

“GOVERNO CLINICO” E QUALITÀ DELL’ASSISTENZA IN MEDICINA GENERALE: L’ESPERIENZA DELL’ASL DI BRESCIA

Speciale
Clinical
Governance

GERARDO MEDEA

Area Metabolica, Società Italiana di Medicina Generale, Brescia

“Nulla è più pericoloso di un’idea ...
quando è l’unica che abbiamo.”
Anomino

INTRODUZIONE

“Sintesi tra eccellenza della cura, verificabilità e pesatura dell’attività professionale e coerenza con il finanziamento del servizio ... nulla di meno o di più rispetto a ciò che da venti anni noi stiamo costruendo e studiando”.

Così definiva la “Clinical Governance” (CG) il Presidente della Società Italiana di Medicina Generale (SIMG), Claudio Crivelli, in un suo recente intervento congressuale.

Con una lungimiranza ed un intuito formidabili, infatti, la SIMG ha creato in questi anni un solido tessuto connettivo, tra le cui fibre hanno potuto attecchire e svilupparsi alcune importanti esperienze, indispensabili punti di partenza per la costruzione di un progetto di CG.

La formazione mirata alla pratica professionale, la ricerca clinico-epidemiologica, la piccola tecnologia, l’informatica, la telematica sono solo alcuni degli strumenti messi in campo da SIMG per sostenere la crescita professionale della Medicina Generale (MG).

E se la “verifica e la pesatura” dell’attività professionale costituiscono l’impalcatura su cui si regge l’intero processo della CG ¹, l’ideazione in tempi “non sospetti” di un’originale cartella clinica elettronica (Millewin) e del *Data-Base Health-Search\Thalès* (che raccoglie i dati clinici di oltre 700.000 pazienti assistiti da circa 500 Medici di Medicina Generale – MMG), mette oggi a disposizione dei MMG strumenti formidabili per l’analisi e la verifica in tempo reale dei costi e dei risultati di salute.

Il progetto “Governo Clinico” dell’Azienda Sanitaria Locale (ASL) di Brescia, descritto in questo articolo – giunto finalmente in questi ultimi mesi alla sua fase operativa – si è alimentato senza indugi di tutti gli strumenti e del *background* culturale che SIMG ci metteva a disposizione e ne rappresenta (almeno così speriamo) una sintesi mirabile.

Il percorso progettuale è stato lungo e complesso, *ma l’esperienza è assolutamente riproducibile*.

GLI STRUMENTI E LE RADICI DEL PROGETTO “GOVERNO CLINICO” NELL’ASL DI BRESCIA

A. Le parole chiave: qualità ed appropriatezza (... ma anche efficacia, efficienza, *evidence*)

Il concetto *d’appropriatezza* è diventato il principio ispiratore di tutte le riforme sanitarie nei Paesi Occidentali degli ultimi due decenni.

Esso integra in sé quelli di *efficacia* (capacità di raggiungere l’obiettivo atteso), di *efficienza* (capacità di utilizzare in modo ottimale le risorse per il raggiungimento di un determinato risultato) e di *opportunità* (capacità di individuare le priorità e la necessità di un intervento).

L’appropriatezza è, dunque, una parte della *qualità* assistenziale, che fa riferimento ad *evidenze scientifiche*, accettabilità e pertinenza delle prestazioni sanitarie ².

Su questi concetti di base abbiamo fondato e fatto crescere nel tempo il nostro rapporto di collaborazione con la dirigenza dell’ASL di Brescia.

B. I Percorsi Diagnostico-Terapeutici

Tre distinti gruppi interdisciplinari (composti da MMG, Specialisti ed Amministratori ASL) hanno elaborato altrettanti Percorsi Diagnostico-Terapeutici (PDT) sulle più importanti patologie croniche (BPCO, diabete, ipertensione). Per la stesura di questi documenti abbiamo sfruttato molti dei materiali scientifici prodotti dalle aree cliniche SIMG (in particolare gli indicatori e gli standard per l’ipertensione e il diabete e la BPCO) ³.

I PDT si pongono l’obiettivo di fornire raccomandazioni sulla gestione dei pazienti e di soddisfare i loro bisogni secondo le conoscenze professionali più avanzate del momento (*Evidence Based Medicine*), in funzione delle risorse disponibili ed in integrazione con gli specialisti di riferimento.

Tutti e tre i percorsi mettono un forte accento sulla responsabilizzazione gestionale dei MMG (*governo della domanda*).

I PDT, varati nell’anno 2001, hanno ricevuto il sostegno di una buona parte delle strutture ospedaliere pubbliche e private operanti nel territorio dell’Azienda Sanitaria. La loro applicazione è stata sostenuta con un’intensa attività d’informazione/formazione indirizzata a tutti MMG operanti nell’ASL.

C. Il progetto *Disease Management* del diabete mellito

Il progetto nasce nell'anno 2001 da una costola del PDT sulla patologia diabetica ⁴⁻⁷.

Guidato da un gruppo interdisciplinare (simile a quello del PDT, ma integrato da epidemiologici, statistici, esperti di economia sanitaria ed informatici) il progetto si poneva l'obiettivo generale di realizzare un'analisi del modello assistenziale del diabete tipo 2, per implementare interventi di miglioramento coordinati tra la *primary* e la *secondary care* (gli obiettivi specifici sono elencati in Tabella I).

TABELLA I
Obiettivi specifici del progetto
Disease Management
del diabete mellito tipo 2 ASL BS.

• Migliorare la qualità di vita, la qualità percepita dei servizi e l'autogestione della malattia nei pazienti diabetici
• Migliorare l'efficacia clinica
• Definire il costo annuo per utente per razionalizzare le risorse e correggere gli sprechi
• Applicare linee-guida condivise
• Applicare il modello di gestione integrata
• Individuare criteri clinici per definire le priorità dell'intervento
• Razionalizzare interventi di counselling metodologicamente corretti da parte dei Medici di Medicina Generale
• Razionalizzare interventi di educazione terapeutica da parte dei centri di Diabetologia

È doveroso rilevare che il circolo virtuoso tipico di un processo di *Disease Management* (Fig. 1) accentra in sé molti degli elementi fondanti la CG e in verità questo progetto ne costituisce uno dei progenitori più importanti.

Esso, inoltre, è il primo reale tentativo di valutare (utilizzando indicatori economici e clinici) un percorso di cura, di integrare tra loro i dati ASL, dei MMG e del servizio di diabetologia e di applicare in modo coordinato gli interventi correttivi necessari al processo continuo di miglioramento.

I dati, infatti, sono stati ottenuti utilizzando tre fonti d'informazioni:

1) la banca dati ASL che ha permesso un'osservazione "macro" su tutta la popolazione dell'ASL, basata sull'analisi delle esenzioni per patologia, delle prescrizioni farmaceutiche, delle prestazioni specialistiche e di ricovero correlate alla malattia diabetica;

2) le cartelle cliniche del centro diabetologico più strutturato e "maturo" del territorio;

3) le cartelle cliniche di un gruppo di venti MMG "sensibilizzati" chiamati a diagnosticare il maggior numero di diabetici, a classificare sistematicamente tutti i diabetici presenti tra i propri assistiti (per tipo, durata malattia, complicanze, cura, compliance, risultati di salute) e ad assisterli secondo criteri stabiliti nel PDT ⁸.

D. La Banca Dati Assistito

Applicando la stessa metodologia di estrazione dati utilizzata per il progetto sul *Disease Management* in diabetologia, il dipartimento delle cure primarie dell'ASL ha creato nell'anno 2002 la Banca Dati Assistito (BDA), una sorta di "case mix" relativo alle patologie croniche presenti nella popolazione dell'ASL (circa un milione d'abitanti) e negli assistiti di ogni singolo MMG.

La BDA si pone l'obiettivo di:

- pesare la popolazione assistita, confrontandola con le prevalenze riscontrate nell'ASL e/o Distretto e valutarne l'evoluzione;
- analizzare criticamente il proprio profilo prescrittivo;
- stimolare il confronto tra pari per individuare criticità e negoziare *percorsi di miglioramento*.

Ogni MMG riceve con cadenza trimestrale il report con il proprio "case mix" (confrontato con quello dell'ASL) ad integrazione di quello relativo alla spesa farmaceutica e ai ricoveri (Fig. 2).

E. La rete UNIRE (Utenti millewiN In REte)

È una rete virtuale di MMG, operativa già da due anni in provincia di Brescia, che raggruppa un centinaio di utenti del programma Millewin (che in provincia sono più di 300).

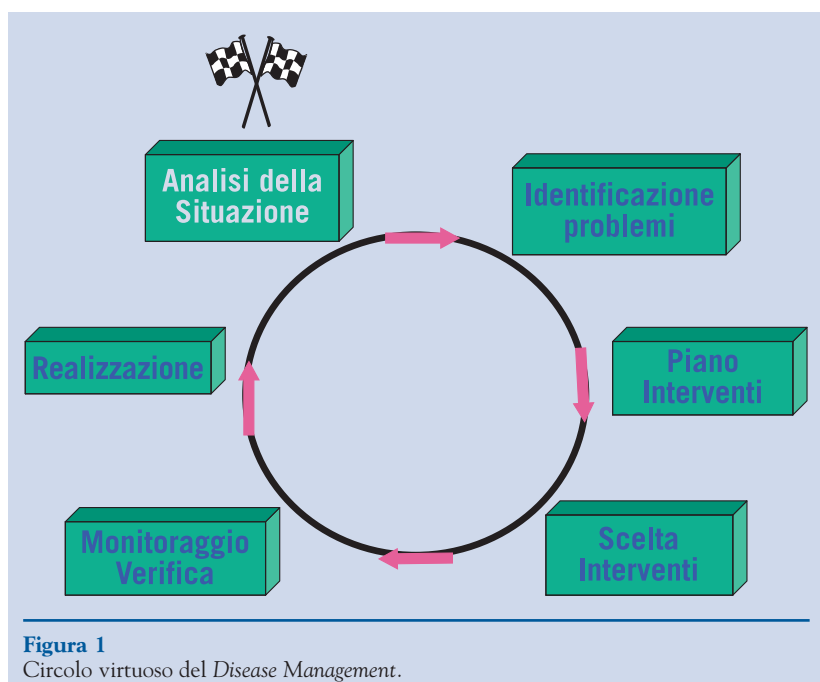


Figura 1
Circolo virtuoso del *Disease Management*.

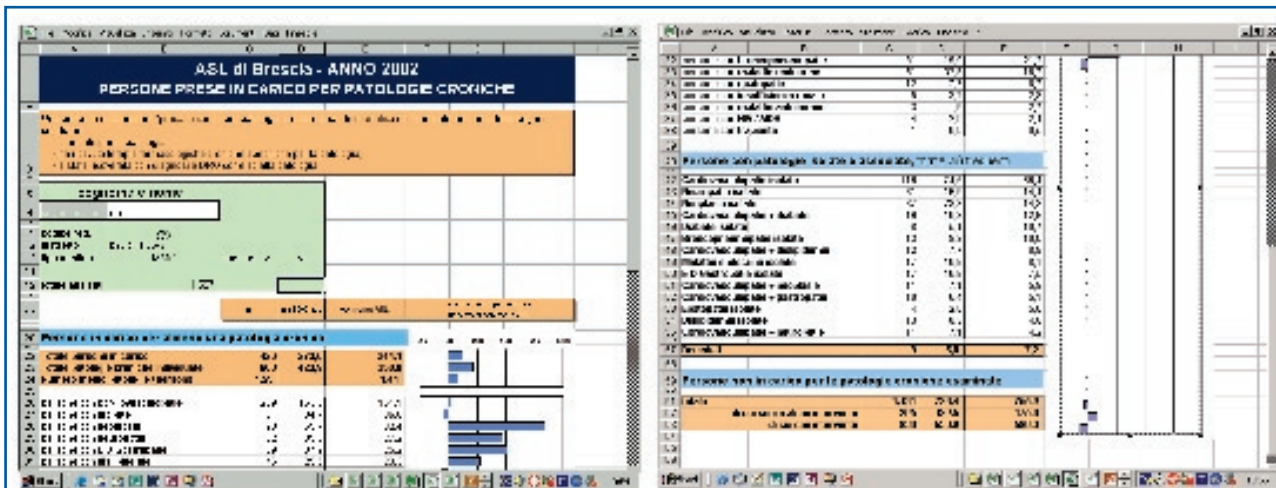


Figura 2
Report personale della Banca Dati Assistito ASL BS.

L’adesione alla rete (ed alla *mailing list* che ad essa fa capo: Millewin-reteUnireAsl02Brescia@yahoo.com) è libera ed aperta al contributo di tutti. Essa si propone di:

- realizzare ricerche epidemiologiche e cliniche in MG;
- valutare lo stato dell’arte nella gestione di malattie croniche (diabete, ipertensione, BPCO...);
- fornire informazioni di carattere epidemiologico e/o clinico alle strutture sanitarie interessate (ASL, ospedali pubblici e privati, Università, Società Scientifiche);
- definire indicatori e standard locali sui principali problemi clinici in MG;
- stimolare l’audit singolo e di gruppo.

Il funzionamento della rete è semplice (Fig. 3):

- una volta individuato (da un gruppo o da un singolo MMG) un tema da sviluppare, è elaborato un proto-

collo di ricerca o di audit (con rationale, obiettivi, indicatori e bibliografia di riferimento);

- ad ogni utente è quindi inviata, per e-mail, una procedura che permette l’estrazione automatica dei dati necessari; l’utente la installa sul proprio computer e può inviare i risultati ottenuti al gruppo coordinatore;
- il gruppo di coordinamento si fa carico di mixare i dati ed elaborare i risultati, che sono inviati a tutto il gruppo per la valutazione.

La rete ha già prodotto varie ricerche osservative e molte iniziative di audit.

La rete, nata dal “cuore pulsante” della MG (quindi in una logica *bottom-up*), sta migliorando la quantità e la qualità dei dati registrati nelle cartelle cliniche dei MMG (pressioni arteriose, colesterolo, indice di massa corporea, ecc.), dati che potranno essere utilizzati per altri progetti di ricerca o d’intervento.

Una “rete virtuale” di MMG, che lavorano in modo omogeneo (attraverso l’applicazione dei PDT approvati dai tavoli di consenso dell’ASL) e soprattutto con una stessa cartella clinica elettronica “strutturata per problemi”, è lo strumento più idoneo per supportare un progetto di CG.

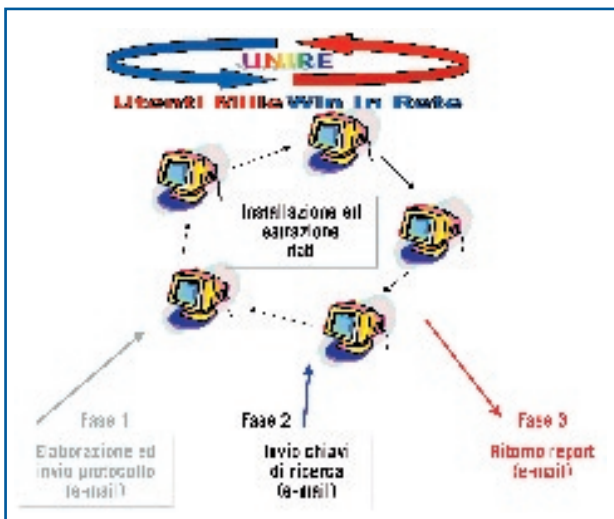


Figura 3
Funzionamento rete UNIRE.

F. I report sulle patologie croniche

A partire dal settembre del 2004, l’ASL ha richiesto ai MMG (ponendola come una delle condizioni necessarie per ricevere le indennità regionali di qualificazione dello studio) la restituzione trimestrale di un report (cartaceo), con informazioni riguardanti le tre patologie oggetto dei PDT (Figg. 4-6).

È evidente che alcuni dei dati richiesti (per es. numero dei pazienti trattati con farmaci, numero di diabetici con emoglobina glicata < 8%, numero di accessi nel trimestre), possono essere *facilmente* calcolati solo grazie all’ausilio di una cartella clinica elettronica, con l’unica condizione che tali informazioni vi siano state

FIGURA 4
Report ASL trimestrale per l'ipertensione.

TRIMESTRE DAL _____ AL _____					TOTALE PAZIENTI IN CARICO (ASSISTITI)			
IPERTESI								
N. totale	Rischio cardiovascolare				N. pazienti trattati con farmaci	N. seguiti secondo PDT	N. ipertesi deceduti	N. accessi
	Basso	Medio	Alto	Altissimo				

FIGURA 5
Report ASL trimestrale per la BPCO.

TRIMESTRE DAL _____ AL _____					TOTALE PAZIENTI IN CARICO (ASSISTITI)			
BPCO								
N. totale	Stadio BPCO sec. GOLD				N. pazienti trattati con farmaci	N. seguiti secondo PDT	N. BPCO	N. accessi
	Stadio 0	Stadio 1	Stadio 2	Stadio 3				

FIGURA 6
Report ASL trimestrale per il diabete mellito.

TRIMESTRE DAL _____ AL _____						TOTALE PAZIENTI IN CARICO (ASSISTITI)	
DIABETE							
N. totale	Diabetici tipo 2					Morti nel trimestre	N. accessi
	N. totale	Trattati con farmaci	N. con HbA _{1c} < 8	Seguiti secondo PDT			

accuratamente registrate.

La rete UNIRE ha fornito ai suoi iscritti il supporto scientifico (identificazioni dei criteri) e tecnico (compilazione ed invio delle *query*, assistenza) utili per il raggiungimento dell'obiettivo.

Con questo meccanismo quasi il 50% dei MMG dell'ASL è stata in grado di restituire i report richiesti dall'ASL. Questi ultimi, inoltre, rappresentano un primo (sia pur "rozzo ed artigianale") tentativo di reportistica prodotta direttamente dalla MG. Non certo in conflitto ed in antitesi con le informazioni della BDA, essi ne rappresentano, invece, un'opportuna integrazione, giacché alcuni dati clinici e di processo (come, per esempio, i

valori dell'emoglobina glicata) sono conosciuti solo dai Medici di famiglia.

G. Gruppi territoriali omogenei o *Team* di Medici di Medicina Generale e audit

Primordiale configurazione d'Associazione Medico, l'aggregazione in "Gruppi territoriali omogenei o *Team*" di MMG si configura come uno "strumento negoziale con cui i Medici, che condividano obiettivi di *budget*, si interfacciano con l'ASL".

I Medici appartenenti al *Team*, associandosi, si pongono obiettivi sanitari (es. percorsi sanitari clinici e/o organizzativi) di gruppo, configurando un *budget* in rapporto al

quale, comunitariamente, misurano il raggiungimento degli obiettivi.

La nascita dei *Team* è stata fortemente sostenuta dal Dipartimento di Medicina Primaria dell’Azienda Sanitaria (fin dal 1998), soprattutto per incoraggiare l’audit tra i MMG, migliorare l’appropriatezza prescrittiva, l’uso dei farmaci generici ed alcune fonti evitabili di costi (soprattutto gli accessi inappropriati al PS).

Oltre l’80% dei MMG dell’ASL ha così aderito ad una qualche forma associativa e alcuni *Team* nati soprattutto al fine di “poter negoziare un sistema di programmazione e controllo centrato su obiettivi sanitari affidati ai MMG”, sono oggi rimasti sotto forma di gruppo di medici in associazione o semplicemente come gruppo di colleghi con obiettivi di ricerca epidemiologica e di audit. Tali aggregazioni spontanee rappresentano, pertanto, una risorsa interessante ed in eludibile per lo sviluppo del progetto di CG, descritto nel paragrafo successivo.

LA PROPOSTA DELLA MEDICINA GENERALE PER IL “GOVERNO CLINICO” NELL’ASL DI BRESCIA 2005-2006

Se gli elementi costitutivi della CG (Fig. 7) sono l’audit, l’efficacia, l’efficienza, la ricerca, la gestione integrata, la formazione e il *risk management*, è evidente che molti di essi, sia pur in ordine sparso, erano già presenti in quasi tutti i progetti proposti e realizzati negli ultimi 5 anni nella nostra ASL.

Mancava, tuttavia, a nostro avviso una visione unitaria delle diverse progettualità, che, pur puntando teoricamente agli stessi obiettivi ed utilizzando metodi e strumenti comuni, ci obbligavano a diluire su più fronti una gran quantità d’energie umane e di risorse economiche.

Era pertanto opportuno passare da una progettazione



Figura 7
Gli elementi della Clinical Governance.

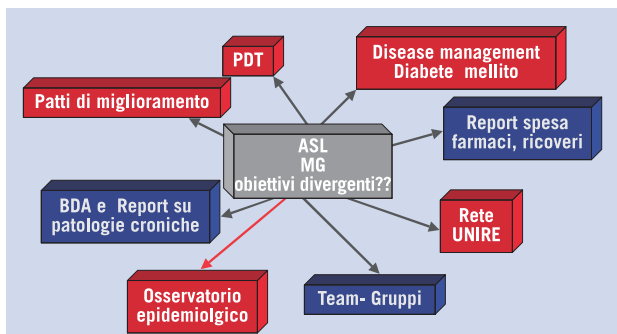


Figura 8
La progettazione “eccentrica” nell’ASL di Brescia.

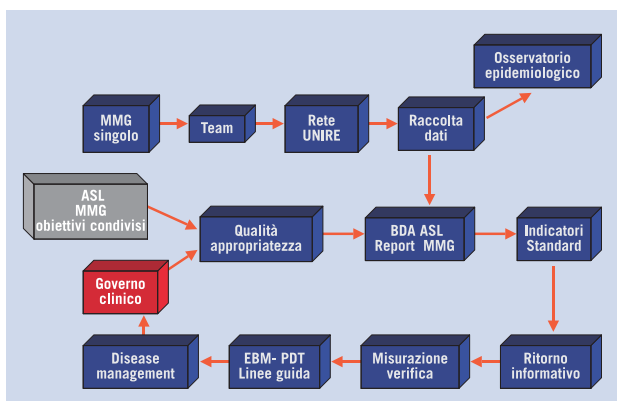


Figura 9
La “visione” SIMG dei progetti per la Medicina Generale nell’ASL di Brescia.

“eccentrica” (Fig. 8) ad un circolo virtuoso (Fig. 9) che fosse “... sintesi tra eccellenza della cura, verificabilità e pesatura dell’attività professionale e coerenza con il finanziamento del servizio” con un unico e condiviso obiettivo: la qualità delle cure erogate.

Da tutto ciò scaturisce la proposta congiunta SIMG-FIMMG della provincia di Brescia sul Governo Clinico in MG, una proposta pienamente condivisa e sostenuta dalla direzione Sanitaria della ASL, sia nella forma e sia nei contenuti.

I punti più qualificanti della proposta sono i seguenti:

1. l’identificazione di un obiettivo unico e condiviso tra MG ed Azienda Sanitaria: la qualità del processo di cura, vale a dire “migliorare l’efficacia, l’efficienza e l’appropriatezza degli interventi attuati dai MMG e verificarne il raggiungimento attraverso il monitoraggio d’indicatori di processo ed esito” (obiettivi secondari nella Tabella II);
2. l’impegno contrattuale dei MMG a migliorare efficacia, efficienza, appropriatezza dei propri interventi, applicando nel miglior modo possibile i PDT riguardanti le patologie croniche considerate nel progetto (diabete mellito tipo 2, Ipertensione arteriosa, BPCO, epatiti croniche);
3. la produzione di Report trimestrali da parte dei MMG, quale fonte principale di dati per il monitoraggio del processo ed ottenuti dalle cartelle cliniche dei

TABELLA II
Obiettivi secondari del Piano per il Governo Clinico ASL BS anno 2005-2006

• Migliorare la quantità e la qualità della registrazione dei dati nelle cartelle cliniche elettroniche
• Promuovere la progettazione, l'implementazione e il monitoraggio dei percorsi diagnostico terapeutici delle patologie croniche più frequenti
• Individuare gli standard qualitativi (minimi ed ottimali), relativi ad alcune patologie croniche (ipertensione, diabete tipo 2, BPCO, epatiti) su cui centrare il processo ciclico di miglioramento
• Individuare i bisogni formativi dei Medici di Medicina Generale relativamente alle patologie oggetto del monitoraggio e organizzare eventi formativi mirati
• Fornire indicazioni per l'elaborazione di supporti informatici intelligenti

Medici di famiglia in formato elettronico Excel, grazie a procedure automatiche (*query*), secondo la metodologia già sperimentata dalla rete UNIRE. I Report di Governo Clinico sono lo strumento formale con il quale ogni MMG aderente al Piano per il Governo Clinico documenta il livello raggiunto rispetto agli standard di riferimento;

4. il monitoraggio costante del processo con indicatori e standard di qualità, concordati con la direzione sanitaria dell'ASL, ed avendo come punto di riferimento il data base *Health Search-Thalès*, gli indicatori delle aree cliniche SIMG (Tabb. III-V) e le più recenti EBM. L'ASL s'impegna a produrre trimestralmente Report di Ritorno, complessivi e personalizzati, cor-

- redati dal confronto con i dati medi di ASL (BDA);
5. la creazione di un *board* tecnico-scientifico-organizzativo per il Governo Clinico (con il coinvolgimento di MMG esperti nelle patologie oggetto del monitoraggio e di comprovata competenza), con compiti di:
- informazione e coinvolgimento dei MMG;
 - indirizzo tecnico circa l'elaborazione dei dati;
 - analisi critica delle elaborazioni prodotte;
 - proposte in merito all'individuazione di aree di criticità, standard di riferimento, bisogni formativi, obiettivi di miglioramento complessivi;
 - coordinamento ed attuazione dell'attività formativa pertinente il Progetto per il Governo Clinico;
 - proposte per la divulgazione e pubblicazione dei dati;
6. un Sistema Premiante per i MMG aderenti al Piano, scomposto in due quote:
- una quota corrispondente al 30% del *budget* annuale, divisa tra tutti i MMG che hanno garantito i requisiti minimi di partecipazione al Piano per il Governo Clinico (software per l'estrazione automatica dei dati in formato excel, utilizzo della posta elettronica per l'invio dei report periodici e la ricezione delle comunicazioni riguardanti il progetto per il Governo Clinico, partecipazione alle riunioni di follow-up e agli incontri formativi-informativi) e che hanno trasmesso i Report di Governo Clinico nei tempi previsti;
 - una quota corrispondente al 70% del *budget* annuale, proporzionalmente al punteggio raggiunto per ogni indicatore (secondo il modello del contratto dei *General Practitioners* in UK)⁹. In pratica, per ciascun indicatore abbiamo identificato uno standard minimo ed uno massimo, al raggiungimento dei quali è attribuito un certo punteggio. Ad ogni

TABELLA III
Gestione ipertensione standard di riferimento

	STANDARD MINIMO	GOLDEN STANDARD 2005
INDICATORE	RISULTATO → PUNTI	RISULTATO → PUNTI
IP.1 Prevalenza di ipertesi noti	5% → 4	15% → 8
IP.2 Percentuale di pazienti ipertesi stratificati per valutazione del rischio cardiovascolare (OMS-2003)	25% → 6	50% → 12
IP.3 Percentuale di pazienti con diagnosi di ipertensione arteriosa che presentano registrazione di almeno una colesterolemia totale e HDL, trigliceridemia, e creatininemia, potassiemia, glicemia, e es. urine, ECG nei tre anni precedenti	5% → 5	50% → 10
IP.4 Percentuale di pazienti ipertesi in cui è registrato un dato di pressione negli ultimi 15 mesi	30% → 1	60% → 3
IP.5 Percentuale di pazienti ipertesi con registrazione di pressione arteriosa negli ultimi 15 mesi < 140/90	5% → 2	20% → 3
IP.6 Percentuale di pazienti ipertesi, diabetici e/o con IRC (creatinemia: ♀ > 1,3, ♂ > 1,5) e/o con microalbuminuria > 300 mg/die, con pressione arteriosa < 130/80	5% → 2	20% → 4
	Totale 20	Totale 40

TABELLA IV
Gestione diabetici standard di riferimento

	STANDARD MINIMO	GOLDEN STANDARD 2005
INDICATORE	RISULTATO → PUNTI	RISULTATO → PUNTI
DM 1. Prevalenza di diabetici noti	3% → 5	4% → 10
DM 2. Percentuale dei pazienti affetti da diabete mellito con registrazione di un valore di HbA _{1c} o equivalente nei 15 mesi precedenti	30% → 2	70% → 5
DM 3. Percentuale dei pazienti affetti da diabete mellito in cui l’ultimo valore registrato di HbA _{1c} è ≤ 7,4 negli ultimi 15 mesi	10% → 5	40% → 7
DM 4. Percentuale di pazienti affetti da diabete mellito con registrazione di un valore di PA negli ultimi 15 mesi	30% → 2	70% → 5
DM 5. percentuale di pazienti affetti da diabete mellito con registrazione di un esame della microalbuminuria nei precedenti 15 mesi	5% → 2	30% → 3
DM 6. Percentuale di pazienti con diabete mellito con registrazione in cartella clinica di almeno un valore di colesterolo totale nel corso degli ultimi 15 mesi	20% → 1	50% → 3
DM 7. Percentuale dei pazienti affetti da diabete mellito con registrazione di un valore di BMI nei precedenti 15 mesi	15% → 1	60% → 3
DM 8. Percentuale dei pazienti affetti da diabete mellito con registrazione di una valutazione del Fundus Oculi negli ultimi 15 mesi	10% → 2	50% → 4
	Totale 20	Totale 40

TABELLA V
Gestione BPCO - Standard di riferimento

	STANDARD MINIMO	GOLDEN STANDARD 2005
INDICATORE	RISULTATO → PUNTI	RISULTATO → PUNTI
BC 1. Percentuale di registrazione dato fumo nella popolazione generale	30% → 5	80% → 10
BC 2. Percentuale di pazienti fumatori nella popolazione generale con esecuzione test di dipendenza dalla nicotina	1% → 2	5% → 5
BC 3. Prevalenza di diagnosi di BPCO	1% → 4	2% → 10
BC 4. Percentuale pazienti BPCO con prescrizione di almeno una spirometria	10% → 3	30% → 6
BC 5. Percentuale di pazienti BPCO con spirometria e registrazione del dato in cartella	5% → 2	30% → 3
BC 6. Percentuale pazienti BPCO vaccinati per l’influenza	50% → 3	90% → 4
BC 7. Percentuale pazienti BPCO vaccinati con antipneumococcico	5% → 1	10% → 2
	Totale 20	Totale 40

punto è attribuito un peso economico, calcolato in base al *budget* annuale disponibile.

L’attuazione degli standard attraverso le azioni (*Clinical Governance*), sarà supportato dallo sviluppo di forme d’aggiornamento *life-long*, da iniziative di *clinical audit* e dall’autoregolazione professionale.

CONCLUSIONI

Le nostre attese riguardo al progetto di CG sono forti: una crescita professionale complessiva, una maggiore autorevolezza della MG nei confronti degli amministratori, degli specialisti e degli stessi pazienti, il raggiungimento di standard di qualità elevati ed un

miglioramento anche in termini d'efficienza del sistema (*accountability*).

Se la MG è il crocevia ineluttabile attraverso il quale transitano tutti i bisogni di salute dei cittadini, il governo della domanda da parte dei MMG non è realizzabile senza la creazione d'idonei strumenti di valutazione gestiti in prima persona dagli stessi Medici di famiglia. Ma soprattutto la MG deve essere coinvolta (per quanto di sua pertinenza) nei processi decisionali riguardo le scelte di politica sanitaria.

Il progetto Governo Clinico dell'ASL di Brescia parte da entrambe queste pregiudiziali e dimostra che, in un contesto non ispettivo, in cui il valore dell'informazione è molto alto, può prendere corpo la possibile realizzazione di un sistema strutturato di *reporting* in grado di aiutare, in modo del tutto simile a quanto accaduto in altri settori, a costruire un ambiente sempre più efficace/efficiente e più equo e sicuro per i cittadini, per la società e per gli operatori del sistema salute.

Bibliografia

- ¹ Rosen R. *Clinical governance in primary care: improving quality in the changing world of primary care*. BMJ 2000;321:551-4.
- ² Fondazione SmithKline. *Documento introduttivo sull'appropriatezza in Sanità*. In: *Rapporto Sanità 2004*. Bologna: Il Mulino 2004.
- ³ Documenti disponibili sui siti: www.simg.it/metabolica – www.simg.it/cardiovascolare.
- ⁴ Lonati F, Indelicato A, Valentini U, Medea G. *Il progetto Disease Management del diabete mellito in provincia di Brescia: il ruolo di coordinamento e la chiave di lettura dei dati dell'azienda sanitaria locale*. MEDIA 2003;3:122-7.
- ⁵ Lonati F, Medea G. *Disease Management del diabete mellito tipo 2 il progetto di Brescia (1° parte)*. Rivista SIMG 2002;6-7:19-21.
- ⁶ Medea G, Lonati F. *Disease Management del diabete mellito tipo 2 il progetto di Brescia (2° parte)*. Rivista SIMG 2002;8-10:24-8.
- ⁷ Scarcella C, Levaggi R, Medea G, Valentini U, Lonati F, Indelicato AM. *Disease Management del paziente diabetico*. Tendenze Nuove 2004;6:513-32.
- ⁸ *Disease Management del paziente diabetico: l'esperienza del territorio bresciano*. Brochure disponibile presso il Dipartimento di Medicina Primaria dell'ASL Brescia, via Duca D'Abruzzi 15, Brescia.
- ⁹ Medea G, Samani F. *Indicatori di qualità e qualità dell'assistenza nella gestione del diabete mellito in Medicina Generale*. Rivista SIMG 2003;4-5:9-15.

