



Regione  
Lombardia

ASL Brescia

**Percorsi di salute:  
nelle cure primarie, tra territorio e ospedale.  
Integrazione, sostenibilità e PDTA territoriali**

**L'esperienza dell'ASL di Brescia:  
medicina generale e clinical governance**

Forum PA 2011  
Roma, 12 maggio 2011

**Dr. Carmelo Scarcella**

**Direttore Generale dell'ASL di Brescia**

## I problemi di salute emergenti del territorio

### 1. Le malattie croniche ad elevata prevalenza:

- più di 300.000 malati cronici per milione di assistiti
- in progressiva crescita
- necessità di continuità di cura nel tempo e nei passaggi tra livelli di cura

### 2. I malati con bisogni assistenziali complessi:

- circa 15-20.000 persone per milione di assistiti
- necessità di garantire l'unitarietà di tutti gli attori coinvolti attorno alla singola persona e alla sua famiglia

### 3. La presa in carico di tutte le richieste sanitarie di intervento e/o informazione 24/24 ore 7/7 giorni:

- Necessità di accogliere e prendere opportunamente in carico ogni richiesta, offrendo informazioni coerenti e/o valutando il problema posto, selezionando la soluzione verso:
  - gestione diretta, per problemi di base, da parte delle Cure Primarie
  - servizi specialistici

Dr. Carmelo Scarcella - Direttore Generale ASL di Brescia

### La sfida della provvidenza emergente

Si richiede continuità e appropriatezza delle cure.

La sfida va affrontata

- nel rispetto dei limiti economici attribuiti,
- garantendo la presa in carico di tutti gli assistiti:
  - con interventi appropriati,
  - con un approccio globale.

La sfida si gioca soprattutto a livello territoriale.

Non bastano singole iniziative sporadiche,  
benché di eccellenza.

Dr. Carmelo Scarcella - Direttore Generale ASL di Brescia

### Come affrontare la sfida

Il "Governo Clinico" appare la via più adatta:

prevede un processo di miglioramento continuo che integra

- l'attività di diagnosi e cura,
- la "regia complessiva" dell'insieme dei servizi sanitari.

può coinvolgere tutte le componenti:

- Direzione Strategica dell'ASL
- Dipartimento Cure Primarie dell'ASL
- Distretti Socio-Sanitari
- Medici di Famiglia
- componenti Specialistiche Ambulatoriali e di Ricovero

e infine, ma non da ultimi,

- i singoli assistiti, coattori del processo di cura

Dr. Carmelo Scarcella - Direttore Generale ASL di Brescia

### La proposta di soluzione

L'ASL è in posizione "baricentrica" per poter svolgere tale azione di coordinamento e indirizzo

- autorevolmente,
- sostanzialmente,
- con persistenza nel tempo,
- mediante un processo di miglioramento contestualizzato e progressivo.

L'ASL di Brescia ha scelto di intraprendere questa ipotesi di lavoro ed ha avviato, e ormai consolidato, la sperimentazione di una "regia di sistema"

Dr. Carmelo Scarcella - Direttore Generale ASL di Brescia

### Il contesto dell'ASL di Brescia

**1.150.000 assistiti - 164 comuni**

La rete dei servizi sanitari di base:

- **12 distretti socio-sanitari**
- **700 medici di medicina generale**
- **30 postazioni di continuità assistenziale (più di 190 medici)**
- **120 pediatri di famiglia**
- **280 farmacie (più di 600 farmacisti)**

Le strutture di ricovero e cura accreditate:

- **3 aziende ospedaliere**
- **14 strutture private, di cui 2 IRCCS**

La rete dei servizi socio-sanitari:

- **86 RSA accreditate**
- **4 strutture di riabilitazione e 2 hospice residenziali**
- **46 centri diurni integrati**
- **16 enti accreditati per cure domiciliari**

Dr. Carmelo Scarcella - Direttore Generale ASL di Brescia

## un nuovo glossario per la rete territoriale

<b>ADI:</b>	Assistenza Domiciliare Integrata
<b>BDA:</b>	Banca Dati Assistito
<b>CTMR:</b>	Centro Territoriale Malattie Rare
<b>MCA:</b>	Medico di Continuità Assistenziale
<b>RCCV:</b>	Rischio CardioCerebroVascolare
<b>SDAR:</b>	Servizio Distrettuale di Assistenza Residenziale
<b>SISS:</b>	Sistema Informativo Socio-Sanitario lombardo
<b>UCAM:</b>	Unità di Continuità Assistenziale Multidimensionale

.....

.....

### Quale percorso per giungere ad una rete territoriale

- articolata
- governata
- in miglioramento continuo



Dr. Carmelo Scarcella - Direttore Generale ASL di Brescia

## Nell'ASL di Brescia, la "storia" comincia nel ...

### 1996: disease management del diabete

→ 20 MMG e un team diabetologico ospedaliero

### 2000: nuovo progetto disease management del diabete

→ "nuova" ASL e nuovo progetto:

- più MMG (in team)
- Società Scientifiche dei MMG
- Dipartimento Cure Primarie
- Sistema informativo dell'ASL

### 2001: Definizione primi PDTA: Diabete / Ipertensione /BPCO

→ MMG e specialisti attorno al "Tavolo" coordinato dall'ASL

### 2002: formazione su PDTA Diabete / Ipertensione /BPCO

→ MMG e specialisti (docenti e/o e discenti) insieme

### 2003: Ritorni Informativi Personalizzati su farmaceutica e ricoveri

- riscontro delle azioni
- focus su clinica e gestione operativa (non solo costi!)

Dr. Carmelo Scarcella - Direttore Generale ASL di Brescia

..... la storia continua .....

- 2004: "BDA - Banca Dati Assistito"**  
→ sistema informativo integrato dagli archivi gestionali ASL
- 2005: Estrazione sperimentale dati clinico-gestionali MMG**  
→ sperimentazione con SIMG: 25 MMG
- 2006: Accordo aziendale su Governo Clinico**  
→ Comitato Aziendale: non solo logiche sindacali
- 2007: Nuovi Ritorni Informativi Personalizzati**  
→ da dati grezzi dei MMG a indicatori confrontabili
- 2008: Formazione sul campo**  
→ confronto tra pari nei Gruppi di Miglioramento
- 2009: Nuovo Accordo Aziendale sul Governo Clinico**  
→ tutte le componenti "vogliono" partecipare al processo  
→ rimangono le *esigenze sindacali*, ma prevale la *professione*
- 2010: Riscontro della ricaduta delle azioni**  
→ Governo Clinico vs. presa in carico/ricoveri/consumo risorse

Dr. Carmelo Scarcella - Direttore Generale ASL di Brescia

### Alcuni risultati raggiunti

#### Il "Governo Clinico" dei MMG nell'ASL di Brescia : il confronto tra pari nei "Gruppi di Miglioramento"

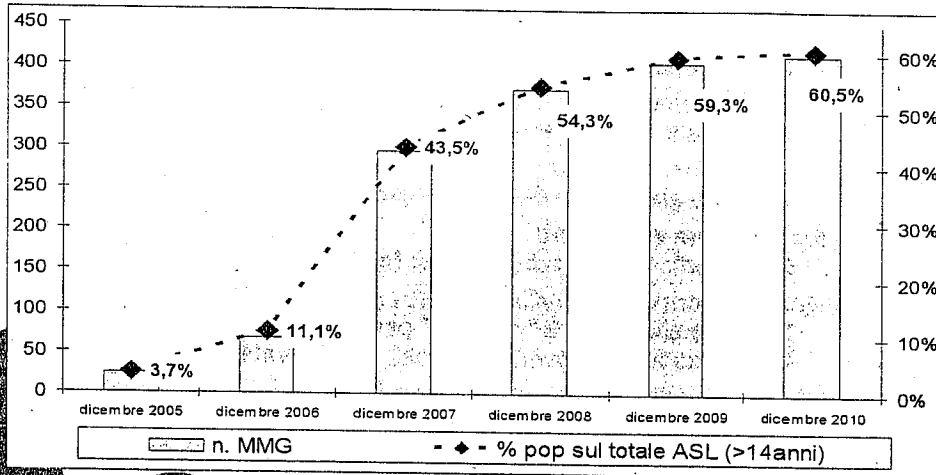
Dal 2006, i MMG (a fine 2010 quasi 420 sul totale di 720) estraggono dal proprio archivio informatico, secondo un protocollo comune, una serie di informazioni relative a ciascun assistito (in merito a Stili di vita, Valutazione rischio cardiocerebrovascolare, ipertensione, Diabete, Scompenso cardiaco, BPCO) e le trasmette all'ASL tramite il sistema informatico regionale CRS-SISS.

Tali informazioni vengono quindi assemblate, elaborate e ad ogni MMG viene restituito il proprio report informativo personalizzato, in modo da consentire una valutazione, sia a livello di ASL che per ciascun medico, individuando la percentuale di soggetti assistiti che hanno raggiunto specifici risultati di processo, di adeguatezza del trattamento, di salute.

Dr. Carmelo Scarcella - Direttore Generale dell'ASL di Brescia

Roma, 12 maggio 2011

Evoluzione temporale del numero di MMG dell'ASL di Brescia partecipanti al conferimento dati per il Governo Clinico

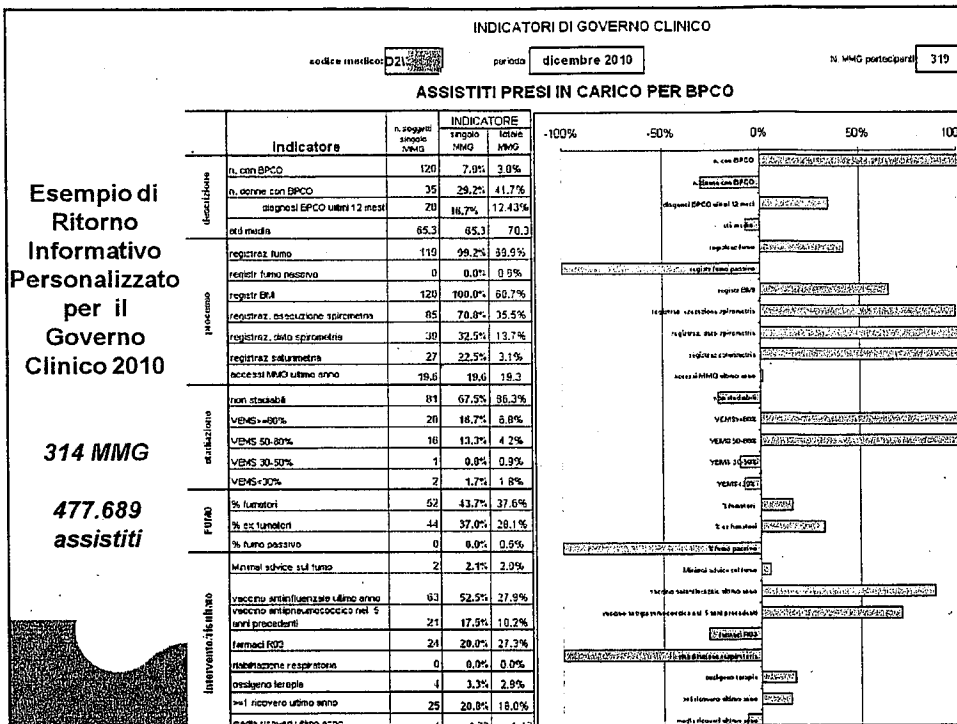


Dr. Carmelo Scarcella - Direttore Generale dell'ASL di Brescia

Roma, 12 maggio 2011

MMG partecipanti al conferimento dati di dicembre 2010 per il governo clinico

Area tematiche di analisi clinico - epidemiologico	Tipologia di trasmissione utilizzata	N° di MMG inclusi	Popolazione ASL assistita dai MMG partecipanti	
			Numerosità	% sul totale
<b>DESCRIZIONE COMPLESSIVA DELLA POPOLAZIONE ASSISTITA E STILI DI VITA</b>	Unica	314	477.689	47,4%
<b>RISCHIO CARDIO-CEREBRO-VASCOLARE (40-70 anni)</b>	Unica + RCCV	405 (314 + 91)	270.841	56,3%
<b>IPERTENSIONE ARTERIOSA</b>	Unica + Ipertensione	406 (314 + 92)	616.836	61,2%
<b>DIABETE</b>	Unica + Diabete	414 (314 + 100)	629.116	62,4%
<b>SCOMPENSO CARDIACO</b>	Unica	314	477.689	47,4%
<b>FIBRILLAZIONE ATRIALE</b>	Unica	314	477.689	47,4%
<b>BPCO</b>	Unica	314	477.689	47,4%



**Esempio di risultato documentato: miglioramento degli indicatori di processo nell'ipertensione (2009 → 2010 : negli stessi soggetti)**

PERIODO	Set. 2007	Dic. 2008	Dic. 2009	Dic. 2010
MMG partecipanti	250	340	393	405
Tot assistiti	363.484	506.528	590.753	616.836
Ipertesi	N° 73.647	102.609	118.151	123.870
Ipertesi con registrazione dato fumo	N° 40.207	65.828	78.652	84.836
	% 54.6%	64.2%	66.6%	68.5%
Ipertesi con registrazione dato BMI	N° 26.382	42.471	66.868	73.064
	% 35.8%	41.4%	56.6%	59.0%
Ipertesi con dato PA registrato negli ultimi 15 mesi	N° 43.369	66.171	76.905	78.619
	% 58.9%	64.5%	65.1%	63.5%
Ipertesi con dato LDL registrato negli ultimi 15 mesi	N° 18.723	32.239	52.294	55.444
	% 25.4%	31.4%	44.3%	44.8%
Ipertesi con dato creatinemia registrato negli ultimi 15 mesi	N° 26.751	39.803	48.065	49.760
	% 36.3%	38.8%	40.7%	40.2%
Ipertesi con dato ECG registrato negli ultimi 3 anni	N° 29.133	40.737	63.354	66.773
	% 39.6%	39.7%	53.6%	53.9%
Ipertesi con registrazione IP3 *	N° 16.186	23.812	37.170	39.194
	% 22.0%	23.2%	31.5%	31.6%
Ipertesi con calcolo RCCV (ISS) registrato	N° 12.946	26.698	28.133	31.044
	% 17.6%	26.0%	23.8%	25.1%

Esempio di risultato documentato:  
**miglioramento degli indicatori di salute nel diabete**  
 (2008 → 2010 : negli stessi soggetti)

Indicatore di salute	N° soggetti	Dic. 2009	Dic. 2010	P per dati appaiati
Media BMI (ultimi 12 mesi)	3.628	29.55	29.48	0,1
% obesi		41.2%	40.4%	0,08
Media emoglobina glicata	11.257	7.01	7.03	0,1
% emoglobina glicata < 7gr%		56.6%	55.5%	0,01
% emoglobina glicata > 8gr%		14.7%	14.4%	0,3
Media sistolica	12.016	134.6	134.3	0,02
Media diastolica		78.5	78.0	<0,0001
Con PA ≤ 130/80		46.2%	46.8%	0,2
Con PA > 140/90		23.5%	22.7%	0,054
Media LDL	10.579	113.2	108.8	<0,0001
% con LDL < 100		38.2%	43.6%	<0,0001
% con LDL > 130		28.9%	24.5%	<0,0001

## IL RISCONTRO DELL'IMPATTO DEL GOVERNO CLINICO DEI MMG NELL'ASL DI BRESCIA

Partendo dai dati della BDA del periodo 2003-2008 è stata effettuata un'apposita elaborazione al fine di verificare e quantificare l'impatto del Governo Clinico dei MMG promosso dall'ASL di Brescia

Gli assistiti dell'ASL di Brescia sono stati divisi in tre gruppi, in base al diverso livello di partecipazione del loro MMG al conferimento dati su **diabete, ipertensione arteriosa e RCCV**.

- Gruppo 1: assistiti dei 77 MMG con invio di reports prima del 2007
- Gruppo 2: assistiti dei 302 MMG con invio di reports a partire dal 2007
- Gruppo 3 (di Controllo): assistiti dei 309 MMG che non hanno inviato report

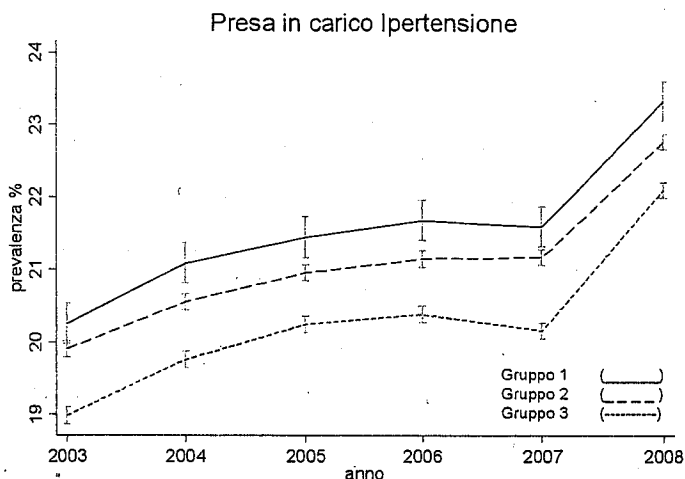


**La prevalenza dei soggetti presi in carico per Diabete, Iipertensione e Dislipidemie è significativamente minore per i MMG che da più tempo partecipano al Governo Clinico, con un divario che tende ad incrementare nel tempo. Esempio IPERTENSIONE**  
 (Tassi di prevalenza standardizzati per età, sesso e residenza urbana)

**Gruppo 1:**  
 assistiti dai 77  
 MMG con invio di  
 reports < anno  
 2007

**Gruppo 2:**  
 assistiti dai 302  
 MMG con invio di  
 reports ≥ anno  
 2007

**Gruppo 3  
 (di Controllo):**  
 assistiti dai 309  
 MMG che non  
 hanno inviato  
 report

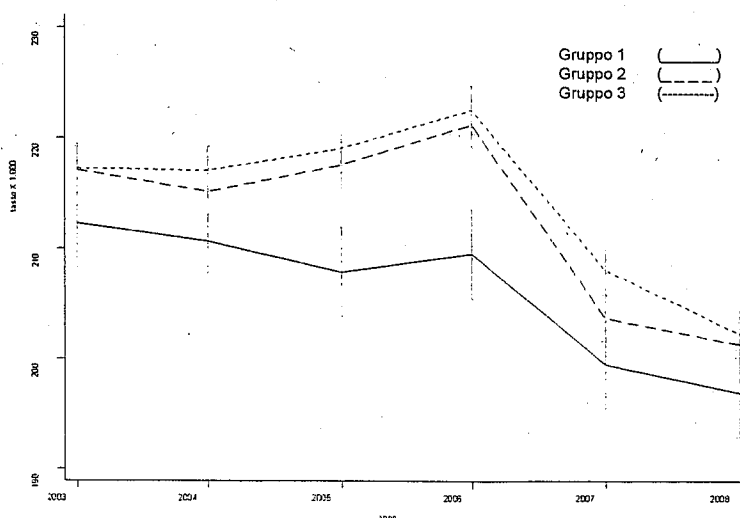


**Il tasso di ospedalizzazione è significativamente minore per i MMG che da più tempo partecipano al Governo Clinico, con un divario che tende ad incrementare nel tempo. TASSI DI RICOVERO (aggiustati per sesso, età e residenza)**

**Gruppo 1:**  
 assistiti dai 77  
 MMG con invio di  
 reports < anno  
 2007

**Gruppo 2:**  
 assistiti dai 302  
 MMG con invio di  
 reports ≥ anno  
 2007

**Gruppo 3  
 (di Controllo):**  
 assistiti dai 309  
 MMG che non  
 hanno inviato  
 report



Dr. Carmelo Scarcella - Direttore Generale dell'ASL di Brescia

Roma, 12 maggio 2011

**La SPESA PRO CAPITE LORDA TOTALE è minore e tende a crescere meno negli assistiti dei MMG che da più tempo partecipano al Governo Clinico (dati aggiustati per sesso ed età)**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Δ periodo 2003-08 (IC 95%)
<b>Gruppo 1:</b> assistiti dei 77 MMG con invio di reports < anno 2007							
Gruppo Controllo	€ 1.029	€ 1.069	€ 1.078	€ 1.126	€ 1.148	€ 1.182	14,8%
<b>Gruppo 2:</b> assistiti dei 302 MMG con invio di reports ≥ anno 2007							
Gruppo 2	€ 1.025	€ 1.049	€ 1.067	€ 1.108	€ 1.136	€ 1.169	14,1%
Gruppo 1	€ 1.004	€ 1.038	€ 1.026	€ 1.056	€ 1.102	€ 1.129	12,5%
<b>Gruppo 3 (di Controllo):</b> assistiti dei 309 MMG che non hanno inviato report							
<i>P value- Gruppo2/Contr.</i>	0,5	0,016	0,18	0,04	0,18	0,18	
<i>P value- Gruppo1/Contr.</i>	0,038	0,012	<0,0001	<0,0001	0,001	<0,0001	
Δ gruppo1 vs Controllo	-2,49%	-2,95%	-4,87%	-6,28%	-4,05%	-4,45%	

Dr. Carmelo Scarcella - Direttore Generale dell'ASL di Brescia

Roma, 12 maggio 2011

### Con il Governo Clinico del MMG:

- **Rottura dell'isolamento funzionale:**  
Con l'introduzione dei PDTA si favorisce l'integrazione del MMG con il livello specialistico e si riduce la variabilità clinico-prescrittiva
- **Individuazione di indicatori di Governo Clinico:**  
L'avvio del loro utilizzo consente di iniziare a riscontrare il raggiungimento di risultati di processo, di adeguatezza del comportamento clinico, di salute e di individuare le aree di possibile miglioramento
- **Audit clinico:**  
a livello distrettuale, nei "Gruppi di Miglioramento" ciascun MMG è facilitato nel "confronta tra pari" con modalità non empiriche o aneddotiche, ma sulla base di indicatori effettivamente misurabili e confrontabili

Dr. Carmelo Scarcella - Direttore Generale ASL di Brescia

## Verso il MMG nel sistema

- Nei confronti del singolo assistito:
  - **Il MMG diventa il "regista" della conduzione clinica dell'assistito, avvalendosi dell'apporto consulenziale dei diversi livelli specialistici**
- Una partecipazione attiva del MMG al governo del sistema:
  - **Il MMG entra in un rapporto strutturato, mediato dal Distretto, con gli altri MMG**
  - **Il MMG produce "risultati generali", non solo sul "singolo assistito", ma anche "sull'insieme degli assistiti che presentano i medesimi quadri clinici" e, complessivamente, "sull'intera popolazione"**
  - **Il MMG diventa osservatore privilegiato a supporto della programmazione di sistema, contribuendo alla rilevazione dei bisogni di salute e alla individuazione delle aree di criticità/miglioramento**

Dr. Carmelo Scarcella - Direttore Generale ASL di Brescia

## Verso... una visione olistica

Il MMG conosce dell'assistito:

- **i problemi di salute e la storia sanitaria**
- **il contesto familiare e di vita**
- **le abitudini**
- **gli elementi di fragilità e di potenzialità (dell'assistito e della famiglia)**


può pertanto:

- **effettuare interventi preventivi personalizzati e contestualizzati** (es.: prescrivere comportamenti nutrizionali con una posologia adattata sia alla sua condizione clinica che al suo contesto socio-familiare)
- **valorizzare l'alleanza con i familiari** (es.: favorire la compliance terapeutica e dei controlli, rilevare tempestivamente situazioni di rischio, ottimizzare l'educazione terapeutica)

Dr. Carmelo Scarcella - Direttore Generale ASL di Brescia

Prescrizioni degli stili di vita per posologia personalizzata: il RICETTARIO

**Mi sta a cuore**



**Una alimentazione bilanciata**

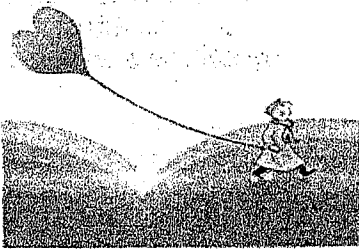
**Praticità fisica**

**Occhio alla famiglia**

**Almeno bevande alcoliche**

**Stop al fumo**

ASL  
**Manuale  
Prescrizione  
Stili**



Settembre 2007

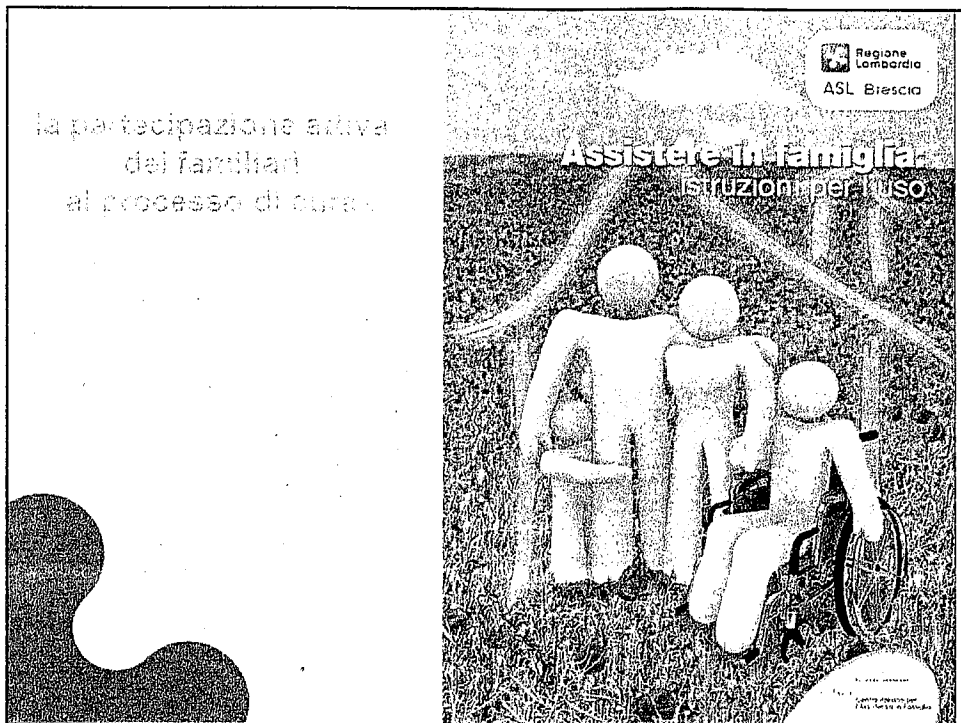
l'educazione terapeutica  
per la partecipazione  
attiva dell'assistito  
al processo di cura

**LE VIE AEREE:  
CONCORDIAMO LA ROTTA PER  
GESTIRE LA  
BPCO**  
(BroncoPneumopatia Cronica Ostruttiva)



ASL

Ottobre 2009



## IN CONCLUSIONE

L'esperienza dell'ASL di Brescia mostra che è possibile mettere in atto una **"regia di sistema"** dei servizi sanitari territoriali locali, in grado, pur nel rispetto dei limiti economici attribuiti, di garantire la presa in carico di tutti gli assistiti, con un approccio globale, continuità delle cure, appropriatezza degli interventi.

Il costo organizzativo, di integrazione e valorizzazione di tutte le componenti è elevato, non in termini economici, ma di analisi, progettazione, metodologia, comunicazione, integrazione: in sintesi di **"intelligenza di governo"**.