

# Governo Clinico: l'impatto sulla presa in carico degli assistiti e sul consumo di risorse sanitarie

Il termine "Governo Clinico" viene usato per indicare tutte le attività che hanno come scopo finale il miglioramento dell'organizzazione e della qualità dell'assistenza sanitaria. Valutarne la reale ricaduta in termini di salute degli assistiti e di efficacia dei servizi è requisito indispensabile al fine di perseguire un continuo obiettivo miglioramento, insito nel processo di Governo Clinico.

Al fine di verificare e quantificare l'impatto del programma di Governo Clinico dei MMG promosso dall'ASL di Brescia, è stata effettuata una apposita elaborazione, i cui risultati provvisori essenziali sono riportati nel presente articolo.

## 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:

**Gruppo 1:** gli assistiti dei 76 MMG che hanno iniziato da tempo a partecipare a progetti di Governo Clinico ed in particolare avevano effet-

tuato invii di reports informatizzati all'ASL su diabete, ipertensione arteriosa e rischi cardiocerebrovascolare (RCCV) prima del 2007, quando tale trasmissione era su base volontaria.

**Gruppo 2:** gli assistiti dei 234 MMG che hanno iniziato a inviare i reports informatizzati a partire dal 2007, con l'avvio dell'accordo aziendale per il Governo Clinico.

**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 1.

Tra le 3 sottopopolazioni individuate sono stati confrontati:

- presa in carico per diabete (2003-2007) e ipertensione arteriosa (2003-2006). Fonte BDA.
- Numero medio di ricoveri per tutte le cause (2003-2006). Fonte: BDA.

- Numero medio di ricoveri per problemi cardio-cerebro vascolari (2003-2007). Fonte: SDO.
- Consumo pro-capite lordo di risorse sanitarie dal 2003 al 2006 (spesa totale, spesa per ricoveri, spesa per farmaceutica, spesa per specialistica). Fonte: BDA.

## PRESA 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.

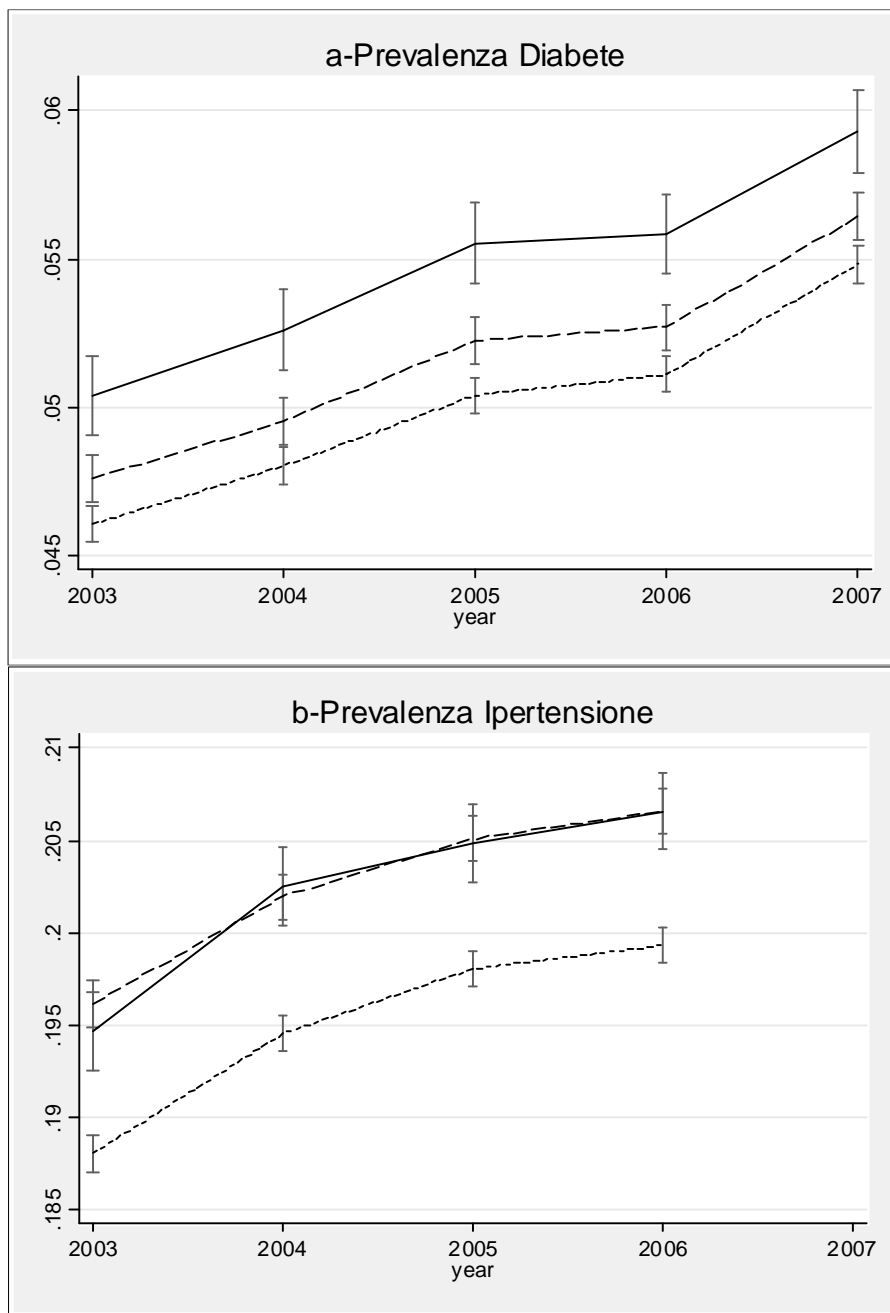
Vi è un generale costante trend di aumento della presa in carico per diabete nel periodo 2003-2007, ma

*(Continua a pagina 2)*

**Tabella 1: Numerosità della 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 (PLS, RSA, MMG non più attivi)	168.222	162.779	154.873	149.501	141.125
<b>Totale</b>	<b>1.068.995</b>	<b>1.091.694</b>	<b>1.110.997</b>	<b>1.128.435</b>	<b>1.136.249</b>

**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%**



(Continua da pagina 1)

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, da quelli del gruppo-3.

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

ra 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.

Si ricorda che la presa in carico precoce dei soggetti diabetici ed ipertesi è uno degli obiettivi prioritari per il corretto "disease management" di tali patologie.

### 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 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 (figura 2).

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-CEREBRO-VASCOLARI

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

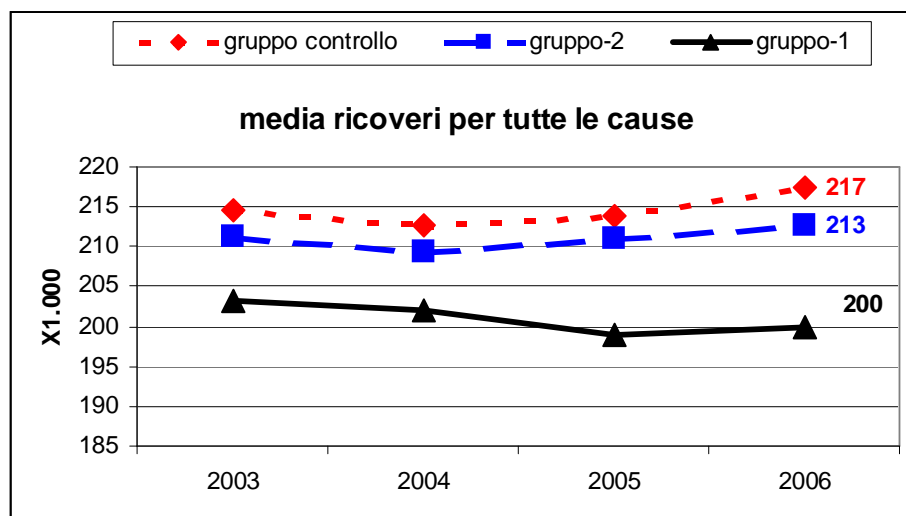
Utilizzando i dati della BDA 2003-2006 sono stati analizzati, per i 3 gruppi sopraccitati, il consumo di risorse sanitarie (spesa totale lorda, spesa lorda per ricoveri, spesa lorda per farmaceutica, spesa lorda per specialistica).

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

(Continua a pagina 3)

**Figura 2: Media aggiustata di ricoveri per mille assistiti nel periodo 2003-2006 per i 3 gruppi di MMG**

(Continua da pagina 2)



**Figura 3: Media aggiustata di ricoveri CCV nel periodo 2003-2007 per i 3 gruppi di MMG**

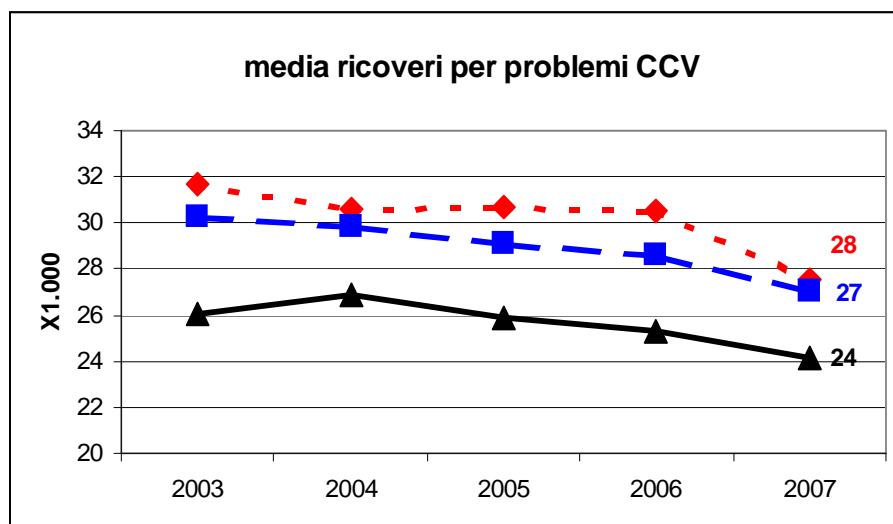
anno.

Per tutti gli anni del periodo 2003-2006 la spesa pro-capite lorda totale (ricoveri + farmaceutica + specialistica) 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 (tabella 2).

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 3 riporta la spesa pro-capite lorda ripartita 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 2003-2006 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.



(Continua a pagina 4)

**Tabella 2: Spesa sanitaria pro-capite lorda complessiva nel periodo 2003-2007 per gruppo di MMG, dati aggiustati per sesso ed età**

Anno	2003	2004	2005	2006	scost. % periodo 2003-06
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%
<i>P value-gruppo2/controllo</i>	0,7	0,08	0,18	0,004	
<i>P value-gruppo1/controllo</i>	0,03	0,1	0,001	<0,0001	
variazione % gruppo-1/controllo	-2,45%	-1,82%	-3,80%	-5,43%	

**Tabella 3: Spesa pro-capite lorda per Ricoveri, Farmaceutica territoriale e Specialistica nel periodo 2003-2007 per i gruppi di MMG (valori aggiustati per sesso ed età)**

	Anno	2003	2004	2005	2006	scost. % periodo 2003-06
<b>RICOVERI</b>	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%
	<i>P value-gruppo2/controllo</i>	0,6	0,08	0,06	0,012	
	<i>P value-gruppo1/controllo</i>	0,001	0,1	<0,0001	<0,0001	
	variazione % gruppo-1/ controllo	-5,53%	-3,12%	-6,54%	-7,47%	
<b>FARMACEUTICA</b>	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%
	<i>P value-gruppo2/controllo</i>	<0,0001	0,008	0,04	0,6	
	<i>P value-gruppo1/controllo</i>	0,03	0,1	0,3	0,8	
	variazione % gruppo-1/ controllo	3,06%	1,92%	1,11%	0,28%	
<b>SPECIALISTICA</b>	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%
	<i>P value-gruppo2/controllo</i>	0,2	0,3	0,04	0,6	
	<i>P value-gruppo1/controllo</i>	0,8	0,3	0,3	0,001	
	variazione % gruppo-1/ controllo	0,39%	-2,00%	-3,15%	-5,35%	

Infine, 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).

### CONCLUSIONI

Si deve innanzitutto premettere che la presente classificazione dei MMG in 3 gruppi ha un significato in termini di popolazione del gruppo e non in termini di singolo MMG. Inoltre all'interno dei 3 gruppi esistono ampie variazioni tra i MMG, per cui nel gruppo di controllo possono esservi anche MMG con indicatori simili o migliori rispetto a quelli del gruppo-1 e viceversa.

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

- 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 cardiocerebrovascolari, 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.

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, rico-

veri ecc.) e di un miglioramento nel gruppo-2, in concomitanza allo sviluppo del processo di Governo Clinico.

Michele Magoni

*Nel prossimo numero verranno riportati, per i 3 gruppi, i risultati dell'analisi sui consumi farmaceutici trimestrali (totali, diabete, ipertensione arteriosa, dislipidemie).*