

Strumenti per la gestione delle malattie croniche in Medicina Generale

**Gerardo Medea
Iacopo Cricelli***

Area Metabolica SIMG, Responsabile Scientifico progetto MilleGPG, Brescia;

* Responsabile e Coordinatore del Progetto MilleGPG, Genomedics Srl, Firenze

PAROLE CHIAVE

PER CORTESIA INSERIRE PAROLE CHIAVE

CORRISPONDENZA

GERARDO MEDEA
medea.gerardo@simg.it

Riassunto

PER CORTESIA INSERIRE RIASSUNTO

L'esplosione dell'epidemia delle "cronicità" ci costringe a sperimentare nuovi modelli organizzativi, centrati sulle cure territoriali e domiciliari, certamente più efficienti e appropriati rispetto all'assistenza ospedaliera, così da riservare quest'ultima ai casi acuti/complessi e non gestibili dagli operatori sanitari delle cure primarie.

In questo nuovo modello, l'appropriatezza e l'efficacia dell'assistenza è garantita da processi di cura disegnati nel contesto di Percorsi Diagnostico Terapeutici condivisi tra cure primarie e specialistiche; ogni paziente riceve le cure appropriate al momento giusto, nel luogo giusto ed è assistito da operatori che per ruolo e competenze possono in quel preciso momento prenderlo in cura, per affrontare e risolvere i suoi problemi di salute con un approccio sistemico e multidimensionale.

La presa in carico del paziente cronico, l'adesione al percorso di cura e la "compliance" ai trattamenti sono tutte esigenze che il Sistema Sanitario indirizza in modo sempre pressante alle Cure Primarie, sollecitando in ciò le amministrazioni locali. Molti accordi integrativi regionali o progetti locali sottolineano l'importanza di un'azione proattiva e coordinata della medicina di famiglia nella gestione dei cronici, e il fatto che è ancora alto il tributo in termini di disabilità, morbilità e mortalità causato dalla mancata aderenza ai trattamenti e ai percorsi di cura.

In Lombardia, per esempio, è di questi mesi la richiesta da parte della Regione di sperimentare un modello di presa in carico dei malati cronici (CREG – Chronic Related Group) che pur di risolvere quelle criticità dispone che a tale processo possa contribuire qualsiasi soggetto accreditato (anche diverso dal MMG) in grado di raggiungere l'obiettivo a fronte di un predeterminato budget di spesa.

La risposta a queste richieste è la rifondazione di una medicina territoriale "forte" e ben organizzata, correttamente finanziata per i costi di gestione, remunerata anche in base alle performance, in grado non solo di gestire al meglio i problemi acuti e quotidiani ma di prevedere e programmare con precisione la propria attività in relazione ai bisogni della popolazione assistita e alle risorse disponibili, ma anche – soprattutto – in grado di verificare, in modo continuo e sistematico, l'appropriatezza e la qualità delle cure erogate, contestualizzandole all'interno della sostenibilità del SSN.

Appare infine evidente che questo nuovo modello richiede necessariamente che il MMG sia supportato da personale di studio (amministrativo e infermieristico), dall'information technology e da strumenti professionali realizzati ad hoc, di facile utilizzo, ma potenti per efficacia e capacità di fornire risposte ai bisogni professionali e alle richieste degli amministratori.

L'art. 45 dell'Accordo Collettivo Nazionale a tal proposito prevede: "la tenuta e l'aggiornamento di una scheda sanitaria individuale, su supporto informatico (omissis) ... ad uso del medico e ad utilità dell'assistito e del SSN, secondo standard nazionali e regionali e modalità definite nell'ambito degli Accordi regionali". *Per la gestione dei cronici è fondamentale che tale cartella sia "orientata per problemi" e sia in grado di organizzare i dati del paziente per processi di cura, con una visione longitudinale degli stessi.* Non tutte le

cartelle cliniche oggi in circolazione rispondono a questi requisiti, ma è auspicabile un loro rapido adeguamento agli standard operativi richiesti.

Ma per entrare a pieno titolo in un contesto di vero e proprio "governo clinico" è necessario anche affiancare la cartella clinica informatica con uno strumento in grado di analizzare gli obiettivi di salute, di valutare gli "outcome" di salute attuali con l'intento di migliorarli, di identificare le criticità gestionali e di aiutare a definire le priorità d'intervento. È molto interessante, inoltre, che per tutte queste attività ogni professionista abbia la possibilità di confrontarsi con altri colleghi; è noto che il processo di audit stimola sempre circoli virtuosi di cambiamento e miglioramento continuo.

Venendo incontro a questi bisogni, la SIMG – Società Italiana di Medicina Generale – ha opportunamente favorito e reso possibile lo sviluppo di un programma informatico, una sorta di cruscotto clinico, chiamato MilleGPG (Fig. 1) (www.millegpg.it), integrato con la cartella clinica Millewin (www.millewin.it), che fornisce in tempo reale indicazioni sintetiche ed accurate delle cure fornite agli assistiti.



Figura 1. La Home page del cruscotto di Governo Clinico: MilleGPG (General Practice Governance).

Il Sistema MilleGPG punta all'eccellenza professionale e si pone l'obiettivo di fornire risposte concrete ed operative ai bisogni

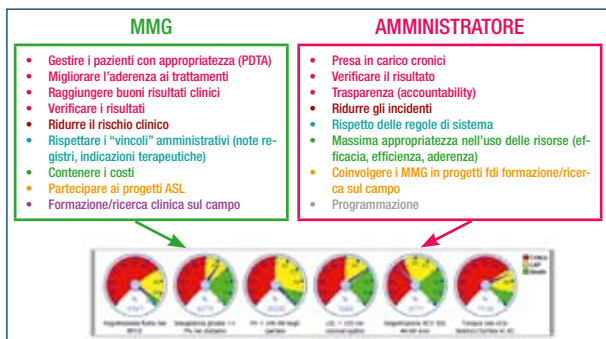


Figura 2. Bisogni e aspettative dei MMG e dell'amministratore nell'attuale contesto del SSN.

della Medicina Generale e alle necessità proprie degli amministratori; bisogni che solo apparentemente divergono ma in realtà presentano moltissimi (se non tutti) punti di convergenza (Fig. 2). Ecco un breve sunto delle funzioni analizzate per gruppi di bisogni professionali.

A. Per quanto riguarda gli obiettivi:

1. Presa in carico dei pazienti Cronici.
2. Appropriata gestione dei cronici attraverso i PDTA.
3. Raggiungimento dei target e risultati clinici.
4. Verifica della qualità delle cure.

Il Sistema MilleGPG permette, attraverso una serie di indicatori distribuiti in 17 patologie/problemi cronici, di valutare la percentuale di pazienti correttamente gestiti secondo predeterminati standard di cura (e quindi di verificare il grado di adesione ai PDTA), in termini sia di processo, sia di raggiungimento del risultato (esiti intermedi) (Fig. 3).



Figura 3. MilleGPG sezione Audit: Lista degli indicatori di processo ed esito per il DMT2.

Ciò consente al Medico un'analisi della propria attività, attraverso il confronto non solo con se stesso nel tempo, ma anche rispetto ad altri punti di riferimento (dati della rete di ricerca nazionale Health Search, gruppi di MMG ai quali ogni medico può essere collegato in rete, livelli accettabili di performance e gold standard). Ogni MMG può inoltre partecipare a più reti elasticamente strutturate (medicina di gruppo, distretto ASL, Provincia, Regione, Italia). In tal modo, ad esempio, un medico di Milano può confrontare la sua attività con un collega (o un gruppo) della Sicilia e contemporaneamente discutere delle proprie performance con la rete distrettuale. Questo processo di analisi (audit) ha dimostrato di migliorare le performance e la qualità di cura offerte ai pazienti. Ma il sistema permette soprattutto di individuare i soggetti che presentano criticità di gestione (es: pressione arteriosa o HbA_{1c}

non controllata, mancato raggiungimento del goal colesterolo LDL, ecc.) e di marcarli con un avviso in modo tale che al successivo controllo la criticità possa essere affrontata e risolta.

B. Per quanto riguarda gli obiettivi:

1. Migliorare l'appropriatezza terapeutica.
2. Migliorare l'aderenza.
3. Rispetto dei vincoli amministrativi (note AIFA \ registri ASL \ indicazioni terapeutiche).

MilleGPG seleziona gruppi di pazienti che dovrebbero essere in terapia con determinati farmaci secondo l'Evidence Based Medicine (per esempio le statine dopo un evento cardiovascolare) e quindi di verificare:

- nei soggetti effettivamente in terapia, la persistenza al trattamento e il raggiungimento o meno dei target di cura (LDL < 100 mg/dl nell'esempio prima citato);
- nei soggetti inappropriatamente non-trattati di marcarli (per un eventuale re-call) per risolvere la criticità osservata.

Appare evidente come tale funzionalità risulti molto utile per verificare il rispetto o meno delle note prescrittive dell'AIFA (in particolare le note 1-13-48-79).

C. Per quanto riguarda gli obiettivi:

1. Ridurre il rischio clinico (per il medico e per il paziente).
2. Ridurre gli incidenti.

MilleGPG permette anche di selezionare gruppi di pazienti che non ricevono procedure diagnostiche (per es. di prevenzione secondaria) o terapie salvavita (es. la TAO, i gastroprotettori in anziani che assumono cronicamente FANS, ecc.) e quindi di tamponare situazioni che potrebbero mettere in pericolo la vita stessa del paziente. Nel sistema esiste, inoltre, un modulo specifico dedicato ai pazienti ad alto rischio cardiovascolare, che rappresentano quasi il 12% della popolazione assistita da un MMG.

D. Per quanto riguarda gli obiettivi:

1. Ridurre gli sprechi.
2. Ottimizzare l'uso delle risorse.

Questi ultimi possono essere facilmente raggiunti integrando molte delle funzioni precedentemente descritte (l'aderenza ai trattamenti salvavita come le statine, il rispetto delle note AIFA, l'identificazione dei soggetti inappropriatamente trattati con farmaci di cui forse non avevano bisogno).

Esistono inoltre due particolari sezioni del sistema MilleGPG che permettono di:

- simulare cosa succederebbe se alcuni target terapeutici fossero raggiunti. Per esempio: se nei miei 30 pazienti diabetici con $HbA_{1c} > 7\%$ fosse raggiunto l'obiettivo terapeutico ottimale, quante eventi mortali potrebbero essere evitati in 5 anni? La stesa simulazione può essere estrapolata alla popolazione di un gruppo di MMG, di un distretto o di un'ASL (Fig. 4);
- simulare l'ipotetico risparmio di spesa ottenuto se il medico, rispetto alla situazione prescrittiva attuale, usasse più (o solamente!) generici (statine, antibiotici, IPP, ecc.).

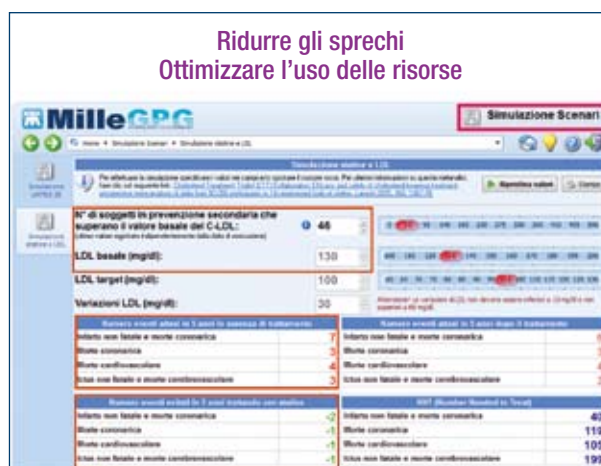


Figura 4.

MilleGPG sezione simulazione scenari eventi evitabili al raggiungimento del target del C-LDL nei soggetti ad alto RCV.

E. Per quanto riguarda l'obiettivo:

1. Prevenzione primaria e secondaria.

Apposite sezioni del sistema MilleGPG permettono di attuare (con strategie di popolazione) procedure di prevenzione primaria (counselling e test nei fumatori, le vaccinazioni nell'adulto) e secondaria (PAP-test, mammografia, diagnosi precoce del DMT2, dello scompenso cardiaco, della malattia celiaca e del diabete misconosciuto). Un apposito modulo consente, inoltre, d'identificare i pazienti low-attenders ed eventualmente di organizzare su di essi specifici interventi ricognitivi.

F. Completano il sistema MilleGPG alcuni interessanti moduli che consentono di:

- Partecipare a specifici progetti regionali o locali organizzati dalle ASL o dalle Regioni (selezione di specifiche popolazioni eleggibili a processi di cura, produzione di report di progetto singoli o di gruppo/rete, ecc.). Le procedure di attivazione e invio dei dati sono semplici e rapide.
- Analizzare il carico di lavoro (ore/uomo/anno) determinato dall'assistenza a gruppi specifici di pazienti (come i diabetici) stratificati per isogruppi di complessità e al variare della quantità e qualità degli interventi (presenza del personale di studio, ore dedicate, durata della visita, ecc.).
- Aggiornarsi, grazie a materiale informativo e formativo presente già nel sistema MilleGPG o ad esso collegato, sulla base di specifici bisogni formativi emersi durante l'attività di audit (formazione sensibile al contesto).

L'adozione dell'innovativo strumento di Governo Clinico MilleGPG consente di migliorare il rapporto e la comunicazione tra ASL e MMG "cortocircuitando" la modalità attuale di critica e controllo sulla spesa e abilitando, invece, un dialogo sull'analisi dei comportamenti clinici, prescrittivi e diagnostici.

In MilleGPG si realizza, infatti, la lettura dei comportamenti, la giustificazione delle azioni, il perché si lavora bene o male.

In tal modo il dato amministrativo si completa nel dato clinico che

spiega i comportamenti e orienta all'eliminazione delle inefficienze. I dati estratti da MilleGPG si possono incrociare con i dati ASL e completare le informazioni che mancano al dato amministrativo.

Fino a poco tempo tutto ciò era impensabile; oggi, con MilleGPG, è possibile farlo in modo semplice, piacevole e... in pochi secondi.

Sezione di autovalutazione

1. Nel progetto Regionale Lombardo denominato CREG (Chronic Related Group), la presa in carico dei pazienti cronici può essere attuata:

- solo dai medici di medicina generale
- solo dagli ospedali pubblici accreditati
- solo dagli ospedali privati accreditati
- da qualunque ente pubblico o privato in grado di garantire l'assistenza e i risultati

2. Secondo l'art. 45 dell'Accordo Collettivo Nazionale i MMG devono tenere una scheda sanitaria individuale:

- cartacea
- informatica
- non c'è obbligo di tenere una scheda, è solo un consiglio
- informatica per la parte relativa alla terapia, cartacea per la parte relativa ad esami ed accertamenti

3. Il sistema MilleGPG permette la partecipazione e la condivisione dei dati tra MMG:

- solo di una medicina di gruppo
- solo dei medici di uno stesso distretto
- solo dei medici di un'ASL
- tutti i precedenti

4. Quale di queste funzioni non è supportata dal MilleGPG?

- simulare cosa succederebbe se alcuni target terapeutici fossero raggiunti.
- simulare l'ipotetico risparmio di spesa con il maggior uso di farmaci generici
- linkare in tempo reale i dati del medico con quelli amministrativi ASL
- identificare soggetti in cui non vi è stato rispetto delle note AIFA