

PER UNA MG VISIBILE: RACCOLTA DATI, ACCOUNTABILITY E VALUTAZIONE OUTCOME

Nicola Calabrese

CRITICITA' SOTTOLINEATE DALL'OCSE NELLA REVISIONE

- **C'è una carenza di informazioni sulla qualità orientata al paziente e sulla qualità dell'assistenza effettivamente erogata.**
- **Non vi sono, ad oggi, rilevazioni di indicatori di qualità o di esito a livello del singolo professionista.**
- **In generale, la diffusione delle informazioni sulla performance dei fornitori di cura resta sottoutilizzata come potenziale guida per il miglioramento continuo della qualità.**

Le criticità: la questione delle scelte!

- **I sistemi di pagamento non sempre premiano i miglioramenti nell'assistenza clinica o negli esiti**

Il sentito della MG

- La MG è, nell'ambito del sistema Salute, quello che ha completato in maniera omogena e uniforme su tutto il territorio nazionale il processo di informatizzazione.
- La normativa prima e gli accordi del 2008 e 2009 dopo hanno monopolizzato i flussi informativi della MG nell'ambito dell'aspetto prescrittivo – ricetta elettronica e dematerializzazione.
- Processi questi che determinano una serie di flussi informativi sulla prescrizione e su cui il Sistema misura il costo dell'attività ma non la qualità assistenziale che si determina con quel costo.

Progetto per la Prevenzione del Rischio Cardiovascolare in Puglia: analisi dei bienni 2008-2009 e 2010-2011

- Dati rappresentativi
- Dati sovrapponibili ai nazionali:
 - ✓ RCV medio Puglia (5,2) e Italia (5,7)
 - ✓ Proporzione di soggetti ad alto rischio
- **Diminuzione statisticamente significativa della proporzione di uomini a rischio elevato ($p < 0,05$) tra primo e secondo biennio**
- Strategia comune tra MMG e Sanità Pubblica



A.C.N. - ART. 59 BIS – FLUSSO INFORMATIVO

1. Dal 1° gennaio 2009, il medico di assistenza primaria trasmette alla propria azienda sanitaria le informazioni elementari di seguito specificate:
 - Richiesta di ricovero per diagnosi accertata, ipotesi diagnostica o problema (indicando se il ricovero è stato suggerito, urgente o programmato, utilizzando l'apposito spazio nella ricetta rossa);
 - **Accesso allo studio medico, con o senza visita medica;**
 - **Visite domiciliari;**
 - PPIP (anche i resoconti riferiti alle vaccinazioni antinfluenzali effettuate a soggetti anziani o affetti da patologie croniche);
 - Assistenza domiciliare (ADP/ADI);

2. Le informazioni di cui al comma precedente devono:
 - **riferirsi al singolo caso** (assistito, accesso, procedura);
 - **riportare la data (giorno, mese, anno) in cui il caso si è verificato;**
 - essere informatizzate e trasmesse con cadenza mensile entro il 10° (decimo) giorno del mese successivo.

3. Tali informazioni saranno trasmesse dai medici convenzionati **tramite il sistema informatico delle Aziende e/o delle Regioni per le finalità di governance del SSR**. Le suddette informazioni, elaborate a cura dell'Azienda, regolarmente trasmesse in forma aggregata ai componenti dei Comitati Aziendali e Regionali, sono patrimonio della stessa Azienda e dei medici e vengono utilizzate per le finalità di comune interesse.
4. Il flusso informativo di cui ai commi precedenti potrà essere avviato **solo dopo adeguata valutazione sulla sicurezza delle infrastrutture, nonché nel rispetto della normativa sulla privacy e senza oneri tecnici ed economici per la trasmissione a carico dei medici convenzionati**.

LE RACCOMANDAZIONI OCSE PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ IN ITALIA

- La priorità dell'Italia deve essere passare da un sistema che assegna priorità al controllo di bilancio, ad uno che dà eguale priorità alla qualità. Incentivi finanziari e informativi devono essere allineati con i risultati e la qualità della cura ed è necessario un approccio più omogeneo al monitoraggio e allo sviluppo della qualità attraverso tutto il Paese

LE RACCOMANDAZIONI OCSE PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ IN ITALIA

- Rafforzando l'infrastruttura informativa per supportare la qualità dell'assistenza primaria e territoriale, ad esempio attraverso la raccolta di indicatori relativi alla gestione delle cronicità, al coordinamento tra i diversi livelli di cura o all'esperienza del paziente con le nuove reti territoriali e forme associative dei medici di base.

Il Cambiamento

www.oecd.org

- L'Italia ha fatto un passo importante verso il maggiore coordinamento e l'integrazione dell'assistenza con la Legge Balduzzi (n.189/2012), che incoraggia la creazione di reti di assistenza territoriale.

- D.Lgs 229/99 Art. 8 (Modificazioni all'articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502)
 - Lettera e) (eliminato)
- Garantire l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana attraverso il coordinamento operativo e l'integrazione professionale, nel rispetto degli obblighi individuali derivanti dalle specifiche convenzioni, fra l'attività dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, della guardia medica e della medicina dei servizi, attraverso lo sviluppo di forme di associazionismo professionale e la organizzazione distrettuale del servizio;

Decreto 2012

*b-bis) nell'ambito dell'organizzazione distrettuale del servizio, garantire l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, nonché un'offerta integrata delle prestazioni dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, della guardia medica, della medicina dei servizi e degli specialisti ambulatoriali, adottando forme organizzative monoprofessionali (aggregazioni funzionali territoriali) che **condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi**, nonché forme organizzative multiprofessionali (unità complesse di cure primarie) che erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei professionisti delle cure primarie e del sociale a rilevanza sanitaria.*

CONOSCERE



MIGLIORARE

ACCREDITARSI

**INCREMENTARE
REDDITIVITÀ**

RIORGANIZZARE



La Medicina Generale Italiana

esigenza o ... opportunità

Strutturare **flussi informativi** sistematici ed autonomi, orientati al **miglioramento dei processi assistenziali**, ma anche **funzionali all'accreditamento** del proprio ruolo nelle cure primarie, alla propria **capacità operativa, organizzativa e reddituale**.

Quali esigenze?

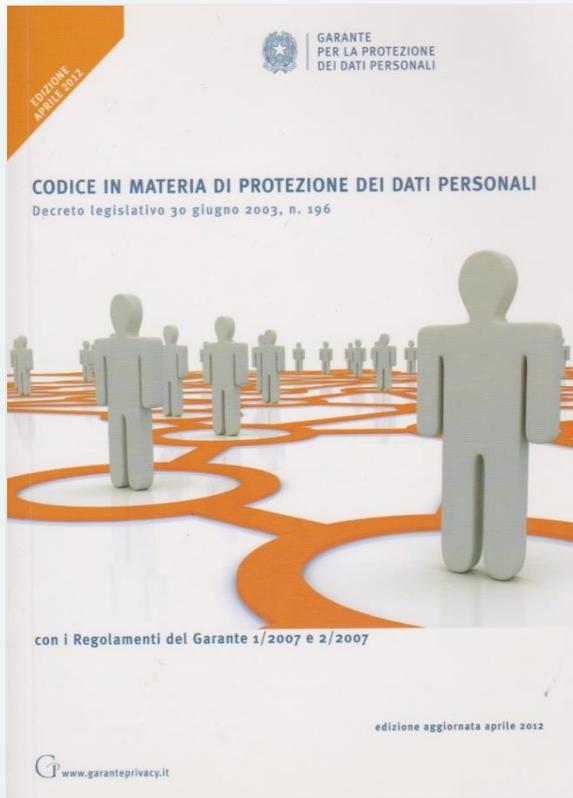
- Governo e condivisione dei flussi;
- Controllo professionale del dato: evitare la estremizzazione della standardizzazione informatica del dato per mantenere il controllo professionale dell'attività;
- Sicurezza del dato;

LA PRIVACY



- LE NORME
- I VALORI

LE NORME



CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

Indicazioni espresse da **AUTORITA' INDIPENDENTE**, considerate di rango superiore rispetto a leggi, contratti ed ordinamenti

I dati raccolti dal MMG a scopo assistenziale, non possono essere utilizzati per finalità diverse, se non dichiaratamente espresse, per le quali debbono essere acquisite specifiche autorizzazioni

«I dati sanitari archiviati elettronicamente dal MMG non possono essere oggetto di condivisione informativa»

L'ELEMENTO «VALORIALE»



- Garanzia sulla riservatezza, fondamentale per il rapporto fiduciario
- Evitare che informazioni ricevute a fini assistenziali possano avere ricadute di tipo amministrativo, non desiderate dal paziente.

Conclusioni

... e allora quale futuro per l'ACN che verrà?

Un ACN dove l'accountability potrà diventare il valore delle quote variabile del reddito?

Accountability che possa diventare per il MMG l'unica protezione in un'evoluzione della sanità pubblica in presenza di evoluzioni di privato etico o privato puro.