

Le dicotomie del governo clinico nell'accordo lombardo

Nel percorso d'attuazione stilato dall'Air della Lombardia si palesa una significativa ambiguità nella declinazione della clinical governance tra le istanze prettamente professionali e quelle economiche, l'una più attenta a incentivare i processi di best practice, l'altra tesa a ridurre le spese indipendentemente da ogni altra considerazione

Completata la raccolta delle adesioni individuali, prendono il via gli incontri distrettuali per illustrare il percorso di attuazione del "governo clinico 2007" previsto dall'accordo integrativo regionale lombardo sottoscritto all'inizio di maggio. Probabilmente distratti dalla ridondanza della normativa, riguardante gli incentivi strutturali, a qualche collega potrebbe essere sfuggito il carattere innovativo della proposta di governo clinico regionale, quella relativa ai percorsi diagnostico-terapeutici. Nel contempo però l'accordo integrativo lombardo introduce una concezione dell'appropriatezza che fa a pugno con la clinical governance, intesa come auto-valutazione professionale della qualità. Per questa sorta di dicotomia la parte dell'accordo lombardo sulla "presa in carico dei pazienti e governo clinico" è emblematica delle contraddizioni di questa fase sindacale e professionale, nonché del precario equilibrio normativo raggiunto tra le preoccupazioni esclusivamente economiche della parte pubblica e le procedure di verifica della qualità più attuali e accreditate.

Ma andiamo con ordine. Come forse si ricorderà nel 2006 l'incentivo previsto dalla convenzione per il "governo clinico" era stato erogato ai Mmg che avevano partecipato ai due incontri distrettuali serali previsti dall'accordo, indipendentemente da ogni altro obiettivo, parametro o indicatore. Con la normativa del 2007 si supera la cosiddetta "distribuzione a pioggia" degli incentivi per passare a un sistema basato sul raggiungimento di obiettivi da documentare con specifici dati, re-

lativi ad indicatori di consumo, processo e clinico-epidemiologici. Sta nell'adozione di una logica di valutazione di qualità la svolta introdotta con l'accordo lombardo, che peraltro allinea la MG agli standard in vigore in altri Paesi europei, segnatamente il contratto dei Gp britannici.

Ad esempio nella Asl di Brescia è stato individuato come riferimento il PDT del Diabete, in relazione al quale i medici dovranno fornire dati relativi ai seguenti indicatori e target epidemiologico-clinici:

- prevalenza di assistiti diabetici in carico >4%;

Presa in carico del paziente e governo clinico

Il governo clinico rappresenta una modalità di lavoro che garantisce agli assistiti una migliore gestione dei percorsi da parte dei professionisti e un miglioramento della qualità e dell'efficacia della pratica clinica (...).

La presa in carico da parte del Mmg si sostanzia in:

- mantenimento della relazione Mmg - paziente;
- collaborazione alla definizione, applicazione e monitoraggio dei PDT;
- gestione dell'informazione e delle decisioni direttamente connesse ai percorsi diagnostico-terapeutici;
- partecipazione concordata alle attività nell'area delle prevenzione (sui comportamenti, stili di vita);
- appropriatezza prescrittiva (farmaceutica e specialistica).

Strumenti a disposizione del Mmg sono rappresentati da:

- percorsi diagnostico terapeutici (PDT) (...);
- utilizzo della Banca Dati Assistito (BDA) e della rete SISS;
- percorsi formativi congiunti tra professionisti di differenti livelli di cura.

Per l'anno 2007 le quote di cui all'art 59 punto b) comma 15 del vigente ACN saranno erogate ai Mmg in funzione delle seguenti aree di attività (...):

- l'area dell'appropriatezza prescrittiva: raggiungimento individuale di obiettivi (...) relativamente ai livelli di spesa riferiti ai farmaci a brevetto scaduto complessivamente ovvero relativamente a gruppi terapeutici omogenei;
- l'area dei PDT: raggiungimento del livello definito a livello aziendale sulla base delle indicazioni del comitato regionale degli indicatori di presa in carico.

Il compenso spettante ai singoli Mmg verrà erogato nella misura del:

- 50% a titolo di acconto per l'adesione e la partecipazione alle attività;
- 50% per il raggiungimento dei risultati negoziati relativamente alla composizione dei consumi dell'area farmaceutica e riferito al consumo di farmaci con brevetto scaduto ovvero al rispetto degli indicatori di presa in carico con le modalità in precedenza indicate.

La verifica sarà effettuata in tempi utili a conseguire la liquidazione delle competenze con gli emolumenti del mese di dicembre 2007, fatto salvo per gli aspetti inerenti l'appropriatezza prescrittiva, l'eventualità di conguaglio successivo.

- di cui almeno il 10% con emoglobina glicata <7;
- documentati attraverso ritorni informativi tramite SISS oppure cartacei (anonimizzati) con evidenziazione analitica dei dati richiesti.

In pratica per aderire al governo clinico si passa da un parametro orario (la partecipazione a due incontri serali) alla documentazione, dati alla mano, dei processi clinico-assistenziali messi in atto sulla base dei PDT elaborati e implementati nelle Asl (in genere rivolti a diabete, ipertensione e rischio cardiovascolare). Solo i Mmg che saranno in grado di dimostrare il raggiungimento dei due, peraltro modesti, obiettivi avranno diritto alla corresponsione dell'intero importo dell'incentivo. In buona sostanza i medici dovranno dimostrare la propria qualità e appropriatezza professionale, sia diagnostica sia terapeutica, nella gestione della malattia diabetica, ovvero sia aver registrato nel proprio archivio clinico dati che superano le soglie minime stabilite dall'accordo messo a punto in sede Asl. Non si tratta certamente di una novità in senso assoluto, ma relativamente al fatto che parametri valutativi clinico-epidemiologici entrano in una normativa convenzionale, seppur regionale, forse per la prima volta, perlomeno in Lombardia. Insom-

ma un primo, ma significativo passo verso un sistema che riconosca e premi, *in primis*, la qualità professionale dimostrata con i fatti e non soltanto con requisiti strutturali o gestionali.

■ Una forte contraddizione

Contemporaneamente però nel medesimo articolo sul governo clinico si sposta una logica che è agli antipodi rispetto a questa concezione. Infatti l'area della cosiddetta appropriatezza prescrittiva fa riferimento alla composizione della spesa farmaceutica e in particolare al consumo di farmaci con brevetto scaduto, le cui prescrizioni dovranno raggiungere un livello percentuale minimo in rapporto ai consumi complessivi. In pratica, sempre facendo riferimento all'accordo sottoscritto nella Asl di Brescia, i Mmg dovranno incrementare rispetto al 2006 la proporzione della percentuale di prescrizione di farmaci a brevetto scaduto, con monitoraggio trimestrale. A differenza degli indicatori clinici, desunti dal PDT per il diabete, la percentuale di farmaci generici consumati nulla ci può dire riguardo all'appropriatezza clinica delle prescrizioni stesse, ovvero se il farmaco è stato dato al paziente per il quale è indicato, al momento opportuno e nelle

dosi corrette. Al limite un medico, pur rientrando nei parametri stabiliti dalle norme regionali, potrebbe utilizzare i farmaci generici in modo del tutto inappropriato rispetto alle indicazioni della scheda tecnica, note Aifa, linee guida o percorsi diagnostici-terapeutici. Senza contare che l'entrata in commercio di nuove molecole con brevetto scaduto potrebbe far incrementare automaticamente la percentuale delle prescrizioni di questi farmaci indipendentemente dalle scelte del singolo medico. Tutto ciò accade poiché il dato economico (i consumi farmaceutici) non viene messo in relazione con quello clinico-epidemiologico, come invece presuppone il concetto di appropriatezza, intesa nel senso di autovalutazione della qualità rispetto a standard predefiniti di buona pratica clinica (audit).

Le ambiguità dell'accordo lombardo sul governo clinico nascono dal compromesso tra due opposte istanze riscontrabili anche a livello nazionale: da un lato l'ossessione finanziaria delle amministrazioni sanitarie locali e regionali, tese a ridurre le spese indipendentemente da ogni altra considerazione e, dall'altro, il tentativo delle organizzazioni sindacali di incentivare concretamente i processi di clinical governance.