

La governance in una ASL di Roma: un tentativo di coinvolgere la Medicina Generale nella programmazione e nel raggiungimento di obiettivi condivisi ed in particolare nella gestione della spesa farmaceutica L'importanza dell'informazione-formazione

Luigi Milani, Paolo Antonucci, Claudia Felici, Giovanni Spinelli*, Daniele Zamperini, Carlo Di Stefano, Anna Roberti*****

* Medici di Medicina Generale, eletti nella Commissione Appropriatezza, Distretto 19-20 ASL RM/E; ** Medico di Medicina Generale, rappresentante sindacale in ASL RM/E; *** Direttori di Distretto, rispettivamente 17-18 e 19-20 della ASL RM/E

Le motivazioni della ASL RM/E

Negli ultimi anni la Medicina Generale (MG), a livello nazionale e internazionale, è stata interessata da importanti processi di sviluppo e trasformazione per soddisfare sempre più e meglio le esigenze della continuità assistenziale, della domiciliarizzazione delle cure, della possibilità di visite e controlli in strutture più piccole, più vicine al cittadino ed economicamente più vantaggiose e coordinate dalla Medicina di famiglia.

L'Azienda ASL RM/E ha voluto inserirsi in tale processo e sancire il riconoscimento del patrimonio di competenze professionali e organizzative dei medici di medicina generale (MMG), a cui dare un ulteriore impulso finalizzato all'innovazione e alla rimodulazione del proprio ruolo all'interno di un nuovo sviluppo della rete delle cure primarie, attraverso il suo primo accordo aziendale.

La peculiarità dell'offerta sanitaria nell'azienda RM/E, pletrica in strutture convenzionate e universitarie, ha fatto ritenere che solo attraverso una migliore integrazione dei MMG con le strutture aziendali si potesse garantire:

- una maggiore "appropriatezza" nell'utilizzo delle risorse disponibili (non va dimenticato che la Regione Lazio ha avuto la necessità di applicare uno stringente "piano di rientro" cercando al contempo di mantenere una buona qualità dell'offerta sanitaria);
- un'organizzazione più funzionale;
- una gestione ottimale del territorio quale sede primaria di assistenza.

Inoltre, le parti coinvolte in questo accordo, molto ambizioso negli obiettivi posti, hanno considerato la formazione, finalizzata al raggiungimento degli obiettivi di salute, uno strumento prioritario di valorizzazione delle risorse umane e professionali, individuando nella programmazione condivisa degli interventi la modalità operativa capace di garantire il raggiungimento degli obiettivi assistenziali e il corretto uso delle risorse.

Pertanto, questo primo accordo quadro aziendale è stato un

documento strategico che ha impegnato le parti nell'identificazione e nello sviluppo di progetti pluriennali, che promuovessero e accompagnassero il cambiamento culturale e organizzativo in corso, riguardanti il nuovo ruolo della MG all'interno di un cambiamento più ampio che investirà nel prossimo triennio la rete delle cure primarie nel territorio della ASL RM/E.

Le motivazioni della Medicina Generale

Al fine di creare le corrette premesse alla realizzazione di questo auspicato cambiamento, nei mesi di luglio-agosto 2006 è stato predisposto dalla direzione aziendale uno studio conoscitivo, tramite intervista dei MMG, sulla qualità percepita rispetto alle diverse aree di interesse e di organizzazione della MG oltre che di interazione con i servizi aziendali ed extra-aziendali. Tale studio ha interessato un campione randomizzato del 20% di tutti i MMG della ASL RM/E. Nella stesura dell'accordo aziendale si è cercato di dare risposta, per quanto possibile, alle maggiori criticità evidenziate nelle interviste, perché ritenute essere quelle che maggiormente incidono in maniera negativa sul loro lavoro quotidiano: eccessiva burocrazia, formazione non sempre adeguata e slegata dai concreti percorsi assistenziali, carente rapporto con gli specialisti ambulatoriali e ospedalieri, scarsa definizione dei percorsi ospedale-territorio.

Si è trattato quindi di un accordo aziendale partecipato, nato direttamente dal punto di vista dei MMG che lavorano sul territorio della ASL RM/E, che ha cercato di integrarsi coerentemente con le strategie e i vincoli definiti nell'accordo della Regione Lazio per la MG.

L'accordo quadro aziendale 2007-2009 per la Medicina Generale

Per il raggiungimento dei numerosi obiettivi previsti nell'accordo, la ASL ha chiesto il supporto e la partecipazione dei MMG

alla costituzione di un "fondo per lo sviluppo delle cure primarie". L'adesione e l'implementazione delle attività previste nell'accordo quadro erano connesse a un sistema premiante.

Il sistema premiante era un sistema complessivo che mirava a incentivare il coinvolgimento dei MMG in tutti gli obiettivi presenti nell'accordo. Alcuni di questi obiettivi risultavano incentivati con fondi regionali, altri con fondi aziendali.

Il fondo per le cure primarie

Le parti hanno concordato un "Patto per l'appropriatezza prescrittiva" tra MMG e ASL RM/E e la creazione del "Fondo per lo sviluppo delle cure primarie" che sarebbe stato alimentato da un comportamento prescrittivo più attento alla riduzione di un eventuale uso non appropriato delle risorse disponibili (ACN, art. 27), mediante l'implementazione dei progetti previsti nell'accordo aziendale sull'appropriatezza e sull'adesione ai principi di qualità e di medicina basata sulle evidenze scientifiche.

L'accordo quadro ASL RM/E - MG, rappresentando la realizzazione di quanto previsto a livello dell'accordo regionale del Lazio per la MG, vincolava istituzionalmente tutti i MMG convenzionati, in particolare modo per quei progetti legati a un uso appropriato delle risorse messe a disposizione dalla Regione Lazio: dai progetti di prevenzione ai progetti per l'appropriatezza (quali l'uso della risorsa ospedaliera, specialistica e farmaceutica).

Solo per alcuni progetti aggiuntivi o sperimentali l'adesione era su base volontaria, richiesta al singolo MMG.

Struttura del sistema premiante

Il sistema incentivante era composto da incentivi regionali legati ai programmi previsti dall'accordo regionale, in particolare per i programmi di prevenzione (ad es. campagna vaccinazione anti-influenzale) e da incentivi aziendali legati all'adesione su base volontaria del MMG a specifici progetti quali: il progetto "Ondate di calore" e i progetti che prevedevano la partecipazione del MMG ai gruppi di lavoro (distrettuali o aziendali) per la condivisione dell'organizzazione della valutazione multidimensionale e del Piano Assistenziale Individuale (PAI) e delle dimissioni protette o per l'avvio di Percorsi Diagnostico-Terapeutici (PDT) condivisi quali la "Gestione integrata Ospedale-Territorio" del paziente diabetico o del paziente cardio-cerebro-vascolare, del paziente affetto da demenza o del paziente affetto da patologia della tiroide o da patologia della prostata. Per ciascun gruppo di lavoro misto (composto da MMG, specialisti ambulatoriali del territorio e dell'ospedale, rappresentanti del centro regionale di formazione dei MMG e dirigenti medici dei distretti) era prevista la partecipazione di 2 MMG per distretto (in realtà, proprio grazie alla strategia di dialogo messa in atto, c'è stata un'ampia e inaspettata adesione volontaria ai gruppi di lavoro di ben 90 MMG appartenenti ai 4 distretti, accettata dalla direzione aziendale per ribadire la sua volontà concreta di voler favorire la partecipazione di tutti i MMG alle attività dell'accordo aziendale) per complessivi 4-5 incontri (ma in alcuni gruppi si è giunti anche a 6-7 incontri, data la complessità delle problematiche affrontate).

Per ciascun incontro era previsto un gettone di presenza pari a 120 euro lordi.

Gli incentivi legati al "Patto per l'appropriatezza" tra tutti i MMG e

l'ASL RM/E, e cioè all'utilizzo appropriato delle risorse per trasferimento delle stesse al "Fondo per lo sviluppo delle cure primarie", sono stati la parte più interessante dell'accordo, sebbene non ancora ratificato dalla Regione.

Alla luce del perseguimento dell'appropriatezza prescrittiva, le parti hanno condiviso l'esigenza regionale, non più rinviabile, del riequilibrio di prestazioni, così come di percorsi diagnostico-terapeutici ospedale-territorio derivanti da azioni e modalità innovative dei livelli assistenziali per le cure primarie. Hanno concordato, quindi, che tale quota incentivante scaturisse e fosse legata al raggiungimento degli obiettivi del 2007 e alimentasse il "Fondo per lo sviluppo delle cure primarie" a livello locale.

Tale fondo tra MMG e ASL RM/E (sperimentale per il 2007) poteva essere utilizzato fino al 50% per il maggior impegno sostenuto dal MMG (in termini di tempo e risorse) e per il raggiungimento degli obiettivi previsti nell'accordo quadro. Il restante 50% poteva essere reinvestito nel quadro del Piano delle Attività Territoriali (PAT: vedi ACN, art. 25 c. 3b) in progetti di sviluppo delle cure primarie a livello locale oppure in miglioramenti tecnici, strutturali e/o in tutte le spese professionali fiscalmente detraibili utili allo sviluppo delle cure primarie sul territorio.

Nell'ultimo caso il piano di investimento (deciso insieme tra il direttore del distretto e i MMG/UCP, alimentatori del fondo, in sede UCAD) doveva essere attestato annualmente con autocertificazione del medico affinché l'azienda potesse disporre la liquidazione della cifra, fermo restando che l'utilizzo degli incentivi poteva essere diluito nel triennio di vigenza dell'accordo.

Il comitato aziendale ex art. 23 avrebbe avuto la regia delle attività di monitoraggio e di valutazione dell'accordo. In particolare, doveva effettuare un primo incontro di monitoraggio a 6 mesi dalla stipula, sulla base dei report prodotti trimestralmente dalla Commissione Appropriatezza, per stabilire se si fosse sulla linea del raggiungimento degli obiettivi (secondo gli indicatori e i risultati attesi previsti per ciascun progetto) o per condividere eventuali misure di correzione proposte dalla commissione stessa. Di conseguenza, sarebbe stata valutata l'eventuale concreta evidenza di disponibilità di fondi, generati dalle azioni implementate, al fine di anticipare ai MMG partecipanti una percentuale iniziale degli incentivi previsti. Infine, il comitato aziendale ex art. 23, nel mese di gennaio 2008, avrebbe dovuto effettuare un incontro di valutazione generale dell'accordo aziendale sulla base di un primo report elaborato dal "Gruppo tecnico per la gestione dell'Accordo".

Questo gruppo si costituiva per la gestione dei rapporti tecnici inerenti all'accordo quadro, con funzioni di supporto al comitato aziendale di cui all'art. 23 dell'ACN, ed era composto dal coordinatore aziendale per la gestione dell'accordo, 2 rappresentanti dei MMG (scelti tra i rappresentanti dei MMG facenti parte del comitato d'azienda ex art. 23 con possibilità di rotazione), e dai direttori di distretto.

Interrelazioni sull'utilizzo delle risorse assegnate

Le parti hanno ritenuto adeguato e corretto collegare gli incentivi aziendali al mix di utilizzo delle risorse (farmaceutica, diagnostica, ospedalizzazione) così come pianificato secondo scienza e coscienza dal MMG in piena autonomia. Ma l'attuale sistema informativo-valutativo non consentiva di implementare questo

modello, che avrebbe richiesto ulteriori approfondimenti. Pertanto hanno concordato di costituire nel 2007 un gruppo di studio *ad hoc* che, sulla base delle informazioni e delle evidenze scientifiche disponibili, avrebbe cercato di affrontare il problema dell'appropriatezza attraverso la costruzione e la sperimentazione di un modello di valutazione basato sul *case mix* e sulla correlazione delle performance nelle diverse aree prescrittive (farmaceutica, diagnostica, ospedalizzazione) attraverso profili scientificamente confrontabili e personalizzati. Tale lavoro, per ritardi e difficoltà tecniche e di personale nel frattempo intervenute, verrà implementato nell'immediato futuro.

Appropriatezza della prescrizione farmaceutica

La Commissione Appropriatezza aveva il compito di chiamare all'autovalutazione quei MMG che presentavano livelli di prescrizione, al netto della spesa dei farmaci PHT (a elevato tasso di induzione specialistica), che risultassero particolarmente elevati rispetto all'indice di riferimento regionale aggiornato della Regione Lazio. I MMG sarebbero stati coinvolti durante l'anno con specifico monitoraggio tramite lo strumento del "Diagramma di dispersione", con l'informativa puntuale e mirata sulla propria attività prescrittiva, con una condivisione di linee guida e protocolli terapeutici basati sulla EBM (*Evidence-Based Medicine*) e predisposti dalla Commissione Appropriatezza regionale e/o aziendale e, infine, con newsletter impostate sulle maggiori evidenze scientifiche nell'area di interesse. Questi strumenti avrebbero consentito ai MMG una specifica attività di autovalutazione (*audit* clinico individuale o di UCP) che avrebbe consentito loro di mettere in atto, nel caso, eventuali correttivi verso un miglioramento qualitativo dell'appropriatezza prescrittiva nel quadro delle risorse messe a loro disposizione.

Per quanto riguardava l'appropriatezza farmaceutica, le parti hanno condiviso di sviluppare le seguenti azioni:

- promozione dell'appropriatezza prescrittiva dei farmaci IPP (inibitori pompa protonica);
- promozione dell'appropriatezza prescrittiva dei farmaci anti-ipertensivi;
- promozione dell'appropriatezza prescrittiva delle statine, come singole molecole;
- promozione dell'appropriatezza prescrittiva delle statine in prevenzione primaria e secondaria.

Partecipazione del MMG al "Fondo per lo sviluppo delle cure primarie"

Dai dati regionali emergeva con evidenza che il consumo pro-capite pesato di alcuni gruppi terapeutici di farmaci nella ASL RM/E era sensibilmente maggiore rispetto ai valori medi regionali e nazionali, oltre a presentare un trend di crescita rilevante superiore alle medie sopra citate; inoltre, le variabili epidemiologiche non costituivano elemento di spiegazione e comprensione dello scostamento significativo rispetto ai valori medi.

I controlli effettuati in passato sui cosiddetti iperprescrittori non avevano sortito fino ad allora effetti concreti. Pertanto, conseguentemente all'impegno formativo previsto nei punti precedenti, le parti hanno inteso coniugare sempre più efficacemente, grazie anche all'utilizzo dello strumento di misurazione "Diagramma di dispersione", appropriatezza prescrittiva e rispetto dei vincoli di spesa programmata dalla Regione Lazio, e proprio il perseguimento di questo obiettivo consentiva la creazione del "Fondo per lo sviluppo delle cure primarie".

La partecipazione del MMG a titolo individuale al fondo avveniva considerando il rapporto tra la spesa farmaceutica per assistibile pesato, attribuibile al MMG, e il totale della spesa sanitaria, in riferimento al vincolo del 13% della spesa farmaceutica territoriale (legge 405/2001), aggiornato annualmente (e definito come

TABELLA I.
Il fondo per lo sviluppo delle cure primarie 2007 è stato acceso.

ASL RME e Regione Lazio 2007 vs. 2006.

Spesa farmaceutica SSN al netto dei farmaci del PHT

	Roma E				Lazio		Diff. RME vs. Lazio
	Spesa	Spesa 07/1000 ab	Scost. % vs. media Lazio	Variatz. % 2007/06	Spesa 07/1000 ab	Variatz. % 2007/06	
Gennaio	10.604.123	21.711	1,45%	-3,89	21.399	-4,75	0,86
Febbraio	9.552.204	19.557	0,92%	-6,92	19.379	-5,90	-1,02
Marzo	10.846.350	22.180	1,70%	-4,20	21.810	-5,60	1,40
Aprile	8.644.664	17.672	0,06%	-14,60	17.662	-11,60	-3,00
Maggio	10.243.333	20.938	1,19%	-15,20	20.691	-13,40	-1,80
Giugno	9.365.935	19.147	1,20%	-16,70	18.920	-13,40	-3,30
Luglio	9.792.878	20.016	1,85%	-4,30	19.653	-3,30	-1,00
Agosto	5.808.627	11.848	-16,62%	-10,20	14.209	-8,80	-1,40
Settembre	8.488.786	17.314	-1,47%	-14,40	17.573	-9,90	-4,50
Ottobre	9.716.718	19.819	-1,18%	-1,90	20.056	1,90	-3,80
Novembre	9.692.536	19.770	-0,81%	-3,00	19.931	1,40	-4,40
Dicembre	8.978.192	18.313	1,45%	-7,10	18.051	-4,40	-2,70
Totale	111.734.347	228.282	-0,46%	-8,50	229.334	-6,50	-2,00

“Indice di Riferimento Regionale” [IRR]). Per meglio definire la reale attività prescrittiva del MMG si è ritenuto opportuno valutare la spesa farmaceutica per assistibile pesata al netto dei farmaci del PHT (prontuario ospedale-territorio). A tal fine i MMG si sarebbero impegnati ad aderire al progetto di erogazione diretta dei farmaci PHT inviando attivamente i propri assistiti presso i punti di erogazione diretta nella sede del servizio farmaceutico.

Pre-requisito necessario per creare il fondo, e conseguentemente accedere al sistema premiante, era la variazione percentuale 2007 vs. 2006 della spesa farmaceutica aziendale, che doveva essere migliore della variazione percentuale 2007 vs. 2006 della media regionale, al netto del PHT. Il risultato atteso era l'avvicinamento all'indice di riferimento regionale (che in quel momento era di 175 euro pro-capite) (Tab. I).

1. Per coloro che inizialmente avevano una spesa pro-capite ≤ 174 euro e avessero mantenuto tale performance veniva riconosciuto un incentivo pari a 3 euro pro-capite per alimentare il “Fondo per lo sviluppo delle cure primarie”.
2. Per coloro che partivano inizialmente con una spesa pro-capite superiore all'indice di riferimento regionale e si fossero avvicinati nel corso del 2007 a tale indice (175 euro pro-capite) veniva riconosciuto un incentivo progressivo per alimentare il “Fondo per lo sviluppo delle cure primarie”.

La formazione

La ASL RM/E ha messo in atto diversi strumenti di formazione.

I diagrammi di dispersione

Periodicamente venivano inviati ai MMG dei report individuali sulle caratteristiche della singola spesa farmaceutica e la loro posizione sul diagramma aziendale, che aveva sulle ordinate lo scostamento percentuale (positivo o negativo) del tasso dei trattati rispetto a quello medio aziendale e sulle ascisse lo scostamento percentuale dalla media aziendale, della spesa media pro-capite pesata attribuibile al singolo MMG nel periodo considerato (Fig. 1).

L'audit clinico

Il progetto è stato parte integrante e qualificante dell'accordo quadro pluriennale aziendale per la MG nella ASL RM/E. Tale formazione voleva fornire quelle conoscenze e competenze sull'audit clinico necessarie a mettere i partecipanti nella condizione di poter promuovere questo tipo di attività presso la propria sede di lavoro, al fine di perseguire e/o consolidare l'appropriatezza diagnostico-terapeutica e organizzativa.

A tal fine la ASL RM/E, in accordo con il centro di formazione regionale e in uniformità con quanto previsto nell'accordo regionale 2006, art. 17, ha indetto un corso master sulla metodologia dell'audit clinico, che si è svolto in due giornate non consecutive di formazione, preparando circa 15 MMG e 15 medici dell'azienda. Lo scopo dichiarato era quello di costituire gruppi di “conduttori di audit”, rappresentati da un MMG e un medico aziendale, che potessero, in cascata, avviare la formazione all'audit clinico di 10-15 MMG ciascuno.

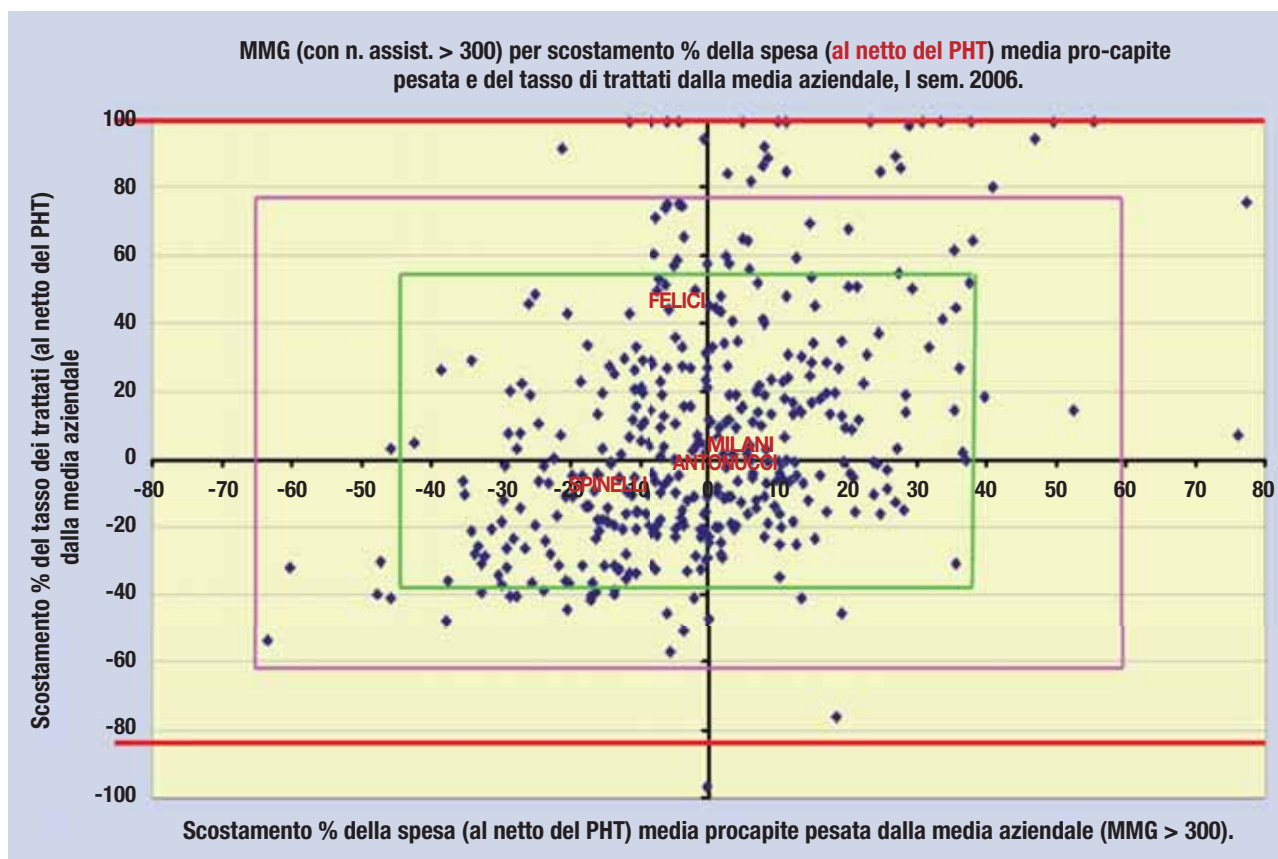


Figura 1

Il diagramma di dispersione.

La mancanza di un'adeguata copertura economica, che la regione inizialmente aveva garantito, ma che fino ad oggi non è stata ancora autorizzata, ha consentito, a completo carico della sola ASL RM/E, la realizzazione del processo formativo limitato alle prime due giornate (formazione dei conduttori). Siamo in attesa dell'autorizzazione regionale per continuare a sviluppare e portare a compimento l'importante progetto ritenuto strategico ed efficace sia nell'accordo aziendale della ASL RM/E, sia dal Centro di formazione regionale della MG del Lazio, dalla SIMG Lazio e dalla Scuola di formazione della Medicina di famiglia del Lazio, oltre che da qualsiasi organizzazione nazionale e internazionale della MG.

Si sono tenuti incontri informativi-formativi sulle caratteristiche dell'accordo aziendale, e in particolare sul "Fondo delle cure primarie" e sul relativo sistema premiante. Inoltre si sono effettuati dei *quality group* di discussione sulle evidenze scientifiche relative alla prescrizione EBM delle molecole appartenenti alle classi di farmaci oggetto dell'accordo (IPP, anti-ipertensivi e statine).

Risultati dopo il primo anno

Grazie al processo strategico sulla MG e le cure primarie messo in atto in questi ultimi anni, che mirava a ottenere da parte dell'azienda una maggiore attenzione e valorizzazione della relazione con ciascun MMG, si sono potuti raggiungere nel 2007 risultati di partecipazione volontaria dei MMG ai progetti aziendali di assoluto valore e di gran lunga maggiori rispetto a qualsiasi altra ASL della regione Lazio, e questo è avvenuto in una ASL caratterizzata da una forte individualità dei MMG, considerando che solo il 50% è sindacalizzato.

Campagna vaccinazione anti-influenzale

Pur essendo ormai l'organizzazione della campagna di vaccinazione anti-influenzale, obbligatoria e regionale, ampiamente consolidata, il mutato rapporto con l'azienda ha consentito di migliorare significativamente la partecipazione dei MMG e di risolvere anche alcuni aspetti organizzativi che ne avevano ostacolato la partecipazione.

Cure primarie e fragilità: la presa in carico globale attraverso il progetto regionale e aziendale sulle "Ondate di calore"

Il progetto sulle "Ondate di calore 2007", volontario e promosso anche dall'accordo aziendale, ha visto la partecipazione di ben 250 MMG con una notevole copertura della popolazione fragile. Anche questo progetto aziendale è ormai consolidato nella

TABELLA II.
L'Asl RME ha realizzato nel 2007 la migliore performance regionale in termini di riduzione della spesa farmaceutica convenzionata rispetto al 2006.

Ord. 2007	Ord. 2008	Asl	Gennaio-dicembre 2007																
			Ricette					Spesa lorda					Spesa netta					Spesa netta procapite	
			Totale	Variazione % 2007 vs. 2006	Totale	Variazione % 2007 vs. 2006	SSN	Variazione % SSN 2007 vs. 2006	AI	Variazione % AI 2007 vs. 2006	Totale	Variazione % 2007 vs. 2006	Totale	Variazione % 2007 vs. 2006	Totale	Variazione % 2007 vs. 2006	Totale	Variazione % 2007 vs. 2006	Variazione % ASL vs. Lazio
1	1	VT	3.153.944	5,74	78.120.476	-6,91	72.650.390	-8,09	5.470.066	12,14	73.035.290	-7,84	232,19	-8,67	232,19	-8,67	232,19	-8,67	-7,48
2	2	FR	5.090.466	5,02	125.948.606	-12,35	118.550.267	-11,11	7.398.640	-28,32	117.803.957	-12,90	236,89	-12,47	236,89	-12,47	236,89	-12,47	-5,60
3	3	RME	4.953.916	4,44	137.221.279	15,75	134.396.366	-15,83	2.824.913	-11,52	126.898.166	-15,96	238,00	-16,95	238,00	-16,95	238,00	-16,95	-5,16
4	4	RMH	4.890.632	6,24	130.630.578	-8,93	128.825.004	-9,08	1.805.576	3,47	121.079.980	-9,45	245,05	-15,24	245,05	-15,24	245,05	-15,24	-2,35
5	5	RMC	5.740.449	4,19	156.818.712	-13,64	149.826.181	-13,54	6.992.532	-15,69	145.615.497	-14,12	248,47	-14,40	248,47	-14,40	248,47	-14,40	-0,99
6	6	RI	1.752.625	6,38	43.733.538	-10,61	40.490.785	-12,09	3.242.754	13,16	41.269.525	-10,94	251,22	-11,68	251,22	-11,68	251,22	-11,68	0,11
7	7	RMB	6.910.710	5,06	181.264.155	-12,44	178.349.840	-12,69	2.914.315	6,37	168.515.711	-12,75	253,18	-13,42	253,18	-13,42	253,18	-13,42	0,89
8	8	RMD	5.424.469	5,78	154.865.608	-11,47	142.559.663	-12,91	12.305.941	9,55	144.318.887	-11,71	254,04	-13,21	254,04	-13,21	254,04	-13,21	1,23
9	9	RMG	4.445.429	6,31	120.256.785	-9,29	107.816.057	-11,10	12.440.729	10,16	112.867.553	-9,68	261,44	-11,51	261,44	-11,51	261,44	-11,51	4,18
10	10	LT	5.249.563	6,12	143.336.911	-7,47	130.605.364	-9,05	12.731.548	12,51	134.192.287	-7,84	261,52	-7,94	261,52	-7,94	261,52	-7,94	4,21
11	11	RMF	2.726.145	6,89	75.282.578	-7,62	69.688.169	-9,03	5.594.406	14,50	70.142.968	-8,07	263,47	-11,24	263,47	-11,24	263,47	-11,24	4,99
12	12	RMA	5.246.341	3,54	151.681.521	-15,49	141.333.052	-16,78	10.348.473	7,23	140.391.952	-15,78	265,33	-16,23	265,33	-16,23	265,33	-16,23	5,73
Totale			55.584.689	5,30	1.499.160.747	-11,54	1.415.091.138	-12,24	84.069.613	2,01	1.396.131.773	-11,93	250,95	-13,16	250,95	-13,16	250,95	-13,16	

SIMG - SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA GENERALE

Via Del Pignoncino 9/11, 50142 Firenze • Tel. 055 700027 • Fax 055 7130315 • simg@dada.it • www.simg.it

La presente scheda di iscrizione deve essere rispedita alla SIMG, via Del Pignoncino 9/11, 50142 Firenze, in originale oppure anche via fax allo 055 7130315, unitamente al pagamento della quota associativa pari a Euro 125,00 da effettuarsi tramite:

- versamento sul c/c postale n. 14768501 intestato a SIMG - Società Italiana di Medicina Generale, via Del Pignoncino 9/11, 50142 Firenze;
- inviando assegno circolare Non Trasferibile intestato a SIMG - Società Italiana di Medicina Generale, via Del Pignoncino 9/11, 50142 Firenze;
- bonifico bancario personale effettuato a favore del conto corrente bancario intestato a: SOCIETA' ITALIANA MEDICINA GENERALE; presso: Banca Nazionale del Lavoro, Agenzia di Sesto Fiorentino. IBAN: IT13W010053810000000001982;
- con carta di credito inviando la relativa autorizzazione (v. allegato) completa di firma in originale;
- con Rid richiedendo la modulistica alla segreteria SIMG.

Il sottoscritto dott./prof. Cognome Nome
Nato a prov. Il / / residente a
Prov. Cap. Via
Tel. (casa) Tel. (studio)
Fax Cellulare E-mail:
Codice fiscale Partita IVA
Anno di laurea Università di
Specializzazioni: 1) 2) 3)
Attività: MG Universitario Libero Professionista Specialista
Lingue: Inglese Francese Tedesco Spagnolo
Eventuale l'indirizzo: (Studio/Abitazione/Indirizzo/fiscale) via
Località Prov. Cap.
A conoscenza dello statuto SIMG In fede
Data Firma socio presentatore

Autorizzazione

Il sottoscritto
Nato a il
Residente a
Via/piazza n.
Documento di riconoscimento n.
Rilasciato da: il
Titolare carta di credito VISA n.
Titolare carta di credito Mastercard n.
Scadenza:

Autorizza

La SIMG Società Italiana di Medicina Generale a prelevare dalla carta di credito sopra descritta l'importo di:

€ (.....)

..... lì,

.....


Firma e timbro

SIMG

SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA GENERALE

Via Del Pignoncino 9/11, 50142 Firenze

**DOMANDA
DI ISCRIZIONE**



**Euro 125,00
quota per il 2009**

SIMG - SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA GENERALE

Via Del Pignoncino 9/11, 50142 Firenze • Tel. 055 700027 • Fax 055 7130315 • simg@dada.it • www.simg.it

Il sottoscritto dott./prof.

Via n.

Cap. Città Prov.

Tel. (casa) Tel. (studio) Fax


Cellulare E-mail:

Codice fiscale Partita IVA

chiede che gli venga inviata in abbonamento la Rivista di Politica Professionale della Medicina Generale - SIMG
allego copia della ricevuta di versamento sul c/c postale n. 14768501 intestato a: SIMG - Società Italiana di Medicina Generale - per l'importo di € 25,82

Data In fede

La presente scheda deve essere spedita alla SIMG, via Del Pignoncino 9/11, 50142 Firenze in originale oppure anche via fax allo 055 7130315



Euro 125,00
quota per il 2009

SIMG
SOCIETÀ ITALIANA
DI MEDICINA GENERALE

€ 0,60

SIMG
SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA GENERALE

Via Del Pignoncino 9/11, 50142 Firenze

**DOMANDA
DI ABBONAMENTO**



nostra azienda e vede in un'azione di rete e di sistema il suo punto di forza (coinvolgimento di tutti gli attori e di tutti i servizi, strutture ospedaliere e non).

Il dato di partecipazione dei MMG nella ASL RM/E, a sottolineare la bontà della strategia adottata nell'accordo aziendale, assume ancora più valore se si pensa che la partecipazione allo stesso progetto dei MMG nelle altre ASL della Regione Lazio varia da un minimo di soli 4 MMG (con una copertura minima della popolazione target) nella ASL di Latina a un massimo di 78 MMG nella ASL RM/B.

Appropriatezza clinica e organizzativa

L'accordo aziendale prevedeva un incremento dell'appropriatezza nell'utilizzo della specialistica per un governo dei percorsi diagnostico-terapeutici e delle liste di attesa basato su percorsi assistenziali in ambito di area vasta. L'accordo prevedeva 11 gruppi di lavoro per i PDTA e 2 gruppi di lavoro su temi strategici, di cui il primo sulla comunicazione e la semplificazione burocratica e amministrativa e il secondo sulla qualità percepita dai cittadini. Si richiedeva l'adesione di almeno un MMG per distretto per ciascun gruppo di lavoro. L'adesione volontaria da parte dei MMG è stata tale da superare le più rosee previsioni: circa 90 MMG, su 450 circa, hanno dato la loro disponibilità.

I gruppi sono stati tutti attivati e si è registrata una buona partecipazione quantitativa e qualitativa di tutti i professionisti coinvolti (MMG, specialisti ambulatoriali e ospedalieri) che lascia ben sperare sull'esito finale.

I gruppi di lavoro sui PDTA sono stati i seguenti: percorso di integrazione ospedale-territorio per la continuità assistenziale per

diabete; patologie cardio-cerebro-vascolari (prevenzione primaria riduzione del rischio cardiovascolare, prevenzione secondaria cardiopatia ischemica, scompenso cardiaco, ictus, vasculopatie periferiche); BPCO; demenza; pazienti oncologici; gestione integrata del paziente psichiatrico; malattia renale; nodulo tiroideo; incidenti domestici; adenoma prostatico.

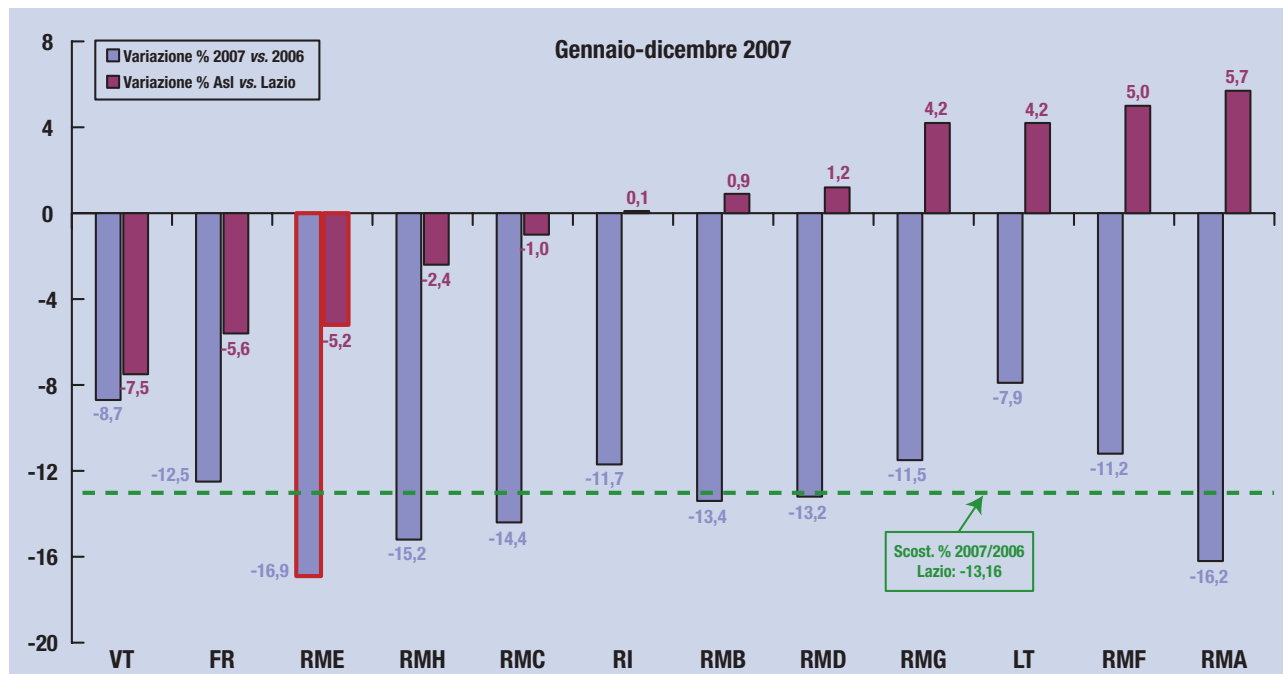
Inoltre, nella ricerca di una migliore appropriatezza organizzativa, e per fornire risposte concrete ai bisogni emersi dalle interviste effettuate ai colleghi MMG nell'anno 2006, l'ASL RM/E ha organizzato sperimentalmente, in alcune aree sub-distrettuali, percorsi diagnostici di prossimità, riguardanti al momento gli ambulatori specialistici di ecografia, broncopneumologia e oculistica. Questo servizio di diagnostica di prossimità è destinato a soggetti in condizioni di fragilità (anziani con pluripatologie, soggetti con sospetto di patologia neoplastica della mammella, della tiroide, del collo).

Per accedere a tale servizio è necessario indicare sulla richiesta di prestazione, oltre al quesito diagnostico attinente alle patologie sopra citate, che si tratta di "diagnostica di prossimità".

La prescrizione farmaceutica 2006 e 2007

L'ASL RM/E ha realizzato nel 2007 la migliore performance regionale in termini di riduzione della spesa farmaceutica convenzionata rispetto al 2006 (-15,96% vs. -11,93% della media Lazio), con una riduzione complessiva di oltre 24 milioni di euro, di cui 6 milioni hanno costituito la differenza incrementale di risparmio rispetto alla riduzione media regionale (Tab. II, Fig. 2).

Tale performance ha consentito di raggiungere il valore di -5,16% per lo scostamento di spesa pro-capite pesata della RM/E rispetto



* La popolazione pesata di riferimento è per il 2006 giugno e per il 2007 è dicembre 2006 (Regione Lazio).

Figura 2

Variazioni % della spesa media netta procapite pesata* 2007 vs. 2006 e Asl vs. Lazio, per Asl, gennaio-dicembre 2007 (ordinamento da sinistra a destra per variazioni % crescenti vs. Lazio).

alla spesa media pro-capite regionale, che concretamente rappresenta un differenziale economicamente virtuoso di valore pari a 6,9 milioni di euro, rispetto al valore medio del Lazio.

Nelle Tabelle sono riportati i dati di performance della spesa farmaceutica regionale e di ogni singola ASL laziale, che illustrano graficamente quanto sopra evidenziato.

Il risparmio conseguito ha consentito un'apprezzabile alimentazione del "Fondo delle cure primarie" (Tab. III, Fig. 3).

Le variazioni della riduzione della spesa tra i quattro distretti della ASL, sia pur ampiamente significativa per tutti, sono da attribuire a diversi fattori: diversità strutturali degli stessi, diversa incidenza di grosse strutture ospedaliere e universitarie esistenti sul territorio e al loro numero, ma anche e soprattutto a una variabilità nelle attività di promozione e informazione istituzionale aziendale e nell'efficacia della collaborazione dei MMG eletti nella Commissione Appropriatezza (Tab. IV, Fig. 4).

TABELLA III.
Spesa farmaceutica netta territoriale, anni 2006 e 2007, con variazione % 2007 vs. 2006, spesa media pro-capite pesata e variazione % ASL vs. LAZIO, per mese negli anni 2006-2007.

Spesa netta									
				2006			2007		
	2006	2007	Var. % 2007 vs. 2006	Spesa pro-capite RME	Spesa pro-capite LAZIO	Var. % ASL vs. LAZIO	Spesa pro-capite RME	Spesa pro-capite Lazio	Var. % ASL vs. Lazio
Gennaio	13.814.258	12.002.360	-13,12	26,22	26,09	0,50	22,51	23,67	-4,91
Febbraio	12.485.876	10.762.792	-13,80	23,70	23,77	-0,31	20,19	20,85	-3,17
Marzo	14.778.728	12.025.956	-18,63	28,05	27,06	3,66	22,55	23,26	-3,02
Aprile	12.472.598	9.878.989	-20,79	23,67	23,30	1,60	18,53	19,19	-3,47
Maggio	14.703.414	11.607.296	-21,06	27,90	27,59	1,12	21,77	22,26	-2,19
Giugno	13.775.050	10.433.786	-24,26	26,14	25,55	2,32	19,57	20,32	-3,70
Luglio	13.265.142	11.270.289	-15,04	25,17	24,89	1,14	21,14	21,53	-1,82
Agosto	8.360.375	6.775.187	-18,96	15,87	18,93	-16,19	12,71	16,12	-21,16
Settembre	12.205.263	9.857.323	-19,24	23,16	23,40	-1,00	18,49	19,58	-5,58
Ottobre	11.637.925	10.945.772	-5,95	22,09	23,12	-4,46	20,53	22,25	-7,74
Novembre	12.151.560	10.852.926	-10,69	23,06	23,15	-0,40	20,35	21,94	-7,22
Dicembre	11.345.883	10.485.490	-7,58	21,53	22,14	-2,73	19,67	19,98	-1,59
Totale	150.996.072	126.898.166		286,56	288,98	-0,84			

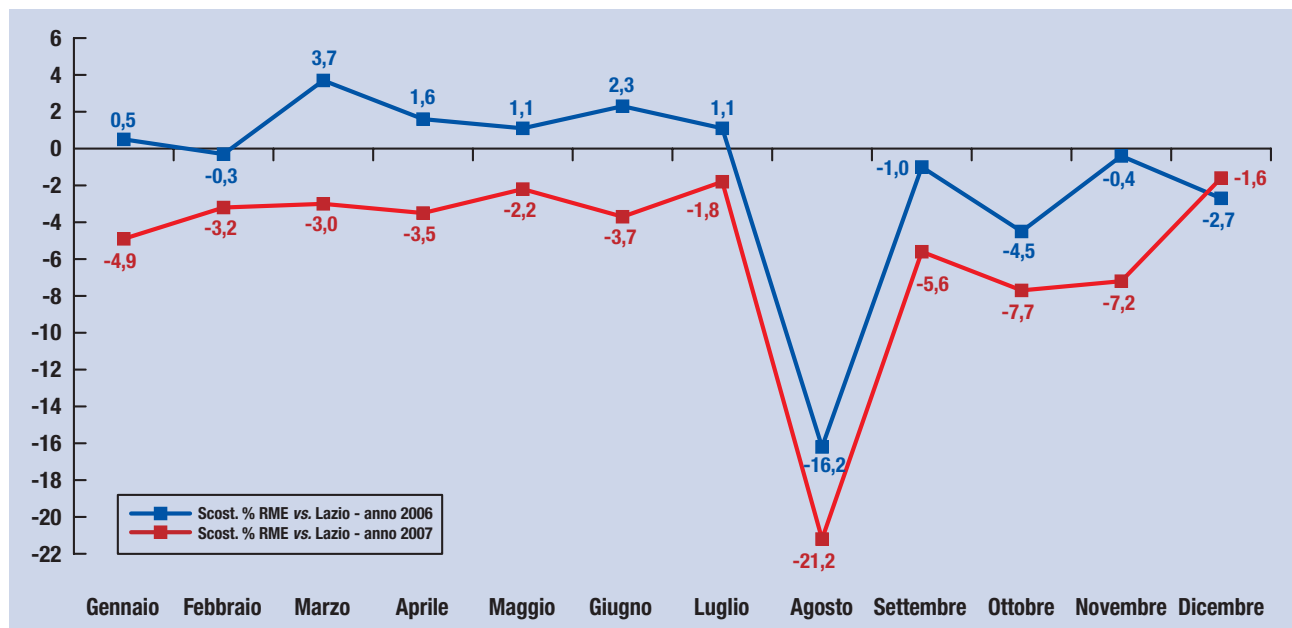


Figura 3

Variazione % della spesa media pro-capite pesata ASL RME vs. Lazio, anni 2006 - 2007, per mese.

TABELLA IV.

Spesa farmaceutica netta territoriale) e spesa media pro-capite pesata 2006-2007 con relative variazioni % 2007 vs. 2006 e ASL vs. Lazio, per tutti i distretti della ASL RME, gennaio-dicembre (ordinamento crescente per scostamenti % Distretto vs. Lazio).

Asl	Spesa netta		2006		2007		Spesa media pro-capite	
	2006	2007	Popolazione pesata	Spesa media pro-capite	Popolazione pesata	Spesa media pro-capite	Variazioni % - 2007 vs. 2006	Variazioni % 2007 - Distretto vs. Lazio
RME/18	34.227.099	29.652.067	135.658	252,30	137.163	216,18	-14,32	-13,86
RME/20	33.097.671	28.794.258	125.833	263,03	127.032	226,67	-13,82	-9,68
RME	150.428.722	126.898.161	526.920	285,49	533.186	238,00	-16,63	-5,16
RME/19	54.143.884	43.688.671	170.852	316,90	176.606	247,38	-21,94	-1,42
RME/17	28.960.068	24.763.165	94.577	306,21	92.385	268,04	-12,46	6,81

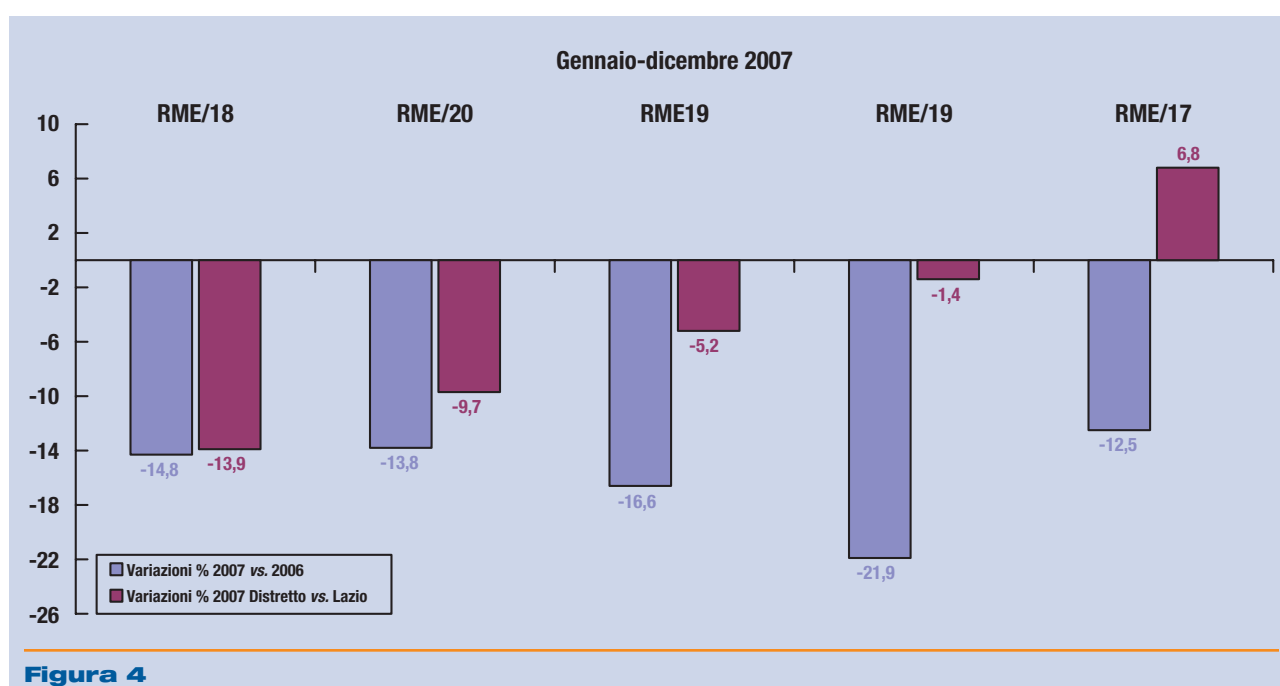


Figura 4

Considerazioni finali

In un'approfondita ricerca dedicata all'applicazione della governance nella gestione politico-amministrativa delle Regioni e delle ASL ("Modelli e fattori di successo della governance regionale", Quaderni Formez, 2007) si dimostra come opposte visioni e filosofie di governance si riflettono sulla qualità del servizio sanitario regionale e in particolare sulle relazioni dei decisori pubblici con la medicina del territorio, sull'efficacia dei servizi e sui risultati di salute attesi e conseguiti.

Ciò che è avvenuto nella nostra ASL dimostra che puntare sul territorio e credere nella crescita della MG territoriale, al fine di coinvolgere attivamente i MMG nel raggiungimento di alcuni obiettivi di budget condivisi, è un processo virtuoso e fattibile attraverso l'implementazione delle seguenti fasi strategiche perseguite con grande determinazione:

- un processo di programmazione "dal basso" con ampio coinvolgimento dei MMG nella formulazione di un accordo azien-

dale pluriennale realmente partecipato, da condividere poi con le organizzazioni sindacali dei MMG;

- incontri informativi e formativi a piccoli gruppi basati sulla razionalizzazione e appropriatezza della prescrizione e sulla diffusione delle prove di efficacia per la pratica clinica;
- un progetto di acquisizione diffusa e monitorata da parte dei MMG della metodologia sull'audit clinico per ottenere migliore qualità e appropriatezza del servizio erogato e nel contempo recuperare importanti risorse nell'ambito dei costi del servizio sanitario senza danneggiare il rapporto medico-paziente e, soprattutto, la salute dei cittadini, al fine anche di recuperare fondi da investire nella professione e a remunerazione del maggior impegno richiesto ai MMG nello svolgimento di tali attività.

L'attività di questi anni ha tracciato una via, ha dimostrato una fattibilità e ha prodotto dei risultati economici concreti e vantaggiosi per tutti gli attori coinvolti, istituzioni e professionisti. Ma forse la maggiore evidenza è rappresentata dal fatto che una direzione

aziendale, motivata al cambiamento e che riesca a dotarsi di un distretto capace di interagire paritariamente con i suoi principali operatori, i MMG, può costruire quel secondo pilastro di cui tanto si parla e a farlo in una realtà come quella della ASL RM/E, che forse ha la maggiore concentrazione di strutture di secondo e terzo livello, pubbliche, universitarie e convenzionate che in qualsiasi altra parte d'Italia e tra le maggiori in Europa. Il tentativo è riuscito a coinvolgere i MMG nei progetti aziendali e a farli sentire parte di un sistema con una forte motivazione a farsi coinvolgere, non solo basata su incentivi di natura economica, senza nulla negare al concetto che per un professionista una giusta remunerazione è di per sé una motivazione "forte" ad accrescere la sua professionalità.

La mancata ratifica dell'accordo (solo per la parte relativa al "Fondo delle cure primarie") da parte della Regione manifesta oggi una difficoltà gestionale intervenuta a tale livello decisionale (legata probabilmente anche a una critica contingenza finanziaria), di cui buona causa è dovuta a un'attività sindacale non lungimirante, in quanto questa azienda, nel realizzare il suo primo accordo aziendale, in buona sostanza non ha fatto altro che anticipare ciò che oggi fa parte del Piano Sanitario Regionale 2008-2010 proposto da ASP Lazio e attualmente in discussione, in cui, laddove tratta dei servizi territoriali e dei distretti, non fa che ribadire quanto proposto e condiviso con la MG nella stesura del ricordato accordo:

- sviluppo delle attività della Commissione distrettuale per l'Ap-

propriatezza quale strumento per il governo clinico (ribadito anche da una lettera dell'agosto 2006 all'assessore alla sanità regionale dai MMG eletti dei distretti XIX e XX, antecedente addirittura la stesura dell'accordo);

- introduzione di strumenti evoluti di analisi dell'andamento del budget distrettuale per la definizione dei livelli di consumo correlati a obiettivi di salute e appropriatezza delle prestazioni, avendo come riferimento la tutela della salute della popolazione e la funzione di erogazione dei servizi (PDT, audit);
- predisposizione di un clima culturale e organizzativo favorevole, sviluppo di sistemi informativi adeguati, potenziamento delle capacità di analisi e valutazione (report spesa farmaceutica, diagrammi di dispersione, teorema di Pareto);
- utilizzo dello strumento degli accordi aziendali con la MG e la valutazione del suo andamento in modo sistematico (formulazione dell'accordo stesso, primo tra tutti nella regione).

Va sottolineato che tutto ciò è avvenuto in una ASL che vede ancora molte poche realtà di MG svolte in gruppi evoluti di associazionismo diversamente da quanto accade in altre regioni italiane, a ulteriore dimostrazione che la strategia aziendale individuata è probabilmente molto appropriata per il contesto in cui si è sviluppata.

Bibliografia

A richiesta (md4614@mclink.it o visibile sul sito www.asl-rme.it)

