

# Il Progetto CReG nelle cooperative dell'ATS Insubria

## Dati di esito nel 2016

Aurelio Sessa<sup>1</sup>, Cristina Della Rosa<sup>2</sup>, Giovanna Scienza<sup>1</sup>, Gianni Martino Clerici<sup>1</sup>, Mario Bernasconi<sup>1</sup>, Simona Clerici<sup>3</sup>, Emanuele Monti<sup>3</sup>, Anna Maria Maestroni<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Medici di Medicina Generale, ATS Insubria, Cooperative Como Medicare, Cosma 2000 e Varese Salute, Varese e Como;

<sup>2</sup> Direttore Dipartimento Cure Primarie, ATS Insubria, Varese e Como; <sup>3</sup> Project Manager Cooperative: Como Medicare, Cosma 2000, Varese Salute, Varese e Como; <sup>4</sup> Direttore Sanitario, ATS Insubria, Varese e Como

### Introduzione

Le malattie croniche nel mondo occidentale comportano un notevole impegno di risorse da parte dei sistemi sanitari. La continuità dell'assistenza, praticamente lungo tutta la vita del paziente dal momento della diagnosi di una di esse, necessita di una gestione efficace che deve prevedere una forte integrazione tra tutti gli attori del sistema.

Gli *Action Plan* dell'Organizzazione Mondiale

della Sanità (OMS) sottolineano l'importanza dell'intervento dei Governi per assicurare la prevenzione e il controllo delle malattie croniche, invitandoli a elaborare e implementare Piani Nazionali della Cronicità<sup>1</sup>.

La tradizionale cura dei pazienti cronici con il nuovo millennio deve prevedere un cambio di passo e di paradigma da parte dei medici di medicina generale (MMG) che svolgono un ruolo di *play maker* nella partita

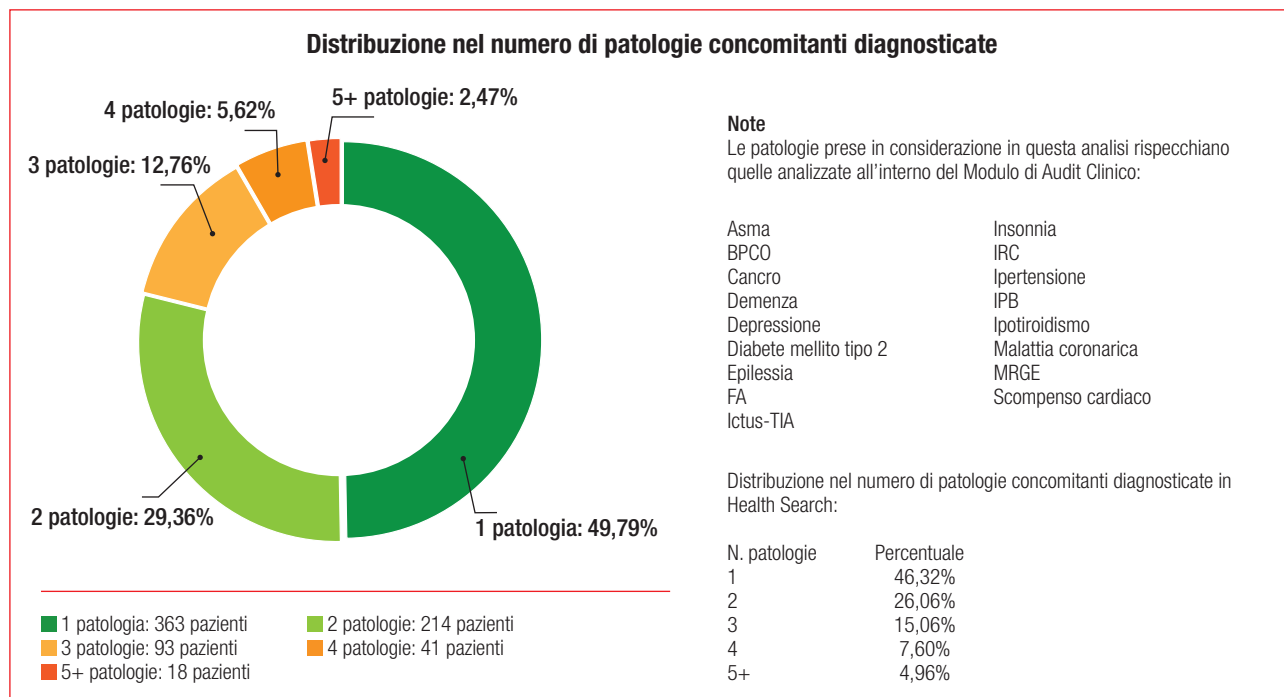
della cronicità, passando da una tradizionale medicina di attesa (tipica della patologia acuta), a una medicina proattiva e di iniziativa nei confronti di questi pazienti.

I pazienti cronici, con almeno una patologia, sono ormai mediamente il 50% degli assistiti di un MMG (Fig. 1).

Nel 2010 la Regione Lombardia aveva proposto un modello organizzativo per gestire i pazienti con patologie croniche, sottoline-

FIGURA 1.

Pazienti cronici in una lista di un MMG con 1.500 assistiti configurati dall'applicativo GPG.



ando alcune criticità presenti nel sistema, prime fra tutte la non-omogeneità di presa in carico di questi pazienti e la non uniforme applicazione dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA) nei loro confronti da parte dei MMG. Per la Regione non bastava più un approccio "classico" nei confronti del paziente cronico. La spesa della cronicità è correlata ai costi delle terapie farmacologiche, degli accessi ambulatoriali (cure primarie e secondarie) e dei ricoveri ospedalieri: oggi il 27,5% della popolazione con una o più patologie croniche consuma il 70% della spesa sanitaria. Una parte di questi costi è correlata anche alle complicanze legate alle patologie croniche che ineludibilmente si possono presentare in questi pazienti, ma che una parte consistente potrebbe essere risparmiata nel momento in cui una serie di fattori gestionali ottimali ne possono evitare o ritardarne l'insorgenza.

### Il Progetto CReG come risposta gestionale-organizzativa alle malattie croniche

Il progetto proposto dalla Regione Lombardia prevede un percorso programmabile di controllo e gestione delle malattie croniche che presuppone un'attività che coinvolge il MMG come primo attore della cura e interlocutore naturale del paziente e una rete di supporto che può aiutarlo nel monitoraggio e nel follow-up della malattia<sup>2</sup>. Sempre al MMG spetta l'applicazione dei cosiddetti PDTA basati sulle linee guida e sulle raccomandazioni elaborate dalle società scientifiche di riferimento, frutto di studi clinici e di meta-analisi per una gestione ottimale del paziente, proprio al fine di evitare e ritardare le complicanze legate alla patologia cronica. Il paziente è comunque al

centro di questo sistema e gli viene chiesto di firmare un patto di cura, in cui accetta di entrare in questo percorso gestionale (il cosiddetto Piano di Assistenza Individuale, PAI) e dove il MMG s'impegna a farglielo rispettare. Il paziente cronico rientra a pieno in un processo di cura che prevedeva una forte integrazione tra medicina generale, medicina specialistica ambulatoriale e ospedale, al fine anche di evitare duplicazioni di prestazioni e ridurre gli sprechi in tal senso. La novità inoltre si basa anche sul fatto che venivano poste delle tariffe pre-definite, che dovevano corrispondere a tutta una serie di prestazioni che dovevano essere erogate al fine di una buona gestione clinica del paziente cronico. Già allora il MMG che voleva aderire a questo progetto doveva obbligatoriamente far parte di una cooperativa con funzione di ente gestore (*provider*), che doveva soddisfare alcuni requisiti (compreso un Centro Servizi-Call Center e una piattaforma informatica in grado di caricare il percorso gestionale del paziente cronico), per poter partecipare al bando di concorso come previsto dalle Delibere Regionali. La prima esperienza CReG ha visto il coinvolgimento di alcune

ASL (Bergamo, Como, Lecco, Melegnano e Milano), con la partecipazione di circa 500 MMG distribuiti in 8 cooperative che hanno arruolato complessivamente circa 63.500 pazienti. Le patologie croniche individuate sono state le seguenti: broncopatia cronica ostruttiva, cardiopatia ischemica, diabete mellito tipo 1 e tipo 2, ipertensione arteriosa e scompenso cardiaco.

La prima esperienza, con tutti i limiti dell'assoluta novità del progetto, aveva fatto emergere alcuni punti deboli che sono riportati nella Tabella I. Un'altra critica che veniva sollevata era che il sistema si basava su un'analisi dei soli indicatori di processo e non di esito. È vero che gli uni sono correlabili agli altri, ma sembrava fosse più importante eseguire le indagini previste dal PDTA piuttosto che portare a target il paziente.

Alcuni dati di esito sono stati riportati su una coorte di 840 pazienti con diabete tipo 2 afferenti a un campione di 10 MMG di una cooperativa di Milano<sup>3</sup> dopo 12 mesi dall'arruolamento, dimostrando che il coinvolgimento di questi pazienti in maniera proattiva può produrre effetti positivi sulla malattia nel lungo termine (Tab. II) e in un'altra pubblicazione è stato riportato il monitoraggio del

**TABELLA I.**  
*Punti deboli del progetto CReG.*

- I MMG potevano arruolare quanti pazienti volevano presenti nell'elenco fornito dalla Regione (circa 400 pazienti cronici per un MMG con 1500 assistiti)
- Ci può essere stato un bias di selezione in quanto il MMG tendeva a scegliere i pazienti cronici meno complessi proprio per la novità e la prima esperienza del progetto
- Scarso coinvolgimento (anche informativo) delle strutture ambulatoriali accreditate o delle aziende ospedaliere
- Non c'era alcuna conoscenza del progetto da parte degli specialisti coinvolti in prima persona nella gestione delle patologie croniche (diabetologi, pneumologi, cardiologi o internisti)
- Tempi di attesa non congrui con la programmazione del PAI
- Errori di classificazione dei pazienti con patologie croniche (fino al 30%) ed esclusione di pazienti con patologie nella lista fornita (tra il 10 e il 15%)

### TABELLA II.

*Indicatori di risultato su un campione di 840 pazienti affetti da diabete mellito tipo 2 prima e dopo 12 mesi di arruolamento al progetto.*

	Basale n. (%)	Dopo 12 mesi n. (%)
Pressione arteriosa ≤ 130/85	218 (26,3)	241 (29,1)
Emoglobina glicata ≤ 7%	468 (55,7)	497 (60,0)
Colesterolo-LDL ≤ 100 mg/dl	122 (14,7)	126 (15,2)
Microalbuminuria ≤ 30 mg	359 (43,3)	424 (51,1)

**TABELLA III.**

*Colesterolo-LDL in tre fasce di valori basale e dopo 24 mesi dall'arruolamento.*

	Colesterolo-LDL < 100 mg/dl (n. pazienti)	Colesterolo-LDL 100-159 mg/dl (n. pazienti)	Colesterolo-LDL ≥ 160 mg/dl (n. pazienti)
Basale (anno 2012)	543	1091	247
T1 (anno 2014)	669	1012	200
Differenza %	+ 6,7	- 4,2	- 2,5

**TABELLA IV.**

*Tasso di incidenza di ricovero dei pazienti arruolati nel progetto CReG.*

	Anni-persona	Tasso incidenza di ricovero ospedaliero (per 1000 anni-persona)	Incident rate ratio	IC 95%	p
Coorte di controllo	935.783,8	200	1		
Pazienti CReG arruolabili	205.014,2	191	0,94	0,93-0,95	< 0,001
Pazienti CReG arruolati	122.426,6	174	0,88	0,87-0,90	< 0,001

valore del colesterolo-LDL in una popolazione di pazienti cronici più numerosa a un controllo a 24 mesi (Tab. III). L'andamento di questi valori, come riportato dagli Autori, pur non raggiungendo la significatività statistica mostra un trend positivo <sup>4</sup>.

Sempre nella stessa pubblicazione vengono riportati i dati forniti dalla Direzione Generale Sanità che dimostrano, nel biennio di rilevazione 2012-2013, una riduzione del tasso di incidenza di ricoveri ospedalieri nei pazienti arruolati nel progetto, rispetto ai pazienti non presenti nel progetto <sup>5</sup>. Il ricovero viene considerato un *end-point* "pesante" come effetto di una maggior attenzione e presa in carico del paziente cronico (Tab. IV).

Nella seconda fase del progetto CReG, che coincide con il bando emesso dalla Regione a fine 2015, l'esperienza è stata estesa alle ASL di Milano 1, Cremona, Monza Brianza, Sondrio e Varese. In questa nuova fase i medici aderenti dovevano garantire l'arruolamento di almeno il 60% della lista dei pazienti fornita dalla Regione e assicurare un'omogeneità di case mix tra arruolabili e arruolati (patologie e co-patologie croniche). In questa seconda fase si sono aggiunti altri 300 MMG che, sommati ai precedenti, portano a un totale di 800 MMG con una presa in carico totale di circa 200mila pazienti cronici.

### **Analisi della coorte di pazienti cronici delle cooperative operanti nell'ATS dell'Insubria**

Attualmente nel territorio dell'ATS dell'Insubria, che comprende le province di Como e Varese, sono attive sette cooperative che hanno partecipato al progetto CReG. Queste cooperative sono costituite da 197 MMG e hanno arruolato nel progetto 47.061 pazienti cronici pari a circa il 25% di tutti i pazienti CReG della Regione.

Nel corso del 2016 sono state analizzate da parte dell'ATS le coorti dei pazienti con patologie croniche in termini di costi per le terapie farmacologiche, le prestazioni ambulatoriali come visite specialistiche e i ricoveri ospedalieri, paragonandole tra i pazienti in carico nel progetto CReG e i pazienti non coinvolti nel progetto.

Sono state considerate alcune patologie croniche quali l'ipertensione arteriosa, la broncopatia cronica ostruttiva e l'asma (come patologie croniche di base) e il diabete mellito tipo 2 complicato da eventi cardiovascolari maggiori.

La spesa totale media per paziente risulta essere minore nella coorte dei pazienti CReG per quanto riguarda l'ipertensione arteriosa e per il diabete complicato da eventi vascolari, mentre risulta essere maggiore per le patologie respiratorie croniche

(asma e BPCO). In queste patologie occupa una parte importante la spesa farmaceutica (49% nell'asma e 41% nella BPCO nei pazienti CReG). I costi della farmaceutica sono risultati, in tutte le patologie croniche considerate, maggiori nei pazienti CReG rispetto ai pazienti fuori dal progetto con una punta importante nell'asma (41% vs 29%). Per quanto riguarda invece la specialistica ambulatoriale, le percentuali differiscono solo di qualche unità tra i pazienti CReG (la maggiore differenza si registra nella categoria dei diabetici complicati [+3%]). In tutte le categorie di patologie croniche considerate è comune avere delle differenze importanti nei ricoveri ospedalieri che va da un 3% in meno nei pazienti con ipertensione arteriosa fino a un vistoso 14% in meno nei pazienti con asma (Tab. V).

### **Conclusioni**

Il modello di presa in carico della cronicità che la Regione Lombardia ha messo in atto, permette di compiere un passo concreto dalle enunciazioni teoriche a una pratica che invita e coinvolge in prima persona il MMG nella sua attività quotidiana. Il progetto, pur datato ormai di qualche anno, rimane ancora un'esperienza confinata alle cure primarie senza un reale coinvolgimento delle cure ospedaliere e rimarcando ulteriormente la

**TABELLA V.**

*Costi relativi alla componente farmaceutica, specialistica ambulatoriale e ricoveri ospedalieri nelle diverse classi di patologia cronica considerate nell'anno 2016 nell'ATS Insubria.*

		Numero	Farmaceutica euro (%)	Specialistica ambulatoriale euro (%)	Ricoveri ospedalieri euro (%)	Totale euro
Ipertensione arteriosa	Pazienti CReG	5.860	258,8 (36)	237,3 (33)	222,9 (31)	719
	Pazienti non arruolati	36.559	257,0 (34)	245,9 (32)	257,0 (34)	756
Broncopatia cronica ostruttiva	Pazienti CReG	598	713,9 (49)	364,2 (25)	378,8 (26)	1.457
	Pazienti non arruolati	5.682	587,2 (45)	326,2 (25)	391,5 (30)	1.305
Asma	Pazienti CReG	878	271,0 (41)	218,1 (33)	171,9 (26)	661
	Pazienti non arruolati	10.563	188,5 (29)	201,5 (31)	260,0 (40)	650
Diabete mellito tipo 2 complicato da eventi vascolari	Pazienti CReG	2.183	1.110,4 (33)	874,9 (26)	1.379,6 (41)	3.365
	Pazienti non arruolati	11.169	1.048,9 (28)	861,6 (23)	1.835,5 (49)	3.746

dieresi tra ospedale e territorio. La maggior parte dei MMG non ha colto l'innovazione di tale progetto, perché ritenuto calato da una realtà più burocratico-amministrativa, che clinico-gestionale; in effetti la medicina generale non è mai stata coinvolta nella fase progettuale e di elaborazione del sistema, ritenendosi la Regione autoreferenziale in tal senso, basandosi prevalentemente su modelli e algoritmi matematici frutto di elaborazioni provenienti da banche dati amministrative. I MMG che nel tempo hanno colto l'aspetto innovativo del progetto si sono resi conto di avere l'occasione di sistematizzare in qualche modo ciò che già nella pratica clinica facevano, ma con metodo uniforme, univoco e con un coinvolgimento forte del paziente tramite la condivisione formale del patto di cura: l'impegno da parte del paziente di accettare quanto gli viene proposto e l'impegno da parte del medico di farglielo rispettare.

Tra le considerazioni da fare, emerge il mancato coinvolgimento di tutti i pazienti cronici nel corso di questi anni discriminando di fatto i pazienti "fuori lista", per i quali si si augurava una sorta di contagio positivo come effetto alone da parte dei MMG che partecipavano al progetto. Lo stesso valeva anche per i pazienti dei MMG che non avevano aderito al progetto. Per questi pazienti c'era una sorta di discriminazione involontaria, pazienti CReG e pazienti non CReG. D'altronde ciò si era verificato ogniqualvolta i MMG erano invitati, a loro piacimento, a

coinvolgere un certo numero di pazienti nel corso dei vari progetti aziendali. Ciò pone anche considerazioni sul piano etico, laddove si dimostra che alcuni indicatori di esito sono favorevoli nei pazienti CReG.

Un'altra debolezza del progetto CReG è stato il fatto di misurare l'avvenuta presa in carico dei pazienti mediante e unicamente sugli indicatori di processo e non di esito. Nella sperimentazione CReG la Regione ha focalizzato più l'attenzione sull'arruolamento, sul percorso (PAI), sulla soddisfazione del paziente lasciando alla iniziativa delle singole ATS o delle singole cooperative l'introduzione anche di indicatori di esito. Far eseguire, ad esempio, 2-3 volte all'anno l'emoglobina glicata ai pazienti diabetici per la Regione era ragione sufficiente per ottemperare il PAI, non curandosi invece dell'obiettivo di portare a target il paziente diabetico come previsto dal PDTA e ciò vale per tutti gli indicatori di esito per le altre patologie croniche. Si è tentato di presentare qualche risultato in tal senso<sup>3 4</sup> che giustifica lo sforzo messo in atto.

I dati provenienti dall'esperienza CReG dell'ATS dell'Insubria vogliono dimostrare che applicare coerentemente i PDTA sortisce poi il fatto di avere un minor numero di ricoveri ospedalieri che sono quelli che maggiormente incidono sui corsi di gestione della cronicità. Ciò fra l'altro è un dato comune per tutte le patologie croniche che sono state tracciate con un eclatante riduzione del 14% per i ricoveri per i pazienti affetti

da asma bronchiale. Il sensibile incremento della spesa per il trattamento farmacologico dei pazienti arruolati nel progetto rispetto alla coorte dei pazienti non arruolati giustifica che intensificare la terapia per portare a target il paziente cronico, comporta inevitabilmente una maggior aderenza e persistenza con conseguente maggior consumo di farmaci. L'analisi dei dati dell'ATS dell'Insubria ha lo scopo anche di contribuire a verificare la congruità delle tariffe CReG, che da un lato permette alla Regione di avere una computazione del costo dei pazienti con una determinata patologia cronica e d'altro canto valorizzare ciò che "realmente" è il costo medio di questi pazienti. Ciò non è di poco conto, perché la possibile differenza tra ciò che viene predeterminato e ciò che viene realmente speso, è la differenza che permette al gestore di poter mantenere l'organizzazione e la retribuzione dei medici. Le tariffe CReG vengono stabilite sulla base di una valutazione "storica" dei costi sostenuti per quella patologia come sommatoria di spesa farmaceutica, spesa per le indagini strumentali e per le visite specialistiche sostenute a cui va aggiunta quella quota di prestazioni "attese" che il paziente sostiene per la gestione clinica omnicomprensiva anche al di fuori della propria patologia cronica (ad esempio i costi di una mammografia per una donna 65enne o un eventuale radiografia del torace in un paziente con una tosse persistente e ribelle). Come successe nella storia dei DRG ospe-

dalieri, nel tempo sono state ridefinite e corrette le tariffe sulla base dei dati *real life* provenienti proprio dalla traccia delle prestazioni eseguite. Oltretutto la sfida è più complessa, perché mentre i DRG ospedalieri si rivolgono a prestazioni tipicamente in acuto, che richiedono un ricovero in ospedale (un'appendicectomia, una polmonite, una protesi d'anca) in questo caso consideriamo patologie croniche che hanno una diversa espressione nei pazienti in termini temporali e di complessità. Per il diabete tipo 2 la tariffa CReG differenzia unicamente un paziente non complicato e un paziente complicato; nella pratica quotidiana pensiamo al costo di un paziente tipo 2 non complicato che ha un buon compenso metabolico con la sola dieta e a un paziente con diabete tipo 2 con una arteriopatia obliterante che ha subito un'amputazione: il primo potrà avere un costo che può essere inferiore a cento euro all'anno, mentre l'altro può avere un costo anche di qualche migliaio di euro. Ebbene tra questi due estremi ci sono numerose tipologie dif-

ferenti di pazienti ciascuno dei quali avrà un costo significativamente diverso dall'altro. Il nostro contributo vuole poter aggiornare le tariffe anche sulla base delle nuove conoscenze in termini di pratica clinica e moderne terapie farmacologiche. Riteniamo inoltre che i dati provenienti dalla ATS dell'Insubria possano contribuire anche a definire meglio le tariffe per le patologie croniche di livello 2 e 3.

I MMG delle tre cooperative continuano l'esperienza costituendosi in una nuova e unica cooperativa (Medici Insubria Società Cooperativa), ricoprendo il ruolo di gestori nel percorso di presa in carico della cronicità definito dalla Regione Lombardia.

### Ringraziamenti

Un ringraziamento a Roberto Tettamanti, Responsabile dei Servizi Informativi dell'ATS dell'Insubria.

Un ringraziamento doveroso a tutti i MMG delle Cooperative Como Medicare, Cosma 2000 e Varese Salute che hanno aderito

al progetto CReG avendo dimostrato nel tempo di sapersi confrontare, lavorare in gruppo e cogliere l'opportunità di migliorare l'assistenza ai propri pazienti con malattie croniche.

### Bibliografia

- <sup>1</sup> *Action Plan for Prevention and Control of non-communicable diseases 2013-2020* (www.who.int).
- <sup>2</sup> Zocchetti C, Merlini L, Agnello M, et al. *Una nuova proposta per la cronicità: i CReG (Chronic Related Group)*. Tendenze Nuove 2011;5:377-98.
- <sup>3</sup> Lauri D, Levato G. *CReG in Regione Lombardia: l'esperienza di gestione della medicina generale*. PharmacoEconomics Ital Res Art 2013;15(Suppl):45-54.
- <sup>4</sup> Lauri D, De Luca C, Levato G. *La gestione del paziente cronico a rischio cardiovascolare nel progetto "Buongiorno CREG"*. Giornale It Farmacoeconomia e Farmacoutilizzazione 2015;7:5-13.
- <sup>5</sup> *Metodologia per la definizione della classificazione delle tariffe CReG nell'ambito delle cure primarie*. DDG n. 3061 del 17.4.15.