

... E I NOSTRI COLLEGHI INGLESI HANNO UNA NUOVA CONVENZIONE

Forum

AURELIO SESSA, FABIO SAMANI,
ROBERTO NARDI

Società Italiana di Medicina Generale

La nuova convenzione tra i Medici di famiglia del Regno Unito (*General Practitioners*, GPs) ed il Servizio Sanitario Nazionale (*National Health Service*, NHS), dopo un percorso mai prima d'ora così difficile, è ormai una realtà e può essere definita una sorta di rivoluzione nella Medicina Generale inglese.

Se infatti da un lato viene mantenuto ed anzi rafforzato il concetto di quota capitaria pesata – essa vale ora in media circa 53 sterline per i colleghi del Regno Unito – dall'altro la nuova parola d'ordine è certamente costituita dalla Qualità. Sì, Qualità con la *q* maiuscola, perché sono ricorrenti nella convenzione le parole *quality of care* e *quality of primary care*: una qualità nel sistema che deve però estrinsecarsi nel momento dell'erogazione delle cure ed essere dimostrabile in ogni momento.

Si badi bene che stiamo parlando di Qualità applicata alla Medicina Generale britannica, cui è impossibile disconoscere di essere stata caposcuola in tutto il mondo occidentale con una tradizione di oltre mezzo secolo. Una Medicina Generale che è specialità al pari delle altre e che viene insegnata obbligatoriamente nella formazione prelaurea attraverso un corpo docente che lavora attivamente nei dipartimenti universitari e che pubblica costantemente sulle riviste internazionali. Una Medicina Generale che ha saputo percorrere vie nuove e originali quali il *fundholding*. Una Medicina Generale che ha saputo mantenere un forte potere contrattuale e unitario perché l'area delle cure primarie non è divisa tra Medici di Medicina Generale, Pediatri di libera scelta e Medici di continuità assistenziale e l'area delle cure primarie si occupa anche di attività che da noi si polverizzano nei vari servizi di ASL, consultori e quant'altro (vedi vaccinazioni, pap test). Una Medicina Generale, infine, che non ha mai fatto sentire i suoi operatori sanitari soli e isolati, utilizzando il potere contrattuale di cui sopra per favorire le *group practice*, ottenendo appositi spazi funzionali nei piani regolatori dei centri urbani ed extraurbani e, soprattutto, ottenendo dall'NHS un concreto sostegno economico per il personale (sia esso infermieristico che segretariale) e le attrezzature (anche informatiche) di studio.

In questa situazione, che a tanti colleghi potrebbe apparire se non idilliaca quantomeno indice di una forza delle cure primarie all'interno dell'NHS britannico, l'in-

troduzione al documento che contiene le linee guida del nuovo contratto si apre con le seguenti, quasi brutali constatazioni:

“... nonostante tutta l'attività scientifica prodotta, nonostante gli sforzi per l'attività di *continuing medical education*, nonostante le *guideline* condivise e le *clinical evidence* esiste un notevole divario tra i dati clinici che si rilevano nella popolazione e i cosiddetti *gold standard* ...”.

Un esempio per tutti, ma che brucia molto ai nostri colleghi inglesi, è il fatto che il Regno Unito è tuttora la cenerentola mondiale del controllo pressorio nella popolazione ipertesa: solo il 6% ha livelli sotto i 140/90 (J Hypertens 1998;16:747-52).

CONVENZIONE E QUALITÀ DELLE CURE

La nuova convenzione britannica ha pertanto l'obiettivo esplicito di migliorare la qualità delle cure. Per questo, su un investimento totale di circa 8 miliardi di sterline, circa 1,5 miliardi sono riservati ad un fondo di incentivazione della qualità. Il percorso di miglioramento prevede il raggiungimento di indicatori di qualità stabiliti. Attualmente questi ultimi ammontano a 76, così ripartiti:

- 10 in aree cliniche;
- 56 in aree di organizzazione;
- 4 sulla *customer care*;
- 6 su aree accessorie.

Il box contiene uno dei gruppi di “indicatori”, riferiti all'area del diabete mellito.

Le tabelle originali del contratto britannico definiscono il valore della soglia massima raggiungibile per ciascun indicatore.

Al di sotto della soglia minima (25% per tutti gli indicatori) il meccanismo premiante non viene applicato. Qualora il GP – per un determinato indicatore – superi tale soglia, viene applicato un algoritmo di calcolo in base al “valore” dell'indicatore ed alla percentuale di risultato raggiunta. In base al totale dei punti raggiunti viene calcolato l'incentivo a cui il medico ha diritto.

Un esempio di indicatore dell'area clinica è il controllo della pressione arteriosa: gradualmente nei prossimi tre anni i GPs dovranno incrementare la percentuale dei pazienti con un controllo pressorio < 140/90 mmHg.

Un altro indicatore di area clinica è il controllo metabolico del diabete: nei prossimi tre anni i GPs dovranno aumentare la percentuale dei pazienti diabetici con emoglobina glicosilata < 8%; e così via per altri indicatori.

Un indicatore dell'area di organizzazione è il tempo di attesa per una visita ambulatoriale: i GPs dovranno aumentare la percentuale dei pazienti che otterranno una visita ambulatoriale entro le 48 ore dalla richiesta; un altro indicatore sono gli "ambulatori a tema": i medici nell'arco dei prossimi tre anni dovranno aumentare gli ambulatori a tema per quelli specificamente dedicati alle patologie a maggiore prevalenza (ambulatorio per l'asma; l'ambulatorio per la depressione, ecc.).

DAI "PUNTI" AGLI INCENTIVI

L'incentivazione di qualità si esplica attraverso un complicato meccanismo di attribuzione di punteggi che, per le aree cliniche, sono in rapporto lineare alla percentuale di raggiungimento degli obiettivi clinici che ogni *practice* dichiarerà di voler raggiungere anno per anno. A titolo indicativo il tetto massimo di punti raggiungibili da ogni *practice* è pari a 1010. Il valore del singolo punto è fissato attualmente a 75 sterline e verrà portato, nel corso di validità della presente convenzione, a 120 sterline entro il 2006. Con pragmatismo tutto britannico, la preparazione del percorso della qualità prevede infine l'erogazione a fondo perduto di circa 12 milioni di sterline entro l'estate del 2004, da dividere tra tutte le *practice* del Regno Unito.

Lo stato britannico ritiene che l'investimento produrrà inevitabilmente un miglioramento dell'assistenza e un GP che aderirà e produrrà i miglioramenti richiesti vedrà incrementare il proprio onorario tra il 30 e il 75% in tre anni: una cifra di non poco conto rispetto a quanto succede in Europa relativamente ai nuovi contratti.

Come è stato accennato il dibattito si è acceso e infiammato tanto che il *British Medical Journal* da marzo in poi è diventato una sorta di palestra di interventi pro e contro il nuovo contratto.

Da più parti si è detto ad esempio che gli indicatori sono troppi, esageratamente troppi e che bisognava iniziare con pochi per saggiare in qualche modo la fattibilità. Qualcun altro sostiene che vi sarà un considerevole aumento del carico di lavoro e che alla fine quanto stanziato è assolutamente insufficiente per poter raggiungere gli obiettivi prefissati. Qualcun altro sostiene che il paziente non sarà più l'oggetto delle cure ma sarà il bersaglio di indicatori di *performance*.

Questo contratto ha avuto il pregio di avere un forte impatto sull'opinione dei GPs tanto da spaccarli in due ma a tal punto che, per la prima volta nella storia della Medicina Generale inglese, si è arrivati ad indire un *referendum* (svoltosi nella seconda metà di giugno) per accettare o respingere il contratto: praticamente è stato chiesto ai medici di schierarsi e di non subire passivamente il contratto.

Il *Royal College of General Practitioners*, che si era mantenuto defilato e quasi a margine del dibattito fino al momento della proclamazione del referendum, è intervenuto nel dibattito attraverso il proprio organo di stampa (l'autorevole *British Journal of General Practice*) schierandosi a favore del contratto: l'editoriale era emblematicamente intitolato "*New contract: renaissance or requiem for general practice*".

LA SITUAZIONE ITALIANA

In Italia, negli ultimi 7 anni il nostro carico di lavoro è aumentato in maniera considerevole (i dati di una ricerca in proposito, pubblicata su questo numero, dimostrano un +57% nel numero medio di contatti all'anno per assistito).

Quanto è cambiato il nostro ruolo, quanto il nostro riconoscimento economico?

Abbiamo concentrato gli sforzi su elementi di struttura, quali le varie forme di associazionismo medico e le incentivazioni per il personale di segreteria e per l'informaticizzazione. Ciò nonostante, quanto è stato reso disponibile per questi elementi di struttura, peraltro imprescindibili, non è ancora sufficiente a garantire uno standard adeguato a una Medicina Generale al passo con i tempi, a *tutta* la Medicina Generale e non soltanto a una parte di essa, variabile da regione a regione in funzione di alchemiche percentuali, soglie, tetti di spesa e disponibilità al rinnovamento.

Si ha la netta sensazione che anche questi elementi di struttura non abbiano finora garantito un effettivo miglioramento della qualità del servizio in termini di salute, anche se la qualità percepita (espressa dalla popolazione) ne ha tratto beneficio, in termini di un maggior numero di ore di accessibilità.

È questo l'unico parametro su cui riteniamo opportuno essere misurati? O crediamo davvero in una professione attenta alla salute, prima ancora che alla malattia, disposta a cimentarsi su parametri di processo ed anche di esito?

La strada tracciata dai colleghi britannici potrà insegnare qualcosa anche a noi?

Saremmo pronti a questa sfida?

Diabete Mellito. Indicatori

SOGLIA MINIMA PER TUTTI GLI INDICATORI: 25%

PUNTI SOGLIA MAX

Cartelle

DM 1. Lo studio medico è in grado di produrre un registro dei pazienti affetti da diabete mellito 6

Trattamento continuativo

DM 2. Percentuale dei pazienti affetti da diabete mellito con registrazione di un valore di BMI nei precedenti 15 mesi 3 90%

DM 3. Percentuale dei pazienti con diabete mellito con registrata l'entità dell'abitudine al fumo negli ultimi 15 mesi (i non fumatori dovranno avere almeno una singola valutazione dell'abitudine al fumo) 3 90%

DM 4. Percentuale dei pazienti con diabete mellito e fumatori con registrazione di un intervento da parte del MMG per favorirne la disassuefazione al fumo negli ultimi 15 mesi 5 90%

DM 5. Percentuale dei pazienti affetti da diabete mellito con registrazione di un valore di HbA1c o equivalente nei 15 mesi precedenti 3 90%

DM 6. Percentuale dei pazienti affetti da diabete mellito in cui l'ultimo valore registrato di HbA1C è pari o inferiore a 7,4 negli ultimi 15 mesi 16 50%

DM 7. Percentuale dei pazienti affetti da diabete mellito in cui l'ultimo valore registrato di HbA1C è pari o inferiore a 10 negli ultimi 15 mesi 11 85%

DM 8. Percentuale dei pazienti affetti da diabete mellito con registrazione di una valutazione del Fundus Oculi negli ultimi 15 mesi 5 90%

DM 9. Percentuale dei pazienti affetti da diabete mellito con registrazione di una valutazione dei polsi periferici negli ultimi 15 mesi 3 90%

DM 10. Percentuale dei pazienti affetti da diabete mellito con registrazione di un test per la neuropatia periferica negli ultimi 15 mesi 3 90%

DM 11. Percentuale dei pazienti affetti da diabete mellito con registrazione di un valore di pressione arteriosa negli ultimi 15 mesi 3 90%

DM 12. Percentuale dei pazienti affetti da diabete mellito in cui l'ultimo valore di pressione arteriosa registrata è pari o inferiore a 145/85 17 55%

DM 13. Percentuale dei pazienti affetti da diabete mellito con registrazione di un esame della micro-albuminuria nei precedenti 15 mesi (esclusi quelli con presenza di proteinuria conclamata) 3 90%

DM 14. Percentuale dei pazienti affetti da diabete mellito con registrazione di un valore di creatinina nei precedenti 15 mesi 3 90%

DM 15. Percentuale dei pazienti affetti da diabete mellito con proteinuria o microalbuminuria che ricevono un trattamento con ACE-inibitori o A2 antagonisti 3 70%

DM 16. Percentuale dei pazienti con diabete mellito con registrazione in cartella clinica di almeno un valore di colesterolemia totale nel corso degli ultimi 15 mesi 3 90%

DM 17. Percentuale dei pazienti con diabete mellito con un valore di colesterolo totale pari od inferiore a 5 mmol/l negli ultimi 15 mesi 6 60%

DM 18. Percentuale dei pazienti con diabete mellito che hanno ricevuto la vaccinazione antinfluenzale nel precedente periodo compreso tra il 1° settembre ed il 31 marzo 3 85%