

## Governo clinico: la via della Asl di Brescia

**Giuseppe Belleri**

Medico di medicina generale  
Flero (BS)

*Il progetto di governo clinico, avviato da circa quattro anni nell'azienda sanitaria bresciana, ha messo i Mmg nella condizione di auto valutarsi offrendogli la possibilità di governare la qualità del proprio lavoro, con significativi risultati sia sul versante degli esiti clinici sia su quello economico-finanziario*

Quasi tutte le Asl inviano periodicamente ai medici di medicina generale report elaborati dai sistemi informativi aziendali che hanno raggiunto ormai una discreta qualità. Si tratta in genere di informazioni relative ai consumi di farmaci e di accertamenti diagnostici e quindi prevalentemente orientati al monitoraggio della spesa sanitaria.

In questi report mancano però correlazioni tra le prescrizioni effettuate dal generalista - spesso su input di terzi - e il loro impatto sugli esiti clinici in rapporto alla popolazione assistita, specie quella affetta da patologie croniche.

Si perdono così potenziali informazioni sulle pratiche assistenziali, mentre i medici di famiglia hanno la spiacevole sensazione di essere "controllati" da una sorta di grande fratello informatico, che però li aiuta ben poco a correggere carenze e a migliorare la qualità del proprio lavoro.

Per monitorare invece efficacemente le patologie croniche è necessaria una valutazione in itinere basata su:

- verifica dei processi a basso impatto sulla routine di tutti i giorni, per non intralciare l'attività ambulatoriale;
- indicatori semplici e strumenti di raccolta dati adeguati al set delle cure primarie;
- chiari Percorsi Diagnostico Terapeutici dedicati alla gestione delle patologie a elevata prevalenza.

Questo processo dovrebbe essere nella diffusione di report prevalentemente clinici per potere in-

trodotto gli opportuni cambiamenti in caso di scostamento dalle performances rilevate rispetto agli standard attesi.

### Una comunità di pratica "virtuale"

A queste esigenze ha tentato di rispondere il progetto di governo clinico della Asl di Brescia, probabilmente unico nel suo genere, avviato nel 2001 e entrato in piena attività nel 2005. Si tratta del tentativo di costruire una comunità di pratica "virtuale" a rete tra quanti condividono alcuni strumenti informatici:

- un qualsiasi programma gestionale idoneo a estrarre indicatori dalla cartella clinica individuale (architettura SQL);
- la connessione internet, l'iscrizione a una lista di discussione creata *ad hoc* per supportare il progetto (la mailing list UNIRE, sul server yahoo) e l'accesso ad una

pagina web dedicata alla raccolta degli "strumenti di lavoro" e dei dati prodotti da progetto (<http://spazioinwind.libero.it/reteunire/>).

### Un progetto aperto a tutti i Mmg

Il processo di governo clinico è accessibile a tutti a patto di osservare alcuni semplici criteri nella gestione dei dati e mettere in atto le procedure di estrazione degli indicatori che serviranno poi per l'elaborazione dei report individuali e collettivi.

A differenza dei tradizionali report delle Asl, a prevalente contenuto economico-finanziario, quelli del governo clinico consentono di correlare dati epidemiologici (prevalenza delle patologie croniche), indicatori di processo (parametri bioumorali e clinici), consumi farmaceutici e indicatori di esito (eventi cardiovascolari, ricoveri ecc.) nel corso del tempo e tra di-

### Le tappe del processo

1. Il singolo Mmg gestisce i propri pazienti secondo le indicazioni del PDT (diabete e ipertensione) inserendo gli opportuni dati nella scheda elettronica individuale.
2. Periodicamente, mediante la mailing list collegata al progetto, viene distribuita una query (interrogazione informatica in linguaggio SQL) mediante la quale sono estratti in pochi minuti gli indicatori di processo ed esito, inviati poi in forma anonima e criptata al centro di elaborazione.
3. Dopo alcune settimane il centro restituisce ad ogni medico le informazioni ricevute in forma di report personalizzato per l'auto-valutazione delle performances, in rapporto agli obiettivi del PDT.
4. Se il medico verifica delle carenze rispetto agli standard adotta le opportune iniziative per porvi rimedio, verificandone gli effetti con i report successivi. Se invece ha raggiunto gli obiettivi dovrà semplicemente continuare il proprio lavoro per mantenere i livelli qualitativi.

versi gruppi di partecipanti, per una sorta di benchmarking.

La gestione dei dati di processo/esito relativi a diabete, ipertensione e rischio cardio-cerebrovascolare - supportata da una preliminare fase di formazione *ad hoc* in piccoli gruppi sul territorio - ha consentito di portare a termine una vera *clinical governance*, vale a dire una sorta di audit permanente finalizzato all'auto valutazione e autocorrezione di eventuali carenze.

I medici di medicina generale della Asl di Brescia hanno risposto positivamente: al primo nucleo di una cinquantina di "sperimentatori" si sono via via aggiunti altri generalisti fino a raggiungere, alla fine del 2007, quasi la metà dell'intera popolazione medica della Asl provinciale (750 Mmg). L'elaborazione dei dati relativi al biennio 2006-2007 ha permesso di raccogliere frutti del capillare lavoro svolto nel precedente lustro ([www.aslbrescia.it](http://www.aslbrescia.it): notiziario "Assistenza Primaria"). Nell'arco di un anno è stato possibile documentare miglioramenti statisticamente significativi, rispetto ai primi report, riguardo a:

- registrazione dei dati anamnestici (% di registrazione del fumo di sigaretta, BMI, ecc.) e di processo (PA, glicemia, Ecg, emoglobina glicata, colesterolo ecc.);
- indicatori epidemiologici (prevalenza di ipertensione, diabete, calcolo del rischio cardiovascolare, ecc.);
- indicatori di esito (numero di eventi, % dei pazienti a target per PA, glicemia, emoglobina glicata, colesterolo totale, HDL, ecc.).

### ■ Applicazione e metodologia

Grazie all'esperienza del primo biennio, a dimostrazione della validità del progetto, è stato possibile realizzare anche una valutazione complessiva dell'impatto sui consumi di risorse sanitarie e, indirettamente, sugli esiti assistenziali. I dati dei report individuali sono stati correlati con quelli ricavi-

vati dalla Banca Dati Assistito (BDA) della stessa Asl, che riguardano tre capitoli: il numero dei ricoveri, la spesa per accertamenti e la spesa farmaci.

Per fare emergere eventuali differenze statisticamente significative sono stati scorporati e confrontati i dati relativi a tre gruppi di medici:

- **gruppo 1:** il primo nucleo di aderenti al progetto (76 "sperimentatori");
  - **gruppo 2:** 234 Mmg che hanno aderito in un secondo tempo;
  - **gruppo 3:** 382 Mmg restanti della Asl provinciale nel ruolo di gruppo controllo, si tratta di medici che non hanno partecipato alle trasmissioni di report informatizzati per il governo clinico.
- Tra le tre sottopopolazioni individuate - rispettivamente composte da circa 116.000, 340.000 e 520.000 assistiti - sono stati confrontati:
- Presa in carico per diabete (2003-2007) e ipertensione arteriosa (2003-2006) (*Fonte BDA*).
  - Numero medio di ricoveri per tutte le cause (2003-2006) (*Fonte BDA*).
  - Numero medio di ricoveri per problemi cardiocerebrovascolari (2003-2007). (*Fonte Schede di Dimissione Ospedaliera*).
  - Consumo pro-capite lordo di risorse sanitarie dal 2003 al 2006 (spesa totale, spesa per ricoveri,

spesa per farmaceutica, spesa per specialistica) (*Fonte BDA*).

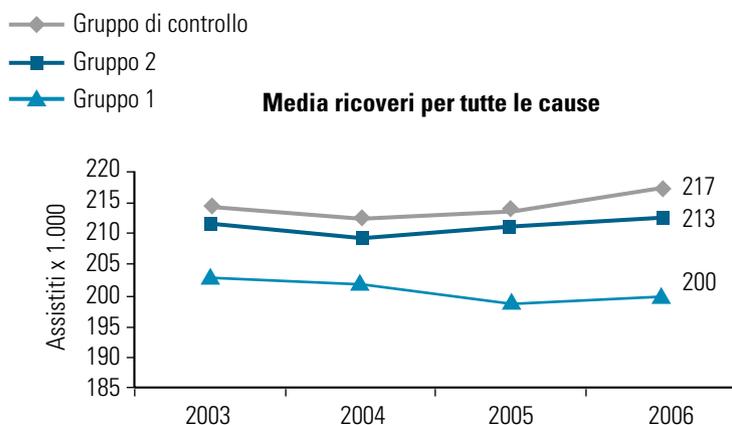
Dal punto di vista strettamente economico le differenze più significative sono emerse riguardo all'analisi dei dati inerenti ai ricoveri, mentre per la spesa farmaceutica e specialistica non sono state riscontrate differenze altrettanto significative tra i diversi gruppi. Sia il numero medio di ricoveri per tutte le cause nella popolazione adulta (>20 anni, dati BDA) sia quelli per patologia cardiocerebrovascolare (identificati attraverso i codici ICD9: 410-414 per gli eventi coronarici e 430-438 per gli eventi cerebrovascolari da dati SDO 1998-2007) sono risultati inferiori nel gruppo 1 rispetto al gruppo di controllo (per eliminare eventuali differenze d'età e di sesso tra le popolazioni dei 3 gruppi di assistiti i valori sono stati sottoposti a regressione lineare multivariata per ogni singolo anno) (*figura 1*).

### ■ Indicazioni di massima

Dall'analisi statistica complessiva si possono ricavare alcune indicazioni di massima relative a un più efficiente ed efficace *disease management* da parte dei medici di medicina generale appartenenti al gruppo 1 e, in minor misura,

**Figura 1**

#### Media aggiustata di ricoveri per mille assistiti nel periodo 2003-2006 per i 3 gruppi di Mmg



del gruppo 2, così riassumibili:

- la prevalenza di diabetici e ipertesi presi in carico è significativamente maggiore, indice di una gestione più sistematica e più attenta dei malati cronici;

- il tasso di ospedalizzazione è significativamente minore, sia per tutte le cause che per le sole patologie cardiocerebrovascolari, con un divario che tende ad incrementare nel tempo, con un evidente significato in termini di salute;

- la spesa pro capite lorda totale (ricoveri più specialistica più farmaceutica per il totale degli assistibili) risulta significativamente più bassa, con tendenza a divaricarsi ulteriormente nel tempo.

Sebbene questi esiti siano in parte correlati ad una pre-selezione dei medici di medicina generale (i più "virtuosi" partecipano di più anche al governo clinico) vi è evidenza di un miglioramento più accentuato nell'ultimo periodo per il

gruppo 1 (consumo di risorse, ricoveri ecc.) e di un miglioramento nel gruppo 2, in concomitanza allo sviluppo del processo di governo clinico. Anche se va precisato che la suddivisione dei Mmg in 3 gruppi ha un significato in termini di popolazione del gruppo e non in termini di singolo medico di medicina generale.

### ■ Un salto di qualità

Nel complesso l'esperienza accumulata negli anni dal governo clinico della Azienda sanitaria locale di Brescia ha consentito di fare un salto di qualità metodologico e pratico rispetto ai "vecchi" report delle Asl. Il medico di medicina generale aderente al progetto è stato messo nelle condizioni di auto-valutarsi e quindi di governare la qualità del proprio lavoro, che significa aggiustare in continuazione la rotta della nave in

funzione delle informazioni raccolte, con significativi risultati dimostrati empiricamente sia sul versante degli esiti clinici sia su quello economico-finanziario.

### BIBLIOGRAFIA

- AA VV. Governo Clinico. Il Pensiero Scientifico, Roma, 2004.
- Brignoli O. Clinical governance. A che punto siamo? *Media* 2006; 6: 19-26. Pacini Editore, Pisa.
- Casolari L, Grilli R. Il governo clinico del sistema sanitario, in AA VV "La gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie", Il Pensiero Scientifico, Roma, 2006.
- Magoni M. Governo Clinico: l'impatto sulla presa in carico degli assistiti e sul consumo di risorse sanitarie. *Asl di Brescia Assistenza Primaria* 2008; 11: 1-2 e 5.
- Medea G. et al. Audit e miglioramento della qualità dell'assistenza del paziente diabetico: primi risultati del Progetto Governo Clinico Asl di Brescia - Rete UNIRE Simg, *Media* 2008; 1: 1-8 Pacini Editore, Pisa.
- Secretary of State for Health. A first class service. London, UK, Department of Health, 1998.