

Appropriatezza: la parola ai medici

Gianluca Bruttomesso

L'appropriatezza prescrittiva di farmaci e accertamenti diagnostici deve diventare sempre più il pane quotidiano della professione. I suoi standard dovrebbero derivare direttamente dall'attività dei Mmg. È quanto emerge da un corso Ecm su tale argomento, organizzato dall'OMCeO di Pavia

Il termine "appropriatezza" nato circa 25 anni fa, è entrato solo nel 2006 nel Codice Deontologico (art. 6 e art. 13). Secondo **Pietro Claudio Rovescala**, membro del Consiglio dell'OMCeO di Pavia, l'appropriatezza "valuta i benefici attesi o probabili degli atti medici in relazione ai costi certi che la loro scelta comporta rispetto alle risorse disponibili". Quindi essa può essere vista sotto due ottiche diverse: una clinica e una sanitaria. La prima è propria della medicina generale che definisce, infatti, il comportamento congruo del Mmg rispetto alle necessità dell'individuo. La seconda, invece, prende in esame il percorso diagnostico e terapeutico adottato, i dati degli esiti e i costi definiti all'interno di procedure standard secondo linee guida che spesso differiscono da quelle dei clinici. Per Rovescala: "l'applicabilità degli studi non è mai esattamente ripetibile nell'ambulatorio dei Mmg. Purtroppo, da alcuni amministratori pubblici, l'appropriatezza non è vista, come un elemento di razionalizzazione, ma solo di contenimento". Non è il caso, però, di Pavia o di Brescia, dove alcune esperienze sul campo - presentate durante il corso Ecm dell'OMCeO di Pavia: "Appropriatezza prescrittiva di farmaci e di accertamenti diagnostici da parte di Mmg, Pls ed erogatori" - danno atto di realtà in cui l'appropriatezza è diventata esercizio quotidiano nel lavoro integrato di Asl, Mmg, reti sanitarie. In provincia di Pavia, per esempio, sono operativi da cinque anni undici Gruppi di cure primarie (GCP) con 52 medici che seguono pazienti ipertesi e diabetici di gruppo II, applicando percorsi diagnostici terapeutici concordati con la Asl e gli specialisti del settore presso gli studi dei Mmg: un unico accesso

all'ambulatorio per gli ipertesi e quattro controlli annuali per i diabetici, dietro chiamata del personale di studio. Da alcuni questionari di *customer satisfaction* è emerso che questo tipo di attività è gradita dai pazienti e offre una serie di vantaggi: una ridotta dispersione dei malati in vari centri specialistici e la possibilità, per il Mmg, di controllare periodicamente lo stato clinico e le terapie erogate.

■ L'esperienza di Brescia

A Brescia, invece, è in atto un percorso di "miglioramento continuo" attraverso la definizione di indicatori di qualità e la misurazione ripetuta dei processi di cura relativi ad alcune patologie definite "traccianti" (ipertensione arteriosa, diabete, BPCO, scompenso) che rappresentano il 20% delle problematiche di pertinenza della medicina generale, ovvero l'80% del consumo di risorse sanitarie. Per stabilire quale fosse tale consumo le Asl hanno messo a punto un sistema di monitoraggio su farmaci, specialistica ambulatoriale, Pronto soccorso, ricoveri e su una rete di banche dati degli assistiti che potesse definire il *casemix* epidemiologico del singolo professionista in confronto con la media degli altri medici di Asl e distretto. Dal canto suo, la MG di Brescia ha poi messo in atto un innovativo meccanismo di identificazione e controllo degli indicatori di qualità dei processi di cura: si tratta di "Unire", una rete virtuale di Mmg, operativa dal 2001, che lavorano in modo omogeneo attraverso l'applicazione dei percorsi diagnostico-terapeutici approvati dalle Asl tramite una medesima cartella clinica elettronica strutturata per problemi. In pratica, ogni volta che un gruppo o un singolo

medico aderente individua un tema da sviluppare, è elaborato un protocollo di ricerca, poi a ogni utente è inviata via email una procedura che permette l'estrazione e l'installazione di alcuni dati sul proprio computer; infine il medico può inviare i risultati ottenuti a tutto il resto del gruppo. Un processo con cui i Mmg hanno visto il loro operato tradotto in indicatori e informazioni quantificate che ha offerto l'opportunità di individuare in modo sistematico i malati cronici, coinvolgendo un numero crescente di medici.

L'Asl di Brescia poi ha raggruppato gli assistiti in tre sottopopolazioni, in base al livello di partecipazione del loro Mmg ai processi di miglioramento, indagando sulla presa in carico di diabetici e ipertesi, sul tasso di ospedalizzazione per le altre patologie e in generale sul consumo di risorse sanitarie per ricoveri, assistenza specialistica e farmaceutica. Gli esiti derivanti dal gruppo di Mmg che partecipano da più tempo all'indagine sono incoraggianti: la prevalenza di diabetici presi in carico è risultata maggiore, il tasso di ospedalizzazione minore, la spesa pro capite lorda totale molto più bassa.

Alla luce di queste esperienze e considerato il fatto che il sistema sanitario è a copertura nazionale, ma vi sono notevoli differenze a livello regionale, Rovescala ha lanciato una proposta, quella di lavorare per creare una commissione regionale per l'appropriatezza in grado di definire percorsi derivati dalla professione medica e non da studi esterni. Solo così, forse, i professionisti potranno operare, pur tra mille problemi derivati dalla crisi economica in atto, scelte eque e coerenti che possano tenere conto sia delle esigenze economiche dell'appropriatezza sia delle necessità cliniche del malato.