

# Dalla cura al prendersi cura. La riforma sociosanitaria lombarda

Federico Pennestrì



Dr. Federico Pennestrì - Università Vita-Salute San Raffaele

# Di cosa parliamo

Anno XLIV - N. 210 - Iscritto nel registro Stampa del Tribunale di Milano (n. 656 del 21 dicembre 2010) - Proprietario: Giunta Regionale della Lombardia - Sede Direzione e redazione: p.zza Città di Lombardia, 1 - 20124 Milano - Direttore resp.: Fabrizio De Vecchi - Redazione: tel. 02/6765 int. 4428 - 5748; e-mail: burl@regione.lombardia.it

33

Supplemento - Venerdì 14 agosto 2015



Regione  
Lombardia

**BOLLETTINO UFFICIALE**

REPUBBLICA ITALIANA

## SOMMARIO

**Legge regionale 11 agosto 2015 - n. 23**

Evoluzione del sistema socio-sanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità) . . . . . 2

In vigore dal 1 Gennaio 2016

A Milano dal 1 Gennaio 2017

## Perché la riforma

- Diffusione delle patologie croniche
- Difficoltà di coordinazione di servizi continuativi
- Difficoltà di accesso e determinanti sociali

## Aspetti clinici e organizzativi

- Il governo della domanda
- Il governo dell'offerta
- Temi di discussione

Dr. Federico Pennestrì - Università Vita-Salute San Raffaele

# Salute degli italiani e salute del sistema

(Revisione OCSE qualità assistenza sanitaria in Italia, Ministero della Salute 2015)

Bassa mortalità (efficacia) a costi bassi (efficienza)

- a) 2017 Bloomberg [Global Health Index](#): 1/163 countries
- b) 2016 Istat: [8,9 % PIL](#) (75% pubblico, 25 privato)

- Elevate diseguaglianze interregionali
- [Invecchiamento e cronicità](#):
  - Scarsi investimenti in prevenzione
  - Qualità singoli professionisti ma profonda mancanza di coordinazione
  - Alto livello di [frammentazione istituzionale](#) (macro) e mancanza [regia complessiva](#) (micro)
- Al di sotto della media europea per sopravvivenza senza limitazioni funzionali fra gli anziani: si vive di più, ma diminuisce la qualità (teoria del rendimento marginale)

# Aging, disability and chronic diseases

Techno-scientific development allowed medicine to increase control over **degenerative outcomes** of many pathologies > extension of average **life-span**

More life expectancy hardly coincides with more healthy life expectancy

Aging fosters

1. **Comorbidity/Multimorbidity** (Jakovljevic, Ostojic 2013, Feinstein 1970)
2. **Worse health perception** (to same degree of chronic pathology, Istat 2013)

Which requires

1. **Polipharmacy** (often uneasily compatible)
2. **Coordinated health assistance** (therapies; hospital-primary care; different specialists; specialist-GP)
3. **Coordinated social-health assistance** (long term care)

# Determinanti sociali della salute – Ieri e oggi

I determinanti sociali sono i fattori socio-economici (istruzione, luogo e famiglia di nascita, etnia e costumi, professione, reddito) che incidono sullo stato di salute dell'individuo



IERI

1775 Percivall Pott [chimney sweep cancer](#)

1842 Edwin Chadwick correlation between [slums and mortality](#)

- Urbanization and industrialization > [rickets and infective disease](#)
- [12%](#) of urban areas has [clean water](#)
- [Infections](#) spread mostly among the poor ([25% child mortality](#))

# Determinanti sociali della salute – Ieri e oggi

I determinanti sociali sono i fattori socio-economici (istruzione, luogo e famiglia di nascita, etnia e costumi, professione, reddito) che incidono sullo stato di salute dell'individuo



IERI

Forme avanzate di welfare

Liste d'attesa

Compatibilità dei servizi rispetto agli orari lavorativi (tempi)

Raggiungibilità dei luoghi di erogazione

Coordinazione di tempi, luoghi, terapie e professionisti

Capacità di intercettare i propri bisogni in tempo

Capacità di acquisto out-of-pocket (ticket)

Inserimento sociale (relazioni utili, supporto,

emarginazione)



# Determinanti sociali della salute – Ieri e oggi

I determinanti sociali sono i fattori socio-economici (istruzione, luogo e famiglia di nascita, etnia e costumi, professione, reddito) che incidono sullo stato di salute dell'individuo



IERI

Forme avanzate di welfare



OGGI

# Determinanti sociali della salute – Ieri e oggi

I determinanti sociali sono i fattori socio-economici (istruzione, luogo e famiglia di nascita, etnia e costumi, professione, reddito) che incidono sullo stato di salute dell'individuo

XI Rapporto Consorzio per la Ricerca Economica  
Applicata in Sanità, 2015

2013 140.000 famiglie in meno si sono impoverite  
per spese sociosanitarie OOP o catastrofiche

Il 5% (oltre 3 milioni) della popolazione però ha  
rinunciato a farsi curare

IERI

OGGI

Rapporto CNaMC  
«È ancora pubblico  
accesso?» (2015)  
«La cronicità e l'arte di  
arrangiarsi» (2016)





Bisogno <sup>consapevole</sup>

Accesso

Fruizione

Esito  
**Positivo**  
(prevenzione, bassi costi)

Coordinata e  
continuativa

agile

non  
consapevole

complicato

priva di regia

Latenza

Ritardo / rinuncia

Parzialità / inadeguatezza  
/ rinuncia

Esito  
**Negativo**  
(rischio per la salute,  
qualità della vita, elevati  
costi)

Acutizzazione



# Di cosa parliamo

Anno XLIV - N. 210 - Iscritto nel registro Stampa del Tribunale di Milano (n. 656 del 21 dicembre 2010) - Proprietario: Giunta Regionale della Lombardia - Sede Direzione e redazione: p.zza Città di Lombardia, 1 - 20124 Milano - Direttore resp.: Fabrizio De Vecchi - Redazione: tel. 02/6765 int. 4428 - 5748; e-mail: burl@regione.lombardia.it

33

Supplemento - Venerdì 14 agosto 2015



Regione  
Lombardia

**BOLLETTINO UFFICIALE**

REPUBBLICA ITALIANA

## SOMMARIO

**Legge regionale 11 agosto 2015 - n. 23**

Evoluzione del sistema socio-sanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità) . . . . . 2

In vigore dal 1 Gennaio 2016

A Milano dal 1 Gennaio 2017

## Perché la riforma

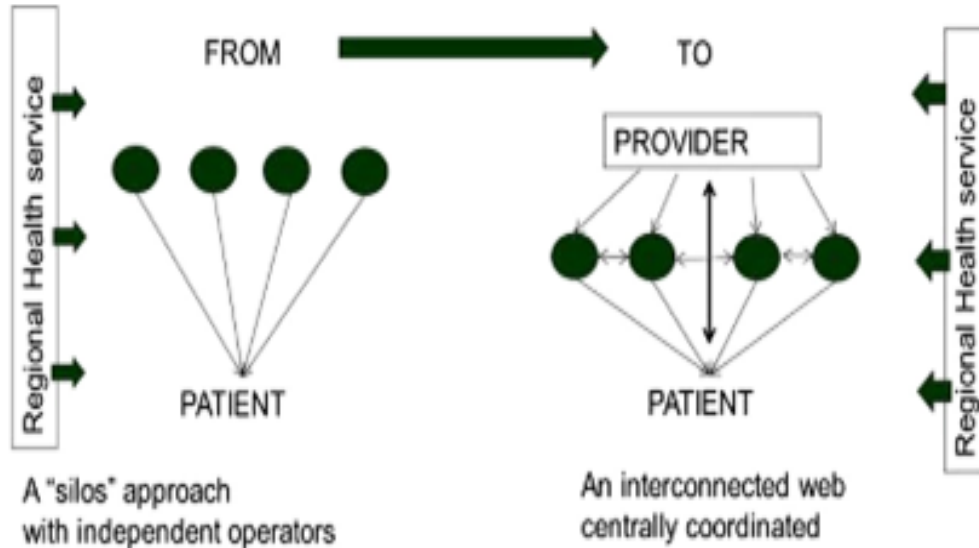
- Diffusione delle patologie croniche
- Difficoltà di coordinazione di servizi continuativi
- Difficoltà di accesso e determinanti sociali

## Aspetti clinici e organizzativi

- Il governo della domanda
- Il governo dell'offerta
- Temi di discussione

Dr. Federico Pennestrì - Università Vita-Salute San Raffaele

# From cure to care



Personalization

Reference point (patient-family-healthcare givers-system)

Monitoring outcomes (effectiveness)

Reducing waste (efficacy)

The aged chronic patient generally needs **more therapies and more operators**

He is often unable to **coordinate them**

He needs a **care manager** who shall provide

- I. An individual care path shared by the patient
- II. All services needed (medical, rehabilitative, follow-up, psychological, social, technical)
- III. Coordination
- IV. Personal agenda

Care manager is paid with a **forfeit budget** calculated on that patient need

- I. Drugs
- II. Outpatient
- III. Social
- IV. Hospital or hospice (when needed)

Delibera 6164 del 30/01/2017:  
Governo della domanda

1. Rilevazione del bisogno
2. Arruolamento e presa in carico
3. Erogazione delle cure
4. Remunerazione

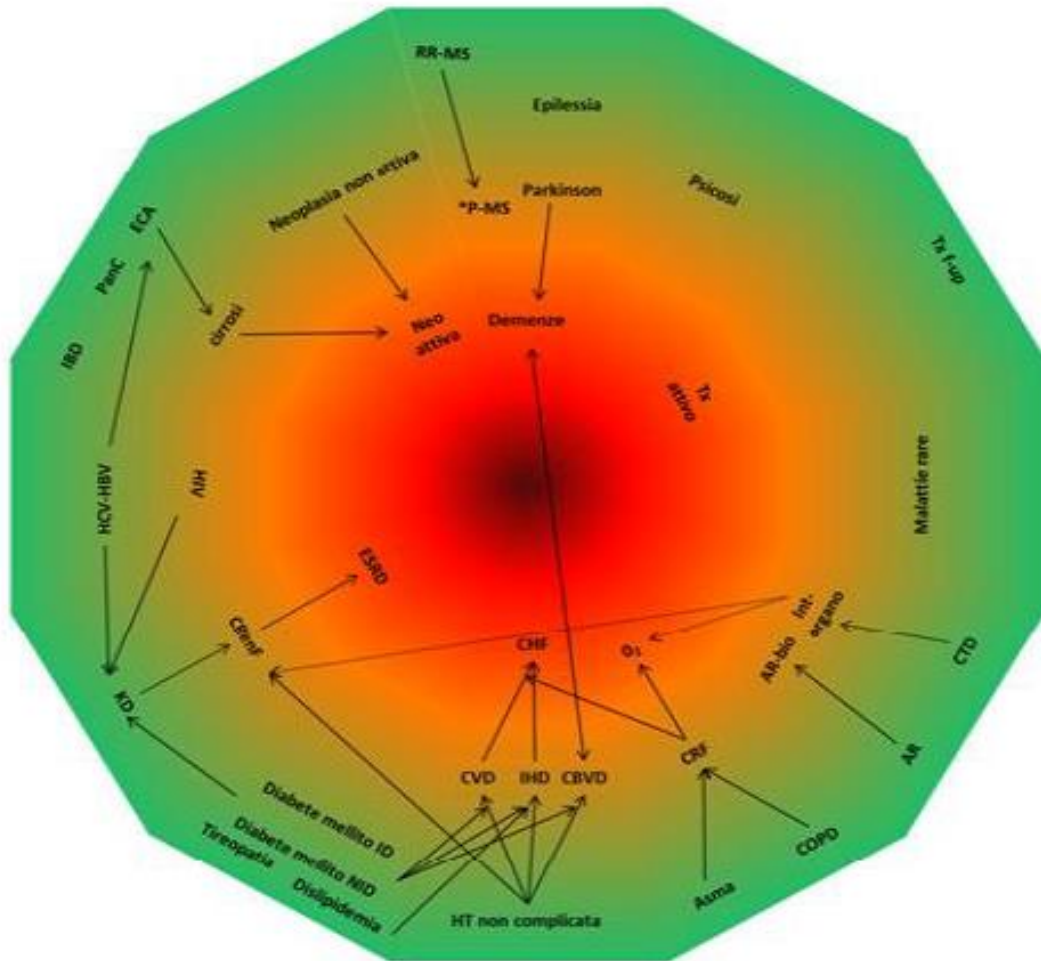
Delibera 6551 del 4/05/2017:  
Governo dell'offerta

1. Requisiti del *care manager* (gestore)
2. *Case manager* e *Clinical manager*
3. MMG ed erogatori coinvolti

- Regione stratifica la popolazione secondo 5 fasce di utenza
- ATS invia ai pazienti una lettera di presa in carico contenente la lista dei *care manager* più idonei al caso clinico
- I requisiti dei *care manager* sono stati regolamentati attraverso D.G.R. 6551 del 4/5/2017 (segue)
- Il *paziente* sceglie liberamente dove curarsi

CARATTERISTICHE PAZIENTE	PERTINENZA	NUMERO
1 Elevata fragilità clinica	Ospedale, residenziale, domiciliare	150.000
2 <i>Frequent user</i> Cronicità polipatologica e moderata fragilità sociosanitaria	Presidi territoriali, MMG associati	1.300.000
3 <i>Frequent user</i> Cronicità monopatologica e scarsa/nulla fragilità sociosanitaria	Ambulatoriale, MMG	1.900.000
Consumatore occasionale non cronico	MMG	3.000.000
Non consumatore	Utilizzo non pervenuto	3.500.000

# Classificazione dei bisogni: dal poligono della cronicità (D.G.R. 4662 23/12/2015) alle 5 fasce (D.G.R. 6164 30/1/2017)

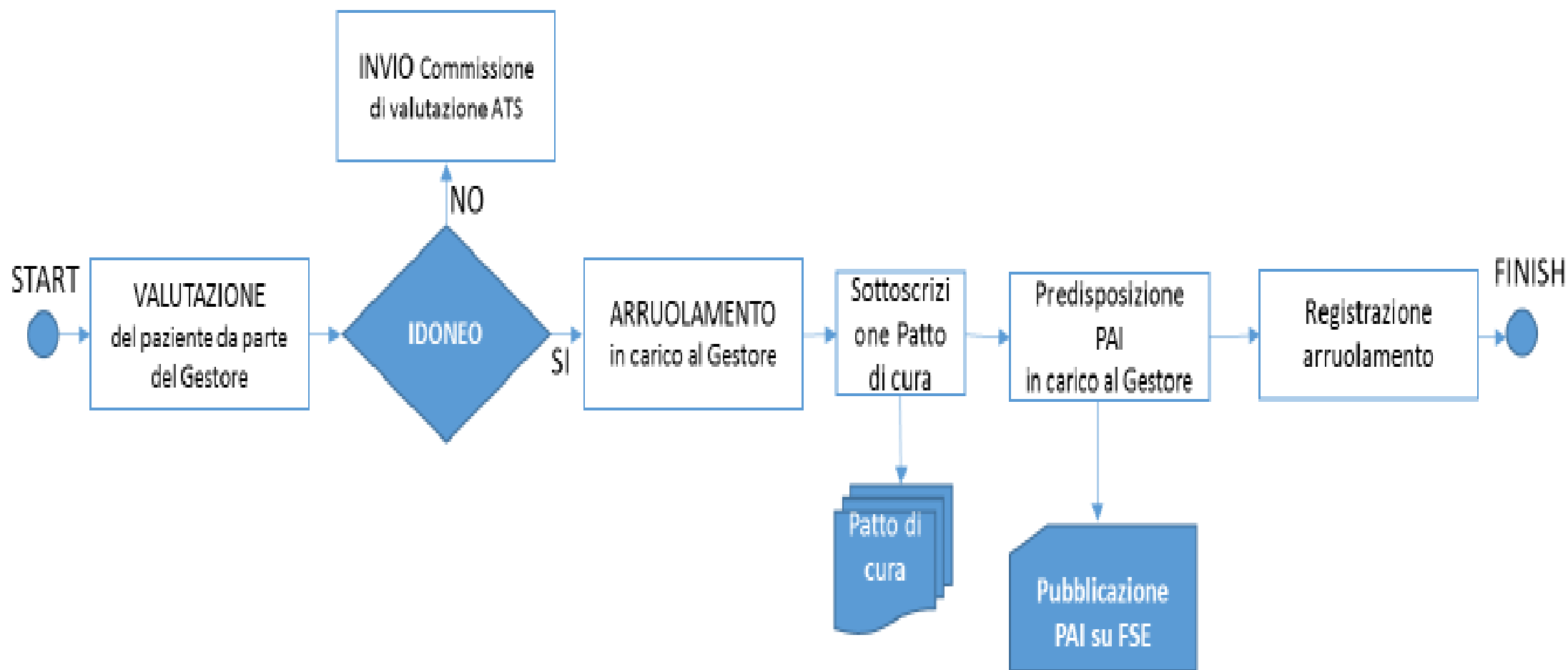


**Tabella 1. Domanda, bisogni e pertinenza prevalente**

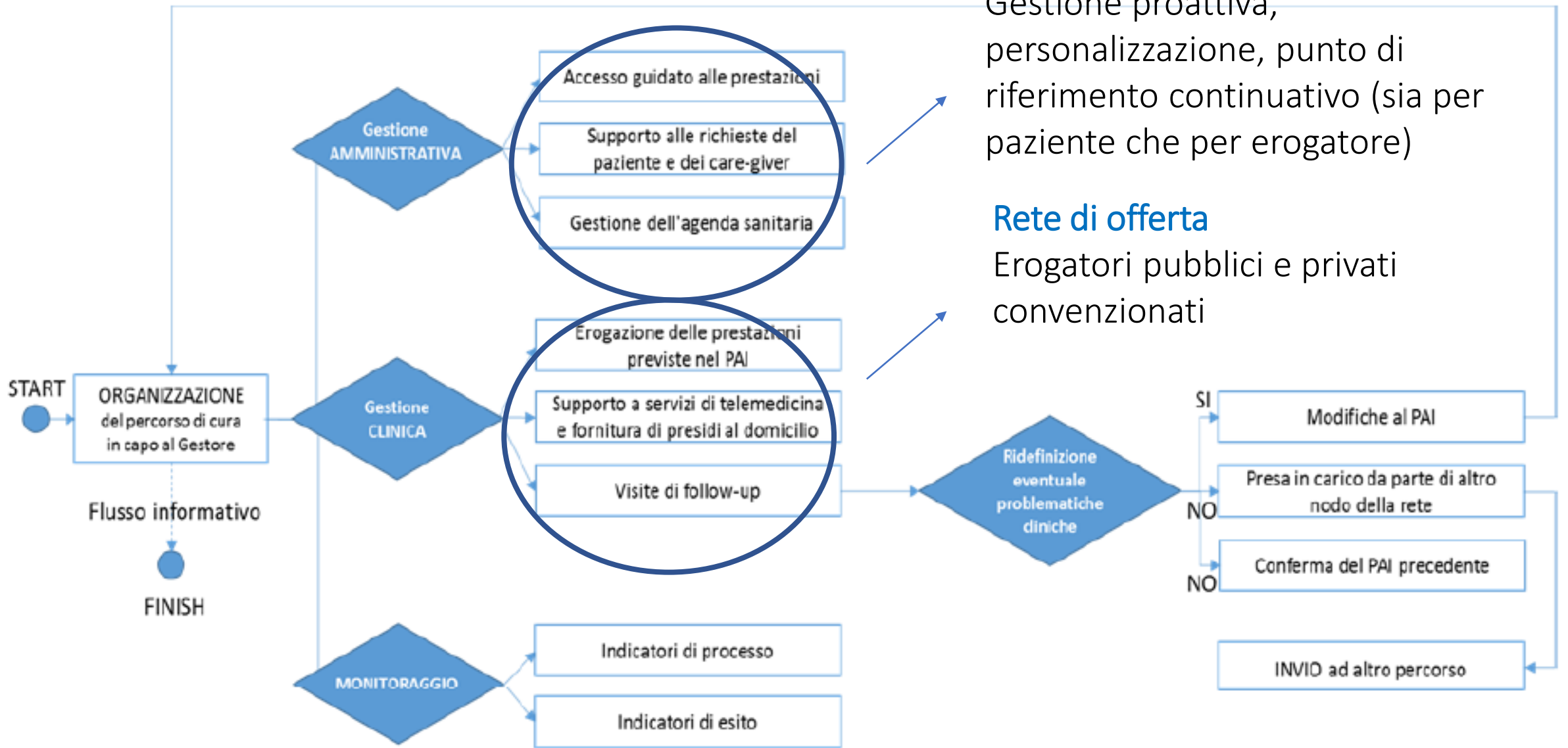
	N° Pazienti/ Utenti	DOMANDA	BISOGNI	PERTINENZA PREVALENTE
<b>Livello 1</b>	<b>150.000</b>	Fragilità clinica e/o funzionale con bisogni prevalenti di tipo ospedaliero, residenziale, assistenziale a domicilio	Integrazione dei percorsi ospedale/domicilio/riabilitazione/sociosanitario	Struttura di erogazione  Strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private accreditate
<b>Livello 2</b>	<b>1.300.000</b>	Cronicità poli-patologica con prevalenti bisogni extra-ospedalieri, ad alta richiesta di accessi ambulatoriali integrati/ frequent users e fragilità sociosanitarie di grado moderato	Coordinamento e promozione del percorso di terapia (prevalentemente farmacologica e di supporto psicologico - educativo) e gestione proattiva del follow-up (più visite ed esami all'anno)	Struttura di erogazione e MMG  Strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private accreditate MMG in associazione
<b>Livello 3</b>	<b>1.900.000</b>	Cronicità in fase iniziale, prevalentemente mono-patologica e fragilità sociosanitarie in fase iniziale, a richiesta medio- bassa di accessi ambulatoriali integrati e/o domiciliari / frequent users	Garanzia di percorsi ambulatoriali riservati/di favore e controllo e promozione dell'aderenza terapeutica	Territorio (MMG proattivo)



## Fase 2- Arruolamento



### Fase 3 - Organizzazione del percorso di cura (iterativo)



#### Centro Servizi

Gestione proattiva, personalizzazione, punto di riferimento continuativo (sia per paziente che per erogatore)

#### Rete di offerta

Erogatori pubblici e privati convenzionati

# Il gestore o *case manager*

Il gestore è la figura preposta a garantire la massima coordinazione e **integrazione fra i diversi erogatori**, ed è il **titolare annuale del percorso** di presa in carico del paziente

Possono candidarsi al ruolo di *case manager* tutte le strutture in grado di **assicurare ciascuna delle prestazioni** inserite nel PAI (dalla fornitura di protesi al sociale), avvalendosi dei propri professionisti o di soggetti terzi (comunque accreditati)

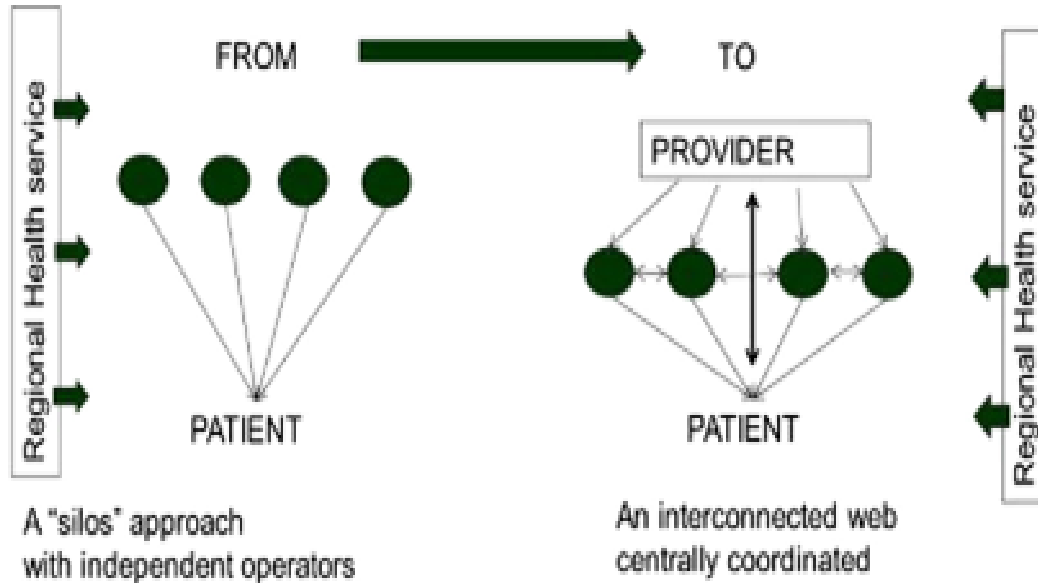
- ✓ Aziende SocioSanitarie Territoriali
- ✓ IRCCS di diritto pubblico e privato (convenzionato o accreditato)
- ✓ Strutture sanitarie e sociosanitarie (POT e PreSST, privato convenzionato o accreditato)
- ✓ Aziende di Servizi per la Persona (ex Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza)
- ✓ Medicina generale (MMG e PLS) in forma aggregata (associazioni e cooperative)

5 Ottobre 2017. **294 gestori idonei** (330 candidature)

30 Novembre 2017. Il paziente riceverà la lettera, deciderà se aderire ad un gestore, sceglierà quale

28 Settembre 2018. **2918 adesioni**, 300.000 prestazioni, 1.500 incrementali al giorno

# Dalla cura al prendersi cura



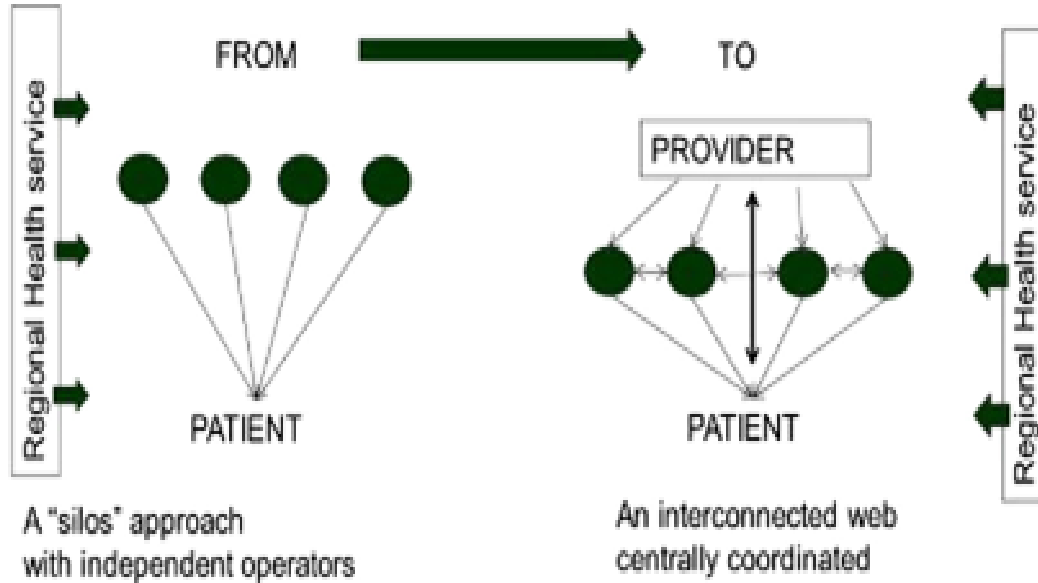
## *Case manager*

Professionista sanitario che fa da riferimento per il paziente, la sua famiglia e ciascuno degli erogatori (*care givers*)

## *Clinical manager*

Medico responsabile degli aspetti clinici della presa in carico, tra cui la predisposizione e l'aggiornamento del PAI

# Dalla cura al prendersi cura



## Case management

Professionista di riferimento per la famiglia e ci (care givers)

## E il MMG?

28.9.18 di 884 MMG milanesi, il 66% rifiuta di aderire

(Corriere della Sera)

## Clinical management

Medico responsabile degli aspetti clinici della presa in carico, tra cui la predisposizione e l'aggiornamento del PAI

# Clinical manager e medicina generale

Il paziente è libero di scegliere se affidarsi a un gestore o proseguire le cure autonomamente (MMG > diversi erogatori specializzati)

Nel **caso 3** (*frequent user* mono-patologico non fragile) la figura ideale per il percorso di presa in carico resta il proprio MMG, in forma standard o come gestore aggregato

Per i **casi 2 e 1** il MMG può

- Candidarsi a **co-gestore**: partecipa al PAI con prestazioni extra-rispetto a quelle erogate per il suo ruolo standard (quota capitaria). Può scegliere se occuparsi del PAI o delegare il ruolo di *clinical manager* allo **specialista più affine alla patologia**
- **Rinunciare**: continua ad erogare prestazioni, ricette e farmaci **extra-rispetto** a quelle evidentemente annesse alla patologia presa in carico dal gestore. Il *clinical manager* è tenuto formalmente ad interagire con il MMG, le eventuali discordanze vengono comunicate ad ATS



# Clinical manager e medicina generale

Il paziente è libero di scegliere se affidarsi a u autonomamente (MMG > diversi erogatori sp

Nel **caso 3** (*frequent user* mono-patologico nc percorso di presa in carico resta il proprio MM gestore aggregato

Per i **casi 2 e 1** il MMG può

- Candidarsi a **co-gestore**: partecipa al PAI con quelle erogate per il suo ruolo standard (qu occuparsi del PAI o delegare il ruolo di *clinic affine alla patologia*
- **Rinunciare**: continua ad erogare prestazioni a quelle evidentemente annesse alla patolo *clinical manager* è tenuto formalmente ad i eventuali discordanze vengono comunicate



# Clinical manager e medicina generale

## DGR XI/754 – 5.11.2018

- MMG = Clinical Manager
- 10€ a PAI



## Governo della domanda

- ✓ Cogliere il potenziale **bisogno inespresso**
- ✓ Cogliere i **determinanti sociali**
- ✓ Valutazioni socio-**epidemiologiche** approfondite e aggiornate

## Governo dell'offerta

- ✓ Regia complessiva, ricomposizione dei percorsi e personalizzazione (**politiche del personale**)
- ✓ Conosce e indirizza ai servizi più idonei (**comunicazione**)
- ✓ Garantisce l'accessibilità secondo i tempi e luoghi richiesti da ciascuna prestazione, avvalendosi di una rete di fornitori fra cui quelli atti a farsi carico degli spostamenti (**layout**)
- ✓ Riduce l'**asimmetria informativa** fra paziente e singoli erogatori, orientando verso i *core services* più adatti allo specifico trattamento (prodotto)

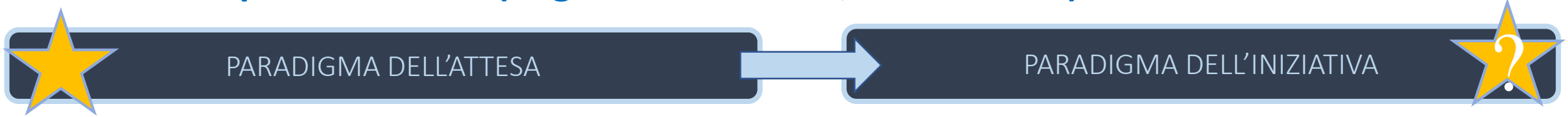
## Eventuali approfondimenti

Pennestrì, F. (2017), «Dalla cura al prendersi cura. La riforma sociosanitaria lombarda», *Politiche Sanitarie. Italian Journal of Health Policy*, 19, 2.

# Eventuali approfondimenti

# Come gestire la cronicità patologica?

## Dalla cura al prendersi cura (Regione Lombardia, 2010 > 2014)



### LR 31/1997

**Quasi mercato** o concorrenza amministrata:

Separazione **erogazione** e **governo**

**AO**: specialistica ospedaliera

pubblico-privato  
convenzionato

**Libera scelta**

**Sussidiarietà e  
competizione**

(DRG)

**ASL**:

programmazione,  
acquisto, controllo  
+ Prestazioni  
territoriali

Prevenzione medica,  
veterinaria, servizi  
sanitari di base  
(MMG), ASSI

(L. 3/2008, 33/2009)

### LR 23/2015

ASL > **ATS** (solo governo)

**ASST**: AO + prestazioni territoriali

Direzione integrata e continuativa  
erogatori

In entrata: territorio > ospedale

In uscita: ospedale >  
territorio/domicilio

Rilevazione dei **bisogni**  
in base ai consumi

**Gestore**

Preso in carico del paziente in  
base al suo bisogno

Erogazione,  
personalizzazione e  
coordinamento

ASST, IRCCS, strutture  
san/soc-san intermedie,  
MMG aggregati

*Pay-for-coordination*

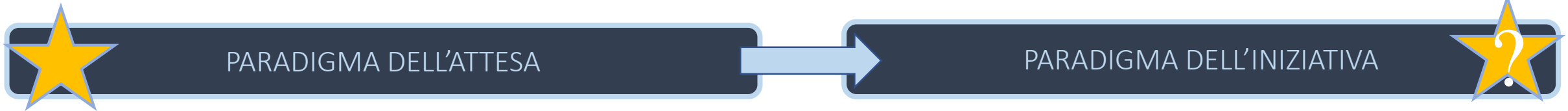
Efficienza, efficacia

**Libera scelta, sussidiarietà, competizione** (cure  
primarie, sociosanitarie, gestione cronicità)



# Come gestire la cronicità patologica?

## Dalla cura al prendersi cura (Regione Lombardia, 2010 > 2014)



### LR 31/1997

### LR 23/2015

Ottimizzazione dell'offerta in base alla domanda  
Riduzione dello **sforzo ricompositivo** a carico dell'utente e della conseguente **iniquità di accesso ed esito**  
**Uguale accesso a servizi di qualità > Equità orizzontale** (art. 2 c.1a «I principi»)

AO: sp  
pubb  
conv  
Lib  
Suss  
com  
(D



(L. 3/2008, 33/2009)

Efficienza, efficacia

**Libera scelta, sussidiarietà, competizione** (cure primarie, sociosanitario, gestione cronicità)

## Sostenibilità

Se davvero si riesce ad erogare tutto in modo adeguato, appropriato e tempestivo i costi a carico del sistema pubblico saranno incrementati. Il risparmio dei fenomeni di acutizzazione conseguenti da una incompleta o inappropriata erogazione di prestazioni sarà superiore ai costi associati all'incremento di queste?

## Accessibilità

È possibile che per ovviare al problema venga aumentato il carico *out-of-pocket* delle prestazioni inserite nei pacchetti. Il problema dell'accesso esce dalla porta (miglior capacità di esprimere la domanda) ma rientra dalla finestra (la domanda espressa prevede un contributo)

Garantire l'erogazione tempestiva secondo i tempi previsti dai PAI richiede la predisposizione di *agende riservate* ai pazienti in carico al gestore. Coloro che non aderiranno potranno risentire di un allungamento delle liste d'attesa (> ricorso al privato)

## Competizione pubblico-privato (sovrapposizione gestori)

ASST ed enti strutturati > Rischio *cream-skimming*. Il pubblico è tenuto ad erogare tutte le prestazioni utili a garantire la copertura del bisogno di salute. Diversamente dal privato, è soggetto a vincoli di assunzioni e finanziamenti. Il privato può scegliere di erogare i servizi più remunerativi e lasciare il resto al pubblico (circolo vizioso)

*Medicina generale* in forma aggregata > Rischio privatizzazione della medicina generale

Dr. Federico Pennestrì - Università Vita-Salute San Raffaele

## Sostenibilità

Se davvero si riesce ad erogare tutto in modo adeguato, appropriato e tempestivo i costi a carico del sistema pubblico saranno incrementati. Il risparmio dei fenomeni di acutizzazione conseguenti da una incompleta o inappropriata erogazione di prestazioni sarà superiore ai costi associati all'incremento di queste?

## Accessibilità

È possibile che per ovviare al problema venga aumentato il carico *out-of-pocket* delle prestazioni inserite nei pacchetti. Il problema dell'accesso esce dalla porta (miglior capacità di esprimere la domanda) ma rientra dalla finestra (la domanda espressa prevede un contributo)

Garantire l'erogazione tempestiva secondo i tempi previsti dai PAI richiede la predisposizione di *agende riservate* ai pazienti in carico al gestore. Coloro che non aderiscono allungamento delle liste d'attesa (> ricorso al privato)

## Competizione pubblico-privato (sovrapposizione gestori)

ASST ed enti strutturati > Rischio *cream-skimming*. Il pubblico è tenuto a garantire la copertura del bisogno di salute. Diversamente dal privato, il pubblico è tenuto a garantire la copertura del bisogno di salute. Diversamente dal privato, il pubblico è tenuto a garantire la copertura del bisogno di salute. Diversamente dal privato, il pubblico è tenuto a garantire la copertura del bisogno di salute. Il privato può scegliere di erogare i servizi o il resto al pubblico (circolo vizioso)

*Medicina generale* in forma aggregata > Rischio privatizzazione della medicina generale

2017  
Adesione MMG  
Quasi 80% ATS Valle Padana,  
Brescia, Sondrio  
Circa 30% Città Metropolitana e  
Pavia  
Città Metropolitana alta  
candidatura gestori privati

# Finanziamento (2019)

L1 ← L3 L1 ← L3

Pathology	Outp. L. 1	O. 2	O. 3	Pharm. L. 1	Ph. 2	Ph. 3	Hospitalization	Social *
Active Neoplasia	1.704	1.646	1.945	1.293	733	375	9.747	(forthcoming)
Dementia	450	362	302	972	718	533	7.598	(forthcoming)

(Prices are expressed in Euros; \* Social expenditure will be included when 2016 data will be available).

62 patologie croniche (da estendere), divise secondo **tre livelli** di gravità

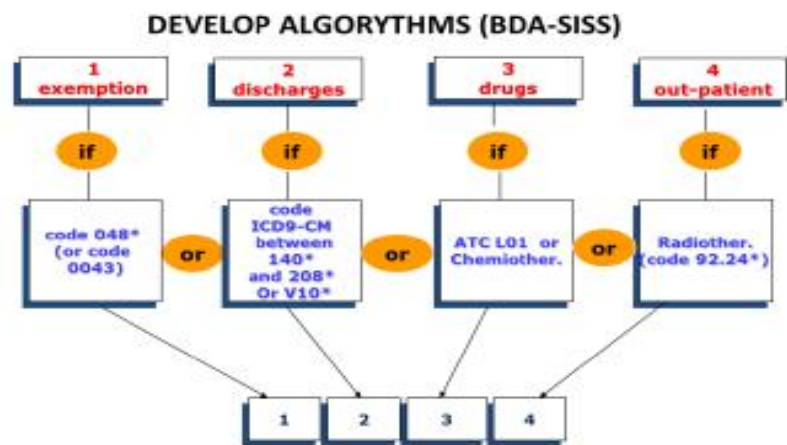
A ciascuna è assegnato un *budget* calcolato sommando la spesa storica

1. AMBULATORIALE (g1, g2, g3)
2. FARMACEUTICA (g1, g2, g3)
3. RICOVERO
4. SOCIOSANITARIA \*

+ 35, 40, 45 € per gestione e stesura del PAI

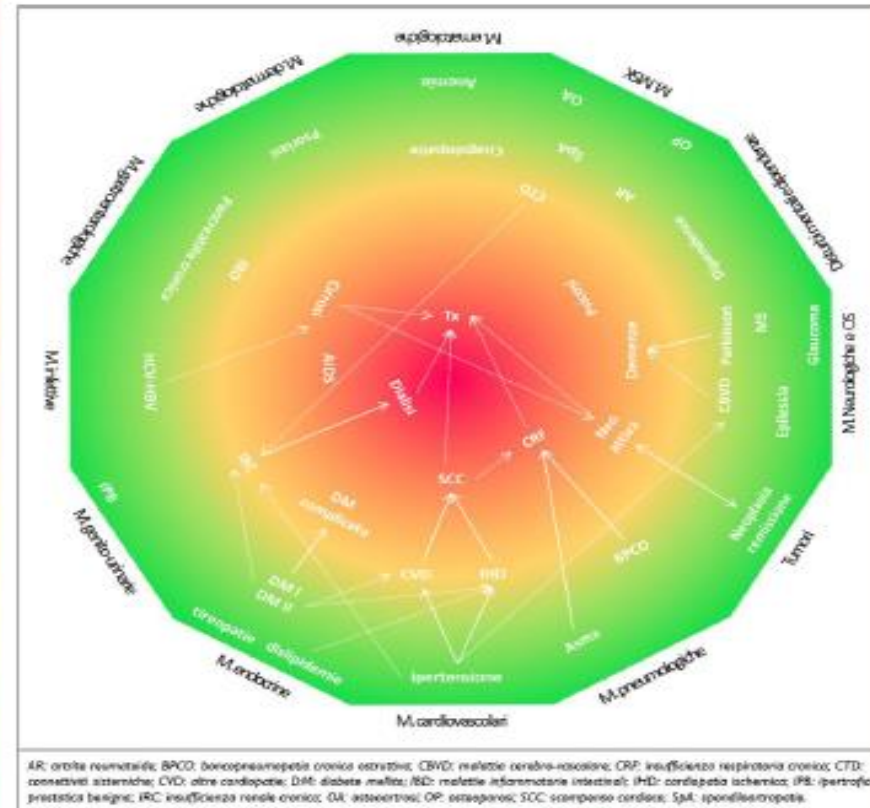
# Classificazione

## Algoritmi BDA modificati



Zocchetti, 2011

Il Manuale [ICD9-CM](#) è lo strumento che riporta in modo sistematico e secondo precise regole d'uso, la nomenclatura delle diagnosi, dei traumatismi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche. A ciascun termine è associato un codice numerico o alfanumerico. (Ministero della Salute, 2017)



Regione Lombardia

# Equità verticale

Le politiche di [governo della domanda e dell'offerta](#) intendono garantire una maggiore equità di accesso in senso orizzontale ([pari accesso ai servizi per tutti](#))

Le [politiche di esenzione](#) intendono garantire maggiore equità di accesso in senso verticale ([maggiori investimenti pubblici a beneficio di chi ha più bisogno](#))

## Ticket

[D.G.R. 4702](#) 29/12/2015: farmaceutica e specialistica ambulatoriale

- ✓ Tutti i minori di 14 anni (E11)
- ✓ Disoccupati iscritti a centro d'impiego con relativa famiglia (se il reddito complessivo non supera i 27.000 € annui) (E12)
- ✓ Tutti i cassa-integrati (E13)
- ✓ Tutti gli anziani con reddito familiare lordo non superiore a 38.500 € (E14)

## Super-ticket

Legge L. 111/2011: per determinate prestazioni, ticket maggiorato di 10 €

[D.G.R. 4153](#) 8/10/2015: modulazione super-ticket secondo reddito e patologia.

Sono completamente esenti (E 15)

Reddito lordo individuale inferiore a 18.000 €, a beneficio dell'intera famiglia

Patologie croniche e rare inserite nei LEA

Donne in gravidanza

Minori di 14 anni

Donatori di sangue, midollo

Per tutti gli altri utenti super-ticket massimo di 30 €