

Governo Clinico della Medicina Generale nell'ASL di Brescia: impatto sulla presa in carico degli assistiti e sul consumo di risorse sanitarie

Michele Magoni

Epidemiologo, Statistico, ASL Brescia

Questo articolo ci viene concesso dall'Azienda Sanitaria Locale della provincia di Brescia ed è stato pubblicato sul Bollettino "Assistenza Primaria", 2008, vol. 14, n. 11. Per gentile concessione del Direttore Generale dell'ASL di Brescia, dott. Carmelo Scarcella.

Riassunto

Al fine di verificare e quantificare l'impatto del programma di Governo Clinico dei Medici di Medicina Generale (MMG) promosso dall'ASL di Brescia, è stata effettuata un'apposita elaborazione, i cui risultati sono esplicitati nella presente relazione.

Gli assistiti dell'ASL di Brescia sono stati raggruppati in 3 sottopopolazioni, in base al diverso livello di partecipazione del loro MMG ai processi di miglioramento promossi dall'ASL.

Tra le 3 sottopopolazioni individuate sono stati confrontati:

- il livello di presa in carico per diabete e per ipertensione arteriosa;
- i tassi di ospedalizzazione per tutte le cause e per le sole patologie cardio-cerebrovascolari (CCV);
- il consumo di risorse sanitarie per i ricoveri ospedalieri, per l'assistenza specialistica e, in modo più analitico, per la farmaceutica.

Schematizzando l'esito dell'elaborazione prodotta si può affermare che per i MMG che da più tempo partecipano al processo di Governo Clinico:

- la prevalenza di diabetici ed ipertesi presi in carico è significativamente maggiore, indice di una gestione più sistematica e più attenta dei malati cronici;
- il tasso di ospedalizzazione è significativamente minore, sia per tutte le cause che per le sole patologie CCV, con un divario che tende ad incrementare nel tempo: il corrispondente significato in termini di salute è evidente;
- la spesa pro-capite lorda totale (ricoveri + specialistica + farmaceutica per il totale degli assistibili) risulta significativamente più bassa, con tendenza a divaricarsi ulteriormente nel tempo;
- a fronte del maggior numero di soggetti cronici trattati, che porterebbe ad ipotizzare un incremento dei costi territoriali, la spesa pro-capite per assistenza farmaceutica (riferita cioè

a tutti gli assistibili), inizialmente più elevata, si è allineata; anche la spesa pro-capite per l'assistenza specialistica, inizialmente simile nei 3 gruppi, si è ridotta;

- approfondendo l'analisi per la sola spesa farmaceutica, il numero di prescrizioni per trattato è maggiore (cure più sistematiche) a fronte di un importo medio per prescrizione più basso e di un maggior ricorso ai farmaci equivalenti (maggiore oculatezza prescrittiva); ciò vale sia per il totale dei farmaci, che per quelli per la cura del diabete, dell'ipertensione e delle dislipidemie.

Obiettivo della relazione

Verificare e quantificare se e quanto il programma di Governo Clinico dei MMG promosso dall'ASL di Brescia abbia avuto un impatto in termini di maggior efficacia ed efficienza nella presa in carico degli assistiti.

Metodologia

Sono stati presi in considerazione gli assistiti di 3 gruppi di MMG a secondo della partecipazione del MMG ai progetti di Governo Clinico dell'ASL:

1. *gruppo-1*: gli assistiti dei 76 MMG che hanno iniziato da tempo a partecipare a progetti di Governo Clinico ed in particolare avevano effettuato invii di report informatizzati all'ASL su diabete, ipertensione arteriosa e rischi CCV prima del 2007, quando tale trasmissione era su base volontaria;
2. *gruppo-2*: gli assistiti dei 234 MMG che hanno iniziato a inviare i report informatizzati per il Governo Clinico a partire dal 2007, dopo l'introduzione di incentivi;
3. *gruppo-3 (di controllo)*: 382 MMG attivi alla fine del 2007 che non hanno mai partecipato alla trasmissione di report informatizzati per il Governo Clinico.

La popolazione assistita nei diversi anni per i diversi gruppi è riportata in Tabella I.

Indicatori di impatto analizzati

1. Presa in carico per diabete (2003-07) e ipertensione arteriosa (2003-06). Fonte BDA.

TABELLA I
Numerosità popolazione assistita nel periodo 2003-2007 per gruppo di MMG.

	2003	2004	2005	2006	2007
Gruppo-3 (di controllo)	474.270	490.584	507.494	520.053	530.756
Gruppo-2	316.341	326.484	335.451	342.329	347.034
Gruppo-1	110.162	111.847	113.179	116.552	117.334
Altri assistiti (pediatri, RSA, MMG non più attivi)	168.222	162.779	154.873	149.501	141.125
Totale	1.068.995	1.091.694	1.110.997	1.128.435	1.136.249

2. Numero medio di ricoveri per tutte le cause. Fonte: BDA. Periodo: 2003-06.
3. Numero medio di ricoveri per problemi CCV. Fonte: SDO. Periodo: 2003-07.
4. Consumo pro-capite di risorse sanitarie (spesa totale lorda, spesa lorda per ricoveri, spesa lorda per farmaceutica, spesa lorda per specialistica). Fonte: BDA. Periodo: 2003-06.
5. Consumi farmaceutici trimestrali (totali, diabete, ipertensione arteriosa, dislipidemie). Fonte: farmaceutica. Periodo 2006-07.

Presenza in carico per diabete e ipertensione arteriosa

Nelle Figure 1a e 1b vengono presentati i dati aggiustati per sesso ed età riguardanti gli assistiti identificati quali diabetici (a) e ipertesi (b) secondo i criteri BDA. I tassi di prevalenza sono stati aggiustati tramite standardizzazione diretta per il periodo 2003-07 per sesso e fasce d'età quinquennali e quindi immediatamente confrontabili.

Vi è un generale costante trend di aumento della presa in carico

per diabete nel periodo 2003-07, ma vi è soprattutto una chiara e significativa maggior presa in carico di diabetici da parte dei MMG del gruppo-1, seguiti dai MMG del gruppo-2 e con la prevalenza più bassa per il gruppo-3.

Si ricorda che la presa in carico precoce dei soggetti diabetici è uno degli obiettivi prioritari per corretto "disease management" di tale patologia.

Anche per quanto riguarda l'ipertensione arteriosa vi è un costante trend di aumento della presa in carico. Per quanto riguarda i diversi gruppi di MMG vi è una chiara e significativa maggior presa in carico di ipertesi (quasi un punto percentuale in più) da parte dei MMG del gruppo-1 e 2 (tra loro simili) rispetto al gruppo-3. Anche per l'ipertensione, la presa in carico precoce dei soggetti ipertesi è uno degli obiettivi prioritari per corretto "disease management".

Numero medio di ricoveri per tutte le cause

Si è preso in considerazione il numero medio di ricoveri per tutte le cause nella popolazione adulta (> 20 anni, dati BDA). Onde

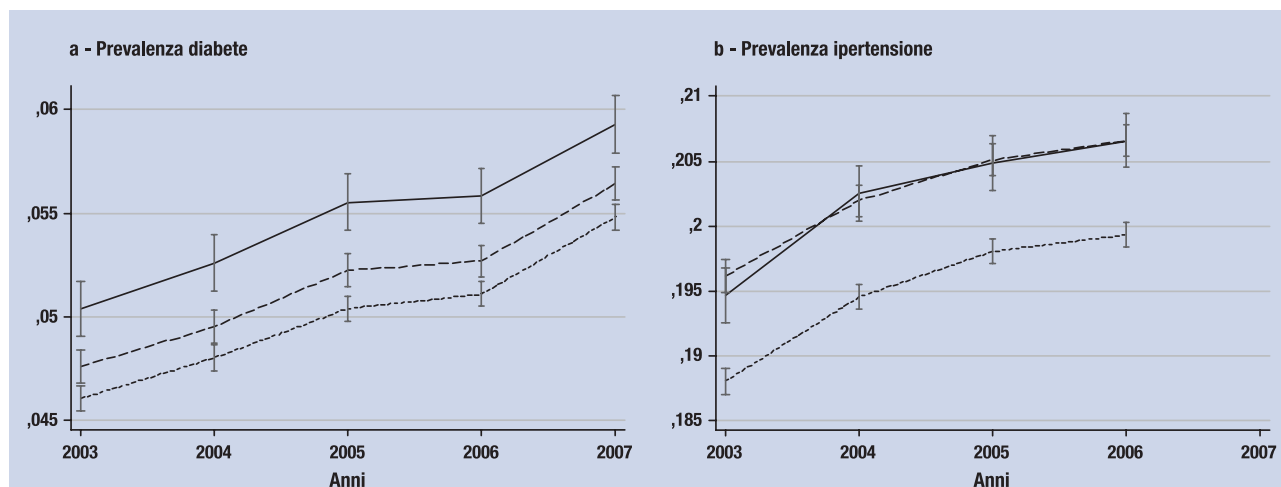
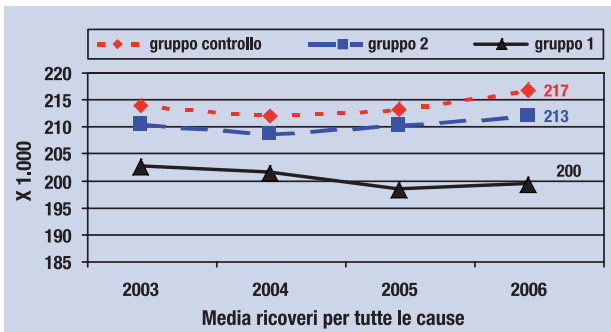
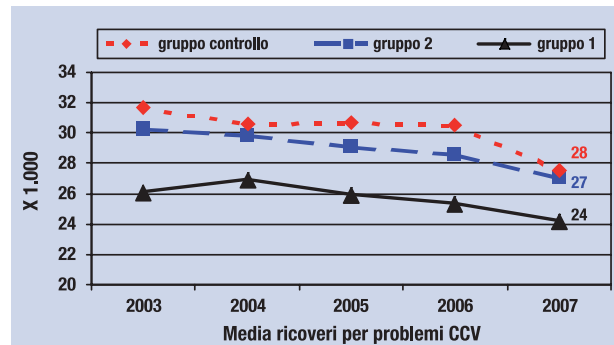


Figura 1.

Tassi di prevalenza standardizzati per presi in carico per diabete (a) e ipertensione (b) nel gruppo-1 (____), gruppo-2 (____), gruppo-3 (-----). Limiti di confidenza al 95%.

**Figura 2**

Media aggiustata di ricoveri per mille assistiti nel periodo 2003-06 per i 3 gruppi di MMG.

**Figura 3**

Media aggiustata di ricoveri per cause CCV nel periodo 2003-07 per i 3 gruppi.

tener conto di eventuali differenze d'età e di sesso tra le popolazioni dei 3 gruppi di assistiti, vengono presentati i valori aggiustati per sesso ed età dopo regressione lineare multivariata per ogni singolo anno.

Si noti come gli assistiti da parte dei MMG del gruppo-1 presentino un significativo minor numero medio di ricoveri rispetto agli altri e come tale differenza sia aumentata dal 2003 al 2006. Gli assistiti del gruppo-2 sono anche qui in una posizione intermedia.

Numero medio di ricoveri per problemi cardio-cerebrovascolari

Si è preso in considerazione il numero medio per patologia CCV (ICD9: 410-414, 430-438 da dati SDO 1998-2007). Anche in questo caso i dati sono aggiustati per sesso ed età (Fig. 3).

Si nota un trend di diminuzione generale della media di ricoveri per

cause CCV, ma anche in questo caso gli assistiti da parte dei MMG del gruppo-1 presentano un significativo minor numero medio di ricoveri rispetto agli altri.

Consumo pro-capite di risorse sanitarie

Utilizzando i dati della BDA 2003-06 sono stati analizzati per i 3 gruppi sopraccitati il consumo di risorse sanitarie (valori di spesa totale lorda, spesa lorda per ricoveri, spesa lorda per farmaceutica, spesa lorda per specialistica).

Onde tener conto di eventuali differenze d'età e di sesso tra le popolazioni dei 3 gruppi di MMG, oltre ai valori grezzi per l'intera popolazione, vengono presentati i valori aggiustati per sesso ed età dopo regressione lineare multivariata per ogni singolo anno.

Per tutti gli anni del periodo 2003-07 la spesa pro-capite totale

TABELLA II
Spesa sanitaria pro-capite complessiva nel periodo 2003-07 per gruppo di MMG, dati grezzi (a) ed aggiustati (b).

Anno		2003	2004	2005	2006	Δ periodo 2003-06
a) Valori grezzi	gruppo-3 di controllo	€ 921	€ 957	€ 971	€ 1,026	11,4%
	gruppo-2	€ 899	€ 925	€ 940	€ 978	8,8%
	gruppo-1	€ 877	€ 920	€ 917	€ 952	8,6%
	variazione gruppo-1/controllo	-4,78%	-3,89%	-5,53%	-7,20%	
b) Valori aggiustati per sesso ed età	gruppo-3 di controllo	€ 930	€ 959	€ 966	€ 1,010	8,6%
	gruppo-2	€ 927	€ 946	€ 957	€ 986	6,4%
	gruppo-1	€ 907	€ 941	€ 930	€ 955	5,2%
	p value-gruppo-2/controllo	0,7	0,08	0,18	0,004	
	p value-gruppo-1/controllo	0,03	0,1	0,001	< 0,0001	
	variazione gruppo-1/controllo	-2,45%	-1,82%	-3,80%	-5,43%	

TABELLA III
Spesa sanitaria pro-capite per ricoveri (a), farmaceutica territoriale (b) e specialistica (c)
nel periodo 2003-07 per gruppo di MMG, valori aggiustati per sesso ed età.

	Anno	2003	2004	2005	2006	Δ periodo 2003-06
A) Ricoveri	gruppo-3 di controllo	€ 508	€ 507	€ 523	€ 538	6,0%
	gruppo-2	€ 505	€ 496	€ 513	€ 523	3,5%
	gruppo-1	€ 480	€ 491	€ 489	€ 498	3,8%
	p value-gruppo-2/controllo	0,6	0,08	0,06	0,012	
	p value-gruppo-1/controllo	0,001	0,1	< 0,0001	< 0,0001	
	Δ gruppo-1/controllo	-5,53%	-3,12%	-6,54%	-7,47%	
B) Farmaceutica	gruppo-3 di controllo	€ 205	€ 222	€ 208	€ 212	3,6%
	gruppo-2	€ 212	€ 227	€ 211	€ 212	-0,3%
	gruppo-1	€ 211	€ 226	€ 210	€ 213	0,8%
	p value-gruppo-2/controllo	< 0,0001	0,008	0,04	0,6	
	p value-gruppo-1/controllo	0,03	0,1	0,3	0,8	
	Δ gruppo-1/controllo	3,06%	1,92%	1,11%	0,28%	
C) Specialistica	gruppo-3 di controllo	€ 169	€ 175	€ 177	€ 186	10,1%
	gruppo-2	€ 166	€ 173	€ 178	€ 187	12,6%
	gruppo-1	€ 169	€ 172	€ 172	€ 176	3,8%
	p value-gruppo-2/controllo	0,2	0,3	0,04	0,6	
	p value-gruppo-1/controllo	0,8	0,3	0,3	0,001	
	Δ gruppo-1/controllo	0,39%	-2,00%	-3,15%	-5,35%	

(ricoveri + farmaceutica + ricoveri) risulta significativamente più bassa negli assistiti da parte dei MMG del gruppo-1 rispetto al gruppo controllo, con gli assistiti del gruppo-2 in posizione intermedia (Tab. II).

La differenza si è andata ampliando nel periodo considerato: dal -2,45% nel 2003 (907 € verso 930 €) al -5,43% nel 2006 (955 € verso 1.010 €, $p < 0,0001$), in tale anno il valore della spesa pro-capite risultava inferiore in maniera statisticamente significativa anche per il gruppo-2 (986 €, $p = 0,004$).

La Tabella III riporta la spesa pro-capite divisa per le maggiori voci di spesa (ricoveri, farmaceutica territoriale e specialistica): si noti che la minor spesa pro-capite del gruppo-1 è determinata essenzialmente da una minor spesa per ricoveri in tutto il periodo 2003-06 che è andata accentuandosi nel 2006 (-7,47% rispetto al gruppo controllo).

La spesa pro-capite per farmaceutica risultava invece lievemente più elevata per gli assistiti del gruppo-1 e 2 nel 2003 (211 € e 212 € verso 205 € del gruppo controllo), ma è cresciuta meno nel corso degli anni e si è andata allineando a quella del gruppo controllo nel 2006.

La spesa pro-capite per specialistica che risultava invece simile

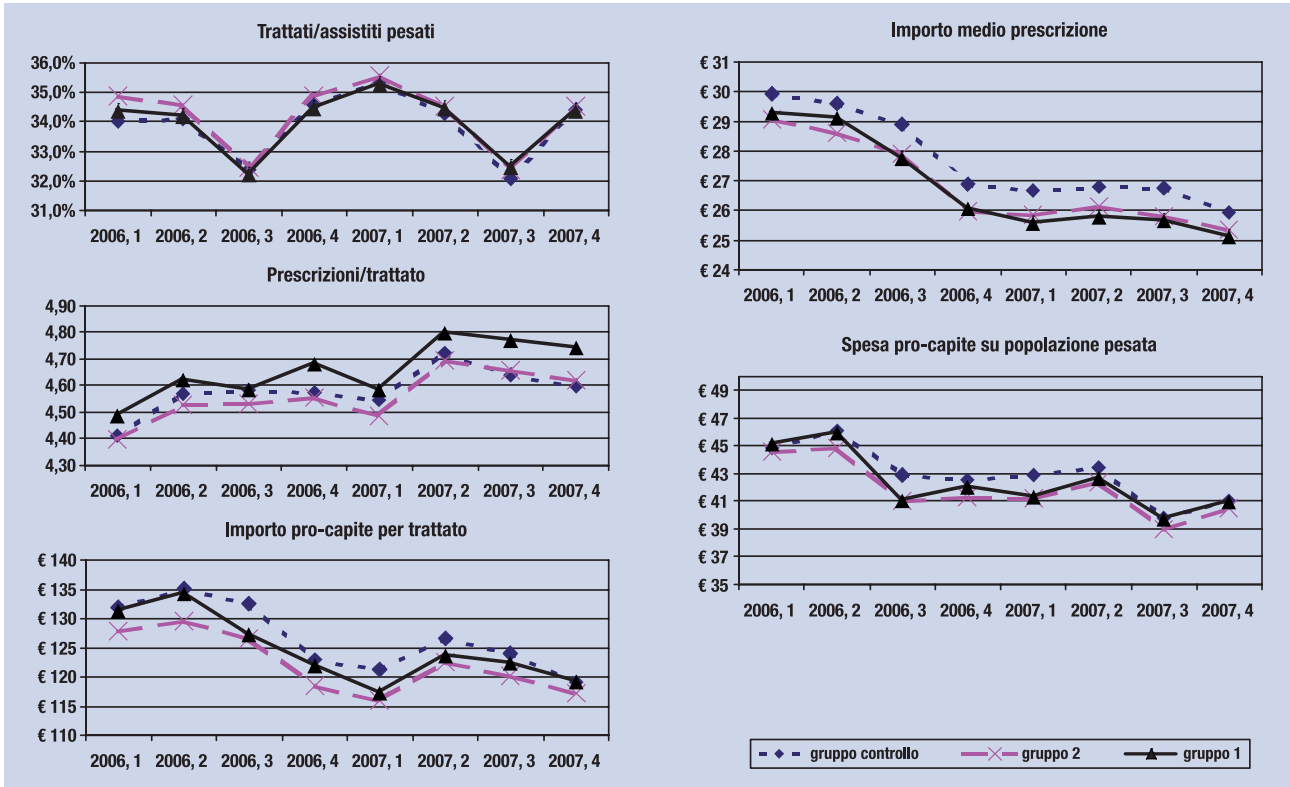
nel 2003 tra i vari gruppi è cresciuta meno per gli assistiti del gruppo-1 che nel 2006 presentavano quindi una spesa pro-capite inferiore (176 € verso 186 €, $p = 0,001$).

Consumi farmaceutici trimestrali 2006-07

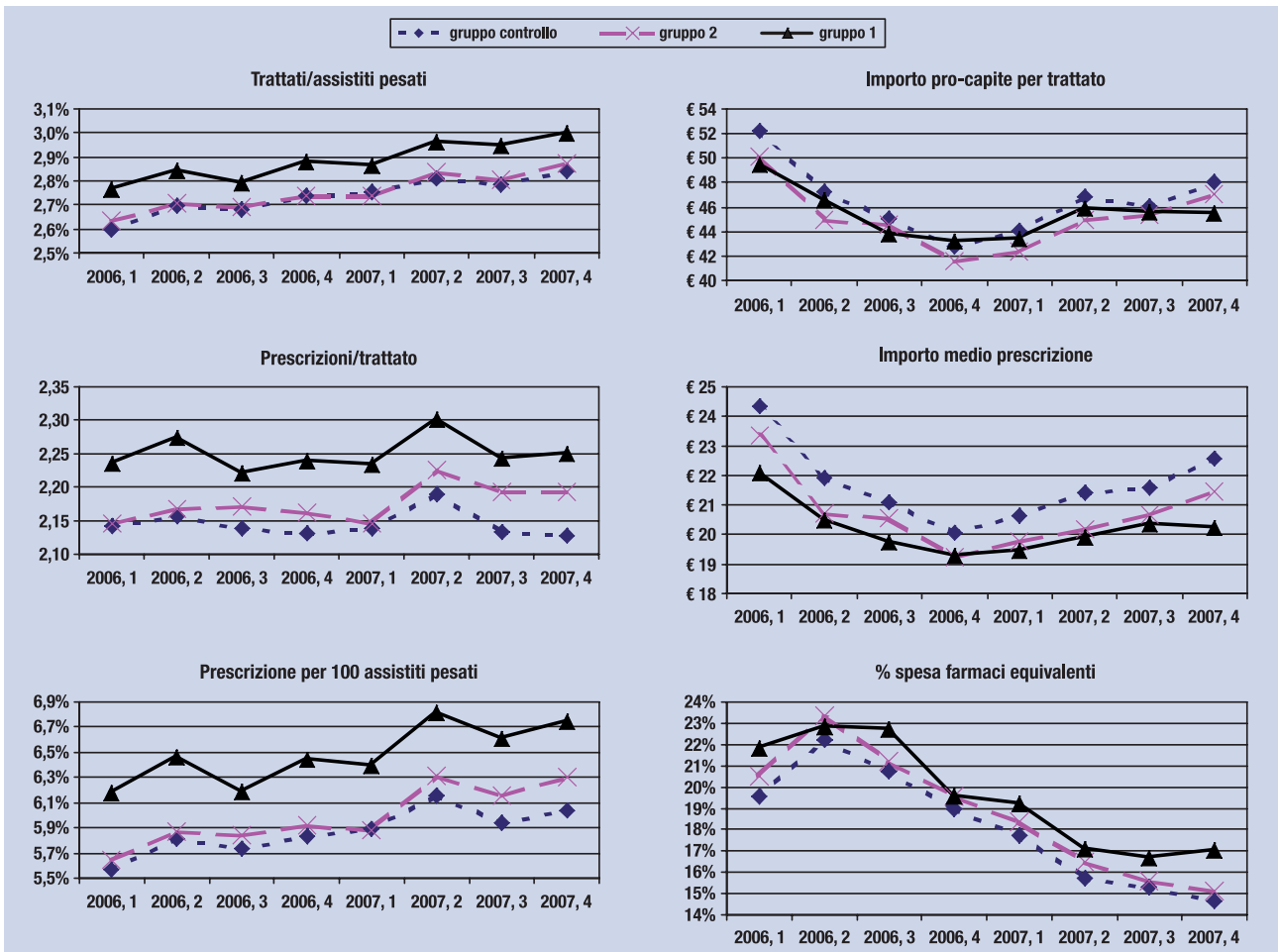
Si riportano di seguito alcuni indicatori rilevati a cadenza trimestrale (prevalenza trattati su popolazione pesata, n. medio prescrizione per trattato, n. medio prescrizione, n. medio prescrizioni per 100 assistiti pesati, importo pro-capite per trattato, importo medio per prescrizione, % spesa farmaci equivalenti) per tutta la farmaceutica e per 3 gruppi di patologie croniche: diabete (ATC = A10), ipertensione (ATC = C02, C03, C07, C08, C09) e dislipidemie (ATC = C10).

Farmaceutica totale

La prevalenza dei trattati non cambia tra i diversi gruppi (con il consueto picco negativo nel trimestre estivo), ma il gruppo-1 presenta un maggior numero di prescrizioni per trattato senza avere un maggior importo pro-capite per trattato grazie ad un minor importo medio per prescrizione.



Diabete

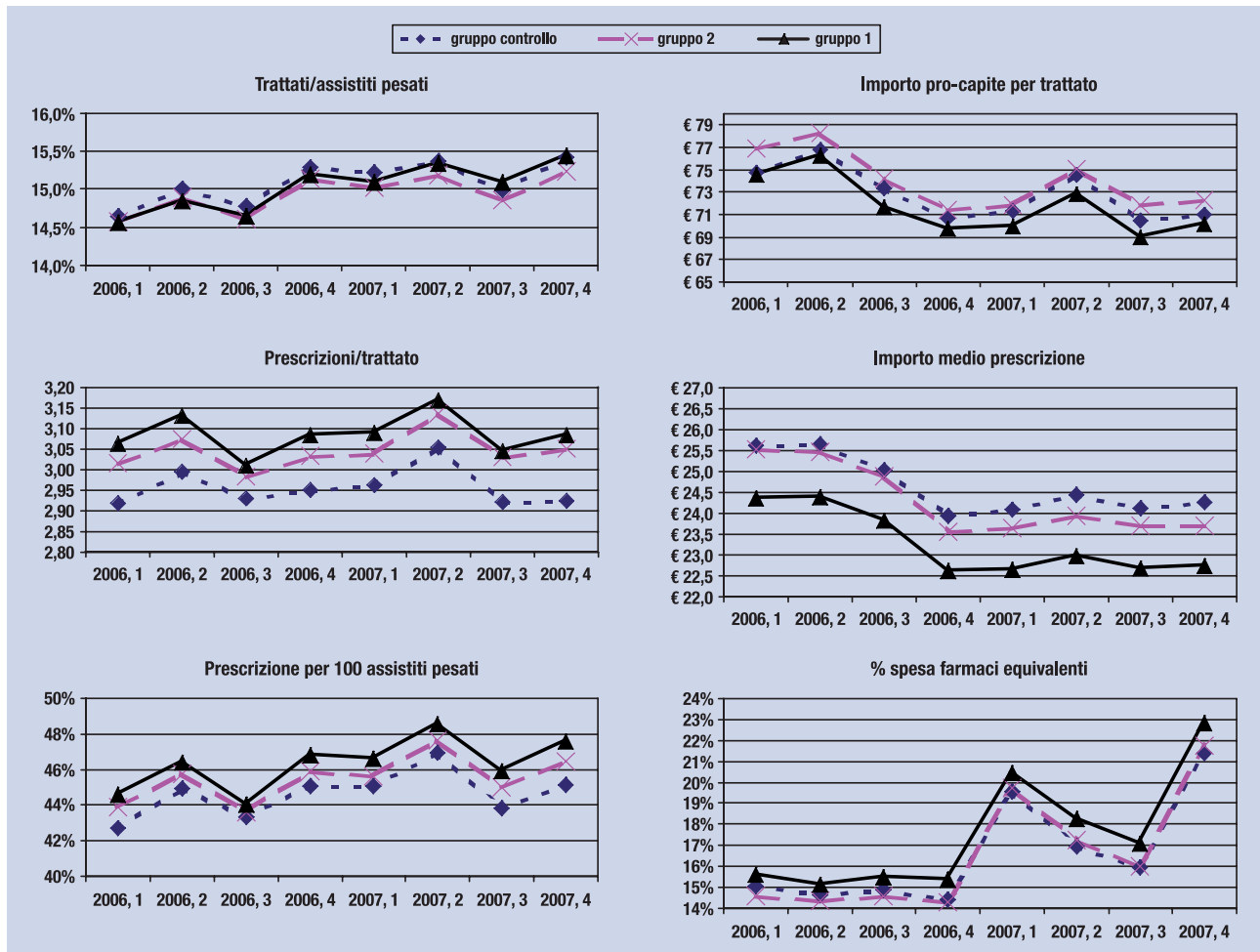


Il gruppo-1 presenta un maggior numero di trattati e di prescrizioni per trattato; nonostante ciò il costo pro-capite per trattato non è superiore ma anzi tende ad essere inferiore nell'ultimo trimestre 2007. Ciò è dovuto ad un netto minor importo medio

per prescrizione ed una maggiore percentuale di spesa farmaci equivalenti.

Interessante notare che negli ultimi trimestri il gruppo-2 tende a situarsi in una posizione intermedia.

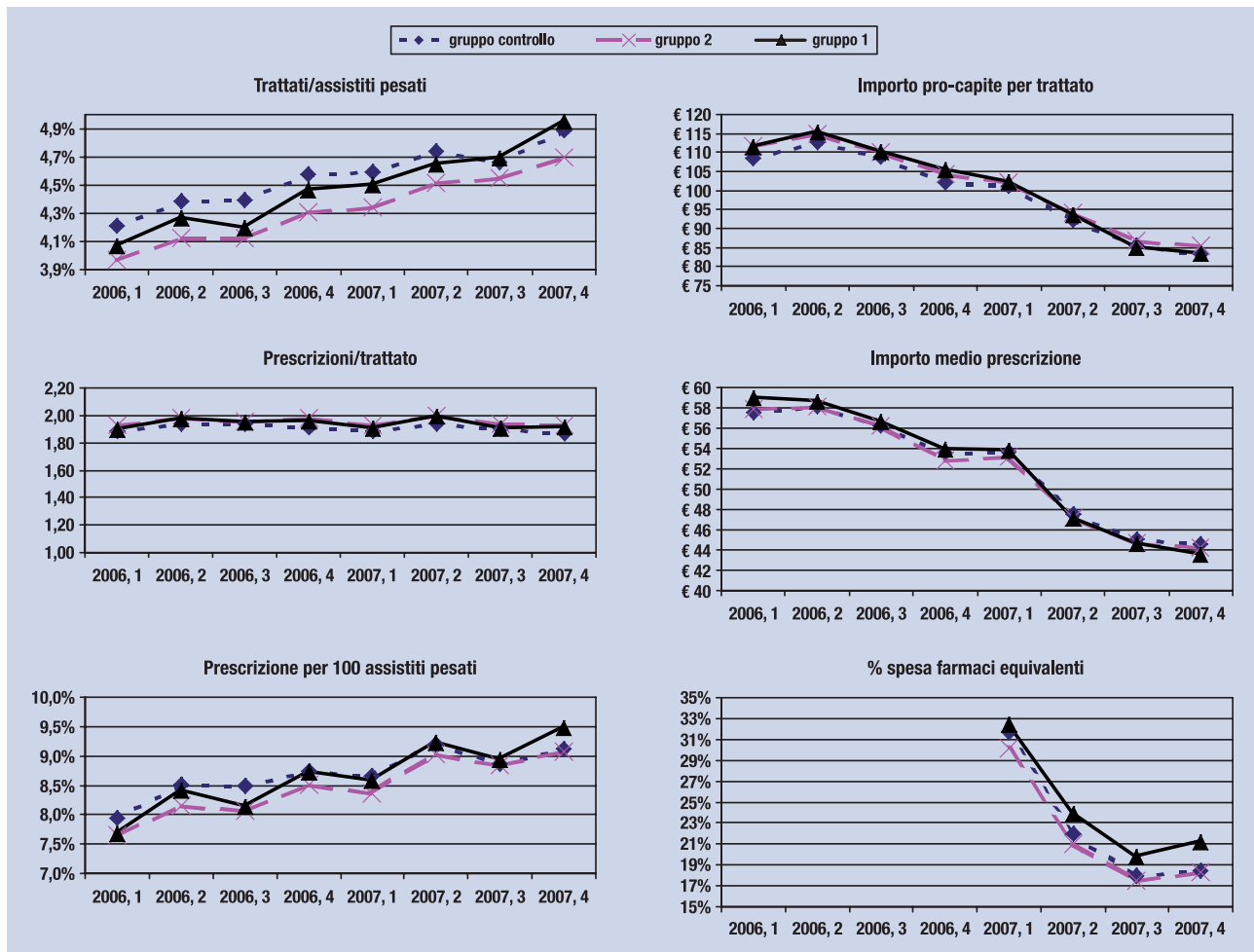
Ipertensione arteriosa



Il numero di trattati è abbastanza simile nei vari gruppi, ma il gruppo-1 seguito dal gruppo-2 presenta un maggior numero di prescrizioni per trattato; nonostante ciò il costo pro-capite per trattato è addirittura inferiore nel gruppo-1. Vi è un minor

importo medio per prescrizione ed una maggiore percentuale di spesa farmaci equivalenti nel gruppo-1, mentre il gruppo-2 tende a situarsi in una posizione intermedia per questi indicatori.

Dislipidemie



Non sono evidenti differenze particolarmente significative tra i gruppi a parte la maggior percentuale di spesa per farmaci equivalenti nel gruppo-1.

Vi è un trend di chiaro aumento dei trattati a fronte di una riduzione dell'importo-pro-capite per trattato.

Conclusioni

Esistono dinamiche generali che influenzano tutti i MMG, ma vi sono indicatori di un più efficiente ed efficace "disease management" da parte dei MMG nel gruppo-1 e in minor misura nel gruppo-2.

Tale fenomeno è legato in parte ad una pre-selezione dei MMG (i più "virtuosi" partecipano di più anche al governo clinico), ma vi è evidenza anche di un miglioramento più accentuato nell'ultimo periodo per il gruppo-1 (consumo di risorse, ricoveri, ecc.) e di un miglioramento nel gruppo-2 in concomitanza allo sviluppo del processo di governo clinico introdotto dall'ASL.

Interessante notare nella spesa farmaceutica che le differenze tra gruppi di MMG sono molto forti per quelle categorie patologiche in cui si è molto lavorato negli scorsi anni (diabete ipertensione), mentre sono più marginali per altre patologie (dislipidemie).

In futuro si ritiene sia possibile valutare anche cambiamenti in indicatori di salute più forti (incidenza di ictus e infarto).