

EDITORIALE

Mario Baruchello
mario.baruchello@tin.it

Ospitiamo in questo numero un commento importante da parte del Presidente della Società per la Qualità della Assistenza Sanitaria SIQuAS VRQ dott. Andrea Gardini all'articolo di Mola et al. pubblicato in QQ vol 8 n. 2

Proprio da uno dei più qualificati esponenti di una corrente di pensiero che si rifà alle evidenze scientifiche del nostro operare giunge un monito "... non esiste fino ad ora evidenza che il cosiddetto 'sistema qualità' stia dando dei contributi importanti al miglioramento dello stato di salute dei pazienti...".

Troppe sono le certificazioni di servizi che sono assolutamente cartacee senza che nulla sia migliorato del processo assistenziale. Suo è pure il richiamo pressante a noi medici di famiglia di mettere al centro della attenzione il paziente vivendo in modo attivo le tre sfide che la professione deve affrontare con coraggio e innovazione: quella dell'appropriatezza diagnostica e terapeutica, quella dell'integrazione con le altre fonti di cura e con le altre professioni presenti sul proprio territorio, e quella della garanzia della continuità assistenziale alle persone trattate, da cui deriva (di questo c'è certezza) la loro soddisfazione. Lo strumento potrebbe essere l'accREDITAMENTO volontario all'eccellenza misurato su indicatori che giorno per giorno stiamo creando, per dare profonda dignità etica e scientifica

al nostro lavoro. Il mentore più illustre di questa newsletter J. T. Hurt ci aveva ammonito a tenere bene gli archivi dei pazienti, lui che per 30 anni aveva scelto di annotare su piccole schede cartacee la storia di una comunità stabile nella sua dimensione demografica.

E il lavoro NetTest sulla adeguatezza dei nostri database dal punto di vista amministrativo rappresenta un positivo stimolo a rivedere con calma le nostre anagrafiche non per scrupolo archivistico ma perché è la occasione per ripercorrere la storia dei nostri rapporti con i pazienti, controllare se abbiamo lasciato "aperti" o "scoperti" dei problemi dei nostri complicati percorsi decisionali. Inoltre è la base sicura (un denominatore certo di popolazione) su cui costruire una seria ricerca.

Anche la medicina di famiglia ha bisogno di numeri e del supporto di metodi statistici che possono apparire aridi ma che ci forniscono "un potere di predizione e controllo insperato".

Educare il paziente a sviluppare una collaborazione con il proprio medico per la gestione dei problemi di salute con strumenti adatti è la sfida quotidiana, affrontata nella segnalazione di pag. 5.

Oggi sempre più il web interattivo (www.ginasma.it/paziente.htm; www.piedediabetico.org) ci fornisce aiuto concreto per migliorare con semplicità quanto la foto testimonia: ma il collega qui ha testato l'efficacia!

Abbiamo voluto riportare l'esperienza in corso a Caserta a cu-

ra di Salvatore Moretti anche perché ci incuriosiva un collega che si occupava da una parte di sociologia studiando il ricorso a maghi, guaritori, rituali e culti carismatici (SIMG, 5, 2000) e costruiva dall'altra una rete informatizzata per gli studi di medicina generale al fine monitorare in tempo reale il fenomeno prescrittivo. Legare diagnosi per problemi a terapia è da sempre lo strumento per ottenere un profilo epidemiologico serio delle principali patologie nella popolazione di assistiti e può contribuire seriamente alla ricerca dell'appropriatezza attraverso la riflessione e la conoscenza che i dati forniscono ai medici.

Infine vorrei ricordare il pensiero dello psicologo Erikson in un articolo di Alberoni il 7 gennaio 2004 sul *Corriere della Sera* a proposito di creatività e progresso: "... l'innovatore deve essere prudente, per non essere deriso e ghezzizzato. Deve aspettare per agire che i tempi siano maturi. Guai ad avanzare proposte prima dell'ora... si rischia di passare per bizzarri, estrosi..."

- | | |
|---|--|
| 1 | Editoriale |
| 2 | Qualità in Medicina Generale e ISO |
| 2 | Qualità del nostro archivio di cartelle computerizzate: Test amministrativo-epidemiologico sul Denominatore per i pazienti di tutte le fasce di Età; Test Clinico per i pazienti sopra i 50 anni |
| 5 | MMG Lifestyle: dedizione filiale |
| 6 | Banche dati in medicina generale e buona pratica clinica, l'esperienza della Medicina Generale nella ASL Caserta 1 |

Qualità in Medicina Generale e ISO

*Commento all'articolo QQ vol 8 n 2
pag 4: "Iso 9001:2000 e qualità in me-
dicina di famiglia"*

Dott. **Andrea Gardini** - Presidente Si-
quas Vrq

Il contributo dei colleghi Mola, Milano
e La Vecchia per adeguare
l'organizzazione della pratica del medi-
co di medicina generale alle norme ISO
è assai stimolante.

Il fatto che non esiste letteratura medica
reperibile sull'applicazione delle norme
ISO alla medicina generale può essere
interpretato pensando che da una parte
c'è chi ci ha provato, ne ha avuto gio-
vamento ma non ha ritenuto di descri-
verlo, dall'altra c'è chi ci ha provato ma
non ci è riuscito o lo ha ritenuto impro-
babile o impossibile o inutile.

L'applicazione in medicina generale di
norme derivanti dalla produzione indu-
striale rischia di determinare la sotto-
stima o addirittura la perdita di alcune
parole come "paziente", visita, anamne-
si, esame obiettivo, diagnosi, prognosi,
terapia, cartelle cliniche, consulenze,
collaborazione con specialisti ed infer-
mieri, con gli ospedali, oggetti del nor-
male lavoro quotidiano del medico da
circa 4000 anni, che non compaiono nel
lessico ISO, che tende a cercare e crea-
re un omologazione culturale e lessicale
buona per qualsiasi professione o attivi-
tà produttiva.

Ma la medicina generale, è un'attività
produttiva? I beni immateriali che pro-
duce sono parificabili ai beni materiali
il cui miglioramento produttivo sta a
cuore al modello ISO? (modello che si
rifà secondo alcuni al modello taylori-
sta di produzione composto da
"STRUTTURA, PROCESSI,
PRODOTTI e PROFITTI").

Ci si potrebbe chiedere allora se questo
modello organizzativo sia utile per cu-
rare pazienti come lo è stato per fare
frigoriferi.

Ci si chiede oggi infatti sempre più se
esiste evidenza che il modello ISO pro-
duca ovunque quei miglioramenti signi-
ficativi nel "processo" e quindi nel
"prodotto industriale" che dice di indur-
re.

Dai consulenti ISO dati non sono mai
stati prodotti, per lo meno all'interno
dell'ambiente medico, e la ricerca eu-
ropea ExPERT, più volte citata, non ha

trovato un'utilità per la sanità dalla let-
teratura consultata.

Ciò non toglie che non si debbano ten-
tare nuove strade.

Ma non esiste fino ad ora evidenza che
il cosiddetto "sistema qualità" stia dan-
do dei contributi importanti al miglio-
ramento dello stato di salute dei pazien-
ti. Tutto il mondo internazionale della
qualità è mobilitato in questa ricerca.
Alcuni dati parziali sono ad esempio
già presenti.

C'è evidenza che l'audit clinico e la
"peer review" siano di una certa utilità;
e che la riorganizzazione di alcuni pro-
cessi (managed care), che esitano in in-
convenienti per i pazienti, garantisca
che quegli esiti migliorino.

Oggi inoltre la medicina generale è sot-
toposta a tre sfide:

- quella dell'appropriatezza diagno-
stica e terapeutica,
- quella dell'integrazione con le altre
fonti di cura e con le altre profes-
sioni presenti sul proprio territorio,
- quella della garanzia della continui-
tà assistenziale alle persone trattate
da cui deriva (di questo c'è certez-
za) la loro soddisfazione.

Il Medico di Medicina Generale che
resta isolato dal contesto rischia oggi
sempre di più di fare e farsi del male.
L'impressione che emerge da questo
lavoro è che lo sforzo fatto sia più nel
senso di auto-analizzare la propria or-
ganizzazione svincolata dal contesto e
dai bisogni di salute delle persone trat-
tate, dalle domande di integrazione, da-
gli esiti in termini di salute delle singo-
le persone e della collettività che queste
formano. Anche se un accenno ai clien-
ti esterni dei processi rappresenta un
segnale di interesse verso l'esterno.

Ma non è certo un approccio solo effi-
cientistico che guida colleghi così im-
pegnati nella difesa e nello sviluppo
della medicina generale in Italia.

Anche se riuscissimo a certificare ISO
uno studio di Medicina Generale biso-
gnerebbe certificare ISO anche il di-
stretto, la struttura riabilitativa e
l'assistenza domiciliare... Allora una
domanda sorge spontanea: perché certi-
ficare? E perché proprio con quelle re-
gole generali, e perché proprio sui pro-
cessi, e non sui risultati assistenziali?
Non c'è il rischio di una montagna di
carta cui non corrisponde un vero mi-
glioramento del "care"?

Sapendo poi che le ISO sembra funzio-
nino più sulle attività ripetitive (labora-
tori, centri trasfusionali, anatomie pato-
logiche, tutte attività che lavorano su

materiale "morto" o "fermo") è possibi-
le applicarle nelle relazioni con le per-
sone sane o ammalate che entrano ed
escono dagli ambulatori dei MMG? Ma
la professione medica non ha già elabo-
rato da qualche millennio delle regole
importanti, significative, rinnovate di
continuo dagli ordini Professionali, che
sono quelle dettate dai codici deontolo-
gici? Perché non adattare le ISO ai Co-
dici deontologici invece che adattare la
professione più vecchia del mondo a
delle norme valide per tutti i comparti
produttivi e quindi, inevitabilmente pri-
ve di specificità?

Comunque un grosso augurio ai colle-
ghi che si stanno cimentando in questa
impresa importante. A loro la facoltà di
prova richiesta proprio dalle conclusio-
ni del lavoro ExPERT. Infatti a chiu-
que intraprenda un percorso per certifi-
carsi ISO, per accreditarsi
all'eccellenza o con l'accreditamento
istituzionale, per fare la "Visitatie" o
applicare il modello dell'European
Foundation for Quality Management,
viene fatta una richiesta da questo im-
portante gruppo europeo di esperti sulla
valutazione esterna della qualità: si mi-
suri lo stato di salute dei propri pazienti
prima di fare qualsiasi cosa, per avere
un "bianco"; poi ci si dia da fare con
grande dedizione e competenza
nell'applicazione del modello; e infine
si monitorizzi l'impatto del modello
sull'oggetto precipuo del mandato isti-
tuzionale e cioè il curare bene e meglio
le persone che si affidano con fiducia ai
MMG.

**Qualità del nostro archi-
vio di cartelle computeriz-
zate: Test amministrativo-
epidemiologico sul Deno-
minatore per i pazienti di
tutte le fasce di Età; Test
Clinico per i pazienti so-
pra i 50 anni**

di **Franco Del Zotti (VR)**, **Enzo Brizio
(CN)**, **Carlo Andrea Franchini (VR)**,
Stefano Galassi (RN), **Nicola Tarallo
(SA)** e **Lista Netaudit
(www.netaudit.org)**

Background

J.T.Hart, nel suo articolo in esclusiva per QQ (www.rivistaqq.it -maggio 2003), sostiene che il capitale del medico di medicina generale (MMG) è legato alla buona "manutenzione" del suo "Denominatore", cioè dell'affidabilità amministrativo-epidemiologica della Lista dei pazienti assistiti, così come è presente nei nostri Personal Computer (PC). Stimolati dal suo importante messaggio, abbiamo pianificato un Audit che ha analizzato la Qualità del Denominatore della nostra lista computerizzata di pazienti, rispetto ad un golden Standard (Elenchi di pazienti gestiti da USL di qualità).

In realtà, i MMG sono stati preparati dall'università a rispondere al singolo paziente e poco hanno imparato, in termini di formazione, intorno tecniche di management amministrativo ed epidemiologico di gruppi di pazienti. Inoltre, l'insufficiente presenza e preparazione specifica di personale segretariale può ostacolare la buona manutenzione della nostra Lista di pazienti inserita nel PC.

In effetti i MMG sono a loro agio quando rispondono alle domande dei singoli frequentatori dell'ambulatorio, mentre sono più a disagio quando devono pianificare controlli amministrativi o clinici per pazienti inseriti in lista, ma magari frequentatori inabituali. Eppure una maggiore accuratezza amministrativa-epidemiologica può fare la differenza per lo sviluppo di sistemi come Netaudit o ancor di più dei grandi database della Medicina Generale (MG).

È quindi necessario immaginare per i MMG un sistema semplice per rendere possibile sia il controllo periodico, a Random, delle discrepanze tra pazienti nella Lista dell'autorità sanitaria locale (USL) e Liste dei pazienti nella nostro archivio computerizzato.

Approfittiamo del varo di questo nuovo metodo per un II test: valutazione randomizzata della qualità professionale di 4 cartelle per volta

Obiettivi e Metodi

1) **Valutare la Qualità della Gestione amministrativa del nostro Denominatore**, in merito ai **Falsi Positivi**

a) **(Totale PC/Totale USL)**: è stato paragonato il totale-pazienti della Lista delle nostre cartelle presenti nel software per le cartelle computerizzate, rispetto al Golden Stan-

dard (Liste dei pazienti stilati da Aziende sanitarie Locali che si distinguono per una buona manutenzione amministrativa delle scelte e revoche). Possono partecipare all'audit i MMG il cui elenco USL è privo, ad una valutazione preliminare, di errori in Lista cartacea o computerizzata: in particolare non ha in Lista pazienti che risultano a noi come deceduti da più di 3 mesi.

b) **Identificazione dei Falsi Positivi (FP) su 7 cartelle randomizzate per MMG**. Il Test è condotto su 7 cartelle scelte a random nella nostra Lista di pazienti. Vengono definiti Falsi Positivi (FP) i pazienti presenti nella nostra Lista ed assenti nella Lista USL (minimo di FP per MMG: 0/7; massimo 7/7).

2) **La Qualità della gestione clinico-epidemiologica di 4 cartelle randomizzate per MMG è per pazienti oltre i 50 anni**

a) Dalle nostre cartelle computerizzate si estraggono solo i pazienti sopra i 50 anni. Si è deciso di selezionare la fascia superiore ai 50 anni, perché in questa fascia di età è più facile accordarsi sull'utilità di controllare le variabili cliniche e preventive prescelte

b) Si randomizzano 4 cartelle pazienti tra quelli sopra i 50 anni di pazienti senza imperfezioni amministrative

c) Si consultano le singole cartelle e si controllano alcuni campi-indice

Criteria per valutare la Qualità compilativa dei "campi" indice

1) Per il campo "altezza" vale l'una tantum (se in cartella è indicata o no, almeno 1 volta in cartella)

2) Per la Pressione Arteriosa: vi sia almeno una misura nei 2 anni precedenti in cartella;

3) Per gli altri campi (peso; fumo; Colesterolo; Emoglobina; Glicemia): almeno 1 misura nei 3 anni precedenti.

4) Infine, gli ultimi 3 campi sono legati al processo della Diagnosi e sono slegati dal fattore tempo

4.1 **"diagnosi vuote"**: si analizzano per ogni cartella le **diagnosi importanti non collegate a criteri operativi** (ad es. diabete e 2 glicemie superiori a 140 nel diabete; Iperensione e valori soglia della Pressione Arteriosa; Malattia reumatica e "criteri maggiori", ecc); si controlla se la diagnosi è suffragata o meno (riempita) dalla presenza in cartella di questi criteri. Il

paziente viene classificato con **DIAGNOSI VUOTE**, se si riscontra **almeno una** diagnosi di questo tipo "vuota".

4.2 è stato inoltre analizzato il numero delle cartelle nelle quali esistono importanti problemi sospesi, che meritano un approfondimento (qui si vuole testare la qualità del follow-up dei problemi importanti). Ad es. se in cartella è registrata una rettorragia e poi non vediamo una colonscopia con il suo risultato, allora la cartella è definibile con "problema sospeso". Il paziente viene classificato **"con problemi sospesi"**, se si riscontra **almeno un problema sospeso importante**.

4.3 infine si vede se il nostro test crea una ulteriore resa: l'individuazione durante il test di nuovi problemi, non presenti in Lista. Il paziente viene classificato **"con nuovi problemi"**, se si riscontra **almeno un nuovo problema importante**. Ad es. se scorrendo la cartella in questo Audit ci accorgiamo che vi è scritto anemia, dolori ai polsi e VES elevata più volte, ma non vi è scritto un sospetto di AR o similare, allora parleremo di cartella ove stiamo identificando un *nuovo problema*

Metodo di Randomizzazione: per la randomizzazione i partecipanti sono stati invitati ad usare tutti lo stesso metodo: la consultazione di un stesso sito Web che assiste nelle procedure di randomizzazione

Risultati

Medici Partecipanti: hanno partecipato al Netaudit 31 MMG italiani, con criterio di ingresso: appartenere ad USL che hanno una buona qualità dell'archivio amministrativo dei pazienti iscritti ai MMG. L'età media dei MMG partecipanti è di 49.4 anni (SD 2.7) ed il numero medio di pazienti per MMG è pari a 1422.2 pazienti (SD 176)

Il File UsL adoperato: 23 MMG hanno ricevuto dalla USL una Lista-Pazienti solo su carta;

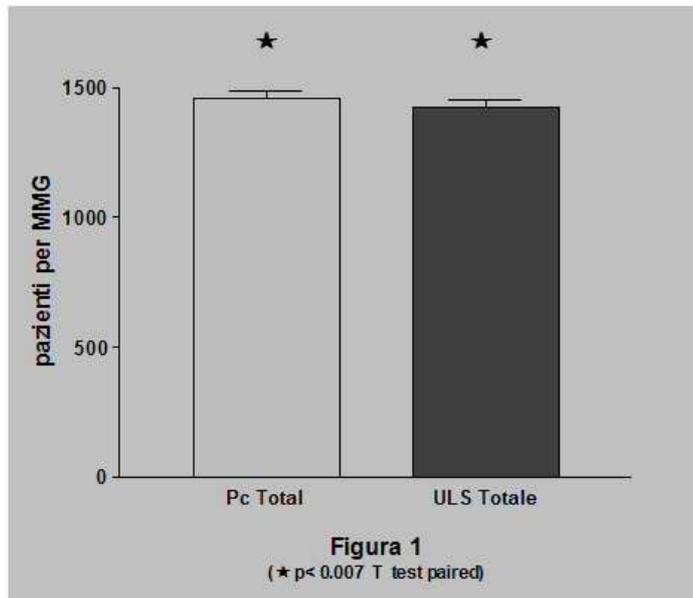
8 MMG hanno ricevuto la Lista anche su file elettronico.

30 MMG (96.8%) dei MMG ha ricevuto l'elenco USL meno di 6 mesi prima

Valutazione Amministrativa

Numero medio di pazienti in elenco: (fig. 1) **1458.2** (SD 168.5) pazienti nell'elenco derivato dai nostri PC, contro **1422.1** (DS 176.7) nell'elenco fornito dalla USL, **con una differenza si-**

gnificativa al T test, paired ($p < 0.007$), con Indice di confidenza al 95% per la differenza che va da 10.6 a 61.6 pazienti. (fig. 1)



Solo il 9.6% dei MMG aveva un numero di pazienti inferiore nella propria Lista rispetto a quella USL; Il 13% esattamente lo stesso numero; la restante proporzione (80.4%) un numero superiore, con un gruppo di 3 MMG che hanno un numero di pazienti nelle proprie Liste maggiore di 100 rispetto a quello della USL

Test random su 7 cartelle estratte dal nostro PC e "incrociate" con gli elenchi USL, ovvero FALSI Positivi (FP) nella PC List:. In media 0.3 FP su 7 cartelle per MMG (minimo 0; massimo 3), con una alta percentuale di MMG con zero FP (71%)

Valutazione modalità compilativa dei campi clinici su 4 cartelle random sopra i 50 anni

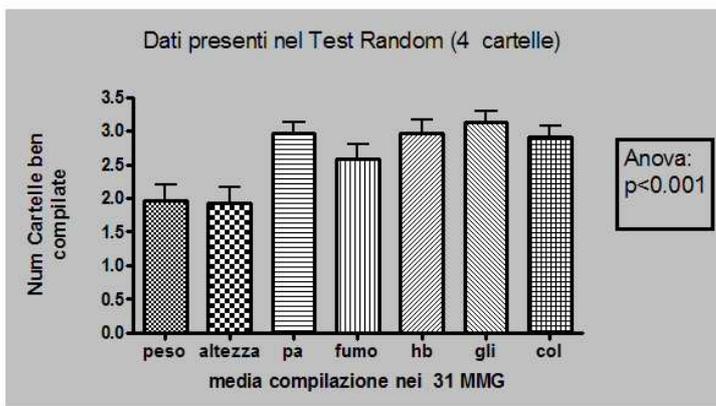
Sono state paragonati il numero di cartelle ben compilate per i seguenti campi: Peso; Altezza; fumo; Pressione Arteriosa; Emoglobina, Colesterolo; Gli-

cemia. (vedi Tab.)

In particolare il test Anova (Kruskal-Wallis test) (Fig 2) è risultato significativo ($p < 0.001$), con la successiva valu-

tazione al Test di Dunn per le comparazioni multiple che ha mostrato risultati medi significativamente inferiori del Peso (1.96) e dell'Altezza (1.93) rispetto alla compilazione dei campi Laboratoristici (emoglobina; colesterolo; glicemia; pressione), che in media si attestano sul punteggio di

2.9 su di un massimo di 4 cartelle. Il campo fumo viene compilato in misura intermedia: 2.5 cartelle su 4 contengono il dato.



Diagnosi "vuote"; Problemi sospesi; Nuovi problemi: i 31 colleghi hanno segnalato una media di 0,9 cartelle (su 4 random) di diagnosi "vuote" (e cioè con un'etichetta di Codice, ma senza Test o criteri operativi di supporto); di

1.03 cartelle su 4 con Problemi importanti ancora **sospesi** (e cioè con qualche problema, quindi, nel follow-up); di 0.6 cartelle su 4 ove è stato identificato un "nuovo problema"

Conclusioni e commenti sull'Audit sul Test amministrativo

Questo nostro lavoro vuole introdurre in Italia un sistema integrato ed agevole per un self-audit della competenza dei singoli MMG alla valutazione della bontà amministrativo-epidemiologica dei propri elenchi computerizzati di assistiti (Denominatore) e della bontà della registrazione di alcuni dati clinici essenziali

Bisogna, però, distinguere il grado di "responsabilità" del MMG in questi due diversi test. Nell'audit amministrativo, il MMG è solo uno dei protagonisti. In effetti, molti MMG non hanno potuto partecipare a questo Netaudit perché la loro USL non fornisce Elenchi di Qualità. Poche sono inoltre le USL che forniscono l'elenco anche su file elettronico e questo ad esempio ha impedito di eseguire il test dei Falsi Negativi (presenti nel file della USL, con numerazione automatica che consenta la randomizzazione;

assenti nei nostri elenchi del nostro PC).

Il test amministrativo dei 31 MMG ha fornito dati incoraggianti, dal momento che basso è il numero di Falsi Positivi

nel test random su 7 cartelle. Comunque, lo scostamento tra il dato totale delle nostre cartelle rispetto al dato totale-USL (inferiore), pur se limitato, tende, statisticamente, a testimoniare un certo numero di Falsi Positivi, e cioè di pazienti presenti nel nostro elenco e assenti in quelli della USL. Lo scostamento a

favore dei FP, tra l'altro, riguarda più specificamente un sottogruppo di MMG. Perché vi è

Title	Mean	Standard deviation	Variance coefficient	Maximum	Median	Minimum
Peso	1.967742	1.277599	0.649271	4	2	0
Altezza	1.935484	1.26321	0.652658	4	2	0
Press. Art.	2.967742	0.948116	0.319474	4	3	1
Fumo	2.580645	1.285151	0.497996	4	3	0
Emoglobina	2.967742	1.048296	0.35323	4	3	1
Glicemia	3.129032	0.957146	0.305892	4	3	1
Colesterolo	2.903226	0.907555	0.312602	4	3	1

questa tendenza? Essa potrebbe derivare da un'asimmetria: mentre è immediato il vantaggio clinico e pratico di introdurre subito un nuovo paziente nel PC (si può subito ricettare al PC), non esiste ancora una forte motivazione pratica né un incentivo ad escludere pazienti trasferiti; inoltre, potrebbe esserci una certa ritrosia emotiva a "guardare in faccia" le cartelle dei deceduti o trasferiti ad altro medico. Potrebbero infine esserci limiti logistici importanti in alcuni ambulatori rispetto ad altri (ad esempio nella presenza o modo di lavoro del personale segretariale).

Probabilmente, nel futuro, bisognerà immaginare un sistema di monitoraggio computerizzato delle classi di età più a rischio di marker "cattiva amministrazione": in effetti non pochi colleghi hanno riscontrato accumuli di anomalie nelle classi di età superiori agli 80 anni, con qualche punta di presenze anagrafiche di pazienti "sopravvissuti" oltre i 100-105 anni (ovvio marker di rischio di Falso positivo).

Per dirimere tutte le precedenti questioni, sono necessari futuri Audit, con un numero maggiore di MMG e di cartelle randomizzate per i test amministrativo e clinico. Diventerà infine indispensabile la pianificazione del coinvolgimento del personale di segreteria e delle stesse Autorità sanitarie pubbliche.

Conclusioni e commenti sull'Audit sul Test Clinico random su 4 cartelle

Per prima cosa vogliamo qui sottolineare che la scelta di un test su sole 4 cartelle random non risponde, ovviamente, a criteri di rappresentatività statistica, ma all'esigenza di coniugare la creazione di un nuovo modello di Audit con un basso carico di lavoro per i partecipanti al net-audit (il nostro slogan è "Audit per soli MMG in meno di 3 ore"). Con questa doverosa premessa, ci spingiamo ora a commentare i risultati del test clinico

Quello che più risalta, nella lettura della Tabella 1 è il punteggio significativamente inferiore e insufficiente dei "campi" antropometrici (peso e altezza, in media ben compilati in meno della metà delle cartelle random: 1,9), rispetto a quelli clinici standard (la Pressione arteriosa ed i test laboratoristici (in media ben compilati in 2,9 cartelle su 4). Azzardiamo delle ipotesi di lavoro.

1. Le misure ambulatoriali antropometriche sono meno facili da raccogliere di quanto si creda: bisogna svestire il paziente? Se sì quanto

tempo impieghiamo, magari di inverno, nella fretta ambulatoriale? E se non lo svestiamo, come approssimare? Togliamo le sole scarpe e quindi approssimiamo il peso dei vestiti? Ma quanto pesano i vestiti?

2. La pressione Arteriosa ed i dati di laboratorio sono più sofisticati, ma di facile esecuzione o richiesta

Tutto ciò non elimina la necessità di migliorare la frequenza, la qualità di misura o almeno il consenso sulla conoscenza delle tecniche di approssimazione.

Il dato sul fumo è incoraggiante anche se non ancora sufficiente (2,5 cartelle su 4 ben compilate). Evidentemente le forti raccomandazioni delle autorità nazionali ed internazionali iniziano a sortire un certo effetto.

Vogliamo infine sottolineare una discreta variabilità dei 31 MMG nel modo di registrare i dati, che colpisce soprattutto l'Altezza e Peso (con coefficienti di variazione superiori al 60%)

Conclusioni su Diagnosi "vuote"; Problemi sospesi; Nuovi problemi

Più che discutere "quantitativamente" i dati conclusivi a voi offerti, possiamo testimoniare che, dalla discussione, tra i colleghi è emersa un pensiero comune sintetizzabile in due punti: a) è molto utile tentare di formalizzare la "dinamica qualitativa" del Processo "compilazione delle cartelle"; b) sorge la necessità che nel prossimo futuro la MG debba analizzare in profondità e più vastamente queste istanze di metodologia del self-audit periodico della cartella. Questa disanima non potrà essere separata dalle tecniche medico-informatiche per evolvere la cartella computerizzata da "bestia da soma" della mole dei dati a "co-pilota" intelligente di un percorso di diagnosi e monitoraggio attivo dei problemi dei nostri pazienti.

Elenco dei MMG partecipanti di net-audit

ARTEBANI Adriano, AUGRUSO Angelo, BALESTRAZZI Marina, BARUCHELLO Mario, BERTOLUSSO Luciano, BONETTI Dario, BRIZIO Enzo, CALISESI Romano, CARACENI Luciano, COVANTI Massimo, CRESSONI Maria Chiara, DEL ZOTTI Francesco, DOLCI Alberto, FRANCHINI Carlo Andrea, FRAPPORTI Guglielmo, GALASSI Stefano, GRASSI Marco, MARCHETTI Roberto, MASSIGNANI Dino Mario, NARGI

Enzo, NEGRINI Augusto, NOVELLA Guido, QUATTROCCHI Piero, RANZANI Luca, RUBICINI Giuseppe, SAVINO Andrea, SCHIANCHI Paolo, TARALLO Nicola, TONDI Lidia, TONELLO Paolo, UBALDI Enzo, VISONA' Eugenio

È appena stato pubblicato il libro di Franco Del Zotti dal titolo "Tra case e casi - i come e perché della Medicina di famiglia" - ediz. Levante Editori - Bari - 2004. Il prezzo e' contenuto: 17,50 euro per 188 pagine

Email: levanted@tin.it
Tel/Fax: 080 5213778
Indirizzo: Levante Editori, via Napoli 35, BARI

Potete richiedere il libro direttamente alla Levante, saltando la libreria, SENZA aggravio di spese postali.

MMG Lifestyle

Immagine di dedizione filiale: la figlia di una paziente cronica prepara ogni giorno queste mini-buste per farmaci - da lei ideate e costruite - per sua madre





Banche dati in medicina generale e buona pratica clinica, l'esperienza della Medicina Generale nella ASL Caserta 1

Salvatore Moretti, Medico di Medicina Generale, Direttore Distretto 25 ASL CE1

Michele Giuseppe Tari, Dirigente Responsabile Servizio Controllo Gestione, ASL CE1.

Premessa

La necessità verificatasi negli ultimi anni di coniugare rigore finanziario e scelte assistenziali ha spinto le Aziende Sanitarie Locali ad intraprendere una serie di azioni finalizzate al contenimento della spesa salvaguardando la qualità delle prestazioni erogate.

La Medicina Generale, per la posizione occupata nella organizzazione dei servizi sanitari, è entrata subito nei processi di verifica e controllo finalizzati alla razionalizzazione della spesa, a tale scopo la Formazione Permanente e l'Informatizzazione degli studi di Medicina Generale sono state le chiavi di volta delle azioni intraprese dalla Azienda Sanitaria Locale Caserta 1 per il raggiungimento degli obiettivi di governo clinico della spesa.

Obiettivi

Obiettivo Generale: governare l'impiego delle risorse disponibili attraverso il rafforzamento e la diffusione nelle componenti operative aziendali della cultura della medicina basata sulle evidenze, della qualità e dell'approccio epidemiologico ai problemi di salute.

Obiettivo specifico 1: realizzazione di un data-base relazionale di farmacoutilizzazione attraverso una rete telematica con i Medici di Famiglia.

Obiettivo specifico 2: produzione di

documenti di analisi di utilizzo delle risorse e formulazione di Percorsi aziendali di riferimento per processi di cura nell'ambito delle Cure Primarie.

Materiali e metodi

I medici partecipanti al progetto estraggono dai loro database un file delle prescrizioni farmaceutiche che include:

- ◆ codice fiscale del paziente
- ◆ farmaco prescritto classificato ATC
- ◆ numero di confezioni
- ◆ diagnosi-motivo della prescrizione classificata ICD IX

Il file estratto viene inviato tramite posta elettronica al concentratore dati allocato in Azienda che costruisce così il database per ogni singolo medico. Il file per essere accettato deve avere requisiti di qualità tipo presenza dei codici fiscali, presenza dei codici ATC e ICD IX.

La rete descritta è una rete intranet aziendale alla quale si accede con identificativo personale e password. Sempre attraverso posta elettronica il medico riceve il protocollo di ricezione ed eventualmente un file di ritorno con l'indicazione degli errori.

Le fonti di informazione

Negli ultimi mesi del 1999 e per tutto il 2000 l'Azienda Sanitaria Locale Caserta 1 ha progettato ed realizzato un database aziendale di farmacoutilizzazione "motivata" alimentato dai medici di medicina generale attraverso il conferimento mensile dei dati di prescrizione legati alla motivazione diagnostica.

Nel 2003 i medici collegati al data-base sono 243 su 305, molti di essi "scaricano" dati in maniera continuativa da ormai un triennio costituendo una storia longitudinale delle prescrizioni rappresentativa sia della popolazione dei medici che della popolazione di assistibili della ASL come mostrato nelle tabelle e grafici al termine dell'articolo:

Tabella 1: campione dei medici afferenti alla banca dati rappresentativo dei medici dell'Azienda - anno 2002

Grafico 1: campione della popolazione del data-base rappresentativo della popolazione degli assistibili per fasce d'età

Grafico 2: campione della popolazione del data-base rappresentativo della popolazione degli assistibili per sesso

A nostra conoscenza questa è la prima banca dati che raccoglie la *intention to treat* del medico, in un campione rap-

presentativo della realtà locale, senza interferire nella pratica professionale di tutti i giorni con i seguenti obiettivi:

1. Monitoraggio pressoché in tempo reale dell'andamento prescrittivo per classi di farmaci e patologie correlate.
2. Analisi di prevalenza delle principali patologie nella popolazione di assistiti.
3. Verifica dell'appropriatezza delle prescrizioni.
4. Verifica della accettazione dei suggerimenti di buona pratica clinica implementati attraverso i Percorsi Diagnostico-Terapeutici Aziendali.

Il Progetto formativo

Nei primi mesi del 2000 si costituisce un gruppo stabile di lavoro costituito da 6 Tutor, medici di medicina generale, 2 esperti di farmacoepidemiologia, 2 dirigenti medici "gestionali", 3 informatici che si avvalgono della collaborazione di clinici medici "opinion leader" di volta in volta cooptati a seconda delle tematiche affrontate.

Su input del gruppo vengono estratte le informazioni di farmacoutilizzazione "motivata" dal data base aziendale; una volta analizzate e discusse unitamente ai clinici medici opinion leader, il gruppo procede alla ricerca delle evidenze in letteratura sul tema affrontato e predisponde una bozza di documento definito Percorso Diagnostico Terapeutico Aziendale (PDTA).

Le informazioni della realtà prescrittiva locale, unitamente alle evidenze scientifiche raccolte ed alla bozza del PDTA sono discusse in riunioni plenarie che coinvolgono i 120 medici che alimentano il database aziendale e che sono, di fatto, la fonte delle informazioni discusse.

In queste riunioni sono stati definiti i PDTA concordati nella loro versione definitiva per il 2001:

- Le cistiti
- La faringotonsillite
- Le rinosinusiti
- Le otiti
- E per il 2002:
- PDTA Osteoartrosi
- PDTA Depressione in MG
- PDTA Lo Scopenso Cardiaco in MG
- Review Antibiotico terapia in MG

Risultati

Obiettivo 1: monitoraggio pressoché in tempo reale dell'andamento prescrittivo per classi di farmaci e patologie corre-

late.

Nel corso di un triennio i colleghi che alimentano con cadenza mensile il database di farmacoutilizzazione motivata sono 243 su 305 medici di medicina generale che operano nella ASL Caserta 1. Il sistema consente l'analisi dei trend prescrittivi, rivelatisi pienamente attendibili rispetto ai dati provenienti dall'archivio del farmaceutico territoriale, praticamente in tempo reale.

Grafico 3: classi farmacologiche utilizzate in soggetti ipertesi; frequenza assoluta di utilizzo

Grafico 4: utilizzo di FANS e COXIB nei pazienti con OA, distinti per fasce d'età

Tabella 2: *Intention to treat* per osteoartrosi

Tabella 3: gastroprotezione nei pazienti con osteoartrosi

Obiettivo 2: analisi di prevalenza delle principali patologie nella popolazione di assistiti. La motivazione associata alla prescrizione ha consentito di ottenere informazioni epidemiologiche territoriali tra cui:

Tabella 4: analisi di prevalenza per pazienti trattati con farmaci antiipertensivi

Come nuovi casi sono stati considerati tutti i soggetti che nell'anno precedente alla prima prescrizione non hanno mai ricevuto una prescrizione di antiipertensivi (codice ATC C02, C03, C07, C08, C09)

Tabella 5: alcuni dati di co-morbilità dei pazienti ipertesi trattati nel 2002 con antiipertensivi

Grafico 5: distribuzione dei pazienti affetti da scompenso cardiaco per sesso e fasce d'età

Grafico 6: distribuzione dei pazienti affetti da AR e OA per classi di età

Obiettivi 3 e 4: verifica dell'appropriatezza delle prescrizioni; verifica della accettazione dei suggerimenti di buona pratica clinica implementati attraverso i Percorsi Diagnostico-Terapeutici Aziendali.

Tabella 6: comparazione nel tempo antibiotici maggiormente prescritti per cistite nei medici aderenti ai PDTA anni 2001/2002.

Ciprofloxacina indicato come prima scelta in short-therapy.

Tabella 7: comparazione nel tempo principi attivi utilizzati dai medici aderenti al PDTA faringotonsillite

Amoxicillina indicato come prima scelta nel trattamento.

Tabella 8: comparazione nel tempo

principi attivi utilizzati dai medici aderenti al PDTA otite media acuta

Tabella 9: confronto prescrizioni per faringotonsillite tra medici aderenti al PDTA e non aderenti (Set 2001 - Feb 2002)

Conclusioni

L'ipotesi che l'utilizzo delle banche dati quali supporto di una azione formativa di audit e feed-back possa fornire risultati incoraggianti nella ricerca della appropriatezza clinica sembra ricevere qualche conferma dalla nostra esperienza.

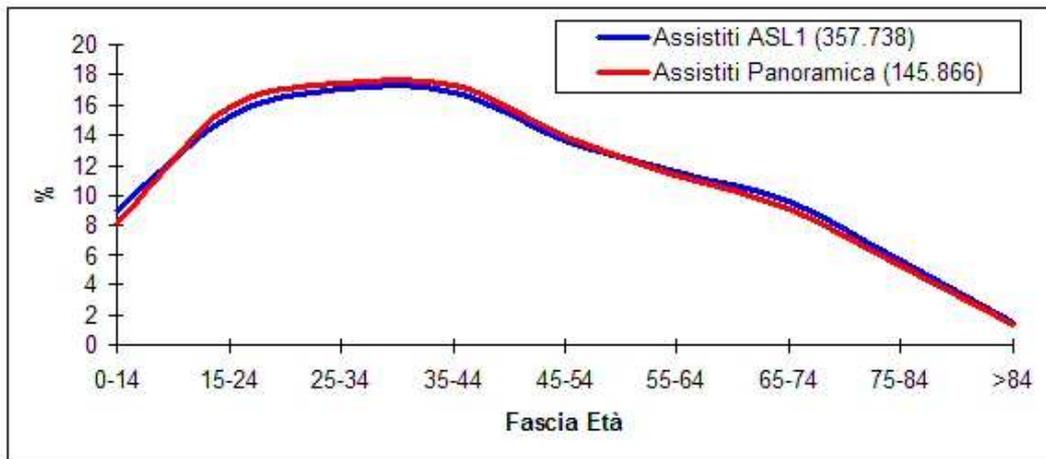
Lo strumento informatico è un potente mezzo di riflessione e conoscenza quando i dati forniscono informazioni analiticamente accurate, clinicamente credibili, statisticamente valide ed economicamente valutabili ed applicabili.

L'analisi dei propri comportamenti alla luce delle Medicina basata sulle Evidenze, unitamente alla condivisione del processo di formazione di un modello comportamentale, sembra ottenere un certo grado di adesione da parte dei partecipanti al Percorso terapeutico migliorando così il grado di appropriatezza clinica.

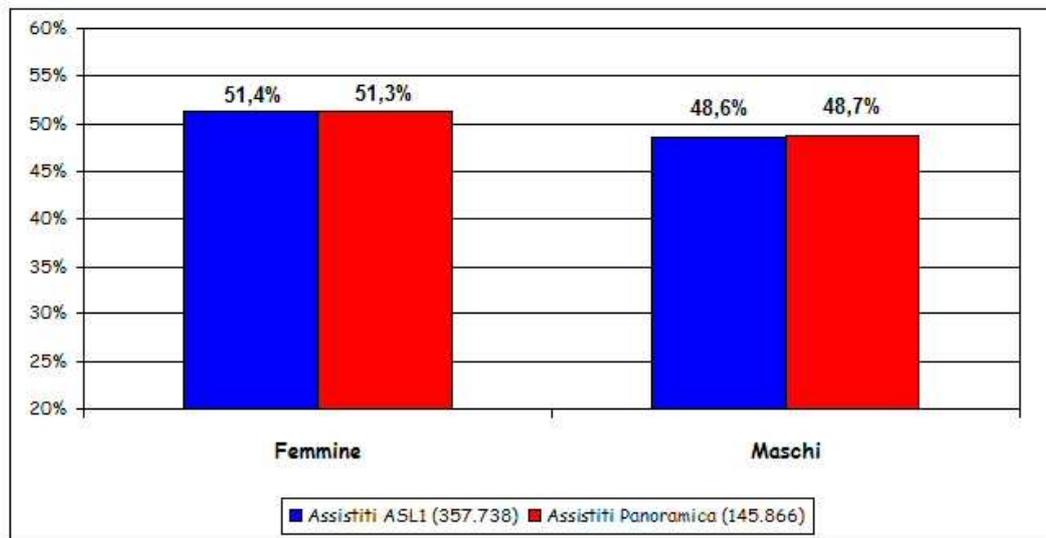
Tab. 1

	ASL CE 1 (esclusi pediatri)	Dbase Gen2002-Dic2002	
N medici	305	115	37,7% (potenza del campione)
Età media \pm DS	50,9 \pm 5,4	49,2 \pm 3,9	Ns
Sesso	18,0% (F)	15,6% (F)	
Età media \pm DS	48,7 \pm 3,0	48,8 \pm 2,6	Ns
N assistiti	357.738	145.866	40,8% (potenza del campione)
Età media \pm DS	41,5 \pm 20,7	41,3 \pm 20,3	Ns
Sesso	51,4% (F)	51,3% (F)	
Età media \pm DS	42,4 \pm 21,1	42,3 \pm 20,7	Ns

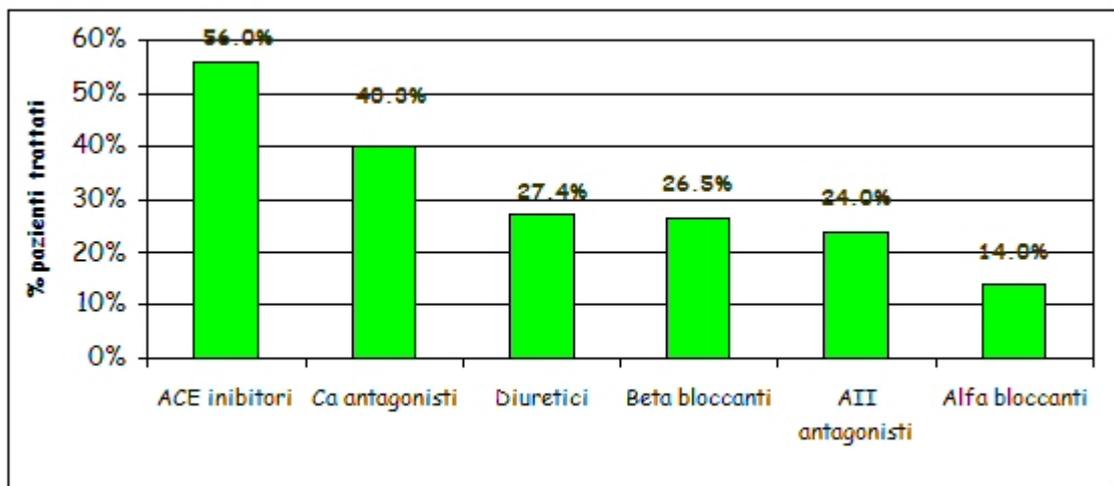
Graf. 1



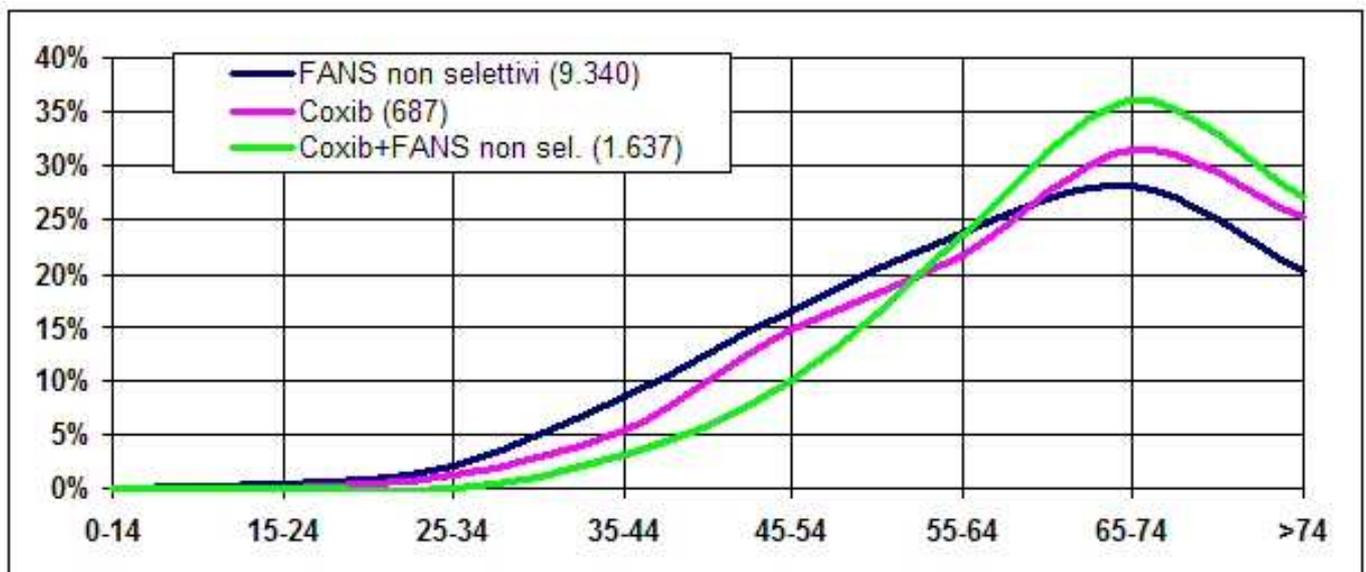
Graf. 2



Graf. 3



Graf.4



Tab. 2

Molecola (n=213)	N	%
Nimesulide	12.200	34,8%
Ketoprofene	4.315	12,3%
Diclofenac	3.394	9,7%
Celecoxib	2.386	6,8%
Rofecoxib	2.181	6,2%
Piroxicam	2.124	6,1%
Ketorolac Trometamina	1.390	4,0%
Meloxicam	723	2,1%
Tenoxicam	646	1,8%
Nimesulide Betaciclodestrina	637	1,8%
Ibuprofene	631	1,8%
Piroxicam/Betaciclodestrina	590	1,7%
Naproxene	554	1,6%
Altro	3.326	2,3%
Totale	35.097	100,0%

Tab. 3

Gastroprotettore	FANS non selettivi +gastroprotettori (2.048)		COXIB+6P (166)		FANS non sel +COXIB+6P (538)		Totale FANS+6P (2.752)	
	N pz	%	N pz	%	N pz	%	N pz	%
Antiacidi	1.148	56,1%	79	47,6%	293	54,5%	1.520	55,2%
Inibitori PP	677	33,1%	76	45,8%	212	39,4%	965	35,1%
Anti H2	278	13,6%	17	10,2%	75	13,9%	370	13,4%
Misoprostolo	68	3,3%	5	3,0%	26	4,8%	99	3,6%

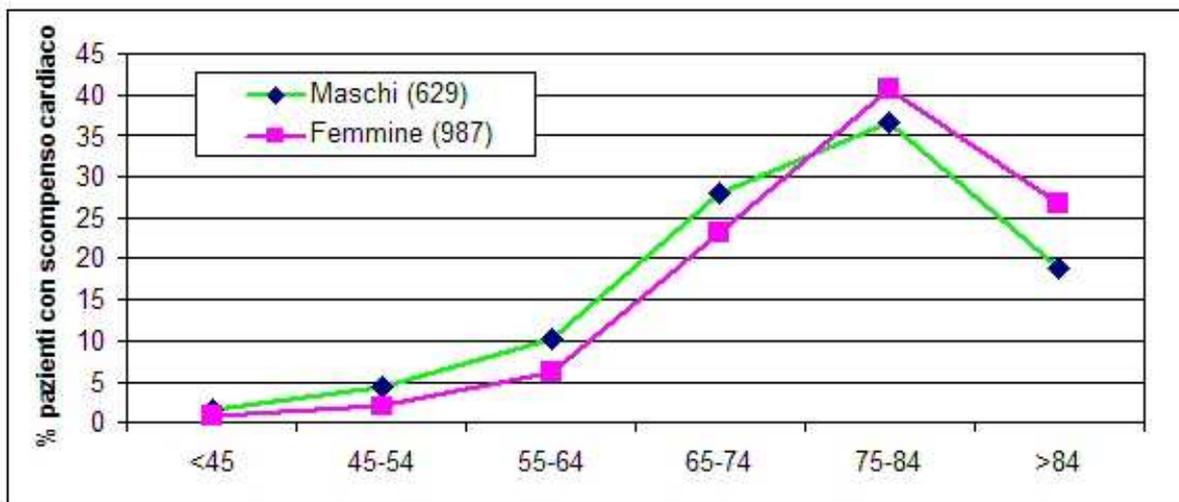
Tab. 4

Pazienti con	N°	% sul tot assistiti
diagnosi di ipertensione	27.997	19,2
trattati con antiipertensivi (98,8%)	27.652	19,0
nuovi casi di ipertensione	4.697	3,2
Prescrizioni	N°	% sul tot prescr.
antiipertensivi nei pazienti ipertesi	300.552	27,4

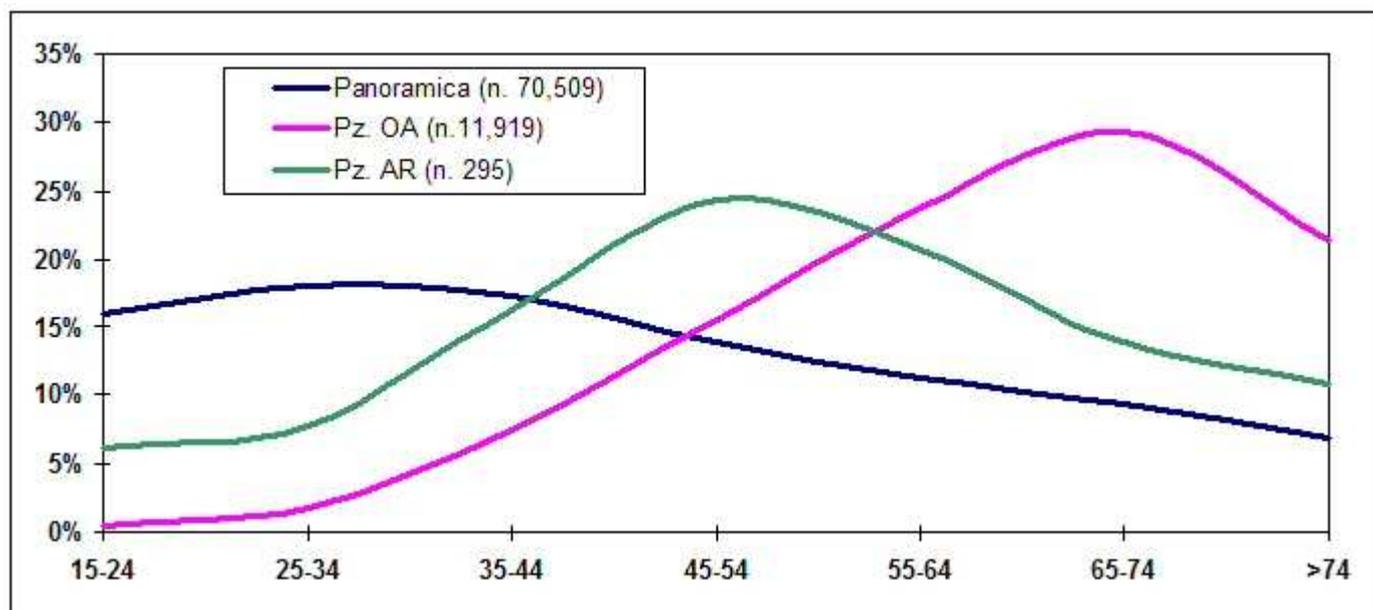
Tab. 5

	Femmine (60,5%)	Maschi (39,5%)	Totale
Pazienti ipertesi trattati N°	16.717	10.935	27.652
Età (anni)	65,9 ± 12,5	63,5 ± 12,8	64,9 ± 12,7
Diabete	18,2%	15,5%	4740 (17,1%)
Dislipidemia	12,6%	15,5%	3805 (13,8%)
Scompenso Cardiaco	8,4%	8,0%	2269 (8,2%)
IMA	0,4%	1,5%	240 (0,9%)
Cardiopatia ischemica	11,3%	16,1%	3640 (13,2%)
Asma/BPCO	10,0%	11,3%	2906 (10,5%)
Bronchite cronica	9,7%	14,2%	3185 (11,5%)

Graf. 5



Graf. 6



Tab. 6

Principio attivo	I trimestre 2001		I trimestre 2002		Δ %
	N prescr. (40 mol.)	%	N prescr. (37 mol.)	%	
Fosfomicina	579	30,7%	573	29,0%	-1,6%
Ciprofloxacina	294	15,6%	391	19,8%	4,2%
Norfloxacina	227	12,0%	192	9,7%	-2,3%
Acido Pipemidico	170	9,0%	173	8,8%	-0,2%
Levofloxacina	145	7,7%	163	8,3%	0,6%
Trimetoprim/Sulfametox.	96	5,1%	144	7,3%	2,2%
Lomefloxacina	93	4,9%	103	5,2%	0,3%
Pefloxacina	59	3,1%	45	2,3%	-0,8%
Gentamicina	47	2,5%	37	1,9%	-0,6%
Altro	178	9,4%	152	7,7%	
Totale	1888	100,0%	1973	100,0%	

Tab. 7

Principio attivo	Set 2001- feb 2002		Set 2002- feb 2003		Δ%
Amoxicillina	2129	26,3%	2867	34,7%	+8,3%
Amoxicillina + Acido clavulanico	1221	15,1%	1207	14,6%	-0,5%
Cefixima	733	9,1%	619	7,5%	-1,6%
Claritromicina	701	8,7%	685	8,3%	-0,4%
Azitromicina	544	6,7%	502	6,1%	-0,7%
Bacampicillina	450	5,6%	377	4,6%	-1,0%
Rokitamicina	224	2,8%	48	0,6%	-2,2%
Ampicillina	219	2,7%	294	3,6%	+0,8%
Roxitromicina	219	2,7%	111	1,3%	-1,4%
Cefprozil	184	2,3%	134	1,6%	-0,7%
Lincomicina	177	2,2%	134	1,6%	-0,6%
Sulfametoxazolo + Trimetoprim	143	1,8%	119	1,4%	-0,3%
Cefaclor	141	1,7%	171	2,1%	+0,3%
Ampicillina + Sulbactam	136	1,7%	123	1,5%	-0,2%
Ceftibuten	123	1,5%	95	1,1%	-0,4%
Cefuroxima axetil	116	1,4%	143	1,7%	+0,3%
Eritromicina etilsuccinato	102	1,3%	124	1,5%	+0,2%
Altro	523	6,5%	497	6,0%	
Totale	8.085	100,0%	8.270	100,0%	

Tab. 8

Principio attivo	I trimestre 2001		I trimestre 2002		Δ %
	N prescr. (39 mol.)	%	N prescr. (39 mol)	%	
Amoxicillina/Acido Clavulanico	65	11,8%	113	14,9%	3,1%
Azitromicina	50	9,1%	41	5,4%	-3,7%
Claritromicina	47	8,5%	58	7,7%	-0,9%
Amoxicillina	46	8,4%	116	15,3%	7,0%
Cefixima	45	8,2%	35	4,6%	-3,6%
Ceftibuten	44	8,0%	55	7,3%	-0,7%
Lincomicina	36	6,5%	36	4,8%	-1,8%
Cefprozil	32	5,8%	27	3,6%	-2,2%
Cefuroxima	25	4,5%	18	2,4%	-2,2%
Levofloxacina	15	2,7%	31	4,1%	1,4%
Ciprofloxacina	15	2,7%	20	2,6%	-0,1%
Cefonicid	15	2,7%	8	1,1%	-1,7%
Ampicillina/Sulbactam	12	2,2%	21	2,8%	0,6%

Tab. 9

	<i>Medici non aderenti alle LG</i>	<i>Medici aderenti alle LG</i>
N° MMG	50	59
Età media±DS	49,7±4,7	48,6±2,9
Prescrizioni per faringotonsillite	10.012	9.664
Prescrizioni di antibiotici	8.617	8.085
Prescrizioni antibiotici/p z	1,35	1,28
Pazienti con faringotonsillite	6.679	6.851
Età media±DS	38,0±22,7	37,4±19,3
Pazienti con antibiotici	6.395	6.296
Femmine (%)	3.532 (52,9)	3.812 (55,6)
Età media±DS	39,3±22,6	38,4±19,4

Confronto di spesa pro capite

	Medici non aderenti ai PDTA	Medici aderenti Ai PDTA	Δ%
Spesa antibiotici	€ 21,11	€ 18,38	-12,3