

Ma le forme organizzative avanzate della medicina generale hanno funzionato?

(Alessandro Battaglia, Bruno Franco Novelletto, Massimo Fusello)*

*SVEMG – Scuola Veneta di Medicina Generale

Nel 2015, attraverso la DGR n. 751 del 14 maggio, venivano costituite, nella Regione del Veneto, le Medicine di Gruppo Integrate (MGI).

Le MGI sono forme di aggregazione di medici di famiglia (medicine di gruppo) caratterizzate essenzialmente da standard di personale (infermieri e collaboratori di studio), una sede polifunzionale, un orario di apertura h12 dal lunedì al venerdì e un “contratto di esercizio” che rappresenta una sorta di “*pay for performance*” dove il raggiungimento di obiettivi (principalmente legati al corretto svolgimento dei PDTA) corrisponde all’erogazione di compensi aggiuntivi a quelli previsti dall’ACN.

Le MGI costituite (con approvazione regionale) sono una settantina circa e sono costituite da gruppi con numero di Medici di Medicina Generale (MMG) che varia (in riferimento a zone e strutture) da 5 a 15.

I MMG si sono trovati “catapultati” in una nuova modalità organizzativa che aveva lo scopo di facilitare la presa in carico dei pazienti con previsti esiti di miglioramento della salute. Ma lavorare in una piccola impresa con risorse da governare e organizzazione da gestire non è sempre semplice e richiede conoscenze e competenze che la Medicina Generale non è abituata ad avere.

Così ogni gruppo si è “inventato” le distribuzioni di presenza, l’organizzazione degli ambulatori infermieristici e delle medicherie, le modalità di ricevimento dei pazienti, l’attività del personale collaboratore di studio ecc. così come le forme giuridiche di associazione e le modalità contrattuali con il personale di supporto.

In ogni caso si è riusciti a sperimentare queste forme avanzate di organizzazione ottenendone informazioni su indicatori di processo e di esito.

La Scuola Veneta di Medicina Generale (SVEMG) gestisce il network “MilleinRete” (attivo dal 2010, utilizzato in iniziative di audit e di ricerca territoriale, anche in collaborazione con la Pubblica Struttura) che convoglia i dati anonimizzati di circa 80 MMG ricercatori, variamente distribuiti nella Regione del Veneto ed appartenenti a diverse modalità organizzative di erogazione del servizio: Medicine di Gruppo Integrate, Medicine di Gruppo Semplici, Reti e Singoli.

Il dataset “MilleinRete” è costituito da 170mila pazienti seguiti complessivamente in un follow-up di 10 anni ed è stato già presentato l’anno scorso in un articolo su QS (13 febbraio 2023).

Con l’obiettivo primario di offrire strumenti di *governance* della complessità assistenziale, in particolare dei pazienti con pluripatologie croniche, attraverso “MilleinRete” sono stati studiati i dati

assistenziali forniti dalle cartelle cliniche informatizzate associandoli a quelli legati alle forme organizzative dei ricercatori, opportunamente indagate attraverso un'indagine dedicata.

Ne sono uscite importanti informazioni legate agli esiti di salute, profondamente diversi in riferimento alle diverse forme organizzative del lavoro. Lo studio è stato complesso ed articolato. Qui riportiamo gli aspetti preliminari di quanto evidenziato.

Indicatori di processo

I MMG hanno assoluta necessità, per l'appropriata presa in carico, di identificare e registrare in cartella i pazienti affetti da malattie croniche, che occupano ormai una parte rilevante dell'impegno assistenziale.

La migliore accuratezza registrativa, correlata al *case finding* dei pazienti con patologie che necessitano di attenzione, si è concretizzata nelle MGI in un aumento apparente della loro incidenza rispetto ad altre forme organizzative.

Ovviamente una precoce identificazione dei pazienti con patologie che possano esitare in eventi invalidanti, se non in cause di decesso, è potenzialmente in grado di fornire al MMG la possibilità di prevenire, attraverso opportuni interventi, le complicanze e gli eventi citati.

Ciò è ben descritto dai grafici sotto riportati per Scompensazione Cardiaca, Intolleranza ai Glucidi, Ipertensione Arteriosa, Diabete Mellito e Dislipidemia.

Le immagini riportate illustrano le differenze importanti tra i due gruppi studiati (Medicine Integrate versus altre forme organizzative)

Tutti i grafici (tranne l'ultimo) rappresentano curve di Kaplan Meier* nel formato di incidenza cumulativa. Ognuno di essi raffigura due curve: una l'incidenza di un evento nei pazienti assistiti da medici organizzati in Medicina di Gruppo Integrata; l'altra lo stesso fenomeno nei pazienti seguiti in altre forme organizzative. Un test statistico (il log-rank test) indica se la pendenza delle curve sia o no significativamente diversa; in quest'ultimo caso ($p < 0.05$) la curva più bassa identifica il gruppo in cui l'incidenza dell'evento, nei dieci anni di follow-up, è risultata inferiore; la curva più alta identifica, all'opposto, il gruppo con incidenza maggiore.

Queste analisi preliminari avevano un duplice scopo: indagare su presunte differenze in termini di *case finding* di condizioni ad alto rischio per la salute e, rispettivamente, indagare su eventuali differenze tra forme organizzative di diversa complessità in termini di esiti di salute maggiori.

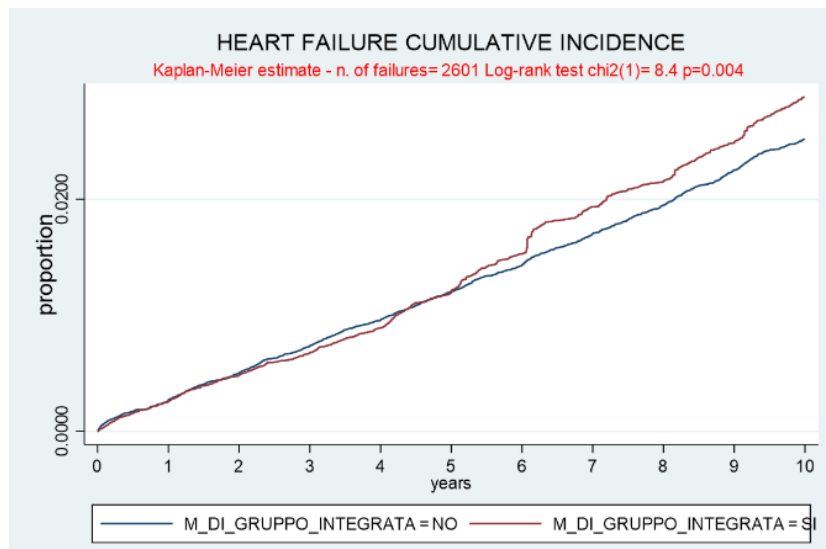


Figura 1: l'incidenza di scompenso cardiaco dopo il quinto anno di follow-up risulta significativamente più alta nei pazienti assistiti da medici in MGI. È particolarmente interessante la brusca salita a cui fa seguito poi un andamento parallelo. *Il brusco incremento* è spiegato da un intervento attivo di *case finding* che ha coinvolto un nucleo importante di medici di Padova (la MGI Guizza), che è poi proseguito nel tempo.

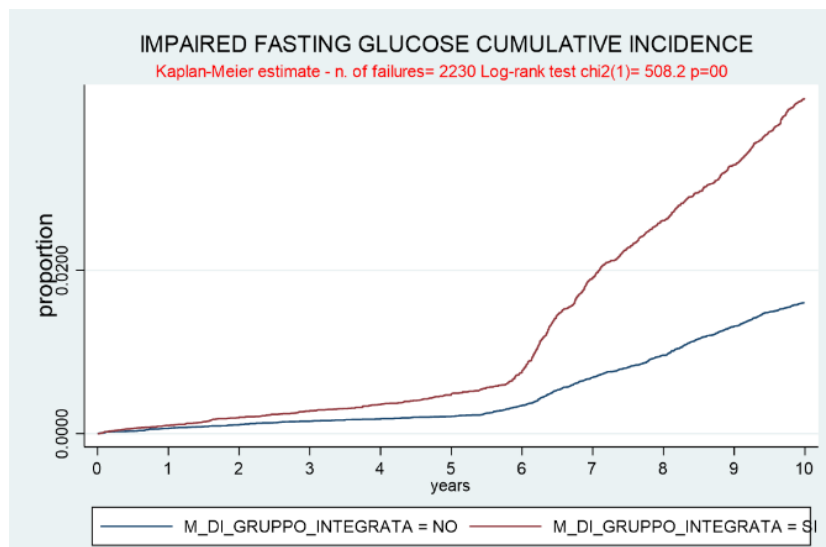


Figura 2: il grafico illustra, dopo il sesto anno di follow-up, un importante divario nell'incidenza di IFG (Impaired Fasting Glucose, alterata glicemia a digiuno) che in tal caso è spiegato da una miglior implementazione nelle MGI degli interventi suggeriti da un percorso di audit esteso ad entrambi i gruppi.

Le figure 3, 4 e 5 confermano differenze significative tra i due gruppi nell'incidenza di condizioni di alto rischio cardiovascolare. L'interpretazione più plausibile di questo risultato consiste verosimilmente nel vantaggio, nelle MGI, del supporto logistico infermieristico coinvolto in iniziative di medicina di intervento e/o di *case finding*. Stiamo attualmente indagando sui dettagli delle

modalità di gestione del supporto infermieristico, che sarà oggetto, nell'anno in corso, di una tesi di specialità di una giovane Collega della Scuola di Formazione Specifica Regionale.

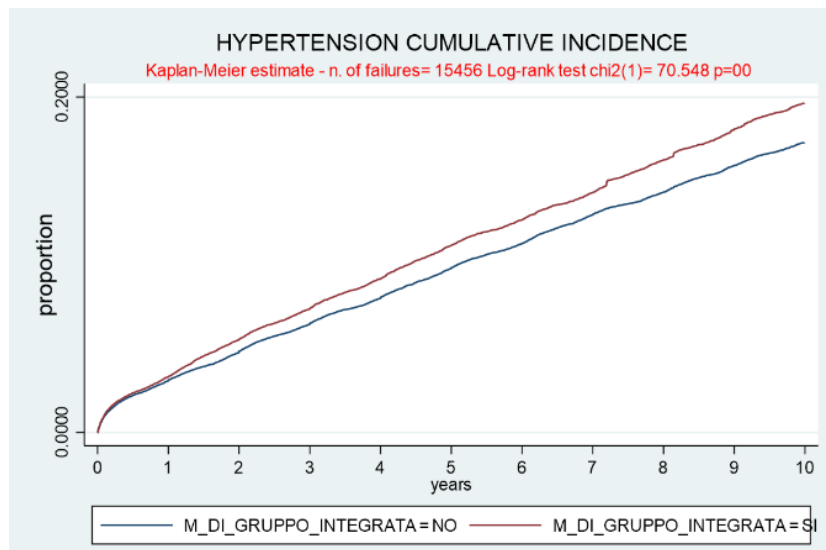


Figura 3: differenze tra i due gruppi nell'incidenza di Ipertensione

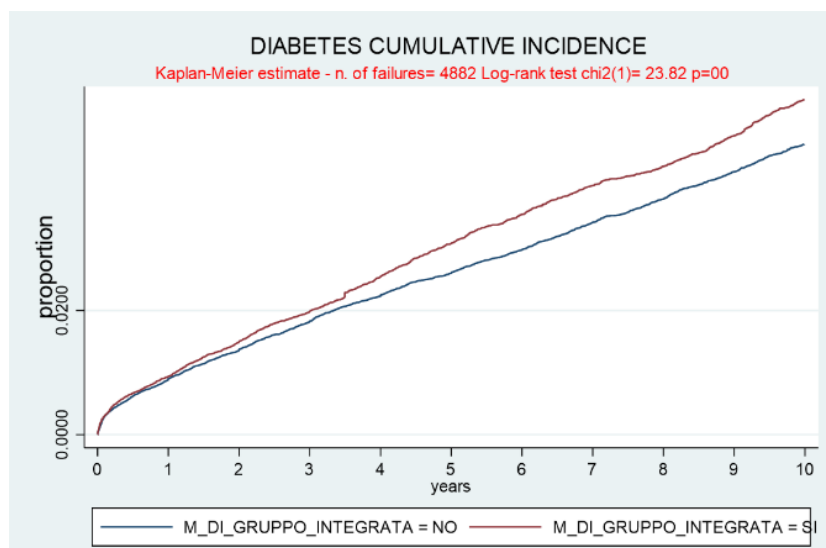


Figura 4: differenze tra i due gruppi nell'incidenza di Diabete di tipo 2

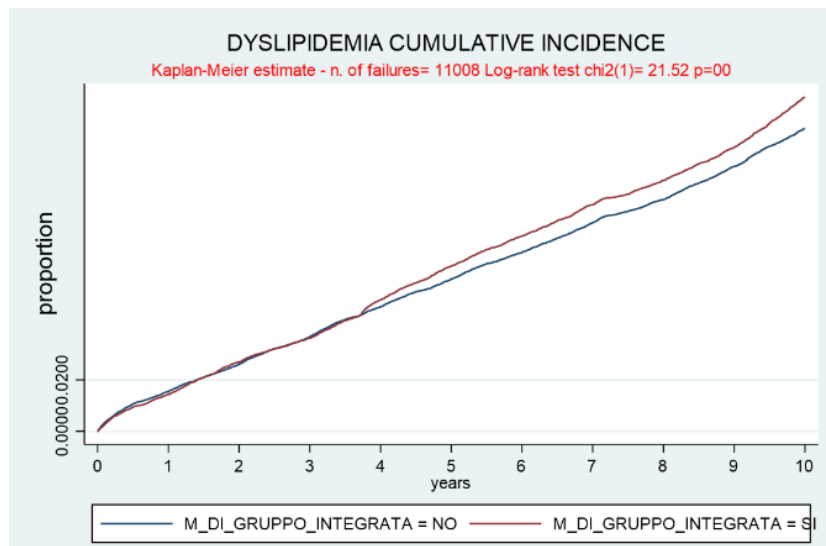


Figura 5: differenze tra i due gruppi nell' incidenza di Dislipidemia

Indicatori di esito

Dati ancora più interessanti riguardano gli indicatori di esito: nelle MGI, rispetto ad altre forme organizzative, abbiamo riscontrato una minore incidenza di malattie gravi e ad alto impatto sociale quali Ictus, TIA, infarto miocardico, carcinoma della cervice uterina, neoplasie della cute e melanoma e carcinoma polmonare.

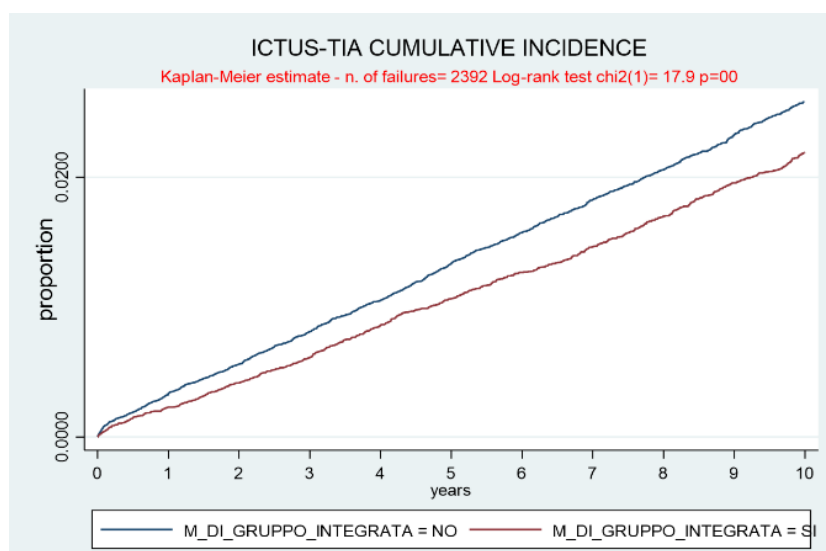


Figura 6: L'incidenza di Ictus ischemico risulta significativamente e notevolmente inferiore nel gruppo di pazienti associato alle MGI. Questo dato si accorda con ogni probabilità con quanto già segnalato per la pressione, condizione più diagnosticata e probabilmente meglio monitorata nelle MGI rispetto ad altre forme organizzative.

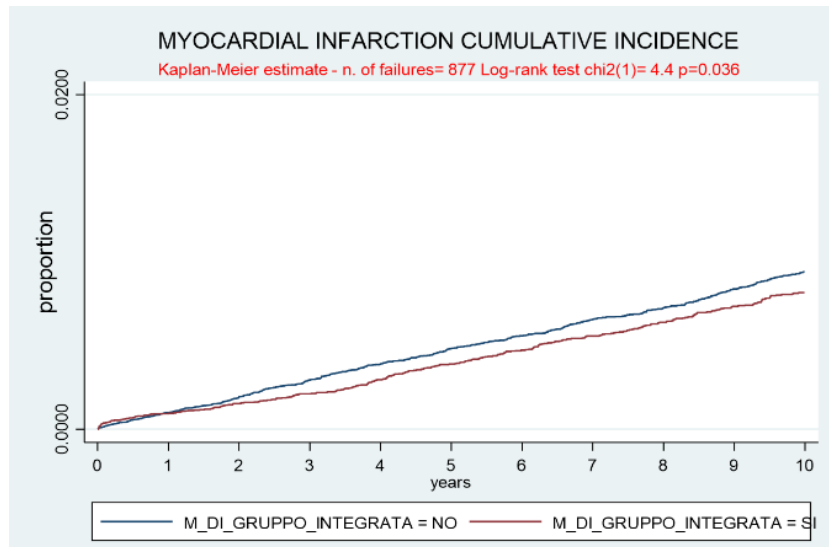


Figura 7: L'incidenza di Infarto miocardico risulta significativamente inferiore nel gruppo di pazienti associato alle MGI. È ragionevole pensare che questo risultato possa essere attribuito ad un maggior controllo dei fattori di rischio cardiovascolare nelle forme territoriali più evolute grazie ad un essenziale supporto infermieristico.

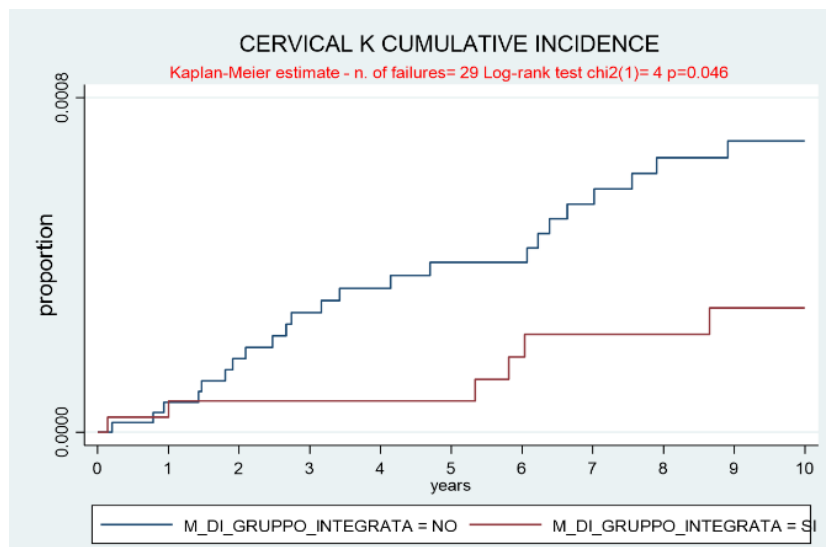


Figura 8: L'incidenza di cancro della cervice risulta significativamente inferiore nelle MGI rispetto alle altre forme organizzative. L'aspetto del grafico è impressionante ma è doveroso notare che l'aspetto seghettato delle curve è in relazione a un numero di casi di K della cervice complessivamente basso.

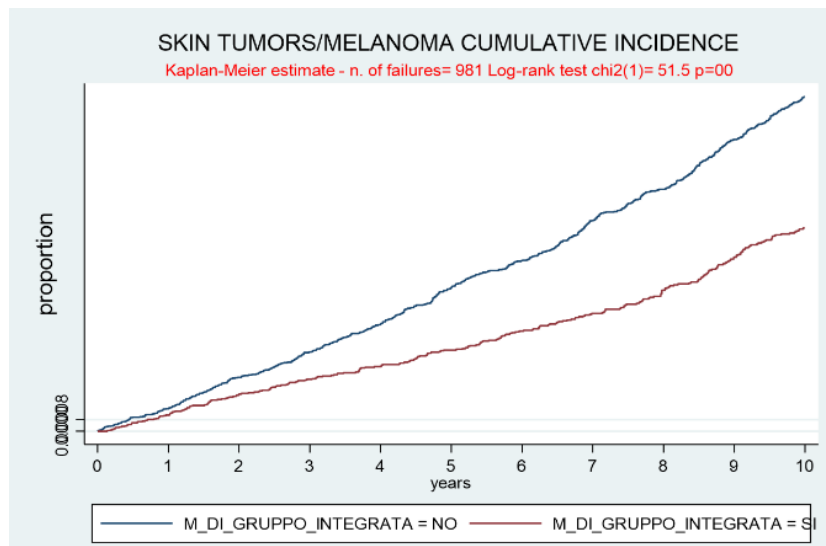


Figura 9: L'incidenza di cancri cutanei risulta significativamente inferiore nelle MGI rispetto alle altre forme organizzative. È suggestivo pensare che una maggior sensibilizzazione dei pazienti nei riguardi della esposizione ai raggi solari mediata da interventi di *counselling* abbia contribuito a questo risultato.

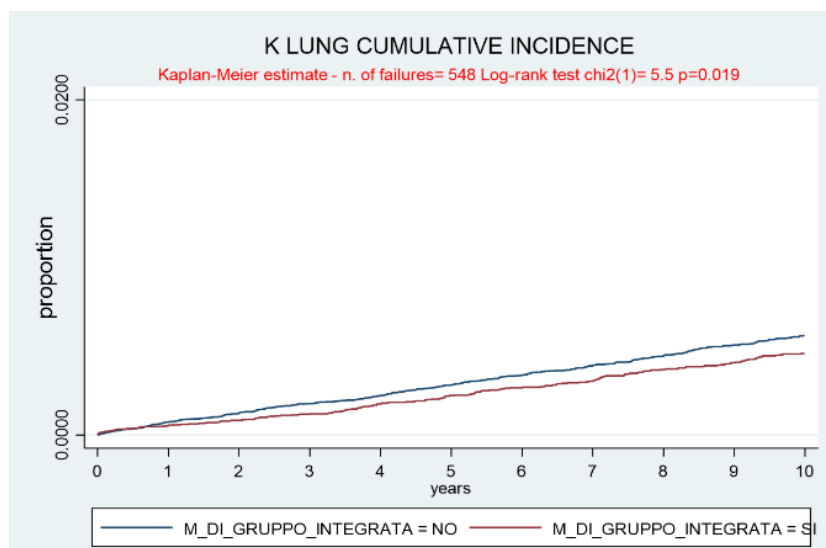


Figura 10: l'incidenza di Cancro al polmone risulta significativamente più bassa nelle forme di MGI.

In coerenza con lo sviluppo dell'attuale linea di ricerca SVEMG, rivolta ad indagare sui dettagli pertinenti agli eventuali contributi in termini di salute di strutture organizzative territoriali evolute, stiamo attualmente perfezionando l'analisi in modelli di regressione gerarchica aggiustati per importanti covariate.

Un esempio è raffigurato nella **figura 11**, che illustra le variazioni temporali delle probabilità di esposizione al fumo di una casistica ad alta prevalenza di fumatori. Il modello statistico consiste in una analisi longitudinale multivariata e multilivello. In coerenza con il riscontro di una minor incidenza di carcinoma broncogeno, la prevalenza di esposizione al fumo di questo strato di

popolazione durante un follow-up pluriennale, si è dimostrata inferiore nelle strutture con almeno un infermiere rispetto a quelle prive di infermieri. In questa analisi i risultati sono stati aggiustati per: modello organizzativo della Struttura, anni di attività della Struttura, disponibilità di personale di studio nella Struttura, numero di medici nella Struttura, erogazione di counselling sul fumo, sesso del paziente, età del paziente, distanza tra un controllo e l'altro

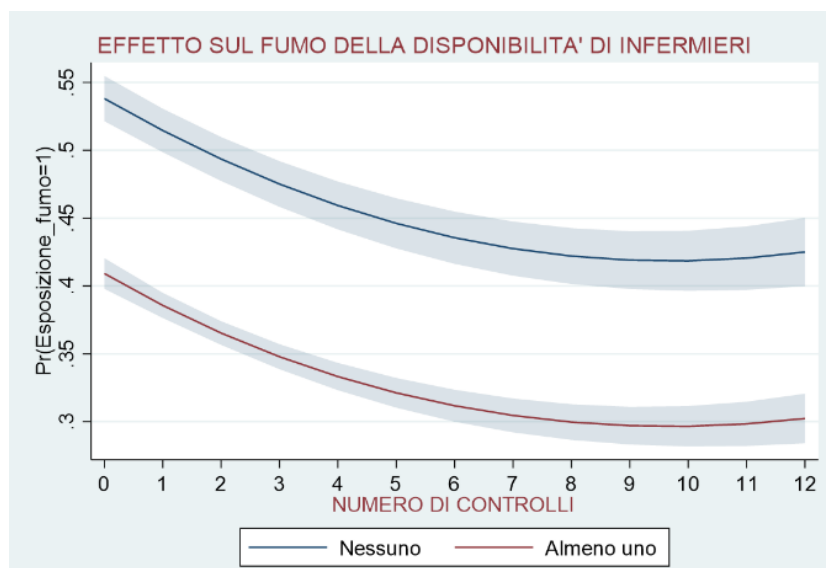


Figura 11 – Probabilità di esposizione al fumo in diverse occasioni di controllo

L'incidenza di forme tumorali, oggetto di indagini promosse dalla Pubblica Struttura (Cancro mammario e cancro del colon), non è invece risultata significativamente diversa nei due gruppi a confronto (dati non presentati per ragioni di spazio).

Ciò conferma indirettamente l'ipotesi di un coinvolgimento attivo delle risorse infrastrutturali delle medicine integrate per gli altri risultati presentati. Essendo un'iniziativa dell'AULSS distribuita a pioggia sulla popolazione, non esiste motivo per pensare a differenze in termini di esito tra forme organizzative più o meno evolute.

In sintesi, la struttura organizzativa della MGI sembra associata ad una migliore efficacia delle cure.

I dati presentati sono preliminari, ma altamente incoraggianti perché molto coerenti con le aspettative di chi ha scelto, saggiamente, di investire risorse sulle strutture territoriali. Siamo convinti che eventuali analisi costo-efficacia sarebbero in grado di confermare che i risultati ad ampio spettro potenzialmente ottenibili su *endpoint* di salute, responsabili di un numero impressionante di ricoveri e di conseguenze invalidanti sanitarie e sociali, rappresenterebbero un importante ritorno sia in termini economici sia (e soprattutto) in termini di salute della popolazione.

Pur incoraggiati da quanto appena esposto siamo altrettanto convinti della necessità di un coordinamento logistico tra le varie MGI sulle modalità di gestione del personale. Ci ha per esempio impressionati il mancato riscontro (dati non presentati) di una proporzionalità tra numero di infermieri e risultati sul fumo, essendo questi simili rispetto alle strutture prive di infermieri e nelle medicine di gruppo con pochi o con molti infermieri.

In altri termini siamo convinti dell'esistenza di un bisogno formativo della categoria che riguarda la necessità di acquisire competenze manageriali per la gestione di queste piccole "imprese di salute".

Questo filone di ricerca, il cui sviluppo potrà essere pubblicato quando compiutamente analizzato, potrebbe essere di forte supporto alla programmazione sanitaria delle cure primarie.

**Nota tecnica pertinente alle curve di Kaplan-Meier : per tutti i pazienti l' inizio dell' osservazione coincide con la prima data di registrazione in cartella di un qualsiasi tipo di dato clinico (proxy di prima visita). Le censorizzazioni sono rappresentate dal termine dell' assistenza (per decesso o per cambio di medico) o dalla data del 31 dicembre 2022 (data a cui attualmente è aggiornato il dataset). L' aspetto ripido -iniziale e di brevissima durata- di alcune curve rappresenta il primo periodo di presa in carico del paziente, fase in cui il medico raccoglie dati anamnestici pertinenti a condizioni già in precedenza diagnosticate in altra sede*