



Di che cosa parliamo in questo Congresso

Donatella Alesso

DALLA PRESTAZIONE ALLA PERFORMANCE

Chi lo dice?

... le cure primarie stanno affrontando un insieme di fattori che potrebbero essere definiti disastrosi ...

... i pazienti sono sempre più insoddisfatti delle difficoltà di accesso ai servizi territoriali ...

... molti MMG sono insoddisfatti del loro lavoro e sembra loro di affrontare richieste insormontabili ...

... sempre meno studenti di Medicina stanno scegliendo di frequentare i corsi per diventare Medici di Famiglia ...



“*Will it survive?*”

*T. Bodenheimer, New England Journal Of Medicine
agosto 2006*

Thomas Bodenheimer in un articolo di dal titolo “*Will it survive?*”, nell’agosto 2006, paventava la scomparsa delle “Primary care”.

L’autore sosteneva

- che il futuro della Medicina Generale è legato alla capacità di rispondere adeguatamente alla **sfida delle malattie croniche**

- attraverso radicali cambiamenti nella cultura dei medici

- nell’organizzazione delle loro attività.

- che in assenza di cambiamenti rapidi le cure primarie saranno affidate alle professioni sanitarie non mediche.



Osservazioni che riguardano solo gli USA?

L'impellenza di un profondo rinnovamento culturale e organizzativo dei medici di famiglia è diffusa in molti Paesi.

Le necessità evidenziate da *Bodenheimer* sono ampiamente condivise dai *General Practitioners* inglesi, che nel loro documento del 2007 "*The Future Direction of General Practice*" fanno valutazioni molto simili.

Anche in Italia peraltro questo bisogno è molto sentito e le problematiche sono ben presenti, come dimostra il documento FIMMG del 2007, "La Ri-fondazione della Medicina Generale".



Malattie croniche

Dove e come conviene curarle?

Affrontare il rapido aumento delle malattie croniche e l'invecchiamento della popolazione richiede un cambio di strategia del sistema sanitario

Poiché in sanità l'offerta crea la domanda, il modello dei servizi, fortemente incentrato sul ricovero, favorisce una domanda distorta, specie nell'ottica di bilanciare controllo dei costi e qualità dei servizi.

Spostare l'attenzione dall'ospedale al territorio significa organizzare modelli di servizio personalizzati, a geometria variabile, che costituiscano una rete, coinvolgendo strutture e figure professionali diverse a seconda dei bisogni del malato.

La gestione del disagio socio-sanitario deve essere basata su analisi dei bisogni e su protocolli validati di cura, con intensi i flussi comunicativi fra differenti unità.



Conseguenze per le cure primarie

L'organizzazione della medicina di famiglia ha dovuto affrontare

- la necessità di sviluppare un “*disease management*” nel trattamento delle cronicità (es. *Chronic Care Model*)
- la diffusione dei principi e delle tecniche di controllo della “qualità” delle cure (es: *Quality Assurance in Health Care*).

I medici di famiglia hanno dovuto confrontarsi con nuovi concetti e con altri impegni: **evidence-based medicine**, linee-guida, **percorsi diagnostico-terapeutici**, **appropriatezza prescrittiva**, **indicatori** di struttura/processo/esito e relativi **obiettivi**.

Si è anche dovuto utilizzare un differente modo di remunerazione (*pay-for-performance*) basato su **indicatori**, che possono identificare e **premiare** i gruppi di medici con i migliori risultati e quindi destinato a incidere profondamente sull'organizzazione delle attività.



Modelli di servizi sanitari e remunerazione

Fino ad allora, l'organizzazione della sanità pubblica si ispirava principalmente a 2 modelli:

- **modelli mutualistici “Bismarck”** (Germania , Francia, Canada)
 - non prevede la scelta di un medico di fiducia
 - prevede il **pagamento a prestazione** (*fee for service*)
 - incentiva la produzione di servizi
- **modelli universalistici “Beveridge”** (Italia, Regno Unito)
 - comporta la scelta del paziente di un medico “di fiducia” che garantisce la presa in carico “globale” e il *gatekeeping*
 - Prevede il **pagamento a quota capitaria** (*capitation*)
 - induce nei medici un comportamento molto meno interventista



Effetti del disease management

Con l'aumento delle malattie croniche , in molti paesi, si sono sviluppate e integrate ai differenti sistemi sanitari e relative modalità di compenso :

- iniziative di disease management (es. **Chronic Care Model**)
- valutazione degli esiti sulla salute della popolazione (es: **Quality Assurance in Health Care**).,
- sviluppo di un nuovo tipo di remunerazione dei MMG (**pay for performance – P4P**)

La diffusione del disease management, del controllo di qualità e del P4P ha costituito nel sistema delle cure primarie e della medicina generale, laddove è stata realizzata, una potente innovazione.



Punti di forza

Tutto ciò ha prodotto fondamentali trasformazioni nelle attività dei medici di famiglia:

- rafforzamento dello staff, con il contributo del personale
- qualificazione delle strutture
- miglioramento della qualità dell'assistenza
- introduzione dell'audit clinico,
- potenziamento dei sistemi informatici (uso di registri di patologia, sistemi di allerta per il richiamo dei pazienti, efficienti sistemi di auto-valutazione)
- riduzione delle diseguaglianze nell'accesso ai servizi. (Gli indicatori di performance sono infatti migliorati maggiormente nelle aree più deprivate a dimostrazione che la sanità d'iniziativa riesce a raggiungere fasce di popolazione più a rischio).



Punti di debolezza

L'elemento più critico del metodo è la scelta degli indicatori di performance, in funzione dell'incentivazione economica.

▪“... appare probabile che la gestione di pazienti con patologie come diabete e scompenso cardiaco migliorerà. Tuttavia è possibile che si producano ... il sovratrattamento delle condizioni monitorizzabili e la ridotta attenzione a problemi non monitorizzabili, ma non per questo meno importanti per il paziente.” *(I.Heath, GP, editorialista BMJ)*

▪gli indicatori di performance sono quasi tutti legati alla gestione di singole malattie

▪raramente tengono conto della **co-morbilità** che invece interessa la maggioranza dei pazienti cronici.

▪inoltre **non premiano** la capacità di lavorare sui problemi del paziente, sulla personalizzazione e la continuità delle cure



CRITICITA'

➤ Utilizzo esagerato di misure “surrogate” di outcome nella valutazione dei risultati, come sostitutive di hard end point funzionali.

(The idolatry of the surrogate articolo del BMJ mette in guardia dall'uso sconsiderato di misure surrogate di outcome).

➤ Dopo 10 aa di esperienza, si osserva che il modello del Chronic Care Model, è stato usato e ha funzionato bene nella gestione di singole malattie in primis il diabete, diventando però inevitabilmente disease-centered

(vi era la necessità di trovare indicatori di performance che fossero rapidamente misurabili per valutare le performance dei professionisti di qui la pioggia di indicatori di processo e surrogati di outcome per singola patologia misurabili in 12 mesi -mentre la Germania ha impiegato 4 anni per produrre i primi hard end point per il diabete)



CORREZIONI

L'American College of Physicians ha approvato nel 2007 un Manifesto etico dal titolo "**Pay-for-performance principles that promote patient-centered care**" dove si legge:

“Le misure di qualità dovrebbero rendere riconoscibile l’assistenza globale d’eccellenza.

- *Esse devono premiare l’efficace gestione delle forme complesse di co-morbilità, che*
 - *vengano incontro ai bisogni di supporto e di comunicazione dei pazienti,*
 - *garantiscano la continuità dell’assistenza e gli altri elementi distintivi dell’assistenza globale*
- *Tutti gli indicatori devono sostenere e valorizzare un’appropriata assistenza al paziente e la relazione medico-paziente.*



Il problema degli indicatori

È sicuramente più facile trovare indicatori per valutare la riuscita di un difficile intervento chirurgico che quelli per valutare il mantenimento di una qualità di vita autonoma accettabile in una persona anziana con pluripatologie croniche. Ma anche ciò fa parte della sfida che la complessità dell'individuo lancia a chi si occupa di sanità.



Una opportunità per la Medicina Generale

- Il Servizio Sanitario Nazionale tuttora non ha trovato una valida soluzione nella lotta contro le malattie croniche.

- Disease management, controllo di qualità e pagamento per performance (P4P) possono **rappresentare per la Medicina Generale la possibilità di essere il pilastro centrale nella gestione della cronicità.**

- Tale posizione necessariamente deve poggiare sulla alleanza con i propri assistiti e con un ampio numero di figure professionali

- E deve fondarsi sulla “*accountability* (ovvero la capacità di rendere conto con dati alla mano, in ogni momento, dei risultati del proprio lavoro).



Esperienze di Disease management

In molti Paesi, con tipologie di sanità diverse tra di loro, sono stati condotti esperimenti di Disease Management e valutazioni delle performance, con risultati decisamente positivi e soddisfacenti.

• **negli USA si è realizzato il primo esperimento su larga scala** nel programma assicurativo pubblico VHA (circa 5 milioni di militari attivi e pensionati). Il punto centrale fu l'uso sistematico di indicatori per monitorare la performance a vari livelli, dalla qualità delle cure alla soddisfazione dei pazienti

Oggi altre organizzazioni USA hanno adottato il programma

• **nel REGNO UNITO QOF (*Quality and Outcome Framework*)** indica un nuovo sistema basato su obiettivi di performance, rappresentati da 76 indicatori di qualità clinica nella cura di malattie croniche e 70 indicatori relativi all'organizzazione dell'assistenza e all'esperienza dei pazienti: **partecipazione dei GP 99,8%, raggiungimento degli obiettivi >90%.**



Esperienze di Disease management

•**GERMANIA:** il *Disease Management Programme*, DMP è stato introdotto su scala nazionale. **La realizzazione del programma è incrementale, con introduzione graduale di malattie croniche.** La partecipazione di medici e pazienti è volontaria, ma il programma è molto diffuso e praticato. Uno studio di controllo a 4 anni, tra pazienti diabetici del DMP e pazienti seguiti con assistenza di routine ha mostrato significative differenze tra i due gruppi, sia nella mortalità che nelle principali complicazioni.

•**ITALIA:** sono state condotte varie esperienze, in atto ormai da anni, in varie Regioni, con il coinvolgimento di numeri molto variabili di medici e pazienti. Come esempi:

- Chronic Care Model (Toscana), che coinvolge il 29,7% della popolazione delle zone interessate

- CREG (Lombardia), con il coinvolgimento di 5 ASL

- Gestione Integrata del Diabete (Piemonte) con 67% di MMG aderenti e ospedalizzazione < del 21,3% e < costo del 7,9% rispetto al passato.



MMG e cronicità

- I medici di medicina generale in Italia, da anni stanno candidandosi alla gestione territoriale dei pazienti cronici
- I congressi annuali di FIMMG/Metis dal 2007 sono stati regolarmente dedicati alla cronicità, alla medicina proattiva, alla prevenzione e alla diagnosi precoce.
- Sono stati realizzati studi, sperimentazioni con importanti risultati positivi laddove vi è stato impegno della parte pubblica, ma a macchia di leopardo e con mancanza di continuità, malgrado i traguardi raggiunti.



Questo congresso

In questo Congresso

- le malattie croniche e la loro gestione in ambito territoriale che deve trasformarsi da prestazione a processo di cura ,
- i grandi temi della prevenzione,
- la risposta globale alle esigenze sanitarie dei cittadini assistiti
- l'importante e attualissimo tema delle vaccinazioni
- la mai abbastanza praticata opera di educazione dei nostri assistiti sia in tema di gestione della malattia che di conservazione della salute
- la diagnosi precoce



Questo congresso

E' tempo che i medici di famiglia prendano l'iniziativa per muovere l'assistenza medica laddove ci sono i bisogni; per assistere i pazienti e le popolazioni e non le malattie. Tutto ciò non solo è biologicamente corretto, ma anche più efficace, più efficiente, sicuro e più equo.

BARBARA STARFIELD



Grazie per l'attenzione

