

UTILIZZARE GLI INDICATORI DI PERFORMANCE PER IL MIGLIORAMENTO CONTINUO DELLA QUALITÀ: IL PICENUM STUDY

*(Performance Indicators Continuous Evaluation
as Necessity for Upgrade in Medicine)*

PAOLO MISERICORDIA, VINCENZO LANDRO, GIOVANNI OLIMPI, PAOLO SIMONI*

Medici di Medicina Generale della Provincia di Ascoli Piceno; *Dirigente Medico Unità Operativa di Medicina,
Ospedale Civile di Fermo, ASUR Marche, Zona Territoriale 11 di Fermo

INTRODUZIONE

Anche in ambito sanitario la possibilità di misurare i prodotti finali od intermedi dei vari processi costituisce un elemento insostituibile per pianificarne e garantirne il miglioramento.

Sia la medicina delle cure primarie territoriali, che quella delle cure secondarie ospedaliere debbono pertanto, inevitabilmente, disporre di modalità di esame del proprio operato.

Se per le attività svolte in ambito ospedaliero almeno i dati che “istituzionalmente” vengono raccolti dovrebbero fornire elementi di studio e di verifica, per quanto riguarda la medicina territoriale e, segnatamente, la Medicina Generale (MG), non esistono sistematiche metodologie di osservazione e di analisi.

Negli ultimi anni, in realtà, anche nella MG italiana è progressivamente cresciuto l'interesse per l'individuazione ed applicazione di metodi in grado di misurare processi ed esiti; sotto la spinta innovativa del contratto della MG britannica¹⁻⁴, si sono moltiplicate anche sul nostro territorio nazionale iniziative, che pur non rappresentando ancora un meccanismo di sistema, mostrano una crescente attenzione per le tematiche correlate al monitoraggio dei percorsi assistenziali e alla valutazione degli esiti⁵⁻⁷.

In questo ambito deve essere collocato il PICENUM study (*Performance Indicators Continuous Evaluation as Necessity for Upgrade in Medicine*) nato allo scopo di evidenziare la “vera” attività della MG ma anche di programmare, consentire ed apprezzare i miglioramenti nella qualità delle sue performances.

OBIETTIVI

- utilizzare gli Indicatori di Performance (IP) in un sistema orientato al miglioramento continuo della qualità;

- descrivere le tappe fondamentali dei processi assistenziali per le patologie croniche selezionate;
- diffondere la cultura della registrazione del dato e della sua misurazione;
- individuare uno strumento “di qualità” fruibile dal medico per l'*audit* della propria attività;
- intervenire secondo appropriatezza (prove di efficacia) nei confronti del paziente affetto da patologia cronica;
- dimostrare che l'attività della MG non può e non deve essere valutata unicamente dagli “indicatori di consumo”.

METODI

Identificazione delle patologie prevalenti

Le patologie croniche prevalenti, anche sulla base dell'impegno e delle risorse richieste, sono state identificate da un gruppo iniziale di 10 Medici di Medicina Generale (MMG), sulla base dei dati raccolti nel comune software gestionale (Millewin); tali patologie sono risultate essere: Asma bronchiale, BPCO, Scompenso cardiaco, Cardiopatia ischemica cronica, Diabete mellito tipo 2, Iperensione arteriosa essenziale, Ipercolesterolemia (queste ultime a configurare con il “Fumo di sigaretta” il “Rischio cardiovascolare globale”).

Selezione degli Indicatori di Performance

Dalla letteratura sono stati selezionati alcuni IP utilizzati da Istituzioni e Società internazionali dedicate alla valutazione e alla ricerca della qualità in ambito sanitario, rivolgendo l'attenzione in particolare alla realtà anglosassone che su questi argomenti dispone di grande esperienza.

Le Istituzioni prese maggiormente a riferimento sono state: *Agency for Healthcare Research and Quality*,

MEDICI DI MEDICINA GENERALE PARTECIPANTI:

S. Antonacci, S. Appoggetti, A. Belletti, A. Carducci, M.P. Castelluccio, C. Cesca, S. Ceteroni, F. Ciribè, D. Cognigni, G. D'Aurizio, M. Iacopini, V. Landro, L. Magi, L. Manzetti, G. Merlini, P. Misericordia, M. Mozzorecchia, G. Napolitano, G. Olimpi, E. Pangrazi, I. Paolini, G. Rubicini, G. Scandale, P. Signore, L. Sistilli, C. Stramenga, A. Tiberi, E. Ubaldi, F. Zampaloni

AHRQ; *National Quality Measures Clearinghouse*, NQMC; *Royal College of General Practitioners*, RCGP; *American Health Quality Association*, AHQA; *National Health Service*, NHS; *American Academy of Family Physicians*, AAFP⁸⁻¹⁸.

Per ognuna delle patologie prevalenti selezionate sono stati quindi individuati IP, per un totale di 36 indicatori di processo e di esito.

I Medici di Medicina Generale partecipanti

Sono stati reclutati, sulla base dell'interesse mostrato nei confronti dell'iniziativa, in un primo momento 10 MMG della Azienda Sanitaria – Zona 11 della Regione Marche, che utilizzavano per la propria attività il software Millewin e successivamente altri 19 MMG, sempre utenti Millewin, operanti nel territorio della provincia di Ascoli Piceno, per un totale di 29 MMG (39.000 assistiti; 12% della popolazione residente nella provincia).

L'applicazione e la costruzione degli indicatori

Gli IP selezionati (Tab. I) sono stati applicati ai database (software Millewin) dei MMG partecipanti, ogni 6 mesi, per un totale di tre successive rilevazioni (1.9.2003; 1.3.2004; 1.9.2004) (Fig. 1); per la costruzione dei 36 indicatori (numeratore e denominatore) sono state allestite stringhe di ricerca per l'estrazione dei dati da Millewin:

- n. 53 stringhe direttamente per estrarre dati necessari alla costruzione degli indicatori;
- n. 13 stringhe che costituiscono strumenti di supporto alla corretta registrazione di dati richiesti (stringhe di facilitazione).

La rilevazione dei dati è stata effettuata da ogni MMG partecipante sul proprio database, utilizzando le stringhe di ricerca e riportando i risultati su fogli di report, che sono stati successivamente inviati (e-mail) ai responsabili dello studio.

Gli indicatori utilizzati sono costruiti da un numeratore (ad esempio: numero dei pazienti affetti da scompenso cardiaco in terapia con ACE inibitori) ed un denominatore (numero dei pazienti affetti da scompenso cardiaco) rapportati ad un numero totale di riferimento (100), producendo così delle Performance Measures (PMs).

La diffusione dei risultati ai MMG partecipanti

I risultati delle PMs, i dati di prevalenza e quelli riferiti alle variazioni delle stesse PMs sono pubblicati in Internet nel sito dedicato al PICENUM study (www.picenumstudy.it) (Fig. 2), da dove, per ogni medico partecipante, è possibile accedere anche ad

MMG	RILEVAZIONE DATI		
	01.09.2003	01.03.2004	01.09.2004
1	●	●	●
2	●	●	●
3	●	●	●
4	●	●	●
5	●	●	●
6	●	●	●
7	●	●	●
8	●	●	●
9	●	●	●
10	●	●	●
11		●	●
12		●	●
13		●	●
14		●	●
15		●	
16		●	●
17		●	●
18		●	
19		●	●
20		●	●
21		●	
22		●	●
23		●	●
24		●	●
25			●
26			●
27			●
28			●
29			●

Figura 1

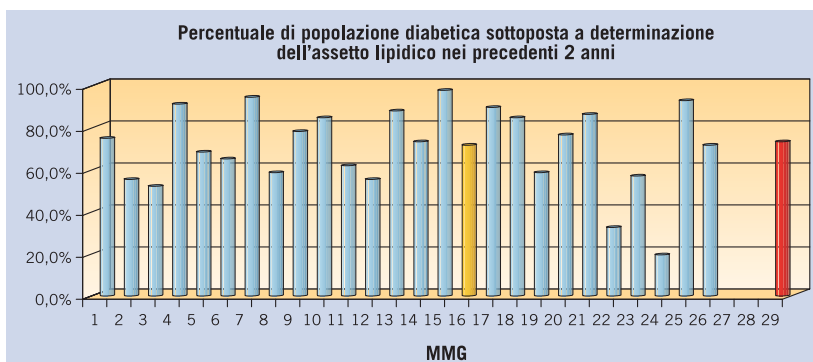
I Medici di Medicina Generale partecipanti alle successive rilevazioni dei dati.

una area protetta da password, dove poter consultare i propri risultati (Fig. 3), rapportarli al dato medio ed ai corrispondenti dati relativi agli altri MMG partecipanti, che compaiono, chiaramente, in anonimo.



Figura 2

L'Home Page del sito web del PICENUM study.


Figura 3

La modalità di rappresentazione dei grafici nell'area protetta da password del sito web del PICENUM study, che consente di individuare le PMs dei diversi MMG partecipanti all'ultima rilevazione (in azzurro), il valore della propria PM (in giallo) ed il valore della PM riferita all'intera popolazione di assistiti (in rosso).

Le fasi successive del PICENUM study

L'iniziativa è aperta a nuove adesioni di MMG della provincia di Ascoli Piceno.

Non è stata di fatto individuata una data terminale dello

studio ad intendere che il percorso di miglioramento della qualità intrapreso ha come elemento caratterizzante la *continuità*; è del tutto plausibile che *in itinere*, sulla base della insorgenza di nuove esigenze, possano apportarsi delle modifiche ed aggiustamenti nei metodi e nelle modalità delle rilevazioni dei dati.

I RISULTATI

Nella Tabella I sono riportati i risultati relativi alle PMs alla rilevazione dei dati del 01.09.2004 (26 MMG; 36.871 assistiti). Ad ogni rilevazione è stato possibile individuare la preva-

lenza delle patologie croniche oggetto dello studio: in Figura 4 sono riportati i dati di prevalenza alla ultima rilevazione del 01.09.2004.

Il numero delle diagnosi registrate nei database dei 10

TABELLA I
Gli IP e le PMs rilevati al 01.09.2004

INDICATORI DI PROCESSO E DI ESITO PER LA MEDICINA GENERALE	DATI RILEVATI AL 01.09.04 26 MMG (36.871 ASS.)	
Scompenso cardiaco	PMs (%)	295 casi (0,8%)
Percentuale di pazienti affetti da scompenso cardiaco congestizio in terapia con ACE-inibitori ⁹	58,3	
Percentuale di pazienti affetti da scompenso cardiaco congestizio sottoposti ad ecocardiografia ^{8 9}	43,7	
Percentuale di pazienti affetti da scompenso cardiaco congestizio invitati alla riduzione di apporto di sodio nella dieta ¹⁰	4,4	
Cardiopatia ischemica cronica	Pms (%)	1.298 casi (3,5%)
Percentuale di pazienti affetti da Cardiopatia Ischemica Cronica (CIC) sottoposti a misurazione della pressione arteriosa ¹⁰	68,9	
Percentuale di pazienti affetti da CIC sottoposti a valutazione del profilo lipidico ^{10 11}	43,7	
Percentuale di pazienti con pregresso IMA che presentano colesterolemia \geq 200 mg/dl e/o LDL > 130 mg/dl sottoposti a trattamento con statine ¹⁰	39,0	
Percentuale di pazienti affetti da CIC trattati con aspirina ¹⁰	46,1	
Percentuale di pazienti affetti da CIC trattati con β -bloccante ¹⁰	37,9	
Percentuale di pazienti affetti da CIC fumatori avvisati sul pericolo e che ricevono l'invito a smettere ^{10 11}	14,5	
Asma bronchiale	PMs (%)	644 casi (1,7%)
Percentuale di popolazione affetta da asma a cui vengono prescritti steroidi inalatori ^{9 13}	17,1	
Percentuale di popolazione affetta da asma sottoposta a vaccinoprofilassi antinfluenzale ¹⁴	21,6	
BPCO	PMs (%)	985 casi (2,7%)
Percentuale di pazienti affetti da BPCO sottoposti a spirometria nel presente anno ¹²	21,9	
Percentuale di pazienti affetti da BPCO sottoposti a emogasanalisi nel precedente anno ¹²	3,1	
Percentuale di pazienti affetti da BPCO che non sono mai stati sottoposti a vaccinazione antipneumococcica ⁹	95,4	
Percentuale di pazienti affetti da BPCO che sono stati sottoposti a vaccinazione antinfluenzale nei precedenti 12 mesi ⁹	34,7	

(continua)

(segue)

Diabete mellito	PMs (%)	1.950 casi (5,3%)
Percentuale di popolazione diabetica sottoposta a dosaggio dell'HbA1c nel precedente anno ⁹	50,3	
Percentuale di popolazione diabetica sottoposta a determinazione dell'assetto lipidico nei precedenti 2 anni ⁹	69,8	
Percentuale di popolazione diabetica adulta sottoposta ad esame del FOO nel precedente anno ⁹	24,9	
Percentuale di popolazione diabetica adulta sottoposta ad esame obiettivo del piede nel precedente anno ^{9 15}	1,9	
Percentuale di popolazione diabetica adulta sottoposta a vaccinazione antinfluenzale ⁹	29,8	
Percentuale di popolazione diabetica adulta con HbA1c sotto controllo ⁹	23,0	
Percentuale di popolazione diabetica adulta con valori di pressione arteriosa sotto controllo ⁹	42,6	
Iperensione arteriosa	PMs (%)	6.571 casi (17,8%)
Percentuale di popolazione di età ≥ 21 anni sottoposta a misurazione della pressione arteriosa negli ultimi due anni ⁹	32,4	
Percentuale di popolazione ipertesa sottoposta a rilevazione dei valori pressori nei precedenti 6 mesi ¹²	48,9	
Percentuale di popolazione ipertesa sottoposta a determinazione della creatininemia nel precedente anno ¹²	54,1	
Percentuale di popolazione ipertesa sottoposta a determinazione dell'assetto lipidico nel precedente anno ¹²	54,4	
Percentuale di popolazione ipertesa con valori pressori sotto controllo ⁹	52,2	
Percentuale di pazienti con diagnosi attiva di ipertensione la cui più recente rilevazione pressoria è risultata ≥ 160/100 o di cui non disponiamo di rilevazioni pressorie negli ultimi 12 mesi ¹⁶	41,4	
Ipercolesterolemia	PMs (%)	
Percentuale di popolazione di uomini (età 35-65 anni) e donne (età 45-65 anni) sottoposti a dosaggio della colesterolemia negli ultimi 5 anni ⁹	59,5	
Percentuale di popolazione (maschi > 45 anni, femmine > 55 anni) con uno o più fattori di rischio per CIC*	29,0	
sottoposta a dosaggio del colesterolo LDL ¹⁷		
Percentuale di popolazione affetta da CIC sottoposta a farmacoterapia per ridurre i livelli di LDL colesterolo ¹⁷	35,6	
Percentuale di popolazione affetta da CIC con livelli di LDL colesterolo < 100 mg/dl ¹⁷	4,9	
Percentuale di popolazione con 2 o più fattori di rischio per CIC con livelli di LDL colesterolo < 130 mg/dl ¹⁷	6,3	
Percentuale di popolazione con 0-1 fattore di rischio per CIC con livelli di LDL colesterolo < 160 mg/dl ¹⁷	3,4	
Fumo di sigaretta	PMs (%)	
Percentuale di fumatori avvisati sul pericolo e che ricevono l'invito a smettere ⁹	9,7	
Percentuale di pazienti che correntemente non usano tabacco ¹⁶	13,4	

MMG partecipanti a tutte e tre le rilevazioni (Fig. 5), per quanto riguarda le patologie croniche oggetto dello studio, è incrementato del 10% tra la prima (1.9.2003) e la seconda rilevazione (1.3.2004), del 4,6% tra la seconda e la terza (1.9.2004) rilevazione; un incremento del 8,33% è stato evidenziato per lo stesso parametro nei 21 MMG partecipanti alla seconda e terza rilevazione (Fig. 6).

Più consistenti sono state le variazioni positive dei dati riguardanti il miglioramento globale delle performance misurate nei 10 MMG partecipanti a tutte e tre le rilevazioni (+ 27,7% alla rilevazione del 1.3.2004 rispetto a quella dell'1.9.2003) (Fig. 5) e nei 21 MMG partecipanti alle ultime due rilevazioni (+10,8

alla rilevazione del 1.9.04 rispetto alla precedente del 1.3.04) (Fig. 6).

DISCUSSIONE

È fortemente condivisa la percezione di quanto il sistema valuti l'attività della MG attraverso i classici indicatori di consumo, prescindendo da altre informazioni che possano favorirne un'analisi più completa ed affidabile. In effetti, sinora, lo sviluppo e l'utilizzazione di elementi che forniscono misura dell'efficacia dei processi di cura e dei suoi esiti, ha riguardato essenzialmente la realtà ospedaliera; dall'ambito delle cure primarie invece, non vengono forniti *di norma* indicatori di misura nei processi e negli esiti. Probabilmente questo è anche dovuto

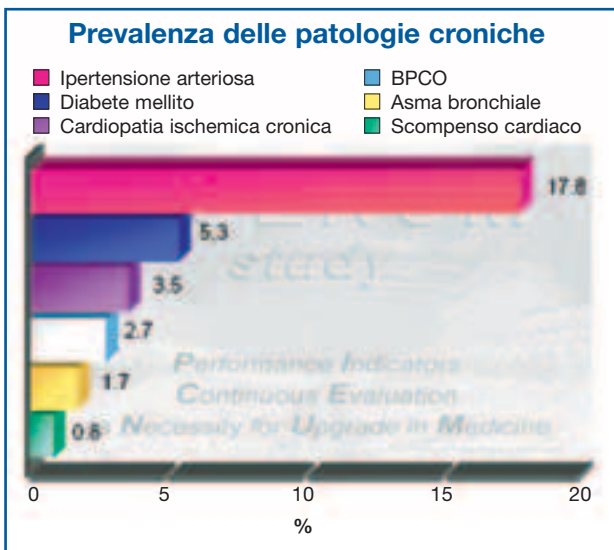


Figura 4
La prevalenza delle patologie croniche alla rilevazione del Settembre 2004 (26 MMG; 36.870 assistiti).

alla complessità dell'attività della MG che, in quanto disciplina *olistica*, svolge dei compiti e delle attività non sempre facilmente misurabili.

Nonostante questo anche la MG non può ignorare l'elevato valore che tutta la nostra società affida agli obiettivi, tanto più quando vengono attribuiti alle cure primarie aspetti sempre più importanti dell'organizzazione sanitaria, e quanto più, soprattutto, viene richiesta dalla stessa MG maggior considerazione e credito (anche economico) per la propria attività. Tutto questo passa inevitabilmente attraverso la definizione di sistemi di misura che consentano una efficace valutazione

della qualità degli interventi. Non solo: sono sempre più numerose in letteratura le osservazioni che tendono ad attribuire allo stesso processo di valutazione ed analisi (*audit*) un importante ruolo da protagonista nel miglioramento delle performances^{19 20}.

Su queste basi e con questi obiettivi è nato il PICENUM study: dimostrare che la MG non deve essere "letta" solo sulla base della spesa indotta, ma attraverso una visione più ampia di una attività, per altro, in gran parte misurabile; dimostrare come le stesse performances migliorino "semplicemente" attraverso un percorso di *audit*: in altre parole, come la consapevolezza di esser misurati (anche se in una iniziativa di studio, escludendo qualsiasi elemento di giudizio) costituisce un forte elemento di spinta verso il miglioramento; dimostrare come il processo di miglioramento possa essere monitorato efficacemente attraverso gli IP.

Il set di indicatori utilizzato nei confronti di alcune tra le più importanti patologie croniche gestite dalla MG, pur non essendo chiaramente esaustivo della complessità dell'intervento medico-assistenziale, è stato selezionato dalle più importanti istituzioni internazionali esperte nella valutazione della qualità in ambito sanitario e riesce a fornire significativi elementi di analisi.

C'è la consapevolezza che lo studio, basandosi esclusivamente sulla rilevazione di dati registrati, può presentare, in particolare per le prime rilevazioni, in un sistema non "preparato", elementi di discordanza rispetto alla reale attività svolta o alla effettiva prevalenza delle diverse patologie.

È evidente proprio come, durante lo studio, sia migliorata la fase di registrazione dei dati, considerando la variazione del numero delle diagnosi registrate nelle

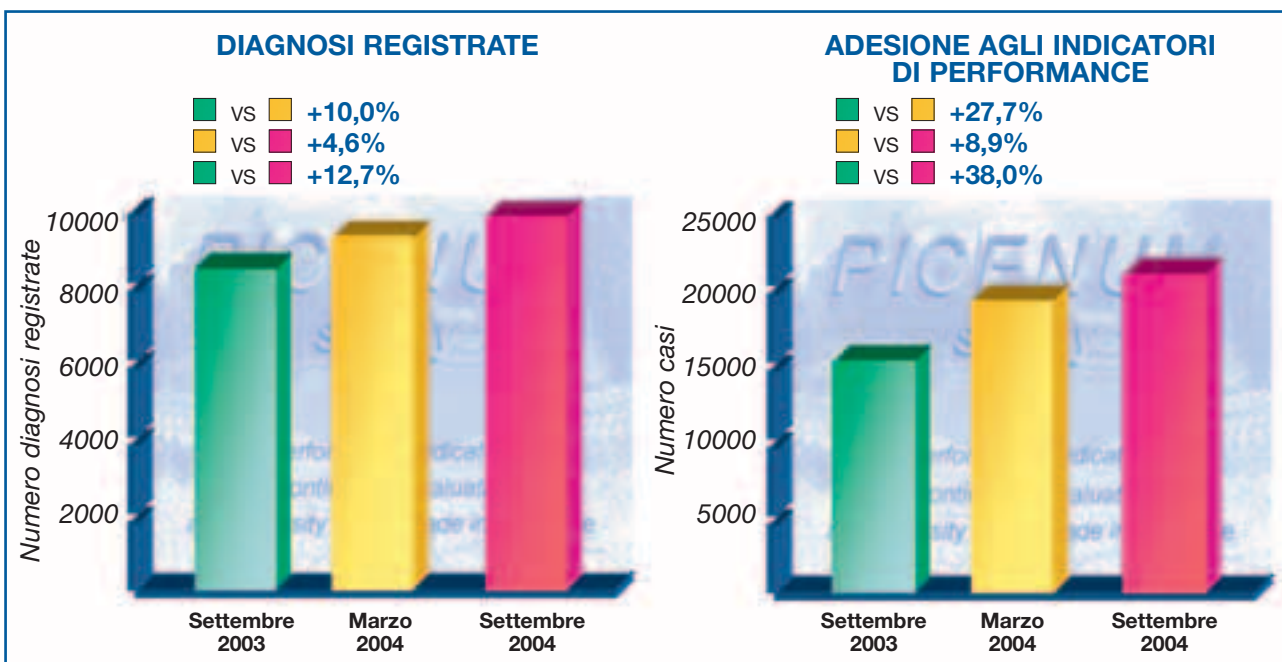


Figura 5
Variazione nella registrazione delle diagnosi e nella adesione *globale* agli IP nei 10 MMG (15.708 assistiti) partecipanti a tutte e tre le rilevazioni, per le patologie croniche studiate.

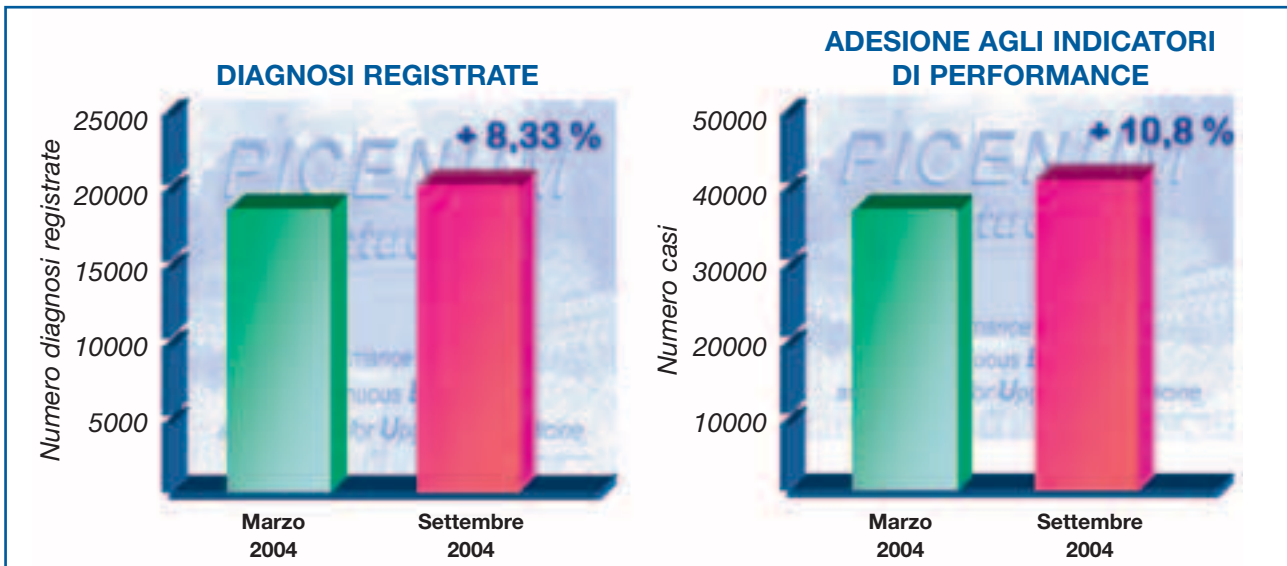


Figura 6

Variatione nella registrazione delle diagnosi e nella adesione globale agli IP nei 21 MMG (30.818 assistiti) partecipanti alle ultime due rilevazioni dei dati, per le patologie croniche studiate.

successive rilevazioni (Figg. 5, 6), in tempi così ristretti da non giustificare un aumento nella incidenza delle diverse patologie.

Non è possibile conoscere quanto le variazioni ottenute nell'adesione agli IP (Figg. 5, 6, 7), siano da attribuire ad un reale miglioramento nell'appropriatezza della gestione della patologia più che ad un maggiore scrupolo ed attenzione nella fase di registrazione delle attività. È probabile comunque che, anche per tali parametri, variazioni nel breve periodo siano attribuibili più ad una migliore registrazione del dato che non a cambiamenti significativi nei comportamenti assistenziali.

Alcuni indicatori tra quelli selezionati mantengono nel tempo una bassa percentuale di adesione a significare che l'attività corrispondente viene poco svolta o comunque poco registrata; paradossalmente tale aspetto rende ancora

più affidabile l'iniziativa nel suo complesso, proprio perché i MMG coinvolti hanno manifestato disponibilità a cambiare modalità operative o di archiviazione dei dati per quei parametri dagli stessi giudicati importanti e significativi e non solo per uno sterile spirito di adesione allo studio. Bisogna infatti considerare che in questa iniziativa i MMG coinvolti non sono stati preparati o selezionati preliminarmente; l'elemento comune è rappresentato dall'uso di Millewin e dall'appartenenza ad una unica realtà territoriale; sono pertanto rappresentativi di un'ampia fascia della categoria, raccogliendo dati con modalità condivise dall'uso dello stesso software, seguendo però condizioni operative (registrazione dati) "realistiche" e non "di eccellenza", elemento che dovrebbe garantire un'elevata riproducibilità dei risultati.

Parallelamente allo studio condotto nell'ambito della MG, il PICENUM study contempla un "braccio" riferito alla realtà ospedaliera: è stato infatti selezionato un set di IP con le stesse modalità utilizzate per la MG; tali IP sono stati applicati alle schede di dimissione ospedaliera (SDO) di 374.332 ricoveri per patologie prevalenti (in gran parte corrispondenti alle patologie croniche selezionate per la MG) nelle UU.OO. di Medicina Interna delle Marche, ottenendo così la costruzione delle corrispondenti PMs e gettando le basi per un percorso ad elevato grado di condivisione ed integrazione tra le medicine delle cure primarie e secondarie, sia nei processi di prevenzione-diagnosi-cura che nel metodo di lettura dei rispettivi indicatori di processo e di esito.

È atteso, alle prossime rilevazioni dei dati, il mantenimento del trend di miglioramento delle performances già registrato; sarebbe auspicabile comunque un incremento del numero dei MMG partecipanti per rendere ancora più significativi ed attendibili i risultati.

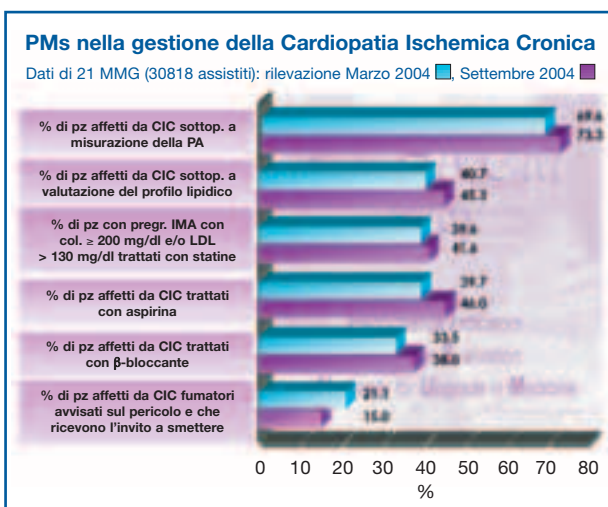


Figura 7

Variatione delle PMs riferite alla gestione della Cardiopatia Ischemica Cronica nei 21 MMG partecipanti alla rilevazione del Marzo 2004 e del Settembre 2004.

Bibliografia a richiesta