

PROGETTI AZIENDALI

La gestione del diabete nelle cure primarie: un audit clinico

Progetto Ve.Di.Cli.S. fase 3 - Analizzare le barriere per migliorare le performance

Background

Per prevalenza, durata e complessità del diabete mellito di tipo II (DM II) il setting appropriato per gestire la maggior parte dei pazienti è rappresentato dalle cure primarie, il cui ruolo, secondo il SSN, dovrebbe essere valorizzato e migliorato. Il progetto Ve.Di.Cli.S. (Verona Diabetes Clinical Study) è un audit clinico finalizzato al miglioramento della gestione dei pazienti con DM II assistiti da 30 medici di medicina generale (MMG) di tre aziende ULSS della provincia di Verona, selezionati in base a due criteri: adesione volontaria e disponibilità del software Millewin.

La prima fase¹ del progetto - avviato nel 2007 - ha previsto una valutazione sistematica delle performance di base utilizzando come standard 30 indicatori ricavati dalla linee guida NICE 2005². La seconda fase³ ha valutato lo scostamento tra le performance del gruppo e di altre realtà locali (Ascoli⁴, Ravenna⁵), nazionali (dati Health Search⁶) e internazionali (dati National Health Service inglese⁷), oltre che tra il livello reale di performance e quello definito dai MMG partecipanti.

Obiettivi

Accertato che i livelli reali di performance erano inferiori a quelli definiti e quantificato l'entità del loro scostamento, la fase 3 del progetto Ve.Di.Cli.S. ha sperimentato un sistema di analisi delle barriere finalizzato a guidare la successiva strategia di miglioramento della performance, valutando gli ostacoli incontrati nella pratica clinica.

Metodi

I modelli di analisi delle barriere disponibili in letteratura^{8,9} sono stati giudicati inadeguati perché costituiti da elenchi di barriere generiche non in grado di sondare i molteplici aspetti della pratica clinica. È stato pertanto elaborato un modello concettuale di analisi delle barriere in grado di scomporre tutti le fasi del processo che il MMG deve attuare e registrare sul software, ai fini della valutazione della performance. Sapere ciò che va fatto (conoscenze), essere d'accordo nel farlo (opinioni), ricordarsi di farlo e registrarlo (abitudini), disporre degli strumenti per farlo (dotazioni). Da questo modello concettuale è stata realizzata una survey online per l'analisi delle barriere: a ciascun MMG partecipante è stato richiesto di assegnare per ogni raccomandazione clinica un "peso" a un elenco di barriere che possono impedire l'applicazione di quella raccomandazione. Complessivamente, sono state pesate 151 barriere (range 6-15 per ciascuna raccomandazione). Gli elenchi di barriere sono stati predisposti dai responsabili della segreteria

scientifica del progetto con l'intento di individuare:

- le raccomandazioni per le quali le barriere al miglioramento sono più forti: per questo aspetto il peso globale delle barriere relative a ciascuna raccomandazione è stato espresso come peso percentuale, ovvero come rapporto tra la somma dei pesi assegnati dai MMG per tutte le barriere di una raccomandazione e la somma dei pesi massimi assegnabili per quella raccomandazione;
- le singole barriere che pesano maggiormente nel miglioramento della performance relativa a ogni raccomandazione: per questo aspetto il peso è stato espresso come mediana dei pesi assegnati dai MMG alla singola barriera.

Risultati

Hanno risposto alla survey 22/30 (73%) MMG che hanno giudicato il sistema di analisi delle barriere capace di identificare tutte le barriere incontrate nella gestione del paziente con DM II secondo le raccomandazioni cliniche definite. Il voto mediano assegnato dai MMG alla completezza degli elenchi di barriere è stato 8.5 su una scala 0-10.

La tabella 1 riporta le percentuali di peso assegnato alle barriere, suddivise per le raccomandazioni a cui si riferiscono. La tabella 2 riporta a titolo esemplificativo la pesatura della barriere relative a una specifica raccomandazione.

Di seguito vengono presentati e discussi i risultati per tipologia di barriera.

1. Barriere di conoscenza/accordo

Le barriere relative alla conoscenza delle raccomandazioni cliniche e all'accordo non rappresentano un ostacolo significativo al miglioramento poiché il peso mediano assegnato dai MMG è stato per entrambe le tipologie di barriere pari a 0/10. Ciò è confermato dal fatto che la sezione della survey contenente quesiti in merito al timing della prescrizione dei singoli esami di follow-up anamnestico, obiettivo, ematochimico, strumentale e specialistico denota una sostanziale conformità delle conoscenze/opinioni dei MMG con le linee guida di riferimento.

2. Barriere di confidenza

Il medico conosce la raccomandazione, concorda con essa ma percepisce delle barriere nel momento in cui pensa di applicarla nel suo setting specifico. Questa barriera è particolarmente rilevante per la raccomandazione sulla prescrizione di insulina ai pazienti non compensati dagli antidiabetici orali. Come è ragionevole attendersi, i MMG hanno assegnato un peso mediano di 3.5/10 alla mancanza di confidenza e 4.5/10 alla complessità percepita di questa terapia.

N°	Criterio	Peso
1	Rilevare e registrare l'abitudine al fumo	16%
2	Misurare e registrare la pressione arteriosa	8%
3	Misurare e registrare peso e altezza per calcolare il BMI	10%
4	Ricerca e registrare la presenza di polsi periferici, segni di neuropatia periferica e lesioni ai piedi	18%
5	Calcolare e registrare il rischio cardiovascolare a 10 anni	17%
6	Prescrivere periodicamente: emoglobina glicata, colesterolo LDL, microalbuminuria, creatinina, esame urine	8%
7	Prescrivere il controllo del fundus oculi	17%
8	Prescrivere ASA a tutti i pazienti diabetici (salvo intolleranze/allergie)	7%
9	Prescrivere metformina ai pazienti con BMI >25	5%
10	Prescrivere una statina ai pazienti con colesterolo LDL > 5 mmol/l e rischio cardiovascolare CV a 10 anni >20%	3%
11	Prescrivere sulfaniluree quando la metformina non consegue un controllo glicemico soddisfacente	7%
12	Prescrivere insulina quando con gli antidiabetici orali non si ottiene un controllo glicemico soddisfacente	20%
13	Prescrivere ACE-inibitori ai pazienti diabetici con microalbuminuria	3%
14	Proporre la vaccinazione antinfluenzale ai pazienti diabetici	4%
15	Raggiungere alcuni indicatori di esito intermedio - emoglobina glicata <7% - pressione arteriosa <140/80 mmHg - colesterolo LDL <3 mmol/l	7%

Tabella 1. Percentuali di peso assegnato alle barriere rispetto all'assegnabile per ciascun criterio di buon comportamento clinico

Prescrivere insulina quando con gli antidiabetici orali non si ottiene un controllo glicemico soddisfacente	Peso
Non sapevo che fosse questa la terapia appropriata in questi casi	0
Non ritengo che questa terapia sia così importante (motivi vari)	0
Non mi sento sicuro a prescrivere insulina per il rischio di ipoglicemie	3.5
Ritengo che questa terapia sia troppo complessa perché la possa gestire io	4.5
Non sono abituato/spesso dimentico di registrare questa terapia sul PC pur prescrivendola	0
Non gestisco io questa terapia perché preferisco la gestisca il CAD	5.0
Non gestisco io questa terapia perché sarei l'unico a farlo nella mia zona	0
Non gestisco io questa terapia perché il paziente preferisce farsi gestire questa terapia dal CAD	6.0
L'industria farmaceutica porta argomenti convincenti per scelte diverse	0

Tabella 2. Barriere relative al criterio 12 con relativo peso mediano (score da 0 a 10)

Questo spiega perché la preferenza a far gestire la terapia insulinica a un centro specialistico riceva un peso di 5/10.

3. Barriere attitudinali

Le abitudini procedurali consolidate costituiscono la barriera più forte al miglioramento nell'area della raccolta/aggiornamento dei dati anamnestici: aggiornamento del dato "abitudine al fumo" (voto mediano 3.5/10), raccolta/aggiornamento dei dati obiettivi in particolare nella "misurazione peso" (3/10), "ricerca presenza polsi periferici, segni di neuropatia diabetica, lesioni del piede" (6/10) e "calcolo rischio CV a 10 anni" (5/10). Inoltre i MMG ricordano di revisionare la cartella del paziente diabetico per verificare se il follow-up è aggiornato solo nel 50% dei casi in cui il paziente accede al curante.

Nella pianificazione del follow-up specialistico le barriere legate alle abitudini procedurali consolidate rap-

presentano un ostacolo alla prescrizione dell'esame del fondo dell'occhio (3/10), dove è percepita come barriera anche il frequente accesso diretto del paziente a specialisti privati per eseguire i controlli oculistici (2/10), senza alcuna richiesta del MMG.

E' ipotizzabile che una parte rilevante del miglioramento possa essere raggiunta facendo emergere la performance espressa ma non registrata agendo sulle abitudini compilative della cartella clinica informatizzata, passaggio successivo alla espressione materiale della performance clinica. L'esecuzione di una procedura prevista da una raccomandazione non seguita dalla sua registrazione è segnalata come barriera alla registrazione dell'abitudine al fumo (5/10), dell'obiettività degli arti inferiori (4/10) e del calcolo del rischio CV a 10 anni (4/10).

4. Barriere legate alle conoscenze dei pazienti

I MMG percepiscono come ostacoli rilevanti al miglioramento della performance le conoscenze dei pazienti su alcuni aspetti cruciali nella gestione della patologia:

- appropriatezza di timing del follow-up: a giudizio dei MMG, solo il 25% dei pazienti, avrebbe chiara la periodicità con cui eseguire i controlli obiettivi, il 35% quelli ematochimici e il 20% quelli specialistici;
- obiettivi terapeutici: solo il 50% dei pazienti sarebbe a conoscenza che un'emoglobina glicata inferiore a 7% rappresenta un obiettivo molto rilevante;
- modalità di assunzione della terapia: il 25% dei pazienti non avrebbe le idee chiare sulle modalità di assunzione della terapia antidiabetica;
- capacità di mantenere una buona compliance nel tempo: nella percezione del medico solo il 42% dei diabetici seguirebbe la terapia non farmacologica consigliata e il 25% non rispetterebbe neppure le indicazioni farmacologiche con sufficiente precisione.

La mancata adesione alla terapia ha inevitabilmente un impatto sulla relazione medico-paziente: se la motivazione del medico a seguire il paziente è pari 100 nel paziente ad elevata compliance scende a 70 (mediana) nei pazienti a bassa compliance. Questa percezione del MMG nei confronti delle conoscenze dei pazienti è un ulteriore elemento da considerare per coinvolgere i pazienti con compliance non ottimale.

Limiti

Il modello concettuale utilizzato per l'analisi delle barriere potrebbe essere esportato in altri contesti, mentre i risultati di questa analisi specifica sono poco applicabili. Un secondo limite è la modalità di formulazione degli elenchi delle barriere, predisposte esclusivamente dai medici della segreteria scientifica; ovviamente, la completezza di tali elenchi potrebbe essere migliorata coinvolgendo tutti i MMG partecipanti. Infine, l'elenco delle barriere legate alle conoscenze dei pazienti riflette solo la percezione dei MMG e non ha preso in considerazione una survey tra i pazienti.

Conclusioni

Il metodo di analisi delle barriere al miglioramento utilizzato nella terza fase del progetto Ve.Di.Cli.S. ha permesso di individuare e pesare le barriere da affrontare, permettendo di indirizzare la strategia di miglioramento verso l'implementazione di interventi mirati (fase 4). Successivamente, l'efficacia di questo approccio dovrà essere verificata misurando l'impatto sul miglioramento della performance (fase 5).

**Alberto Vaona, Giulio Rigon, Sandro Giroto,
Claudio Andreoli, Franco Delzotti**
MMG – Azienda ULSS2o Verona
Segreteria Scientifica Progetto Ve.Di.Cli.S.

KEY POINTS

- **Il Progetto Ve.Di.Cli.S. è un audit clinico condotto da 30 MMG per migliorare la gestione dei pazienti con diabete mellito di II tipo**
- **Dopo la definizione performance di base, rispetto a 30 indicatori, è stata effettuata l'analisi delle barriere che ostacolano il miglioramento**
- **L'innovativo metodo di analisi delle barriere si basa sulla valutazione degli ostacoli che impediscono l'aderenza alle raccomandazioni cliniche da cui derivano i singoli indicatori**
- **Le conoscenze e le opinioni dei MMG non rappresentano ostacoli significativi**
- **Le abitudini procedurali consolidate e le percepite conoscenze del paziente costituiscono barriere rilevanti**
- **Il metodo di analisi delle barriere ha permesso di individuare e pesare gli ostacoli al miglioramento**
- **Gli sviluppi futuri del progetto sono mirati a verificare e misurare l'efficacia di questo approccio**

Bibliografia

1. Giroto S, Andreoli C, Del Zotti F, et al. Dalle migliori linee guida a un sistema incentivante per il raggiungimento nelle cure primarie di obiettivi di salute basati sull'evidenza. Il progetto VeDiCliS. *Clinical Governance* 2008;3:38-43.
2. Hutchinson A, McIntosh A, Griffiths CJ et al. Clinical guidelines and evidence review for Type 2 diabetes. Sheffield: SchARR, University of Sheffield, 2005.
3. Giroto S, Andreoli C, Battaglia E, et al. Qualità nella gestione del paziente diabetico. Il Progetto VeDiCliS baseline, performance ideale e benchmark nazionali e internazionali. *Clinical Governance* 2009;8:18-238.
4. Misericordia P, Landro V, Olimpi G et al. Utilizzare gli indicatori di performance per il miglioramento continuo della qualità: il Picenum Study. *Rivista SIMG* 2005;4:7-12.
5. Falasca P. Qualità dell'assistenza nella gestione integrata del diabete mellito di tipo 2: misurare gli indicatori con Epi Info. In: 4ª Conferenza Nazionale GIMBE. Bologna, 6 febbraio 2009.
6. Medea G, Samani F. Diabete: indicatori di qualità e qualità dell'assistenza in Medicina Generale. Il diabete mellito come modello di riferimento per tutte le patologie croniche. *Rivista SIMG* 2003; 4-5:9-15.
7. National Diabetes Audit Executive Summary. Report for the audit period 2007-2008. Disponibile a: www.ic.nhs.uk/webfiles/Services/NCASP/audits%20and%20reports/7121_National%20Diabetes%20Audit_final.pdf. Ultimo accesso: 20 luglio 2010.
8. Cabana MD, Rand CS, Powe NR et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA* 1999;282:1458-65.
9. Lugtenberg M, Zegers-van Schaick JM, Westert GP et al. Why don't physicians adhere to guideline recommendations in practice? An analysis of barriers among Dutch general practitioners. *Implementation Science* 2009;4:54.