

## Nuovi strumenti professionali per il self-audit, il governo clinico e la “ri-creazione” della Medicina Generale: il MilleGPG e il SISSI

**Saffi Giustini, Gerardo Medea, Ovidio Brignoli, Claudio Cricelli, Iacopo Cricelli**

Medici di Medicina Generale, SIMG, Firenze

L'analisi degli scenari della sanità delle cure primarie dei prossimi anni ci porta a prefigurare un medico di medicina generale (MMG) diverso da oggi e non tanto per una “imposizione” di carattere normativo quanto per le mutate condizioni socio-sanitarie ed economiche della popolazione del nostro paese.

La sostenibilità del sistema sanitario a fronte della formidabile crisi economica che stiamo attraversando (un PIL con segno meno, che era già inferiore a quello degli altri paesi europei) condiziona e condiziona grandemente l'allocazione di risorse nel settore sanitario con dei risvolti immediati.

Il primo fra tutti sarà proprio la necessità di una medicina territoriale “forte” e ben organizzata, remunerata in base alle performance e quindi di un MMG in grado non solo di gestire al meglio i problemi quotidiani, ma di prevedere e programmare con precisione la propria attività in relazione ai bisogni della popolazione assistita e alle risorse disponibili. Sarà anche necessario istituire la nuova figura di MMG “care manager” operante in un gruppo territoriale multifunzionale, dotato di capacità e di strumenti di governo del sistema. Le resistenze da parte di alcuni saranno inevitabili e prevedibili, ma questo nuovo disegno della Medicina Generale (MG) è oramai ampiamente abbozzato e strutturato.

L'esplosione dell'epidemia delle “cronicità”, inoltre, a partire dalla centralità del rapporto MMG/assistito, ci costringe a sperimentare con rapidità nuovi modelli organizzativi in grado di migliorare i

risultati clinici in termini di efficacia ed efficienza, garantendo l'appropriatezza delle prestazioni erogate e la sicurezza dei pazienti in un contesto di percorsi diagnostico-terapeutici condivisi tra cure primarie e specialistiche.

Quest'onda di rinnovamento nel comparto delle cure primarie sta coinvolgendo in realtà anche molte altre comunità di *General Practitioners* in Europa.

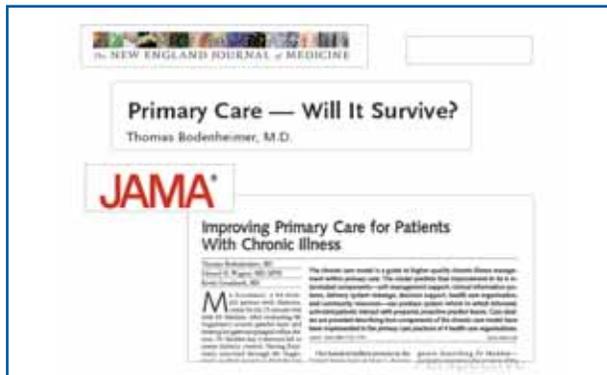
Infatti, due anni or sono su *Annals of Internal Medicine* è stato pubblicato un articolo così intitolato *Primary care: the next renaissance*.

Questa “ri-creazione” dovrebbe basarsi su sette fondamentali principi:

1. il sistema sanitario deve essere organizzato per rispondere ai bisogni dei pazienti;
2. l'obiettivo del sistema delle cure primarie deve essere l'erogazione di un'assistenza di altissima qualità, documentata da risultati misurabili;
3. l'informazione e i sistemi informatici devono essere la spina dorsale dell'attività delle cure primarie;
4. l'attuale sistema sanitario deve essere ricostruito;
5. il finanziamento del sistema sanitario deve supportare cure primarie di eccellenza;
6. la formazione nelle cure primarie deve essere rivitalizzata, con una particolare attenzione ai nuovi modelli di erogazione dei servizi e a training effettuato dove si praticano cure primarie di eccellenza;
7. il valore della pratica delle cure primarie deve essere continuamente migliorato, documentato e comunicato.

In sintesi: il sistema di cure deve essere centrato sul paziente, i cui dati clinici devono essere gestiti da un sistema informatico evoluto, capace di fornire, misurare e valutare i risultati di salute, sulla base dei quali modulare il salario, per una spinta verso il miglioramento continuo delle performance.

In questo complesso contesto è evidente che il MMG avrà (o meglio “ha già”) sempre più bisogno di strumenti che lo aiutino (e quindi gli semplifichino) le procedure di verifica di appropriatezza e qualità delle cure erogate e che contestualizzino il suo opera-



to all'interno della sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale. Il MMG non può più lavorare attraverso interventi "puntuali e tra loro scoordinati", ma ha bisogno di chiedersi e di sapere, per esempio, quanti sono i pazienti con particolari patologie, le loro comorbidità, come essi sono trattati, se hanno raggiunto determinati obiettivi di salute, se hanno criticità gestionali (e quindi se corrono particolari rischi clinici) e tra essi quali sottogruppi generano costi elevati e/o comprimibili con una migliore strategia assistenziale.

A tutto ciò serve un "sistema informativo clinico" (uno dei fondamenti del *Chronic Care Model*), che mediante i dati registrati nella cartella clinica informatica, trasformati prima in indicatori di processo ed esito e poi in informazioni leggibili, permetta ai MMG di operare nella consapevolezza delle proprie azioni e in piena trasparenza rispetto all'amministratore (*accountability*).

La tracciabilità degli eventi e l'analisi epidemiologica saranno dunque le basi del nuovo sistema di cure finanziato per obiettivi. Per tali motivi SIMG ha sentito il bisogno di dotare i MMG di strumenti di governo del sistema in grado di:

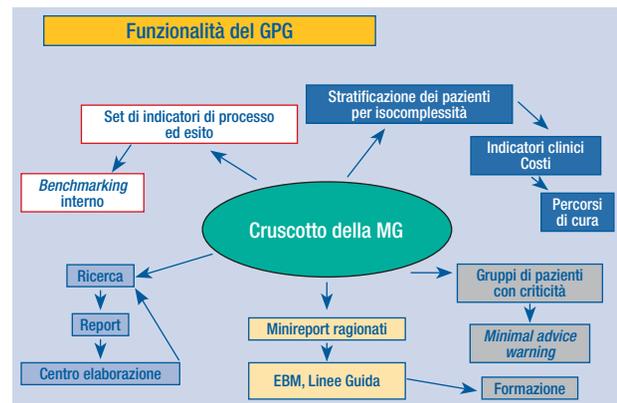
- elaborare indicatori di performance;
- facilitare l'audit singolo o di gruppo;
- far emergere criticità clinico-gestionali che potrebbero mettere a rischio i pazienti per interventi carenti, inappropriati o errati;
- ottimizzare le terapie, le procedure, il follow-up dei malati cronici e il rispetto delle note AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco).

SIMG dunque scende in campo con due nuovi straordinari strumenti professionali che si inseriscono nel più ampio progetto di governance clinica, utili anche ai fini della programmazione sanitaria poiché capaci di mettere in relazione qualità, risultati di salute e costi.

Il primo strumento si chiama SISSI (Simulazione per la Spesa Sanitaria Italiana), avviato in collaborazione con l'Università di Tor Vergata ed Health Search che studia ed analizza le dinamiche della spesa sanitaria e stima i costi per processo di cura in MG. In tal modo si potranno definire i "costi standard" che diventeranno il punto di riferimento per la programmazione sanitaria sul territorio e quindi per individuare la quantità di risorse necessarie da affidare alle Regioni sulla base dei veri bisogni di salute e delle risorse messe a disposizione.

Il secondo strumento (fra la *clinical governance* e l'*accountability* delle cure primarie) si chiama MilleGPG (*General Practice Governance*), un'indispensabile applicativo informatico basato su un database relazionale di nuova generazione sviluppato da Millennium in collaborazione con un team di lavoro della società scientifica coordinato da Genomedics.

Il software mette a disposizione del MMG una serie di "cruscotti" e di indicatori destinati a supportarlo nella verifica della sua attività rispetto alle linee guida e agli standard più diffusi anche in coerenza con le nuove necessità derivanti dal contratto nazionale e/o dagli accordi regionali/ASL, e quindi con interessanti prospettive d'integrazioni economiche rispetto al salario di base.



In particolare il software MilleGPG permette di:

- monitorare e valutare (*clinical audit*) l'efficacia e l'appropriatezza degli interventi riguardo ai principali problemi clinico-assistenziali con un set d'indicatori di processo ed esito e di confrontarli con i dati disponibili a livello nazionale (in *Health Search*);
  - estrarre ed inviare automaticamente all'ASL report dati (cosiddetto "debito informativo");
  - registrare ed estrarre i dati in conformità a precisi obiettivi di cura (es. i PDT);
  - partecipare a progetti di ricerca clinica (incluso la farmacovigilanza) sia nazionali sia locali, senza interferenze nell'attività clinica quotidiana;
  - identificare le situazioni che generano rischi suggerendo possibili e praticabili soluzioni, al fine di aumentare la sicurezza dei pazienti (*risk management*);
  - monitorare i costi (per patologia e per isocomplessità di cura);
  - interagire con la cartella clinica Millewin al fine di intervenire sull'appropriatezza e sicurezza del singolo paziente o di gruppi di pazienti;
  - aggiornarsi in base a specifici bisogni formativi emersi durante l'attività di audit;
  - simulare risultati clinici e/o farmacoeconomici in funzione di modifiche (migliorative o peggiorative) comportamentali/organizzative;
- ... e molto altro ancora.

Codice	Indicatore	Prevalenza P	SAP	Mezza	MIS	Definizione
AC02001	Presenza diabete mellito tipo 2	4,8%	4,1%	6,7%	4,8%	Diabete
AC02002	Pazienti con almeno una registrazione di BSH negli ultimi 24 mesi	57%	57%	100%	54,87%	Diabete
AC02003	Pazienti con almeno una registrazione di BSH negli ultimi 12 mesi	56%	56%	100%	52%	Diabete
AC02004	Pazienti con almeno una registrazione di glicemia negli ultimi 360 giorni	56%	56%	100%	59,75%	Diabete
AC02005	Pazienti con almeno una registrazione di emoglobina glicata >= 7% negli ultimi 360 giorni	51,8%	50%	100%	50%	Diabete
AC02007	Pazienti con almeno una registrazione di BSH recente (in una visita specialistica) negli ultimi 27 mesi	59%	59%	100%	57,33%	Diabete
AC02008	Pazienti con almeno una registrazione di glicemia postprandiale negli ultimi 360 giorni	4%	3%	10%	4%	Diabete
AC02010	Pazienti con almeno una registrazione di glicemia a digiuno negli ultimi 360 giorni e/o 12000 eventi	58,23%	44%	60%	58,23%	Diabete
AC02011	Pazienti con almeno un dosaggio della creatinemia negli ultimi 12 mesi	66%	50%	60%	57,54%	Diabete
AC02012	Pazienti con almeno un dosaggio della creatinemia negli ultimi 12 mesi	77%	70%	60%	77,84%	Diabete
AC02013	Pazienti con almeno un dosaggio di performance con almeno una prescrizione di ACE-inibitori negli ultimi 360 giorni	81,5%	50%	100%	71,67%	Diabete
AC02014	Pazienti con almeno una registrazione di colesterolo LDL negli ultimi 12 mesi	55%	37%	60%	45,57%	Diabete
AC02015	Pazienti con almeno una registrazione di colesterolo LDL negli ultimi 12 mesi e 1000 mg/dl	23,23%	50%	70%	34,55%	Diabete
AC02016	Pazienti con associazione ipertensione negli ultimi 360 giorni	6%	10%	60%	31,64%	Diabete



Ma quello che più conta è l'obiettivo finale al quale mirano nel loro insieme i progetti di SIMG: la concreta realizzazione di un progetto Governance a 360° (scientifico, economico e gestionale) che configuri la MG del (immediato) futuro: vale a dire una MG votata all'evidence based practice e strutturata secondo livelli crescenti di complessità per la presa in carico di pazienti più o meno complessi.

I nuovi scenari ormai alle porte nel sistema delle cure primarie: aumento delle patologie croniche e della loro complessità, progetti di *clinical governance*, nascita delle reti, ipotesi di *pay-for-performance*, controlli di spesa da parte dell'ASL e della Corte dei Conti ... hanno reso urgente ed ineludibile un uso evoluto della cartella clinica Millewin, per farla diventare uno strumento realmente capace di migliorare l'appropriatezza e la qualità dell'assistenza.

Per tali motivi MilleGPG offre la possibilità non a pochi volenterosi ed esperti utenti, ma a tutti i MMG di effettuare (con procedure semplici ed automatiche) analisi approfondite dei dati registrati nella cartella clinica, al fine di monitorare i risultati di cura in termini di salute, costi e sicurezza.





**Millewin**  
con il medico, sempre



**Millecpc**  
GENERAL PRACTICE GOVERNANCE

## IL FUTURO CHE ASPETTAVI

Lo scenario delle cure primarie nei prossimi anni ci porta a prefigurare un Medico di Medicina Generale diverso da oggi, in grado non solo di gestire al meglio i problemi quotidiani, ma di prevedere e programmare con precisione la propria attività, in relazione ai bisogni della popolazione assistita e alle risorse disponibili.

[www.millewin.it](http://www.millewin.it)  
[www.millegpg.it](http://www.millegpg.it)

numero verde 800 949 502

**Dedalus**  
SOFTWARE FOR HEALTHCARE

## Incident Reporting SIMG

### Damiano Parretti

Responsabile Progetto Incident Reporting, SIMG

*“Quello che possiamo chiamare il metodo della scienza consiste nell'imparare sistematicamente dai nostri errori, in primo luogo osando commetterli e, in secondo luogo, andando sistematicamente alla ricerca degli errori che abbiamo commesso”.*

Partendo da questa affermazione di Karl Popper, non possiamo che considerare l'errore medico come evento possibile, che può e deve essere conosciuto e segnalato: ciò permette processi di valutazione, analisi e verifica, quindi permette di costruire percorsi mirati di formazione continua.

La conoscenza e consapevolezza di alcuni “punti deboli” della pratica professionale, che portano a distorsioni dei percorsi assistenziali con conseguenti errori gestionali e professionali è quindi un indicatore di bisogni formativi e culturali.

Occorre modificare un *habitus* mentale di tipo difensivo, teso a nascondere i limiti e gli errori, per assumerne un altro, più moderato e disponibile a condividere le criticità e le difficoltà.

Il censimento e l'analisi degli errori può solo migliorarci nelle nostre competenze, e può permetterci di confrontarci con le istituzioni con una maggior consapevolezza di ciò che possiamo dare in un Servizio Sanitario Nazionale che sempre più avrà bisogno di un'efficiente medicina territoriale e di un medico di famiglia affidabile, capace e competente.

In una situazione non favorevole per difficoltà normative, legislative, e per una diffusa visione dell'evento avverso visto come criticità da nascondere, la SIMG vuol cercare di promuovere un cambiamento di percezione del problema-errore che rappresenti un'evoluzione culturale in questo ambito, attraverso la realizzazione e lo sviluppo di un database anonimo che raccolga eventi avversi ed errori.

Per tutti questi motivi è nato questo *Incident Reporting* in Medicina Generale. Si tratta di una rete di segnalazione anonima di eventi avversi/errori in Medicina Generale finalizzata all'identificazione di “eventi indesiderati” e alla successiva analisi delle loro cause.

### La rete

Il sistema si basa sulla segnalazione spontanea e anonima di un evento (incident) inteso come accadimento connesso a un insuccesso e prevede:

- una scheda per la segnalazione spontanea di un incident; questa deve essere compilata e inviata via internet utilizzando il sito [www.preveniamoilrischio.it](http://www.preveniamoilrischio.it);
- attribuzione di un codice, analisi della segnalazione e classificazione dell'errore/evento o quasi evento da parte del team di analisi SIMG;
- una classificazione degli eventi e delle loro cause al fine di catalogare e organizzare le informazioni e utilizzarle a fini formativi e di miglioramento organizzativo;
- un feed back per il medico segnalatore, attraverso un canale codificato anonimo, in una sezione specifica del sito, in cui viene riportata la sintesi dell'analisi del caso (errori prevalenti e concausali, aree critiche e azioni preventive); grazie al codice anonimo attribuito dal sistema, il medico segnalatore può rintracciare facilmente il caso segnalato.

Siamo partiti con una fase sperimentale per tarare i meccanismi, valutare la fattibilità e l'impatto del lavoro, valutare la completezza delle schede, la quantità e qualità delle segnalazioni, il sistema di analisi e di censimento degli eventi/quasi eventi che si verificano, per poi poter estendere la rete di segnalazione a tutti i medici disponibili a partecipare a questa esperienza. Un gruppo di 46 colleghi ha accettato di inviare segnalazioni, che sono state analizzate dai 7 medici che costituiscono ad oggi il team di analisi della rete.

Dopo 6 mesi di rodaggio durante i quali sono giunte più di 40 segnalazioni, con relativa analisi inserita on-line, si è deciso di lanciare ufficialmente l'iniziativa, proponendola a tutti i medici di medicina generale che vogliono segnalare “eventi avversi” o “quasi eventi”.

### Obiettivi della rete

La costruzione e lo sviluppo dell'*Incident Reporting* sono rivolti alla promozione della qualità in Medicina Generale e si pongono i seguenti obiettivi:

- miglioramento della personale percezione del problema “rischio clinico” ed acquisizione della capacità di osservare la professione da prospettive nuove e diverse rispetto a consolidati modelli che ci siamo nel tempo costruiti;
- progressivo passaggio da una medicina difensivistica ad una medicina di condivisione delle aree critiche;