

Assistenza primaria e qualità clinica

Il sasso nello stagno questa volta lo ha lanciato The European House Ambrosetti. Nel Rapporto Meridiano Sanità, presentato di recente a Cernobbio, ha spiegato che, per evitare che la percentuale del Pil dedicata alla spesa sanitaria pubblica schizzi verso l'alto

nei prossimi trent'anni, c'è bisogno di puntare la lente d'ingrandimento sull'assistenza primaria adottando un sistema di indicatori legati a obiettivi misurabili, attraverso un adeguamento dei sistemi informativi e una formazione ad hoc.

L'organizzazione in forme stabili di collaborazione dei medici del territorio è necessaria, ma non basta a risollevare il Ssn. Secondo quanto evidenziato da **Valerio De Molli**, managing partner dell'Ambrosetti, nella seconda edizione del Forum Meridiano Sanità, svoltosi a Cernobbio, alla svolta organizzativa dovrebbe seguire un cambiamento profondo nel meccanismo di finanziamento, da vincolarsi su una quota capitaria ponderata per i fattori di rischio. In altre parole il Ssn si dovrebbe fondare su una valutazione dell'attività basata sui risultati ottenuti nella tutela della salute, piuttosto che sulle risorse impiegate. Al riguardo Meridiano Sanità propone di adottare un sistema di indicatori legati a obiettivi misurabili, attraverso un adeguamento dei sistemi informativi e una formazione *ad hoc* per i protagonisti dell'assistenza primaria.

Un sasso battuto in fuori campo dal ministro per la Salute **Livia Turco** che, intervenendo a Cernobbio, non soltanto ha colto l'occasione per ribadire la propria assoluta fiducia in un'organizzazione diversa delle cure primarie, ma ha fatto un ulteriore passo avanti verso l'innovazione. Il ministro ha fatto riferimento, come ad una idea "di particolare interesse" alla qualità clinica attraverso la sperimentazione di forme di ancoraggio della remunerazione degli operatori sanitari, primi fra tutti i medici di famiglia. Una valutazione, per quanto riguarda la medicina generale e del territorio, che, secondo Turco "potrebbe essere ba-

sata sulla efficacia della presa in carico dei pazienti cronici verificando la capacità di prevenire, per quanto possibile, le complicanze".

■ C'è chi lo ha già fatto

Questa ipotesi trova un illustre precedente, come è noto, nella convenzione dei Mmg del Regno Unito, che ha stabilito che il medico va premiato se raggiunge alcuni standard di performance sulle patologie croniche e ha individuato alcuni indicatori che sono anche già stati tradotti da diverse società scientifiche nel nostro Paese. Nel 2004 il NHS

ha introdotto, dunque, per i Mmg un contratto "pay for performance" finalizzato a fornire un significativo impulso al miglioramento della qualità dell'assistenza, premiando i Gp rispetto alla qualità delle cure fornite. Il contratto collega, infatti, la remunerazione alla performance prodotta, valutata rispetto a 146 indicatori di qualità che comprendono l'appropriata gestione di dieci malattie croniche (diabete, ipertensione, malattie coronariche, malattie mentali, neoplasie maligne, ictus, epilessia, ipotiroidismo, broncopatia cronica ostruttiva e asma) e l'organizzazione dell'assistenza.

Indicatori e standard per la qualità in MG

Spesso si fa molta confusione nella definizione di indicatori e standard per la qualità in medicina generale.

L'indicatore (di struttura, processo o esito) è una variabile che consente di descrivere fenomeni complessi e di prendere decisioni per ottenere o mantenere cambiamenti.

Vanno elaborati in base a:

- A. Rilevanza, pertinenza e solidità evinta dalle principali linee guida nazionali o internazionali e dall'Ebm.
- B. Rilevanza rispetto alla pratica clinica del Mmg.
- C. Facile (rapida), affidabile e standardizzata registrazione nella cartella clinica.
- D. Semplice e immediata valutazione e interpretazione.
- E. Possibilità di miglioramento.
- F. Relazione (se possibile) a più elementi del processo di cura (prevenzione/diagnosi/terapia/follow up).

Lo standard definisce come una attività (lavoro/processo) deve essere svolta attraverso un riferimento con il quale confrontare la pratica corrente e ridurre la variabilità dei comportamenti professionali, e la verifica della conformità della pratica con lo standard stesso. Gli standard più comuni adottati per la MG sono:

- A. Il livello di performance raggiunto dall'attuale pratica della medicina generale.
- B. La percentuale teorica massima auspicabile per ogni indicatore, ma ridotta in base a specifici problemi (per esempio: percentuale nota di pazienti con controindicazioni assolute ad un determinato farmaco) o difficoltà generali indipendenti dal Mmg (per esempio: ipotetico rifiuto del paziente, difficoltà di registrazione delle prescrizioni effettuate a domicilio, ecc.).

Mario Baruchello segretario Nazionale del Siquas (Società Italiana Qualità Assistenza Sanitaria), definisce la qualità in MG come:

- un insieme di attività pianificate con l'obiettivo di migliorare in modo continuo la assistenza ai pazienti (enfasi organizzativa);
- un piano di trattamento appropriato, efficiente ed efficace, assicurato con attenzione e dedizione in uno spirito di solidarietà con il paziente, tenuto conto dei livelli scientifici attuali della scienza medica e che essa è anche arte e umanità.

Le reazioni italiane

I Mmg italiani sono pronti alla sfida della qualità, lo sarebbero, secondo **Giacomo Milillo**, segretario della Fimmg, dal punto di vista culturale, ma non lo sono dal punto di vista strutturale. Quello che manca, infatti, sono gli investimenti che tutta la categoria chiede da anni. "Servono circa due miliardi di euro per andare a regime - ha spiegato Milillo - per arrivare a fornire realmente alla medicina generale quegli strumenti che permettano di garantire anche una retribuzione legata alla qualità". Per poter fare una buona valutazione dei risultati, infatti, si ha bisogno di segretarie, di infermieri, di un sistema informativo coerente. Oggi, in realtà, il Ssn non ne paga che una parte, e, per di più, non misura l'attività realmente svolta dalla medicina del territorio.

Anche il presidente dello Snam, **Mauro Martini**, si è detto d'accordo sul fatto che non c'è nessuna preclusione da parte dei medici di famiglia sulla possibilità di legare il compenso alla qualità clinica e ai risultati di salute ottenuti. "Purché - ha precisato - si tratti solo di incentivi aggiuntivi".

Gli incentivi legati ai risultati di salute, insomma devono essere differenziati rispetto all'attività professionale ordinaria del medico: ci deve essere un compenso specifico e un compenso aggiunti-

vo che tenga conto della qualità. Inoltre, secondo il leader dello Snam, è particolarmente importante "definire insieme quali debbano essere i parametri di valutazione adatti al controllo dei risultati. Il lavoro comune e la condivisione sono necessari perché gli strumenti di misurazione possono essere di diverso tipo. Può trattarsi di parametri solo economici - come accade ormai in diverse Regioni dove i controlli sono fatti dalla Guardia di Finanza - che noi rifiutiamo".

Quello che c'è al momento, però, sul tavolo del rinnovo della convenzione, - è opportuno ricordarlo - è ben lontano dal libro dei sogni: si parla appena di aumenti del 2.85% subito e di un altro 2% a disposizione delle Regioni per gli accordi integrativi.

L'impatto Oltremarica

I soldi sono, in casi come questo, la determinante per la praticabilità o meno della proposta. Come le trasformazioni del NHS inglese dimostrano, scegliere in concreto la qualità comporta un sensibile aumento dei costi del sistema, cui si aggiungono i costi delle specifiche convenzioni. E non è sempre detto che poi, a fronte anche di cospicui investimenti, il tutto sia davvero efficace e senza sfumature.

I ricercatori del National Primary Care Research and Development Centre dell'Università di Manchester, per esempio, hanno analizzato i dati estratti dagli archivi clinici computerizzati di 8105 *family practices* (Mmg in gruppo) che facevano riferimento al periodo aprile 2004 - marzo 2005, e cioè al primo anno di attivazione del contratto "pay for performance" (*NEJM* 2006; 355: 1832-33).

Sono stati individuati ed esaminati ben 76 indicatori di qualità clinica corrispondenti a 550 dei 1050 punti complessivamente assegnabili ai Mmg e dai quali dipendono valutazione delle performance e reddito annesso.

Ciascun medico di famiglia inglese, infatti, si mette in tasca, dopo la riforma, la risultante dei punti che raggiunge in base al numero di pazienti che assiste e per i quali ottiene gli obiettivi che il contratto gli ha stabilito.

Lo studio racconta la storia di un successo evidente: per l'83.4% dei pazienti i Mmg d'Oltremarica hanno raggiunto i risultati fissati per gli indicatori clinici analizzati, hanno guadagnato in media circa il 97% dei punti disponibili, ottenendo remunerazioni più elevate di quelle previste dal NHS, visto che nel contratto era stato concordato un valore pari al 75%. Il reddito lordo di un gruppo di professionisti in media è aumentato in media di circa 23mila sterline (oltre 32mila euro).

L'alto livello di performance raggiunto è una bella notizia, ma quella brutta è che esso ha anche contribuito al disavanzo del NHS. E c'è di più: i medici di medicina generale hanno la possibilità di escludere dalla rilevazione, in base al contratto sottoscritto, pazienti considerati non idonei per la misurazione degli indicatori di qualità (*exception reporting*).

I ricercatori di Manchester dimostrano, a questo proposito, che un piccolo numero di gruppi di medici raggiunge alti punteggi attraverso l'esclusione di un grande numero di pazienti: l'1% dei gruppi ha escluso più del 15% dei propri pazienti dalla rilevazione.

A questo punto piace ricordare un passaggio della dichiarazione che le Società scientifiche della medicina generale italiana hanno concordato in occasione dello Wonca 2006 di Firenze: "Il potenziamento della medicina generale effettuato sia sul piano strutturale e organizzativo, sia come sostegno e valorizzazione della cultura che essa esprime nell'approccio ai problemi di salute, rappresenta la migliore risposta possibile alla crisi di sostenibilità dei sistemi sanitari. Tale approccio non va snaturato in favore di una visione meramente efficientista e orientata alle patologie più che al paziente".