USA: medicina primaria esercitata in gruppo eroga cure migliori

Data 07 settembre 2008
Categoria professione

In Usa la qualità delle cure primarie fornite in medicina di gruppo sembra migliore rispetto a quella erogata dai medici di medicina generale che lavorano da soli.

Introduzione

Fino agli anni ottanta negli USA era diffuso un sistema basato sul pagamento diretto delle prestazioni da parte del paziente e sul rimborso da parte dell' assicurazione. Il cittadino-cliente sceglieva liberamente sia l'assicurazione, sia il medico, sia l'ospedale. Le relazioni tra assicuratore e produttore di servizi sanitari erano mediate dal cliente, che era al centro. Tale sistema si rivelò troppo costoso, specialmente per le imprese che offrivano ai dipendenti l'assicurazione sanitaria e pertanto negli anni novanta si è andato affermando un nuovo modello in cui l'assicurazione indica le strutture o i medici singoli con cui è convenzionata. Tutte le prestazioni sono pagate direttamente dall'assicurazione (Health Mantainance Organization, HMO) mentre il cliente-cittadino paga una quota annuale, variabile in relazione al piano assistenziale scelto. In questo sistema il cittadino-cliente ha limitate possibilità di scelta dei provider di servizi sanitari, sono le HMO che decidono, mentre il cittadino-cliente può scegliere una sola volta all'anno a quale HMO rivolgersi. Se il lavoratore è un dipendente avrà ancora meno scelta poiché sarà l'impresa dove lavora a scegliere la HMO che assisterà i suoi dipendenti. Questo nuovo modello ha pertanto due diversi livelli di competizione, una tra i committenti/acquirenti delle prestazioni (le HMO), e l'altra tra i produttori/fornitori delle prestazioni, ovvero gli erogatori di cure primarie, gli ospedali e le strutture specialistiche.

Obiettivo:

Stabilire se il tipo di organizzazione della medicina generale influisce sulla qualità delle cure

Disegno dello studio :

Studio trasversale

Setting:

PacifiCare, una grande HMO con sede centrale in California

Metodi:

Lo studio ha incluso 119 gruppi di medici di cure primarie californiani che assistevano complessivamente 1,7 milioni di pazienti. I pazienti erano affiliati alla stessa HMO (health maintenance organization) ed i medici erano pagati a quota capitaria.
Sul totale dei 119 gruppi, 19 erano classificati come medicine di gruppo (integrated medical groups IMGs), 61 come medici indipendenti (indipendent physician association IPA) e 39 come ibridi.
I gruppi definiti come IGM erano caratterizzati da un'organizzazione centralizzata in cui lavoravano sia medici dipendenti sia medici imprenditori, il gruppo definito IPA (medici indipendenti) comprendeva medici che gestivano autonomamente il loro ambulatorio ed infine il gruppo definito ibrido era caratterizzato da medici che lavoravano sia in gruppo in unica sede che in sedi distaccate.

Outcomes:

Sono state considerate le percentuali di pazienti eleggibili per lo studio che hanno eseguito cure preventive (mammografia, pap test e screening per la clamidia), e di disease management di patologie croniche (fondo dell'occhio nei diabetici, assunzione di beta-bloccanti nel post-infarto ed appropriata terapia nell'asma lieve-moderata).

Risultati:

Dopo aggiustamento per vari fattori e loro "sterilizzazione" (utilizzo di cartella clinica informatizzata, presenza di medici con specializzazione, utilizzo di strategie di miglioramento di qualità, utilizzo di incentivi di tipo pay per performance), le medicine di gruppo (IMG) risultarono aver fornito più alta qualità di cure per 4 dei 6 indicatori: mammografia (,1.15), Pap test (RR, 2.29), screening chlamydia (RR, 2.17), fondo dell'occhio nei diabetici (RR, 1.55).

I gruppi ibridi fornirono qualità di cure peggiori degli IGM, ma migliori degli IPA. Le medicine di gruppo utilizzavano in maggior quantità cartelle cliniche informatizzate e formali strategie di miglioramento della qualità, ma ciò non spiega completamente l'associazione fra struttura organizzativa e qualità delle cure.

Su due end point di tipo più clinico (beta-bloccanti nel post-infarto e terapia adeguata nell'asma lieve-moderata) non vi sono differenze fra medici variamente associati e medici singoli.

Conclusioni:

L'organizzazione strutturale della medicina generale sembra avere un impatto sulla qualità delle cure fornite con la struttura basata sulla medicina di gruppo come forma di organizzazione migliore rispetto a forme basate sul lavoro di medici singoli.

Fonte:

Mehrotra A, Epstein AM, Rosenthal MB. Do integrated medical groups provide higher quality medical care than individual practice associations? Ann Intern Med 2006;145:826–33.

Commento di Marco Grassi

Un classico paradigma metodologico che si deve all'inglese Donadebian suggerisce che tre aspetti (struttura, processo, esito) dovrebbero essere considerati quando si valuta la qualità delle cure mediche. Secondo Donadebian i tre aspetti sono strettamente legati fra loro: una buona struttura aumenta la probabilità che anche i processi di cura siano altrettanto buoni portando, a cascata, a buoni esiti. Questo studio prende in considerazione l'ipotesi che la struttura (come i medici di cure primarie sono diversamente strutturati: in medicina di gruppo in unica sede, in gruppo e con sedi distaccate o che esercitano da soli) possa avere un diverso impatto sulla qualità delle cure fornite. I risultati, riferiti alle condizioni particolari della sanità statunitense, sono abbastanza inequivocabili: la strutturazione in gruppi con sede unica sono in grado di fornire cure preventive (screening mammografico, clamidia pap test e fondo dell'occhio in diabetici) di maggiore qualità rispetto a chi lavora da solo.

Su temi più strettamente clinici (come un appropriato trattamento del post-infarto o dell'asma lieve-moderata) non vi sono invece differenze di tipo qualitativo fra chi lavora in gruppo e chi lavora da solo. In sostanza la preparazione clinica e l'aggiornamento delle conoscenze prescindono dal tipo di strutturazione e costituiscono una caratteristica individuale. Sui motivi di questa discrepanza, lo studio non fornisce però chiare risposte.

Questi risultati, letti in una ottica più vicina alla nostra realtà pongono qualche interrogativo e perplessità su tipo di strutturazione che si va delineando per la medicina generale italiana.

Ammesso che questi risultati siano estrapolabili alla realtà italiana e considerando che nella nostra realtà i servizi di medicina preventiva (come gli screening) vengono forniti da strutture centralizzate ed esterne ai MMG, che fungono al massimo da counselor o facilitatori all'invio verso le strutture di screening, nel sistema delle cure primarie italiane verrebbe a perdersi quel vantaggio qualitativo che invece le medicine di gruppo hanno negli USA sui medici che praticano in solitario.

In sostanza, sempre ammettendo che la qualità degli atti più propriamente clinici sia indipendente dal tipo di struttura in cui operano, medici da soli o medici in gruppo forniscono cure di qualità sovrapponibile e pertanto dovrebbe essere incentivata (previa valutazione) la qualità delle cure fornite e non già la mera appartenenza ad una forma strutturata piuttosto che al lavoro come singolo.

Commento di Luca Puccetti

E' sempre difficile trasferire i risultati di un'indagine realizzata in un dato sistema-paese ad una diversa realtà.

Gli indicatori misurati nello studio recensito erano praticamente tutti di processo e non di esito e pertanto basati su assunzioni, magari anche controverse in base più recenti dati scientifici (si veda le polemiche sull'utilità degli screening). Stupisce che nel tempio del consumismo, che ha totemizzato la libera (?) scelta del cittadino non sia stato valutato l'indicatore "soddisfazione del paziente", sia in merito all'organizzazione, che alla qualità percepita delle cure.

Evidentemente il modello HMO (ovvero, non ti preoccupare, so io cosa è bene per Te) mal si concilia con la valutazione diretta del cliente e conseguentemente con la sua possibilità di scegliere(che in USA è libera solo per i ricchi o per i lavoratori autonomi) chi lo curerà.

Lo studio indica che l'organizzazione favorisce un maggior rispetto di linee guida e protocolli, ma questo è intuitivo, pertanto il modello da proporre anche nella nostra realtà potrebbe essere quello di condividere servizi, mantenendo un'autonomia clinica. Per far questo basterebbe un utilizzo intensivo delle reti con la possibilità di condividere servizi di segreteria per la prenotazione ed accoglienza dei pazienti, di data entry e data mining, di controllo di qualità e di gestione dei dati, mantenendo una capillare rete di studi clinici nel territorio affiancati da una sede fisica centralizzata per tutte le prestazioni non strettamente correlate alle cure CLINICHE PRIMARIE, ossia esami strumentali o servizi infermieristici non effettuabili a distanza. Una cosa assai simile a quella attuale, solo che i MMG dovrebbero potersi scegliere consulenti e collaboratori di loro fiducia da retribuire a prezzi di mercato, potendo anche garantire prospettive di carriera (altrimenti saremo sempre alle infermiere in pensione) e dovrebbero potersi giovare di una potente organizzazione telematica. Ma per far tutto ciò occorre poca demagogia e molti soldi, ossia il contrario di ciò che abbonda.