemedicina o direttamente dal MMG adeguatamente professionalizzato, ai sensi della citata DGR n. X/2989 del 23.12.2014 - Regole 2015 -

ECG

Monitoraggio continuo (24 H) della pressione

arteriosa Spirometria Semplice

Ecografia addome superiore

Ecografia addome inferiore

Ecografia addome completo

Eco(color)dopplergrafia degli arti superiori o inferiori o distrettuale, Arteriosa o Venosa

Eco(color)dopplergrafia TSA

Esame del Fundus oculi.

Prestazioni su cui sono in fase di definizione condizioni cliniche e requisiti professionali



Lo stato dell'arte dopo la DGR regole 2015

Prestazione	N° Prestazioni Erogate da Gennaio a Ottobre 2015			% Prestazioni in Telemedicina
	Studio Medico	Telemedicina	Teleconsulto	ASL
Elettrocardiogramma	23	1372	0	BG (25%), Co (30%), MI (26%), MI2(19%)
Spirometria semplice	120	0	0	0
Esame del fundus oculi	0	105	0	Como (100%)

*Fonte: dati del Flusso CReG-GEST forniti da LISPA (debito informativo dei Gestori CReG sulle prestazioni erogate, anche in Telemedicina, presso gli studi MMG).
i dati relativi alle prestazioni dichiarate alle ASL come "svolte in Telemedicina" da parte di alcuni Gestori CReG nell'ambito della sperimentazione condotta nel corso del 2015*



Indicazioni operative per l'erogazione delle prestazioni in telemedicina

- inquadramento d'uso all'interno dei PDTA/PAI dei pazienti
- organizzazione del servizio
- apparecchiature
- trasmissione
- requisiti Centro erogatore
- requisiti Centro servizi
- requisiti referto.



Esempio ECG

Inquadramento d'uso all'interno dei PDTA/PAI dei pazienti

Indicazioni ad un controllo teleECG nei pazienti cronici.

Di routine si ripete ogni anno circa **specialmente per documentare un "basale" di riferimento**. Evita che **il paziente si rechi in ambulatorio solo per l'esecuzione e la refertazione dell'ECG**.

Su sintomi dubbi quali cardiopalmo, dolore toracico, dispnea, sincopi, il tracciato va eseguito il prima possibile, meglio se durante sintomatologia, poiché i sintomi possono scomparire ed anche i segni **ECG**. **L'ECG fatto** a seguito di sintomatologia **"minore"** per la quale il paziente si reca dal proprio medico curante è di estrema importanza. In questi casi spesso si manda il paziente in PS o si chiede un ECG urgente. Ovviamente se vi sono sintomi maggiori (angor certo con sospetto infarto, scompenso acuto) è necessario chiamare il 112.

Esecuzione a domicilio del teleECG nei pazienti difficilmente trasportabili (ad esempio pazienti in ADI) **specialmente per la comparsa di sintomi**.

Anche solo per refertare un ECG è molto utile il confronto con ECG precedente e poter conoscere la storia clinica del paziente, **specialmente se già cardiopatico**.

Si consiglia quindi un utilizzo non solo per un controllo periodico ambulatoriale, ma utilizzando in pieno la opportunità della telemedicina anche per controlli in caso di sintomi minori o per controllo domiciliare.

Mentre nel controllo periodico asintomatico non è necessaria una risposta tempestiva (in ospedale lo si consegna anche il giorno dopo) una risposta tempestiva è indispensabile in caso di sintomi.

ECG

- Organizzazione del servizio
- Un medico laureato è in grado di fare la refertazione **dell'ECG** assumendosene la responsabilità, perché attualmente non è formalizzato un ruolo del Cardiologo nella valutazione **dell'ECG; il referto non è** appannaggio esclusivo dello specialista cardiologo: chi referta, sia esso un MMG oppure uno specialista, se ne assume in ogni caso la responsabilità.

Il servizio di telerefertazione ECG può attuarsi con modalità diverse

- con ECG 12 derivazioni: è il normale tracciato diagnostico refertabile
 - con ECG monotraccia: è un tracciato ECG registrato anche solo in una derivazione, molto **utile per un monitoraggio della frequenza o l'identificazione di** eventuali aritmie.
- Queste due modalità possono richiedere **un'organizzazione diversa** e refertazioni più o meno complesse. **L'ECG può** essere effettuato anche al domicilio del paziente.
 - Bisogna quindi suddividere le esigenze e rispondervi in modalità adeguata.
 - nel controllo periodico asintomatico non è necessaria una risposta tempestiva, indispensabile in caso di sintomi.
 - Stante queste indicazioni è auspicabile che, **considerata l'organizzazione** più generale dello studio medico, venga predisposto un work flow operativo che individui percorsi e ruoli e sia reso disponibile in caso di controllo da parte **dell'ASL**.




Telecardiologia: Aree di applicazione

- Dolore toracico - SCA
- Aritmie
 - Palpitazioni
 - Fibrillazione atriale
 - Sincope
- Scompenso
- Ipertensione



NRS - Percorsi per la cronicità

 Tipologia percorso e Patologia	Durata	Tariffazione	Flussi informativi	Tecnologia	Attività al 31.12.2013
PTS Dal 2006	Cardiaca: Scompenso II-III-IV NYHA Telesorveglianza Domiciliare	€ 720,00 per sei mesi € 480,00 per sei mesi a bassa intensità 6 mesi max	Tracciato record inviato sul debito informativo	<ul style="list-style-type: none"> • ECG monotraccia al paziente • Centro Servizi con cartella web 	35 Strutture 3.225 pazienti
PTP Dal 2010 da Telemaco	Pneumologica: BPCO III-IV stadio GOLD Telesorveglianza Domiciliare	€ 720,00 per sei mesi € 480,00 per sei mesi a bassa intensità 6 mesi max	Tracciato record inviato sul debito informativo	<ul style="list-style-type: none"> • Saturimetro / saturimetro a trend al paziente • Centro Servizi con cartella web 	31 Strutture 1.627 pazienti

L'esperienza di NRS nell'ambito dei due percorsi per la cronicità dimostra complessivamente **l'efficacia dell'intervento nel migliorare lo stato funzionale e la qualità di vita dei pazienti** e come i risultati favorevoli siano **maggiormente evidenti nei pazienti clinicamente più complessi** che richiedono durante il percorso un intervento assistenziale più intensivo.

Più in generale i due percorsi di Telesorveglianza dovrebbero essere meglio conosciuti dalla medicina di famiglia che potrebbe attivarli con il ricorso alle medicina specialistica ove li

NRS – Aspetti comuni

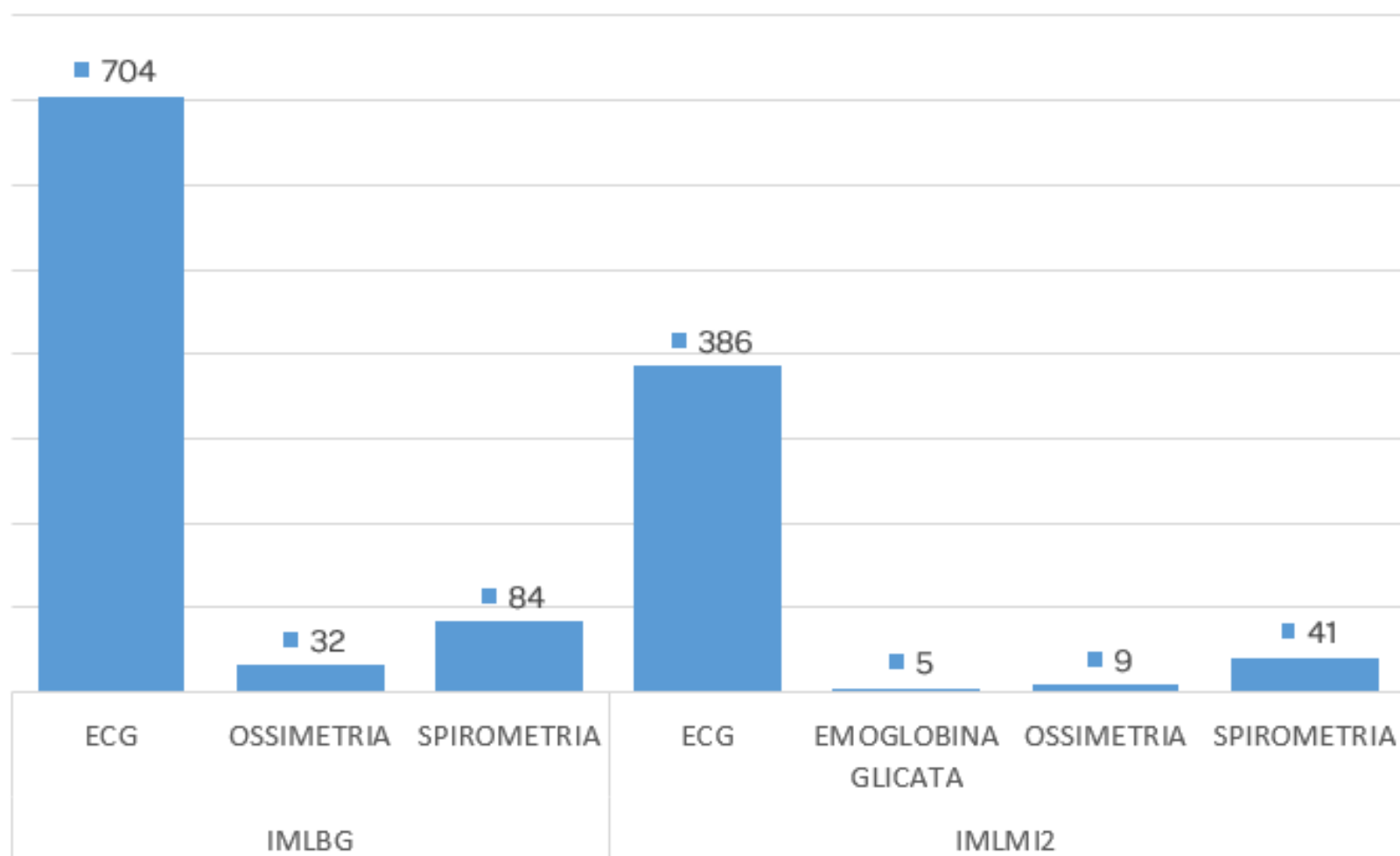
Tutte le strutture autorizzate sul territorio regionale attuano un comune modello gestionale di cura innovativo, caratterizzato da:

- protocollo comune attuato su tutto il territorio lombardo;
- supporto dell'ICT e della telemedicina;
- rendicontazione attraverso flusso regionale telematico con dati di percorso, clinici e di esito
- tariffazione sperimentale ora a regime
- valutazione clinico-organizzativo-economica e di *customer satisfaction*
- forte partecipazione clinica

I percorsi di cura possono essere attuati con il supporto di **Centri Servizi esterni per gli aspetti più tecnologici.**



La telemedicina negli studi dei MMG di IML: attività 2015



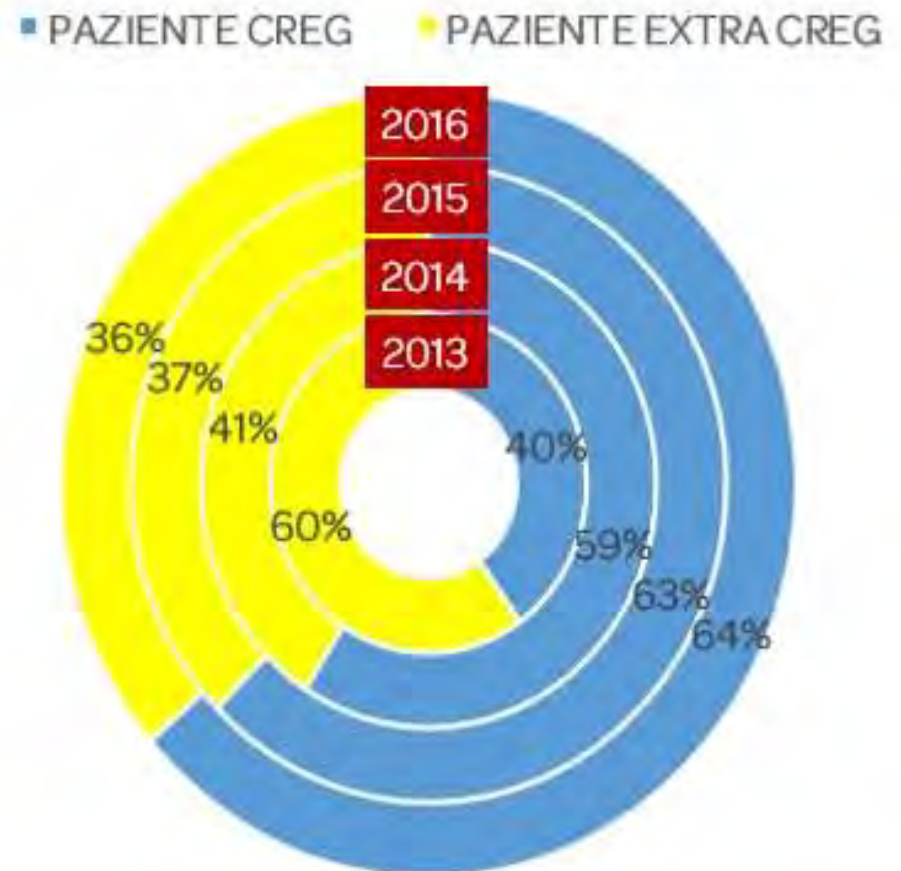
piano

La Telemedicina negli studi di IML

Trend ECG -SPIRO -TAO

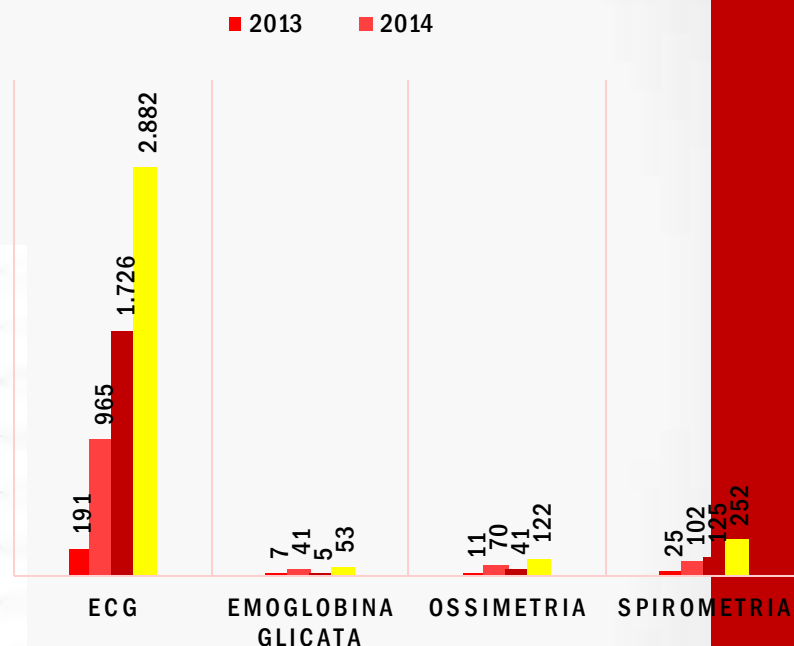


* Solo gennaio



Strumenti per la cura del paziente: la telemedicina

Il paziente CREG esegue alcune prestazioni previste nel PAI direttamente presso lo studio del medico. La pratica della telemedicina è stata estesa ed è in espansione anche su pazienti non CREG.



*il dato complessivo del 2016 è una stima sulla base del trend registrato alla chiusura del primo semestre dell'anno.

La Telemedicina negli studi di IML

Devices per Telemonitoraggio

BPCO



Ipertensione



Diabete



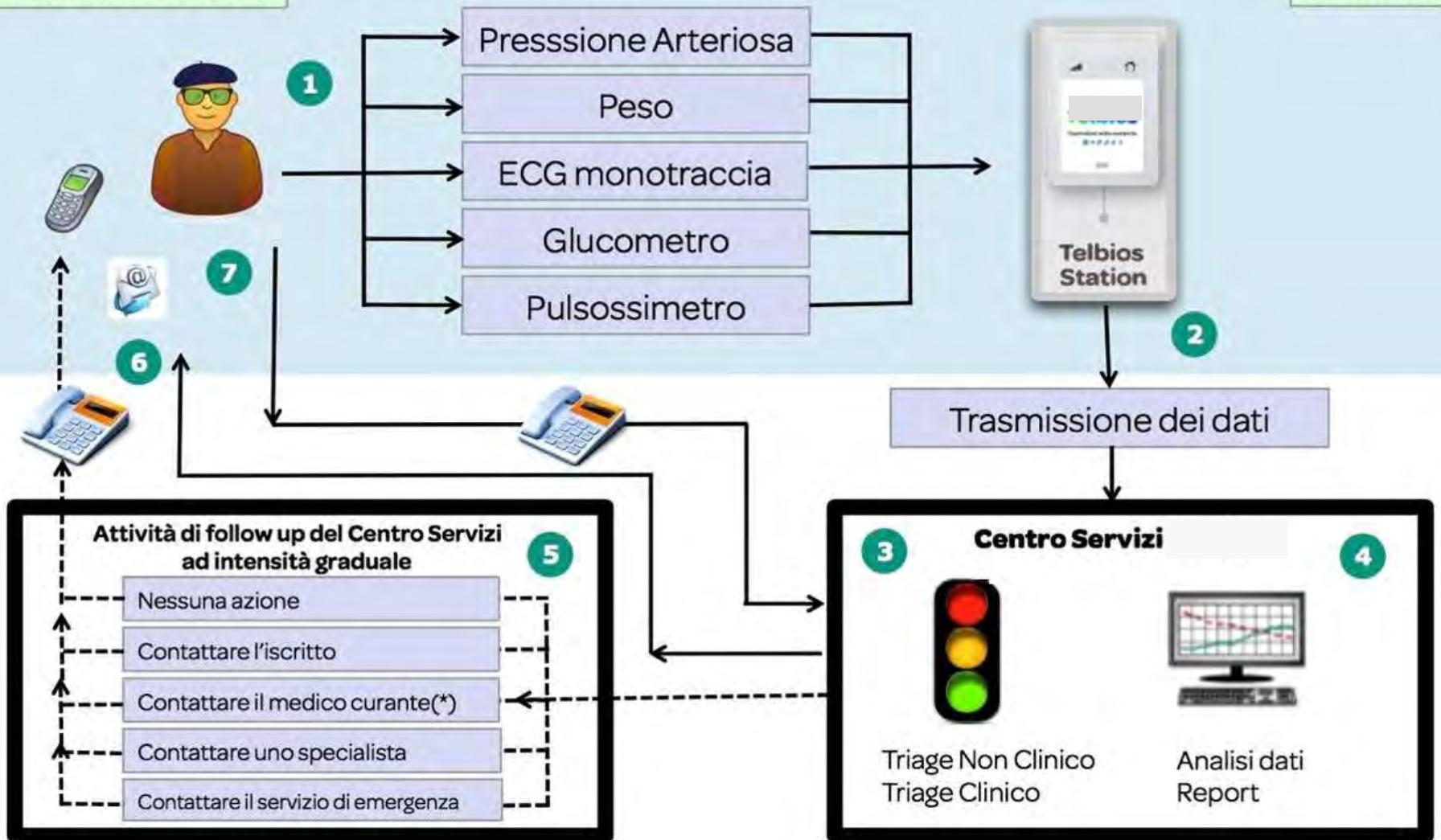
Scompenso



Il Telemonitoraggio - *Flussi operativi*

Paziente Cronico

@ home



Il Triage nel Telemonitoraggio

TRIAGE NON CLINICO (operatore CST)



- Valutazione della consistenza e della validità dei dati da cui scaturiscono alert/allarmi
- Gestione della mancata ricezione degli allarmi

TRIAGE CLINICO (personale sanitario)



- valutazione ed analisi dei parametri clinici trasmessi dal paziente o rilevati dal MMG o specialista.
- gestione di situazioni critiche
- verifica compliance al piano di telemonitoraggio
- verifica compliance farmacologica
- escalation al MMG



Configurazione del servizio

Il medico di medicina generale

1. *fissa un obiettivo*

2. *assegna i dispositivi*

Es. Riduzione peso



3. *definisce le soglie di attenzione per ciascun parametro*

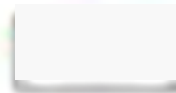
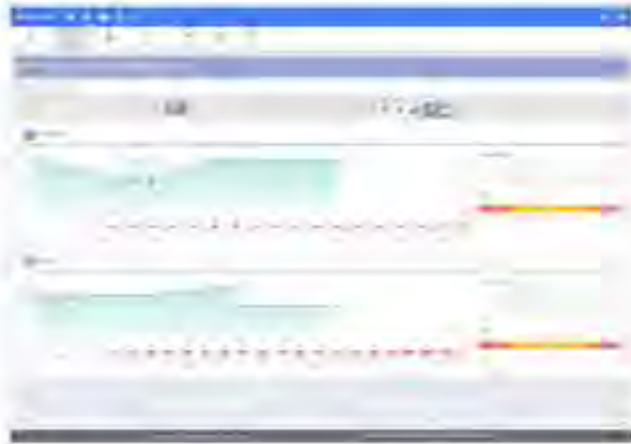


4. *stabilisce data e ora delle misurazioni*

Piano settimanale

LUN	MAR	MER	GIO	VEN	SAB	DOM
			9:00			
			17:00			

Soglie e allarmi



Connect

Riceve i dati dai dispositivi, effettua un'analisi automatizzata dei dati confrontando il valore del parametro con i limiti fissati nelle soglie e gli assegna un codice colore in base al quale entrano in azione gli operatori del Centro Servizi.

CODICE	SIGNIFICATO della MISURA	AZIONE CST
	NEL RANGE DI NORMALITA'	NESSUNA
	MARGINALMENTE FUORI RANGE (SOGLIA DI ATTENZIONE),	TRIAGE CLINICO
	FUORI RANGE (SOGLIA DI PERICOLO)	TRIAGE CLINICO
	NON ATTESA (FUORI PIANO PREVISTO)	TRIAGE CLINICO SE FUORI RANGE
	MANCATA MISURA	TRIAGE TECNICO



Home paziente

La trasmissione dei dati



MMG



Può verificare lo stato clinico del paziente ogni volta che lo ritiene opportuno.

Centro Servizi (CST)



Gli operatori gestiscono gli allarmi e scalano la gestione del caso al medico quando necessario.

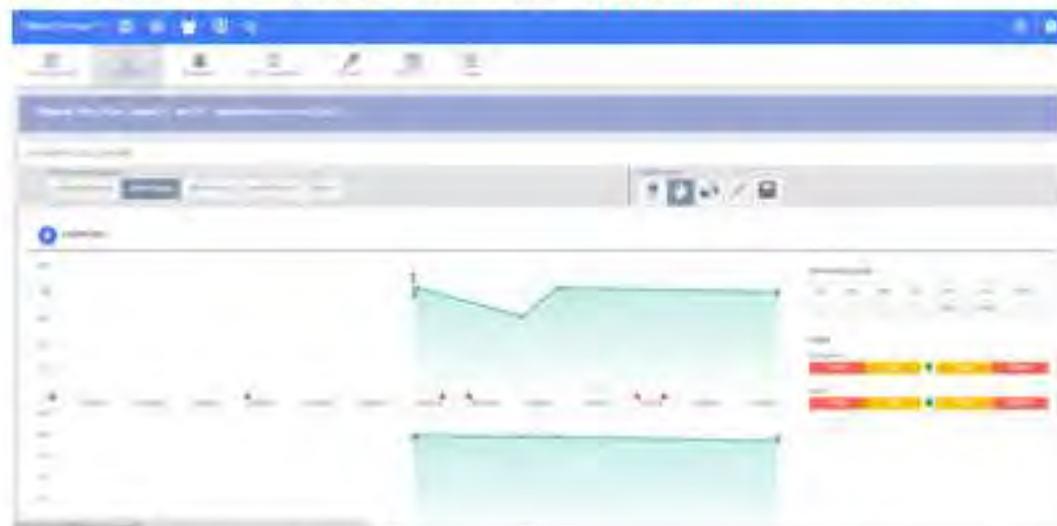


Il medico può sempre

Accedere alla piattaforma per monitorare lo stato dei suoi pazienti



Modificare le soglie e il calendario delle misurazioni



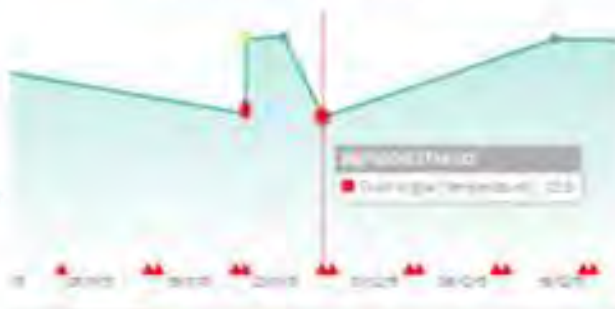
La gestione dell'escalation

Home paziente

Misuratore di glicemia



Connect



Operatore Clinico



Effettua il Triage



Paziente



Triage negativo
Notifica al medico
la gestione
dell'allarme

Triage positivo
Contatta il medico
che prende in
carico il caso

Chiude
l'escalation in
piattaforma



MMG

Gestisce il caso





La trasmissione dei dati: ECG

Paziente



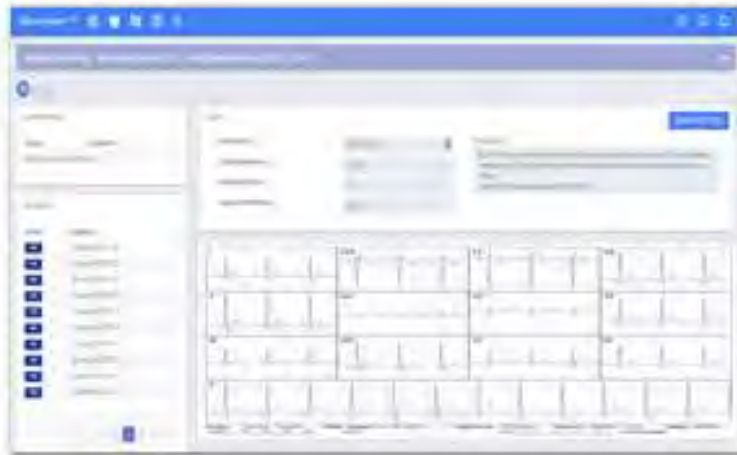
Invio ECG



Centro Servizi



Invio del referto



Confronto telefonico
sul referto
in caso di escalation



Cardiologo Refertante





Criteri di pre-selezione di MMG e pazienti

Selezione dei MMG

La cooperativa offre il servizio a tutti i medici attivi sul progetto CReG.

Criteri di pre-selezione dei pazienti

I medici che aderiscono al servizio ricevono le liste dei pazienti potenziali

- arruolati CReG
- con un piano di cura assegnato attivo
- classificati nella BDA regionale come pazienti con almeno due patologie croniche di cui almeno una deve essere:
 - ✓ scompenso cardiaco (NYHA 2 e 3),
 - ✓ diabete (Diabetici di tipo 2 insulino trattati e non con glicata $\geq 8\%$),
 - ✓ BPCO
 - ✓ ipertensione arteriosa (Grado 2 con valori di PA superiori a 140/80 mm di Hg).



Il Telemonitoraggio - *Criteri di selezione dei pazienti*

Il medico che aderisce al servizio sceglie i pazienti ai quali proporlo

Requisiti dei pazienti da attivare

- l'idoneità ambientale e degli eventuali familiari/operatori di supporto;
- la garanzia della connettività a domicilio del paziente.

pazienti che negli ultimi 12 mesi hanno effettuato almeno:

- un ricovero ripetuto con diagnosi principale riconducibile alla patologia cronica principale;

oppure

- 2 accessi in PS con codice bianco o verde

oppure

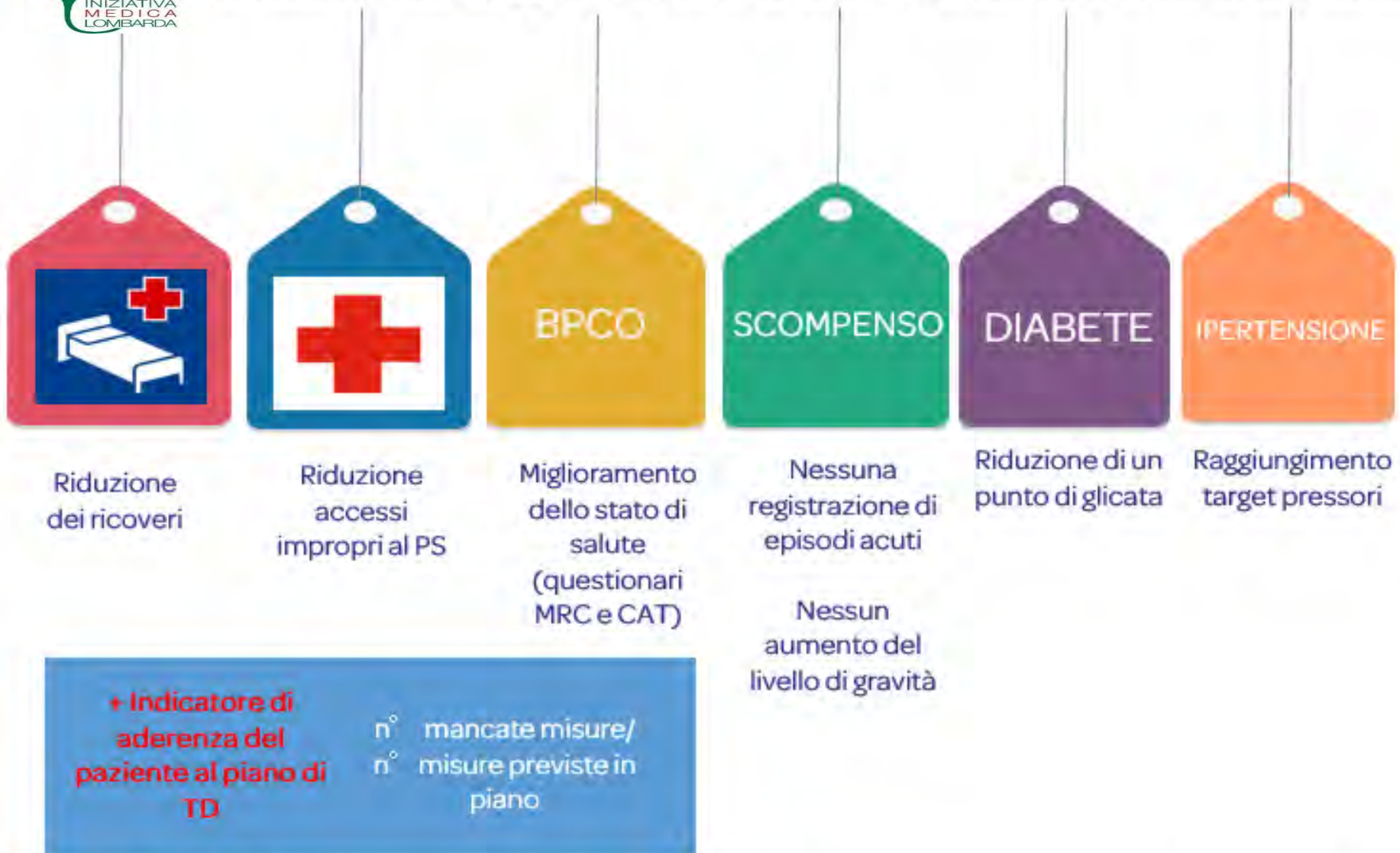
- un valore da normalizzare tra la % della glicata e la pressione

oppure

- più di un evento di riacutizzazione (pazienti con BPCO)



Il Telemonitoraggio – La valutazione del servizio: risultati attesi



Attività di informazione e formazione

41.000

Welcome kit distribuiti ai pazienti



41.300

Brochure informative per MMGe pazienti

Sito WEB



300

Poster affissi presso gli studi medici





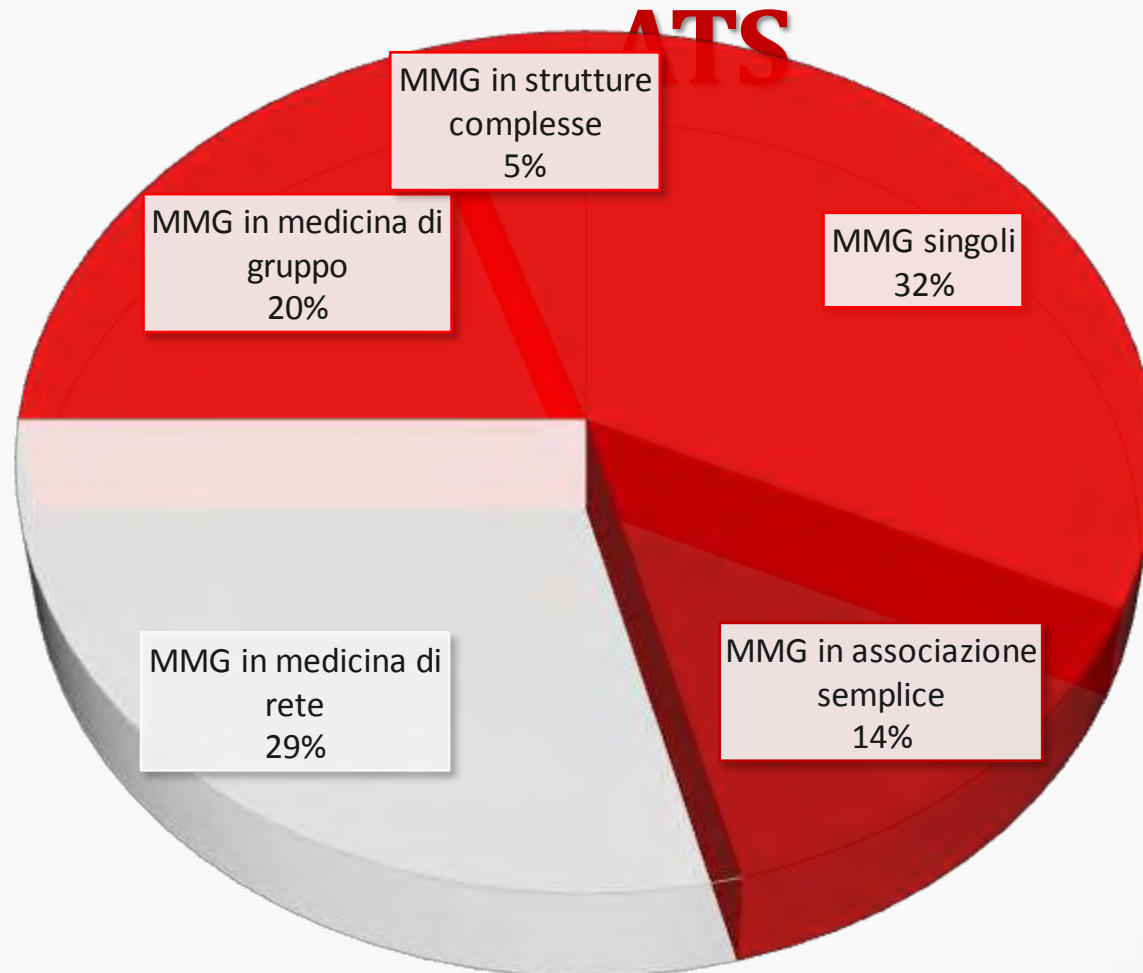
FINE

PRESENTAZIONE

CREG SVILUPPI FUTURI



Mappatura delle forme di associazionismo a livello aggregato regionale e di singola



Circa un terzo dei MMG lombardi opera ancora isolatamente;

Le forme di «gruppo» rappresentano un quarto del totale

Modelli organizzativi evoluti della Medicina Generale

Secondo l'ACN 27.5.2009 i MMG devono partecipare a:

Organizzazioni Funzionali Territoriali Unità Complesse delle Cure Primarie

(AFT)

- Sono aggregazioni funzionali di professionisti distinte per MMG, PLS, Specialisti ambulatoriali per conseguire obiettivi di salute definiti dalla programmazione regionale e aziendale;
- Condividono buone pratiche peer review, ricerca, ecc
- Monitoraggio e verifica degli obiettivi da parte del Distretto;
- Operano nei propri studi e sono individuati in ambito infradistrettuale. adottano percorsi di integrazione con MCA e ospedale
- La Regione con le OO.SS individua le AFT entro 6 mesi, tenendo conto, per i MMG, di pop a 30.000 ab. E almeno 20 medici

(UCCP)

- Gruppi di Medici convenzionati MMG, PLS, MCA, Specialisti e altri professionisti sanitari convenzionati, con eventuali altri operatori
- Per garantire i LEA, presa in carico dell'utente, integr. Socio-san. , passaggio alla medicina d'iniziativa, assistenza h. 24 su 24h 7 gg su 7
- Erogano prestazioni sanitarie, nell'ambito dei LEA
- Sono attivate secondo i bisogni della pop. Le caratteristiche oro-geografiche e demografiche
- Operano in sede unica o con sede di riferimento, nell'ambito dell'organizzazione
- La regione con le OO.SS. Disciplinerà tutti gli aspetti: indennità, incentivi, dotazioni strumentali, ecc.



Approccio alla patologia cronica

Ha una o più patologie
che durano a lungo

Non esistono cure
definitive

Il paziente cronico

Il suo stato di salute
tende a peggiorare

Spesso presenta
multimorbilità e complicanze

Segue percorsi
frammentati

E' scarsamente
aderente alla
terapia

Quali sono i suoi bisogni?

- ✓ Non peggiorare il proprio stato di salute
- ✓ Un percorso di cure chiaro, integrato e garantito
- ✓ La conoscenza della propria situazione clinica

Cambia la domanda sanitaria: i nuovi modelli organizzativi

Indipendentemente dal Modello Organizzativo scelto
gli attori socio-sanitari devono

- Garantire la continuità delle cure
- Effettuare un monitoraggio continuo
- Integrazione con altre figure socio-sanitarie
- Supportare empowerment e self management del paziente

nel rispetto dei principi di

EFFICIENZA

APPROPRIATEZZA

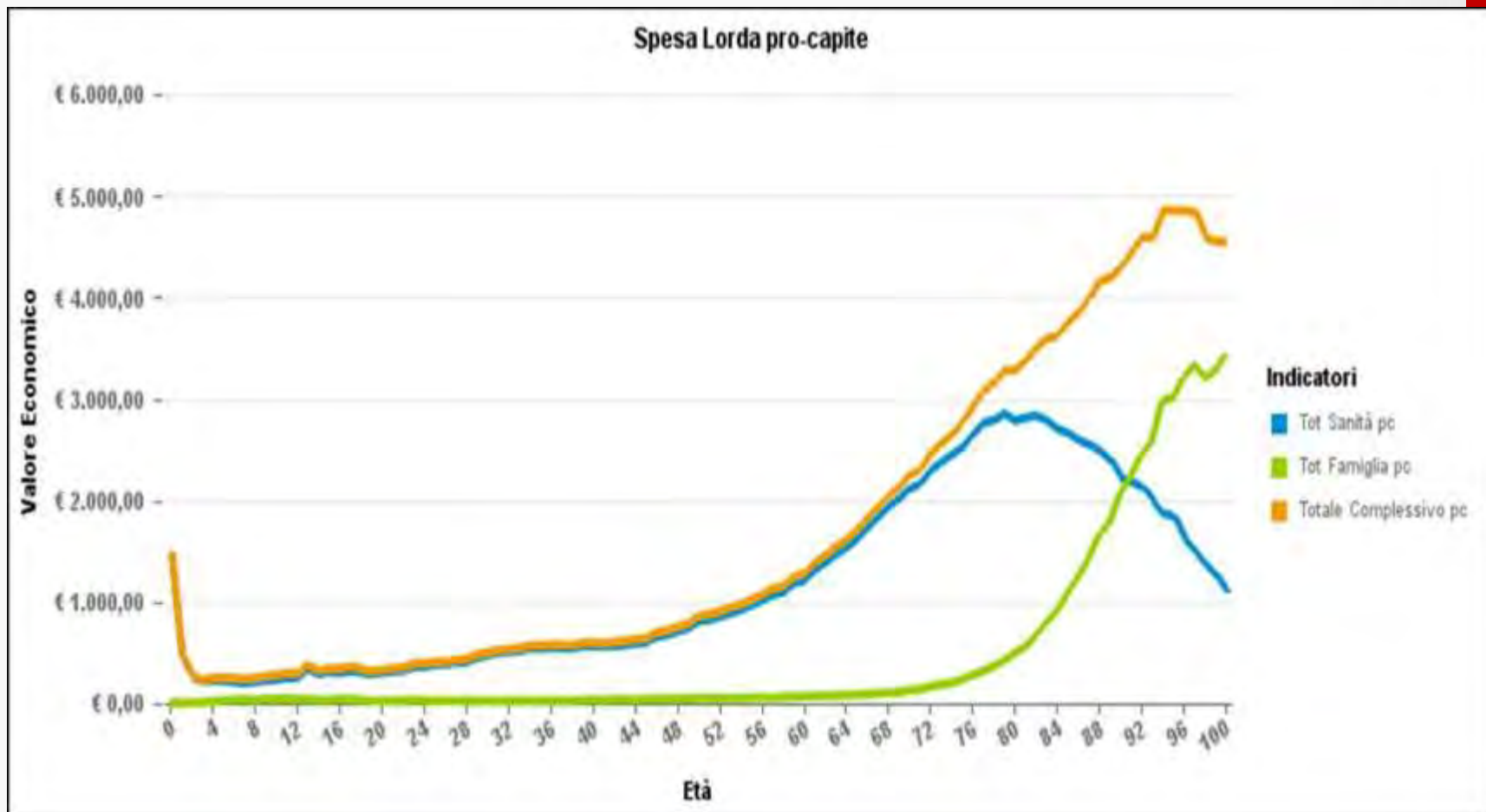
ADEGUATEZZA

OUTCOME

Nuove dinamiche tra il «sanitario» e il «sociale»



Spesa sanitaria, socio-sanitaria e spesa totale pro-capite per classi di età



TENDENZE EVOLUTIVE

- ✓ **Progressiva riduzione dei fondi a disposizione del Servizio Sanitario Nazionale e conseguente riduzione della copertura della domanda**
- ✓ **Innalzamento età media e invecchiamento della popolazione**
- ✓ **Evoluzione del quadro demografico epidemiologico: da pazienti incentrati sulle patologie acute a pazienti con problemi di salute legati alla "cronicità".**
- ✓ **Enorme crescita della domanda di prestazioni sanitarie (spesso inappropriate e costose)**

In tale contesto, risulta necessario ridefinire il ruolo della Medicina Generale e della Pediatria quale perno di una rete socio-sanitaria organizzata e dinamica che si muova sui binari dell'efficacia, dell'efficienza e dell'appropriatezza, attraverso processi di integrazione organizzativa e relazionale dei propri attori (MMG, ospedale e cooperazione sociale).



Dove stiamo andando

1. Recepimento con Accordo in Conferenza Stato-Regioni

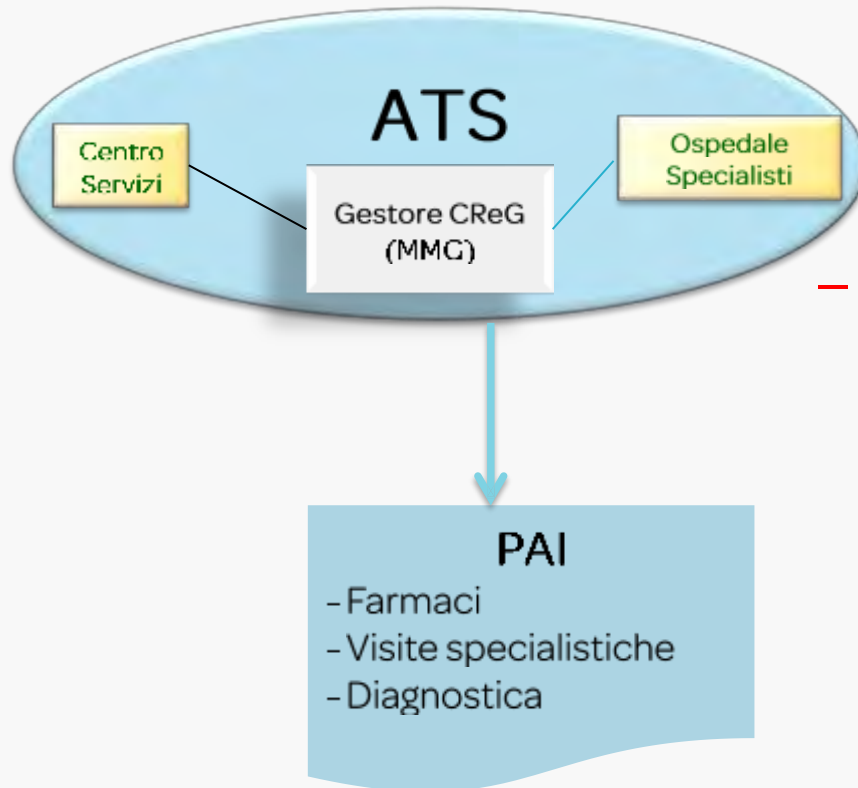
2. Attività di Monitoraggio a livello centrale

3. Istituzione Cabina di regia

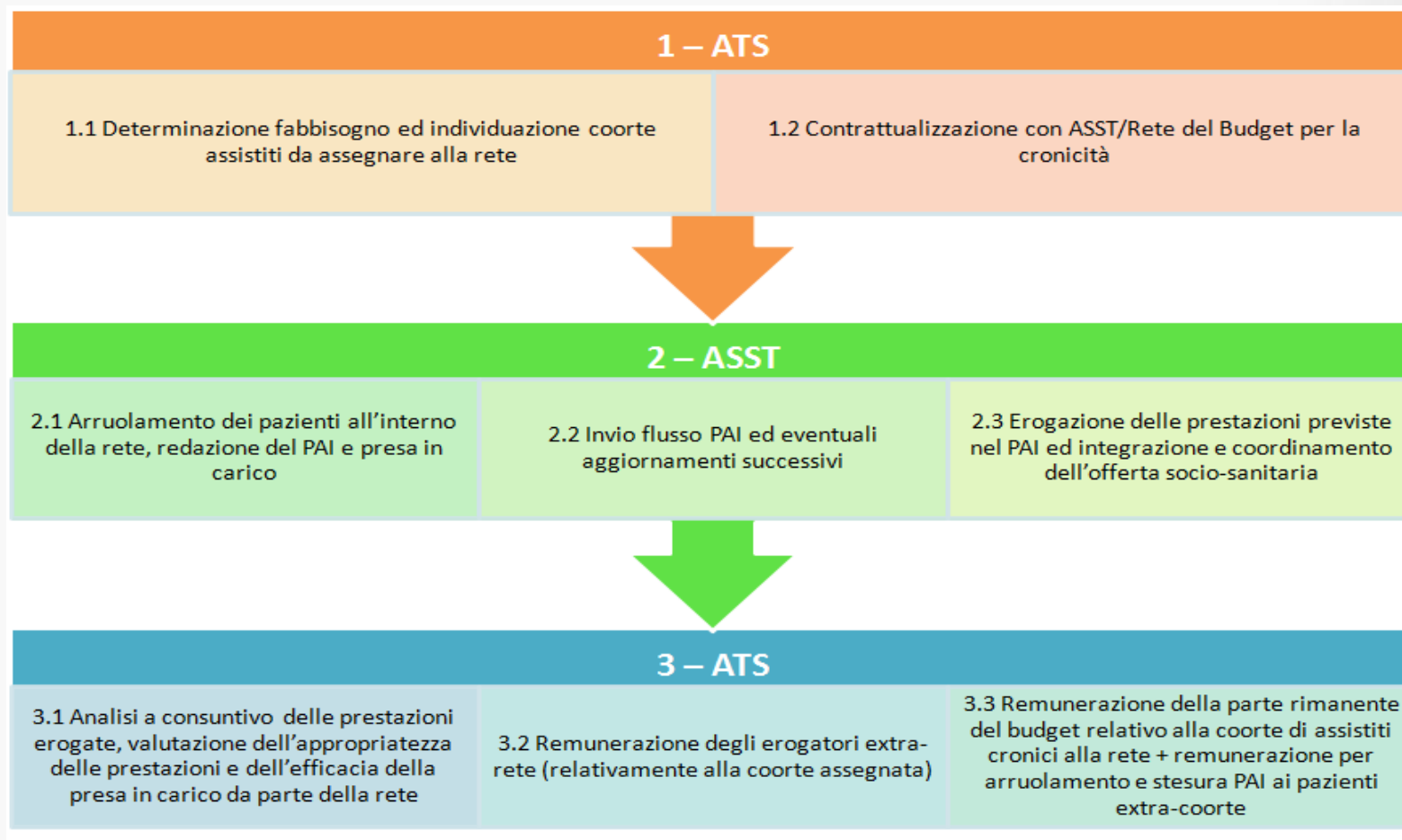
- guidare e gestire gli interventi previsti dal Piano
- coordinare le attività per il raggiungimento dei singoli obiettivi
- monitorare la realizzazione dei risultati
- promuovere l'analisi, la valutazione e il confronto sulle esperienze regionali
- diffondere i risultati delle buone pratiche e promuovere la loro adozione
- raccogliere dati e informazioni sui costi
- valutare sistemi innovativi di remunerazione dell'assistenza ai malati cronici e formulare proposte in merito
- produrre una Relazione periodica sugli obiettivi realizzati e sullo stato di avanzamento dei lavori

Cure integrate e personalizzate

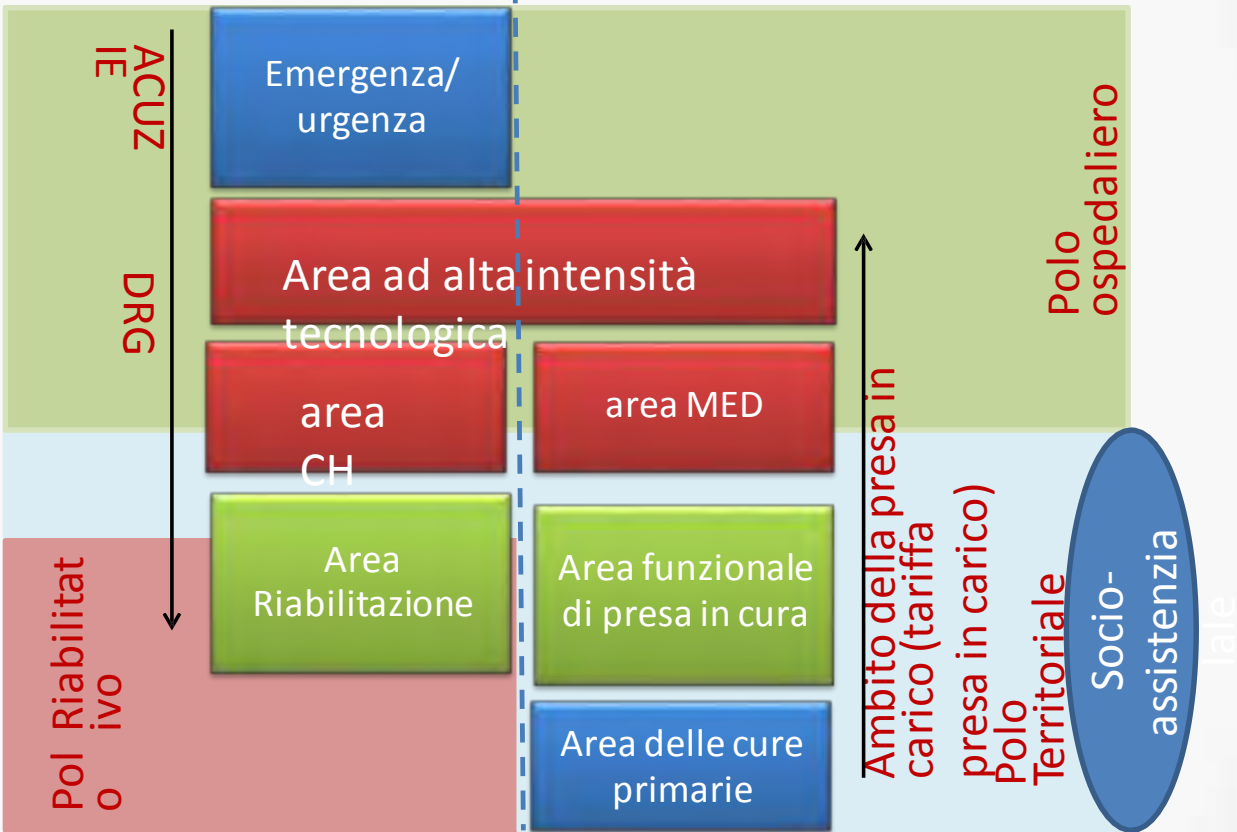
Pazienti Cronici



- Arruolamento attivo dei pazienti
- Piano Assistenziale Individuale
- Follow up del PAI
- Empowerment dei pazienti
- Governo clinico
- Flussi informativi (monitoraggio, remunerazione)
- Continuità delle cure
 - Centro Servizi - Call Centre (h12/365)
 - Case manager
 - Servizi aggiuntivi : TM, cure domiciliari, trasporto, ...



PROCESSI DELL' AZIENDA INTEGRATA





CReG: verso un sistema di remunerazione innovativo

Il sistema di remunerazione è una leva potente per forzare l'assetto organizzativo e incentivare la 'presa in carico' del paziente

SISTEMA DI REMUNERAZIONE A PRESTAZIONE

- ! inadatto a governare il percorso di cura del paziente cronico, in quanto 'segmenta' il flusso di servizi erogati al paziente
- ! se manca un sistema di regolazione del percorso di cura, non si responsabilizza il medico alla presa in carico (manca continuità della cura, ripetizione di esami inutili, ecc.)

VS

SISTEMA DI REMUNERAZIONE FORFETTARIO

- ✓ assegna un *budget* a un 'conduttore' del percorso del paziente
- ✓ governo (non solo economico) del processo diagnostico-terapeutico
- ✓ responsabilizza il gestore e il paziente (*empowerment*)

CReG: gli sviluppi futuri

7.5. Presidi Ospedalieri Territoriali (POT) e Presidi Socio-Sanitari Territoriali (PreSST) Indirizzi per la presa in carico della cronicità e della fragilità in Regione Lombardia 2016-2018

Obiettivo

- Costituzione dei Presidi Ospedalieri Territoriali (POT) e dei PreSST come previsto dalla L. 23 del 11/08/2015 nell'ambito dell'evoluzione del sistema sociosanitario regionale, come strutture e modalità organizzative territoriali per la gestione ed erogazione di servizi di carattere sanitario, sociosanitario e sociale rivolte a pazienti cronici, prevalentemente complessi e fragili.

Azioni

- Avviare i nuovi POT, capitalizzando sull'esperienza delle sperimentazioni già avviate.
- Promuovere modelli di integrazione funzionale e informativa tra componente sanitaria territoriale, ospedaliera e sociosanitaria nell'ambito della sperimentazione CReG-POT.
- Indirizzi regionali per definire macro-aspetti gestionali-organizzativi del modello di erogazione POT, con riferimento ai sistemi di valutazione del bisogno, al modello tariffario e di remunerazione, all'integrazione con le UCCP, con le Cooperative di MMG- CReG ecc.

Fase di sperimentazione: POT CALCINATE

Presidi Ospedalieri Territoriali (POT)

Avvio **sperimentale** di nuovi modelli organizzativi e funzionali per assistere soggetti con patologie cronicodegenerative, dal quadro clinico già noto e/o in fase di riacutizzazione.

Riqualficazione di presidi ospedalieri per acuti (o parti di essi)

- **Prossimità territoriale**
- **Presenza in carico proattiva**
- **Continuità delle cure**

Remunerazione: sistema tariffario
misto, a prestazione

(CReG)

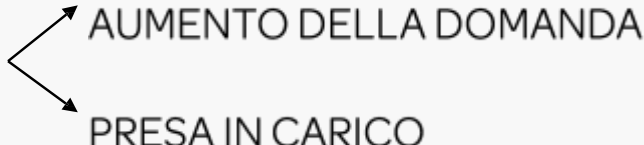
Progetti proposti dalle Aziende Sanitarie (AO, ATS)



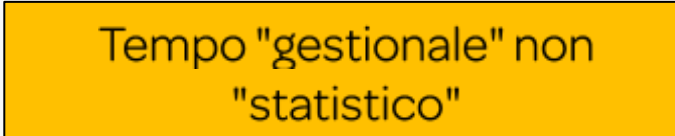
La remunerazione della presa in carico

La presa in carico costa (ma il finanziamento non cresce)

➡ lo spazio economico va trovato nell'ottimizzazione del costo di gestione della cronicità

ottimizzazione percorsi → spazio economico per 

Occorre un "controllo di gestione" dei percorsi totalmente nuovo, a disposizione a **livello micro** di chi prende decisioni sui singoli pazienti e a **livello macro** di chi verifica gli effetti a livello di sistema

↳ 

Chi è il Gestore CReG?

Cooperative MMG (1° fase)

UCCP, Presidi Ospedalieri Territoriali, RSA, ecc.
(2° fase)

Qualunque soggetto erogatore, che garantisca il servizio CReG e i requisiti
(a regime)

Che ruolo ha?

Responsabile del governo clinico e del debito informativo

Presa in carico e proattività:

- **Patto di Cura**
- **Piano Assistenziale Individuale**
- Centro Servizi h12/365,
- Case manager, Servizi aggiuntivi (apparecchiature/farmaci al domicilio, trasporti, telemedicina, ecc.)
- Garantisce la **qualità** del servizio
- **Dati** e documentazione sanitaria (SISS)

A
T
S

La scelta della medicina generale

Lasciare ai soggetti erogatori la presa in carico del paziente cronico

Relegarsi in un ruolo di nicchia tendendo ad una remunerazione a corpo rispondendo però dell'outcome

Concepire un ulteriore livello di innovazione con il servizio sanitario

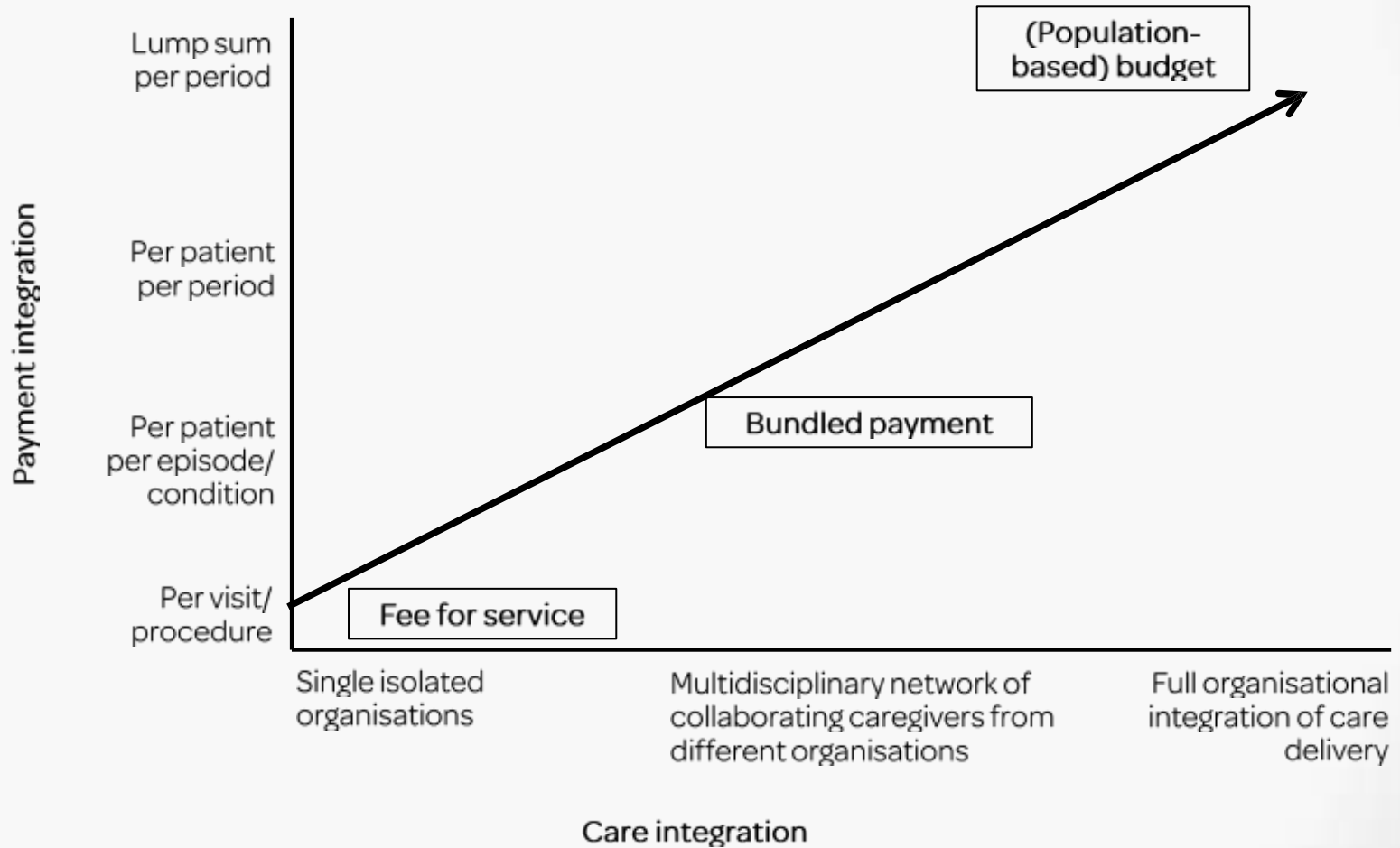
○ Inserirsi con un ruolo proattivo costituendo nucleo centrale della presa in carico

Guidare attivamente i percorsi dei pazienti nella rete di offerta, analizzando gli esiti e rispondendo del costo generato

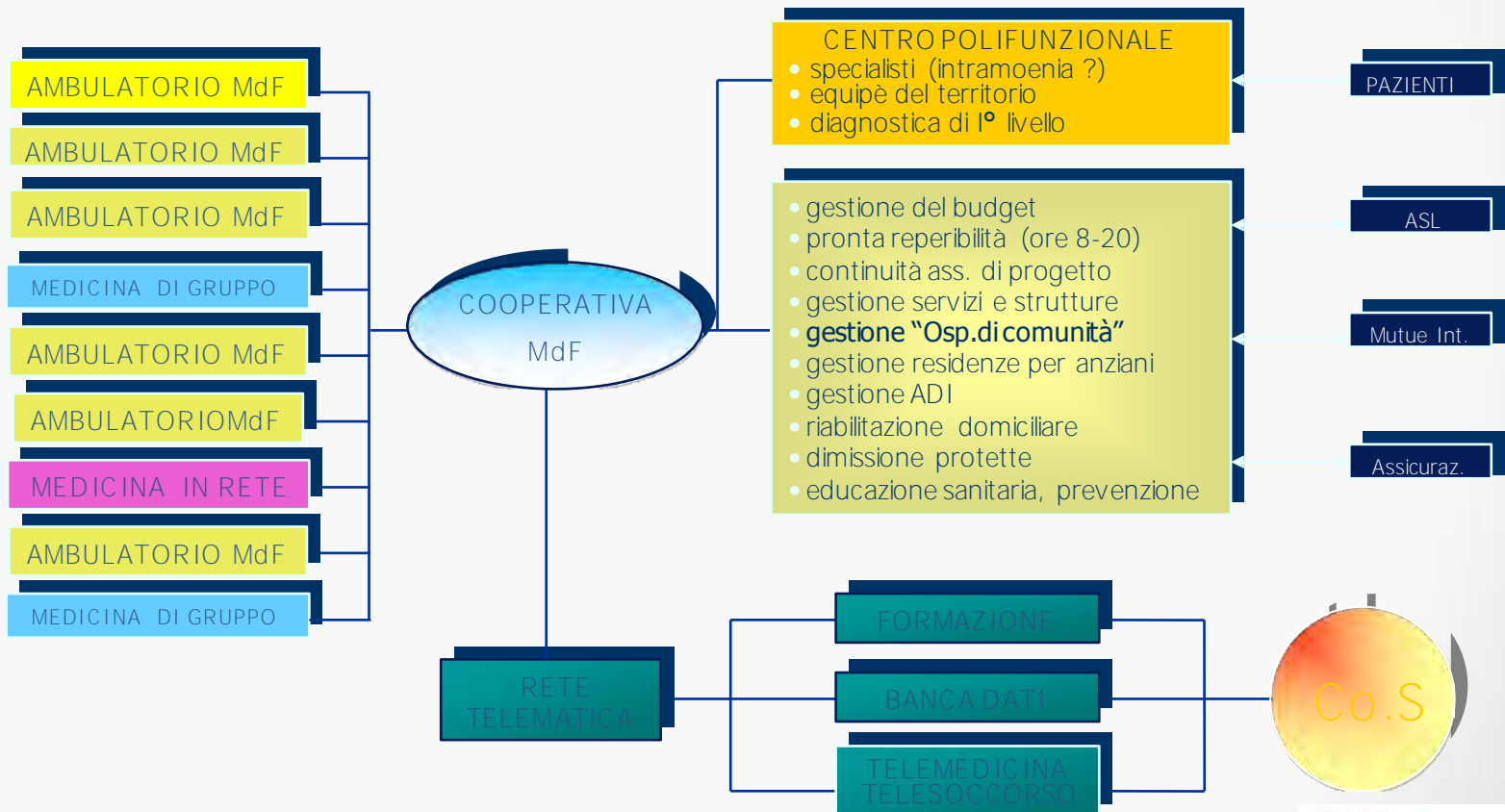
E' ragionevole che si debbano sperimentare modelli diversi

Lo status quo è incompatibile con le sfide da affrontare

Integrated care requires integrated payment



Il Modello organizzativo



PERCHE' COOPERATIVA



La Cooperativa

La Cooperativa rappresenta lo strumento per la gestione dei servizi alla Medicina Generale

Scopo: dare servizi ai soci alle migliori condizioni per agevolare la loro attività e qualificare il loro lavoro



Perché cooperativa?

- Le forme associative sviluppatasi tra Medici (Medicine di gruppo, di rete e miste) per gestire le nuove attività, necessitano di nuove forme societarie.
- Per gestire le forme associative complesse è necessaria una forma societaria adeguata e individuata nella cooperativa
- Indispensabile il coinvolgimento di un congruo numero di Medici di Medicina Generale necessario per costituire Coop

- La cooperativa garantisce i MMG, il peso sociale di ogni medico socio è paritario. La gestione attraverso incontri **ed assemblea e' diretta e partecipata**
- La cooperativa è società di persone, che portano le loro competenze per la gestione di servizi anche complessi. Realizza uno scopo mutualistico: dare servizi ai soci alle migliori condizioni per agevolare la loro attività e qualificare il loro lavoro
- Non ha finalità speculative, ovvero non si pone come principale obiettivo la realizzazione di utili sul capitale .



La missione

- **La cooperativa opera per i soci, ha per missione la realizzazione di un preciso scopo mutualistico condiviso.**
- **Accresce gli strumenti e le potenzialità di sviluppo professionale**
- **Due modelli :**
 - **Cooperativa di servizi**
 - **Cooperativa sociale**

Perché cooperativa?

- La cooperativa ha una forma societaria democratica : ogni testa vale un voto
 - **l'ammissione di** nuovi soci è correlata alla realizzazione dello scopo mutualistico
 - **L'uscita di un socio** non ha conseguenze sulla struttura societaria ed economica della cooperativa
 - Le quote non sono cedibili ma solo rimborsabili

La gestione cooperativa

- Regolamenti interni necessari per regolare il rapporto con i soci **nell'utilizzo dei servizi**, nella eventuale raccolta del prestito, nella distribuzione delle attività
- Contrattualizzazione dei rapporti con i soci per dare continuità e certezza ai servizi
- Attenzione ai rapporti gestionali ed ai modelli di erogazione dei servizi (personale, acquisti, modelli organizzativi, fornitori)

La gestione cooperativa

- Cooperative di piccole o grandi dimensioni?
- Eventuale istituzioni di sezioni soci
- Favorire la partecipazione dei soci nelle scelte sia nei modelli di governance che nelle forme di gestione
- Sezioni soci, articolazione che mantenga un legame tra i gruppi di soci che partecipano alla attuazione dei singoli progetti locali
- Modelli di gestione orientati alla informazione e al coinvolgimento (budget di gestione, rendicontazione per centri di attività ecc.)

Cosa fanno le cooperative

- **L'esperienza sviluppata in questi anni da oltre 150 cooperative ha evidenziato le potenzialità dell'esperienza cooperativistica tra Medici di Medicina Generale**
- **La gestione dei servizi e delle strutture complesse, l'organizzazione comune di attività, l'integrazione socio sanitaria, la realizzazione di attività nel campo della ricerca e dello sviluppo/integrazione di tecnologie complesse**



Cosa fanno le cooperative

Gestiscono decine di centri polifunzionali (Strutture che anticipano i modelli delle UMG ma anche rispondono a progetti più complessi di integrazione indicati da UTAP o casa della salute):

- Assumono e gestiscono il personale (di studio ed infermieristico)
- Acquisiscono e gestiscono le sedi e tutti i servizi di correlati alla attività associata.
- Supportano i soci nei progetti di integrazione con le strutture pubbliche

La cooperativa di servizi

- La missione è fornire servizi complessi ai soci
- Lo scambio mutualistico avviene attraverso l'**utilizzo dei servizi offerti** dalla cooperativa
- Non effettua direttamente attività nel settore sanitario se non di **supporto all'attività dei soci** o di altre figure professionali

I Servizi

- **Assunzione e gestione del personale (di studio e/o infermieristico)**
- **Acquisizione e gestione delle sedi**
- **Contratti di fornitura (utenze, materiale sanitario, informatico, gestione pulizie, smaltimento rifiuti speciali, ...)**
- **Adempimenti normativi (Sicurezza sui luoghi di Lavoro Dls.81/2008, DVR, RSPP)**
- **Gestione progetti speciali di integrazione con le strutture pubbliche (Aziende Ospedaliere, ASL, Case Farmaceutiche...)**

I Vantaggi per il MMG

- ***I.M.L. → Datore di Lavoro***
- ***Una fattura mensile per tutti i servizi***
- ***Economie di Scala → risparmi sui servizi***
- ***La cooperativa non ha problemi di congruità fiscale come gli studi associati***

Il MMG si occupa della cura dei propri pazienti



La Medicina Territoriale al Servizio del Medico e del suo Assistito

Fornitura di pacchetti di servizi «chiavi in mano» per la gestione degli studi medici



SERVIZI OFFERTI

STUDIO MEDICO

- **Gestione Immobile adibito a Studio Medico**
- **Servizio di Segreteria e Reception**
- **Servizio Infermieristico**
- **Servizio di Smaltimento Rifiuti Speciali**
- **Servizio di assistenza software e hardware**
- **Fornitura materiali di consumo**
- **Fornitura materiale sanitario**
- **Fornitura supporti informatici**
- **Servizio di pulizia locali**
- **Servizi di Manutenzione e Certificazioni di Legge**
- **Gestione normativa Privacy**

SINGOLO MMG

- **Fatturazione Elettronica**
- **Agenda on line per presa appuntamenti**
- **Gestione normativa Privacy**
- **Commercialista**
- **Avvocato**
- **Gestione 730**
- **Sistema TS**

I.M.L. a fianco dei MMG nella ristrutturazione della Medicina Territoriale



STUDI MEDICI GESTITI



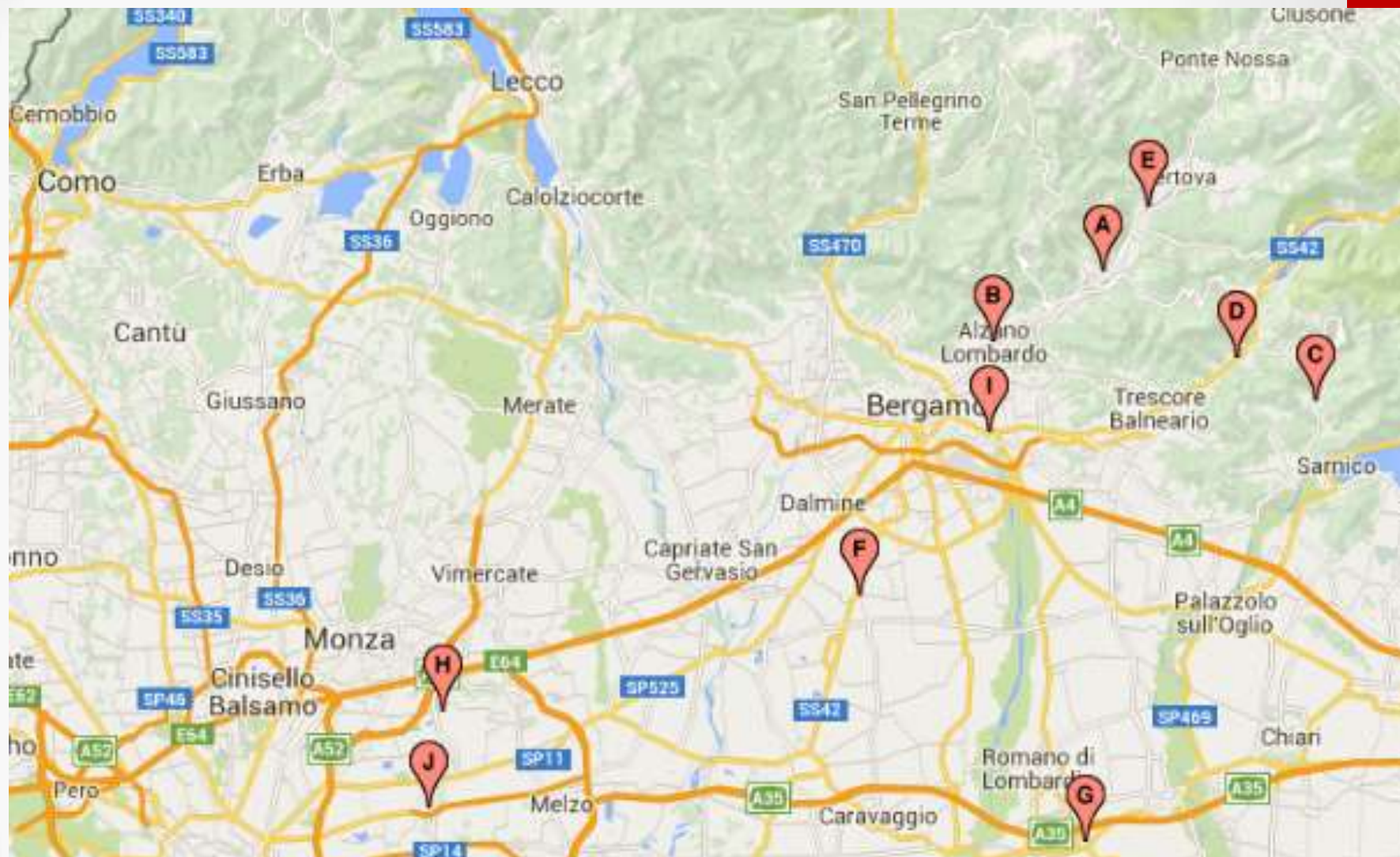
STUDI MEDICI 10

MMG Coinvolti 38

SPECIALISTI 22

DIPENDENTI 16

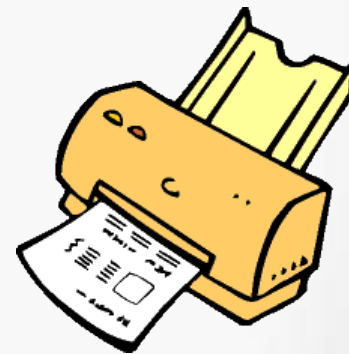
STUDI MEDICI GESTITI



**ADRARA S.M. – ALBINO - ALZANO L. – ANTEGNATE - BORGO DI TERZO
CARUGATE – GAZZANIGA – PIOLTELLO – SERIATE - VERDELLO**

Convenzione IML – Fornitore Studi Medici

fornitura.studi@iml.lombardia.it





INIZIATIVA
MEDICA
LOMBARDA

**PAZIENTI CREG
CONSUMI SPECIALISTICA
AMBULATORIALE GENNAIO-GIUGNO
2015**

COORTE DI PAZIENTI ARRUOLATI CON PAI ATTIVO RICLASSIFICATI	14.884
N. PAZIENTI CREG CONSUMATORI nel primo semestre (% pazienti CREG con almeno 1 prestazione)	12.790 (85,93%)
Numero di categorie CREG presenti	457
QUANTITA' PRESTAZIONI TOTALE SEMESTRE	241.592
QUANTITA' PRESTAZIONI PER MESE	40.265
Numero medio prestazioni per paziente (n.medio prestazioni per paziente 2014-globale)	19 (19,8)

**PAZIENTI CREG
CONSUMI SPECIALISTICA
AMBULATORIALE GENNAIO-GIUGNO
2015**

Numero di categorie CREG presenti	457
N. PAZIENTI CREG CONSUMATORI nel primo semestre (% pazienti CREG con almeno 1 prestazione)	12.790 (85,93%)
QUANTITA' PRESTAZIONI TOTALE SEMESTRE	241.592
QUANTITA' PRESTAZIONI PER MESE	40.265
Numero medio prestazioni per paziente (n.medio prestazioni per paziente 2014-globale)	19 (19,1)

PAZIENTI CREG CONSUMI SPECIALISTICA AMBULATORIALE - GENNAIO-

Aggregato prestazioni	quantità	
	n	Column n %
LABORATORIO ANALISI CHIMICO-CLINICHE, MICROBIOLOGIA ETC.	172.724	71,5%
CARDIOLOGIA	10.748	4,4%
MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	8.779	3,6%
PRIMA VISITA	8.772	3,6%
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	6.141	2,5%
OCULISTICA	3.762	1,6%
ENDOCRINOLOGIA	2.711	1,1%
ECOGRAFIA	2.606	1,1%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1.582	,7%
PNEUMOLOGIA	1.097	,5%
ANESTESIA	1.089	,5%
ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	1.045	,4%
MAMMOGRAFIA	1.010	,4%
TAC	998	,4%
RMN	994	,4%
OTORINOLARINGOIATRIA	804	,3%
DERMOSIFILOPATIA	784	,3%
UROLOGIA	734	,3%
NEUROLOGIA	703	,3%
ALTRE PRESTAZIONI VARIE	24.615	10,2%
Totale	241.592	100,0%

**PAZIENTI CREG
CONSUMI SPECIALISTICA
AMBULATORIALE - GENNAIO-GIUGNO
2015
prime dieci prestazioni**

Prestazione specialistica ambulatoriale	Quantità		
	N	N %	Cum%
91492 PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	21.630	9,0%	9,0%
90754 TEMPO DI PROTROMBINA (PT)	9.844	4,1%	13,0%
90271 GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]	9.784	4,0%	17,1%
90622 EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, ecc.	9.164	3,8%	20,9%
90163 CREATININA [S/U/dU/La]	8.252	3,4%	24,3%
8901 VISITA DICONTROLLO	7.689	3,2%	27,5%
90143 COLESTEROLO TOTALE	6.953	2,9%	30,3%
90045 ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]	6.940	2,9%	33,2%
90432 TRIGLICERIDI	6.714	2,8%	36,0%
90443 URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	6.712	2,8%	38,8%
ALTRE PRESTAZIONI	147.910	61,2%	100,0%
Totale	241.592	100,0%	

PRIMI 20 Presidi eroganti

PRESIDIO	q_prestazioni		Cum. %	
	n	Column N %		
962000401-OSPEDALE PAPA GIOVANNI XXIII	27.295	11,4%	11,4%	1
963001101-POLIAMBULATORIO OSP. ROMANO L.	18.734	7,7%	19,1%	2
964000501-POLIAMB. OSP. PESENTI-FENAROLI	17.052	7,2%	26,3%	3
964000201-POLIAMB. M.O.A. LOCATELLI	12.737	5,4%	31,7%	4
964000601-POLIAMBULATORIO OSP. BRIOLINI	12.663	5,3%	36,9%	5
964001001-POLIAMBULATORIO OSP. BOLOGNINI	12.242	5,2%	42,1%	6
301003601-POLICLINICO SAN PIETRO DI ISTITUTI OSPEDALIERI BERGAMASCHI	11.072	4,5%	46,6%	7
963000701-POLIAMBULATORIO OSP. CALCINATE	9.645	4,1%	50,7%	8
301015236-HABILITA ISTITUTO CLINICO OSPEDALE DI SARNICO	9.639	4,0%	54,7%	9
964001101-POLIAMBULATORIO OSP. S. ISIDORO	8.875	3,8%	58,4%	10
963000901-POLIAMBULATORIO OSP. TREVIGLIO	8.379	3,5%	62,0%	11
301014801-CLINICHE GAVAZZENI SPA	7.581	3,2%	65,1%	12
301004401-CENTRO BIOMEDICO BERGAMASCO SRL	7.139	3,0%	68,1%	13
301003701-HABILITA LABORATORIO ANALISI MEDICHE - BONATE SOTTO	5.818	2,5%	70,6%	14
301009401-POLICLINICO SAN MARCO	5.136	2,1%	72,7%	15
301004701-CASA DI CURA PALAZZOLO	4.994	2,1%	74,8%	16
301004301-CASA DI CURA S. FRANCESCO	3.878	1,6%	76,5%	17
964030140-OSPEDALE BOLOGNINI - SERIATE	3.586	1,5%	78,0%	18
962030905-OSPEDALE PAPA GIOVANNI XXIII - BG	3.561	1,5%	79,5%	19
963000101-POLIAMBUL. OSP. S.G. BIANCO	3.116	1,3%	80,8%	20

Categorie CREG presenti: 457

Prime 15 cat_CREG	N. pazienti	%	cum%
IPERTENSIONE ARTERIOSA, PURO, 1 PATOLOGIE	2.509	19,62%	19,6%
DIABETE MELLITO TIPO 2, IPERTENSIONE ARTERIOSA, 2 PATOLOGIE	1.531	11,97%	31,6%
IPERCOLESTEROLEMIE FAMILIARI E NON, IPERTENSIONE ARTERIOSA, 2 PATOLOGIE	754	5,90%	37,5%
DIABETE MELLITO TIPO 2, PURO, 1 PATOLOGIE	627	4,90%	42,4%
CARDIOPATIA ISCHEMICA, PURO, 1 PATOLOGIE	498	3,89%	46,3%
SCOMPENSO CARDIACO, PURO, 1 PATOLOGIE	490	3,83%	50,1%
MIOCARDIOPATIA ARITMICA, PURO, 1 PATOLOGIE	431	3,37%	53,5%
MIOCARDIOPATIA NON ARITMICA, PURO, 1 PATOLOGIE	383	2,99%	56,5%
SCOMPENSO CARDIACO, DIABETE MELLITO TIPO 2, 2 PATOLOGIE	276	2,16%	58,6%
DIABETE MELLITO TIPO 2, IPERTENSIONE ARTERIOSA, 3 PATOLOGIE	239	1,87%	60,5%
CARDIOPATIA ISCHEMICA, DIABETE MELLITO TIPO 2, 2 PATOLOGIE	210	1,64%	62,1%
ASMA, PURO, 1 PATOLOGIE	157	1,23%	63,4%
IPERCOLESTEROLEMIE FAMILIARI E NON, PURO, 1 PATOLOGIE	139	1,09%	64,5%
DIABETE MELLITO TIPO 2 COMPLICATO, IPERTENSIONE ARTERIOSA, 2 PATOLOGIE	136	1,06%	65,5%
IPERCOLESTEROLEMIE FAMILIARI E NON, IPERTENSIONE ARTERIOSA, 3 PATOLOGIE	136	1,06%	66,6%

Categorie CREG per consumo prestazioni

Cat_CREG	quantità		
	n	Column N%	Cum%
IPERTENSIONE ARTERIOSA, PURO, 1 PATOLOGIE	34.666	14,2%	14,2%
DIABETE MELLITO TIPO 2, IPERTENSIONE ARTERIOSA, 2 PATOLOGIE	24.888	10,3%	24,6%
IPERCOLESTEROLEMIE FAMILIARI E NON, IPERTENSIONE ARTERIOSA, 2 PATOLOGIE	11.227	4,6%	29,2%
SCOMPENSO CARDIACO, PURO, 1 PATOLOGIE	10.720	4,4%	33,6%
MIOCARDIOPATIA ARITMICA, PURO, 1 PATOLOGIE	9.575	3,9%	37,5%
DIABETE MELLITO TIPO 2, PURO, 1 PATOLOGIE	9.139	3,8%	41,3%
CARDIOPATIA ISCHEMICA, PURO, 1 PATOLOGIE	7.714	3,2%	44,5%
SCOMPENSO CARDIACO, DIABETE MELLITO TIPO 2, 2 PATOLOGIE	6.244	2,6%	47,1%
MIOCARDIOPATIA NON ARITMICA, PURO, 1 PATOLOGIE	5.839	2,3%	49,4%
DIABETE MELLITO TIPO 2, IPERTENSIONE ARTERIOSA, 3 PATOLOGIE	4.754	2,0%	51,4%
CARDIOPATIA ISCHEMICA, DIABETE MELLITO TIPO 2, 2 PATOLOGIE	3.793	1,5%	53,0%
DIABETE MELLITO TIPO 2 COMPLICATO, IPERTENSIONE ARTERIOSA, 2 PATOLOGIE	2.746	1,2%	54,1%
MIOCARDIOPATIA ARITMICA, DIABETE MELLITO TIPO 2, 2 PATOLOGIE	2.699	1,1%	55,3%
CARDIOPATIA ISCHEMICA, MIOCARDIOPATIA ARITMICA, 3 PATOLOGIE	2.586	1,1%	56,3%
IPERCOLESTEROLEMIE FAMILIARI E NON, IPERTENSIONE ARTERIOSA, 3 PATOLOGIE	2.537	1,1%	57,4%
MIOCARDIOPATIA ARITMICA, MIOCARDIOPATIA NON ARITMICA, 2 PATOLOGIE	2.234	,9%	58,3%
CARDIOPATIA ISCHEMICA, MIOCARDIOPATIA ARITMICA, 2 PATOLOGIE	2.162	,9%	59,3%
MIOCARDIOPATIA NON ARITMICA, DIABETE MELLITO TIPO 2, 2 PATOLOGIE	2.114	,9%	60,1%
CARDIOPATIA VALVOLARE, PURO, 1 PATOLOGIE	1.930	,8%	60,9%