

Dote Lombarda tra deontologia e nuova cultura del controllo

L'obiettivo del progetto della Lombardia - che ha suscitato un acceso dibattito nella professione - è mettere a disposizione dei Mmg di Bergamo, Brescia, Cremona e Milano 2 - in forma sperimentale per il 2009 - una "dote sanitaria", cioè un'assegnazione

di risorse aggiuntive per ciascun assistito sulla base di specifiche patologie croniche con cui il medico dovrebbe garantire di seguire il percorso del proprio paziente in ogni fase della cura, anche in caso di ricovero ospedaliero.

Giuseppe Belleri e Monica di Sisto

Con la Delibera della Giunta Regionale lombarda n. 8501 del 26/11/2008 - a cui la Regione Lombardia ha affidato alcune nuove regole di gestione della sanità del territorio - è la prima volta che viene utilizzata nel settore sanitario una metafora come quella della dote, che ha un suo preciso significato di derivazione 'antropologica': "l'insieme dei beni che la famiglia di una sposa conferisce allo sposo con il matrimonio che, con il prezzo della sposa è alla base delle trattative matrimoniali della maggior parte delle culture tradizionali".

Secondo la Regione la "dote sanitaria" consisterà in "pacchetto finanziato di attività per permettere ai Mmg e ai pediatri di libera scelta di gestire i percorsi di cura delle patologie croniche.

"Il punto di partenza - ha precisato l'assessore lombardo alla Sanità, **Luciano Bresciani** - è statistico: per stabilire l'entità dei finanziamenti ci rifaremo infatti ai dati contenuti nelle nostre banche dati. Poi non escludo correttivi. Nel senso che se la dote si esaurisce, potremmo ricaricarla a seguito di opportune valutazioni. Il medico dovrà avere un ruolo di tutor del paziente, tale riorganizzazione lo responsabilizza, ma lo mette nelle condizioni di maggior autorevolezza anche nei rapporti con gli specialisti ospedalieri" Ma l'Ordinamento

dei Medici di Milano, recentemente rinnovato, ha preso posizione contro la Delibera.

Contro è anche Snam Lombardia, secondo cui tale provvedimento potrebbe finire per "obbligare i cittadini affetti da alcuni tipi di malattie croniche a curarsi presso un determinato gruppo di Mmg e specialisti". "I risparmi realizzati - spiegano ancora sul sito del sindacato - sarebbero poi corrisposti al gruppo". Per capire meglio, però, scendiamo nel dettaglio della norma a cui, attraverso il lancio del bando per la presentazione dei progetti di implementazione della dote, sono stati portati dei correttivi.

Come funziona

Nonostante le ripetute esperienze negative sia in Italia sia all'estero (*fundholding* britannico), i limiti intrinseci delle logiche di budget applicate al territorio e la bocciatura da parte del TAR Campania di un'analogia delibera nel 2004, la Regione Lombardia tenta nuovamente la strada della contabilità analitica applicata alla medicina generale, nel senso di un insieme di linee guida o tetti di spesa per la predefinizione e il controllo dei consumi sanitari.

Nell'allegato 9 al DGR 8501 del 26/11/2008 si legge: "è possibile ipotizzare una sperimentazione con l'assegnazione di una dote a gruppi di Mmg,

ovvero a comunità di professionisti (...). L'ammontare della dote assegnata ad ogni gruppo è definito con l'utilizzo della Banca Dati Assistito e di costi standard che sono determinati dal numero e dalla tipologia degli interventi previsti dai Percorsi diagnostico terapeutici e assistenziali (Pdta) e dal numero di pazienti affetti da patologia cronica". Insomma, la cosiddetta dote viene definita attraverso uno strumento (appunto la BDA) in uso in Regione Lombardia dal 2003 e che integra, ai fini del controllo della congruità dei costi del Ssr, informazioni disponibili nelle basi dati delle prestazioni sanitarie fruite dagli assistiti. Nei report compilati dai medici ogni cittadino, infatti, viene ricondotto a una sola patologia definita come principale e rispetto alla quale sono compilate diverse schede di rilevazione dei suoi consumi sanitari. La BDA è stata costruita in un'ottica di budget, quindi gli assistiti reclutati sono quelli considerati "governati".

Gli assistiti "governati" sono dunque tutti quelli rispetto ai quali il decisore può accedere a un set minimo di informazioni anagrafiche e in carico a un medico di medicina generale o pediatra di libera scelta. Su questa base, secondo l'allegato al DGR, il gruppo di medici, "che può anche avere dei compiti negoziali con gli erogatori, coordinandosi con la Asl, diventa il vero riferimento della patologia cronica con compiti di integrazione lo-

cale dei servizi, di supporto terzo per gli assistiti e di valutazione e monitoraggio della appropriatezza dei percorsi diagnostico-terapeutici". A consuntivo, spiega ancora l'allegato, "sarà verificato, a cura del Distretto, per singolo paziente preso in carico, il livello di completezza del percorso e l'ammontare della quota di dote utilizzata".

Sulla base dei risultati misurati saranno definiti gli incentivi da assegnare al gruppo di medici di medicina generale, ricomprendendo anche eventuali contributi per l'acquisto di strumentazioni o di acquisizione di personale di studio.

La dote sarà dunque:

- attribuita solo a gruppi di Mmg già costituiti ed evidentemente dotati di infrastrutture organizzative e adeguati sistemi informativi di monitoraggio dei consumi e delle prescrizioni;

- riguarderà solo le prestazioni di specialistica ambulatoriale del paziente cronico, con particolare riguardo alla gestione del follow-up di diabete, ipertensione e TAO, in riferimento ai relativi Pdta;

- tutti i componenti del gruppo devono partecipare alla sperimentazione;

- dovrà coinvolgere complessivamente non più di 70-100 medici per ciascuna Asl;

- ogni gruppo dovrà partecipare per almeno 3 Pdta dei 4 proposti (diabete, ipertensione, BPCO, terapia anticoagulante orale);

- una condizione di preferenza è rappresentata dalla possibilità di avere un'integrazione informativa tempestiva e strutturata tra il gruppo di Mmg e la Asl.

■ Passi indietro sui controlli dei Pdta

Altro tema preso in considerazione dalla delibera sulla gestione del Ssr nel 2009 è quello dei percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali. Come noto questo strumento professionale nasce con l'intento di ottimizzare il contributo che i professionisti di I e II livello possono fornire alla gestione integrata delle principali patologie croniche.

La finalità di un Pdta è aumentare

la qualità di cura, migliorare gli esiti della malattia, promuovere la sicurezza e ottimizzare l'uso delle risorse. Tuttavia non sempre i risultati ottenuti con l'applicazione sul campo sono risultati all'altezza delle aspettative. Secondo alcune ricerche, infatti, solo il 25-30% dei soggetti affetti da patologia cronica può essere adeguatamente considerato "in percorso".

La Delibera lombarda individua come principale criticità per lo sviluppo dei Pdta la difficoltà di monitorare i risultati conseguiti.

Da qui la proposta pratica, inizialmente contenuta nell'allegato 7 delle determinazioni per il 2009, di sottoporre a controllo attivo almeno il 5% dei Pdta dei pazienti cronici per verificare alcuni indicatori significativi relativi alla loro applicazione, nel rispetto dei rispettivi Lea. Il monitoraggio attivo dei Pdta avrebbe dovuto riguardare gli aspetti farmacologici (per esempio, tipologia, posologia, continuità) il follow-up (specificità, periodicità degli esami strumentali previsti), la sicurezza del paziente (controindicazioni, interazioni tra farmaci ed esami di controllo), nonché la valutazione economica (utilizzo farmaci equivalenti, eventuale shift da molecola non equivalente a molecola equivalente e viceversa). La Delibera lombarda aveva così individuato come strumento di verifica dell'applicazione dei Pdta la Banca Dati Assistito (BDA), nata proprio con l'intento di conoscere, valutare e monitorare lo stato di salute, i percorsi di cura e i consumi degli assistiti lombardi. Un successivo correttivo rispetto ai contenuti della delibera di fine novembre è tuttavia intervenuto in sede di lancio del bando per la presentazione dei progetti di implementazione della dote da parte del decisore regionale:

- è stato eliminato il riferimento agli specialisti nella gestione della dote, che resta quindi tutta a carico del Mmg, ad onta del fatto che un consistente numero di prescrizioni diagnostiche e di farmaci per il trattamento delle patologie croni-

che sono suggeriti dalle strutture di II livello;

- nella dote è compresa anche la spesa farmaceutica, che era assente nella delibera di novembre, dove compariva solo la specialistica ambulatoriale per il monitoraggio delle patologie croniche;

- resta il riferimento a gruppi di Mmg, non meglio definiti dal punto di vista numerico e funzionale, che avranno il compito di gestire la dote; sono esclusi quindi dal progetto la stragrande maggioranza dei Mmg singoli che hanno aderito in questi anni alle varie iniziative locali di governo clinico;

- non viene più citata la BDA come "strumento fondamentale da utilizzare per effettuare le verifiche" dei Pdta sul territorio nella misura del 5%, mentre compaiono non meglio identificati indicatori di esito per monitorare la presa in carico, la compliance e gli eventi sentinella.

Sia nella Delibera che nella Circolare esplicativa non esistono riferimenti a eventuali finanziamenti delle sperimentazioni da attuare nelle Asl lombarde, mentre i gruppi dovranno aderire a scelta a tre dei quattro Pdta proposti.

Ai fini dell'avvio della sperimentazione le Asl interessate dovevano presentare i progetti entro il 24 dicembre 2008 e quindi le organizzazioni di categoria potrebbero aver avuto pochi margini per negoziare la composizione e le modalità di partecipazione dei gruppi. Anche se non sono ancora definiti i dettagli pratici della sperimentazione, il progetto di dote potrebbe rappresentare un passo indietro rispetto alle iniziative di governo clinico attuate in questi anni in alcune realtà locali, come per esempio quella dell'Asl di Brescia (M.D. 2008; 37: 9-11).

■ Le obiezioni dell'Ordine di Milano

Questo meccanismo, nonostante gli aggiustamenti in corso d'opera, ha scatenato l'obiezione dell'OMCEO milanese che ha inviato una missiva di fuoco al presidente della Regione Lombardia, all'assessore alla

Sanità, al direttore generale Sanità della Regione e, per conoscenza, ai direttori generali e sanitari delle Asl di Milano e Provincia. A parere del Consiglio, infatti, "il contenuto di questa disposizione è in contrasto con quanto disposto dall'art. 27 del vigente Codice di Deontologia Medica che si riporta di seguito: "La libera scelta del medico e del luogo di cura da parte del cittadino costituisce il fondamento del rapporto tra medico e paziente", ma anche che "è vietato qualsiasi accordo tra medici tendente a influire sul diritto del cittadino alla libera scelta". E questo è un principio importante da ribadire, considerato che è sempre più invalsa la convinzione che le forme associative tra

medici servano per intercettare, orientare e indirizzare i percorsi dei pazienti a fini di risparmio.

Tuttavia, l'aspetto di maggiore criticità secondo l'Omceo milanese riguarda la violazione dell'articolo 31 del Codice deontologico paventata dalla struttura ordinistica, che recita: "Ogni forma di comparaggio è vietata".

"In nessun modo questo Ordine professionale - si ribadisce - potrà consentire che eventuali risparmi, realizzati nella cura e nell'assistenza del paziente, siano utilizzati per remunerare il lavoro dei professionisti medici coinvolti nel progetto". E dunque una volta di più si ribadisce che se si sceglie un percorso terapeutico piuttosto di un altro è

importante che lo si faccia per migliorare la qualità delle cure offerte, alla luce di scienza e coscienza, e non per risparmiare, soprattutto se per farlo si sventolano potenziali banconote davanti agli occhi dei medici. Leggere, dunque, gli incentivi prospettati dalla Parte Pubblica come forme di pressione, e addirittura di comparaggio, è un'innovazione legale importante che qualora fosse avallata sul piano della giurisprudenza porrebbe un precedente sensazionale per le contrattazioni prossime venture. Il sottile crinale tra incentivo e scambio illecito dovrebbe essere determinato, infatti, con maggiore chiarezza rispetto ad oggi.

Le scelte alternative della Regione Piemonte

Anche il Piemonte ha introdotto lo strumento dei Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (Pdta), accompagnato da una pubblicazione di raccomandazioni per la loro implementazione rivolte ad aziende e strutture del Ssn, per consentire loro di "migliorare la costanza, la riproducibilità e l'uniformità delle prestazioni erogate e, nel contempo, prevedere e quindi ridurre l'evento straordinario, facilitando la flessibilità e gli adattamenti ai cambiamenti". I Pdta sono quindi modelli locali che, sulla base delle linee guida e in relazione alle risorse disponibili, consentono un'analisi degli scostamenti tra la situazione attesa e quella osservata in funzione del miglioramento della qualità. Si tratta, in pratica, di strumenti che permettono all'azienda sanitaria di delineare, rispetto a una patologia o un problema clinico, il miglior percorso praticabile all'interno della propria organizzazione.

Il Pssr 2007-2010 del Piemonte, relativamente alle attività sanitarie prevede, tra le linee di tendenza, lo sviluppo dell'organizzazione per processi per tutte le principali attività, anche attraverso l'attuazione

di percorsi assistenziali condivisi, allo scopo di "superare la frammentazione territoriale" e potenziare "le forme di aggregazione e integrazione". Identificati i traguardi assistenziali e gli *outcomes* attesi, il "percorso di riferimento" rappresenta, sulla base delle linee guida dell'Ebm/Ebn e del percorso ideale, la migliore sequenza temporale e spaziale possibile delle attività da svolgere nel contesto di una determinata situazione organizzativa e di risorse. Dopo aver identificato i traguardi assistenziali e gli *outcomes* attesi ed aver focalizzato ogni singola attività sul paziente, deve essere definita la successione temporo-spaziale delle azioni necessarie e realizzabili; le azioni ritenute non necessarie o ridondanti saranno eliminate in accordo con l'obiettivo di ottenere il miglior risultato (efficacia), di utilizzare la miglior pratica clinica (appropriatezza) e di ottimizzare risorse e tempi (efficienza). È un gruppo di lavoro che applica il progetto, con la presenza però di un membro dello staff di coordinamento aziendale, gruppo a cui nella pratica tocca ridefinire il processo di diagnosi e di cura per la patolo-

gia, selezionando il migliore Pdta/Pic attuabile nello specifico contesto aziendale e/o del Ssr in relazione alle indicazioni Ebm/Ebn e alle risorse disponibili.

L'Agenzia regionale per la salute del Piemonte, inoltre, lascia aperta la questione della verifica dei Pdta. In linea generale, più che controlli cartacei burocratici, suggerisce "che sia prevista una specifica modalità che affianchi, a momenti estemporanei e informali, un'attività di valutazione sistematica e condotta secondo uno specifico modello di lavoro, quale quello dell'audit, sia esso clinico od organizzativo".

L'audit si concretizza, così, in una "iniziativa condotta da professionisti che cerca di migliorare la qualità e gli *outcome* dell'assistenza attraverso una revisione strutturata tra pari, per mezzo della quale i professionisti stessi esaminano la propria attività e i propri risultati, in confronto a standard espliciti, e la modificano se necessario".

Un approccio di controllo clinico, e non poliziesco, che si consiglia di considerare anche alla Regione Lombardia. (m.d.s)