

PRIMA ESPERIENZA DI CLINICAL GOVERNANCE NELLA ASL NAPOLI 1

MATTEO LARINGE

Medico di Medicina Generale, SIMG Napoli

RAZIONALE

Nella ASL Napoli 1 (un milione di abitanti e mille Medici di Medicina Generale [MMG]), con un accordo aziendale, si è ridefinito, in data 13 aprile 2007, il protocollo di assemblaggio dei dati che i MMG forniscono periodicamente alla ASL, come previsto nell'art. 45 del vigente Accordo Integrativo Regionale.

Il combinato disposto dell'accordo aziendale mira a:

1. consentire la precisa valutazione, per ciascuno dei medici produttori, del livello di performance raggiunto nella raccolta dati, rendendo obbligatoria la prescrizione "per problemi" usando la classificazione ICD 9 CM;
2. verificare, attraverso la produzione di report e la loro analisi, la qualità raggiunta nella gestione dei processi di cura delle patologie ad alto impatto sociale e di spesa: diabete, ipertensione arteriosa, BPCO, asma, malattie acido correlate, scompenso cardiaco e neoplasie in confronto a quanto consigliato dalle linee guida internazionali;
3. elaborare, con miglior cognizione di causa, i percorsi formativi specifici per la Medicina Generale;
4. costruire nuovi assetti organizzativi dell'assistenza nell'area delle cure primarie, o correggere quelli esistenti, in coerenza con le evidenze emergenti dall'analisi dei report.

Il prospetto della struttura del report è stato definito, durante la prima parte dell'anno in corso, da colleghi della Sezione SIMG di Napoli esperti nelle diverse discipline, e sulla scorta di uno studio pluriennale sulla raccolta dati di cui essi stessi sono stati validi protagonisti.

Si è lavorato per rendere possibile e affidabile l'estrazione dei dati dai singoli database dei medici e si è provveduto a una prima standardizzazione delle modalità di trasmissione telematica alla ASL.

Nella fase di progettazione si è convenuto di utilizzare i servizi di banca dati di quattro cooperative della Medicina Generale di Napoli, costituite da soci tutti aderenti alla SIMG e operanti nel territorio metropolitano di Napoli.

Il coordinamento con la ASL è stato affidato alla COMEGEN, cooperativa di MMG specializzata nel fornir-

re supporto organizzativo e logistico alla ricerca clinica ed epidemiologica e alla formazione medica finalizzata allo sviluppo professionale continuo.

La decisione di attivare la collaborazione con le società di servizi, è stata adottata per rispondere all'esigenza di aggregare i dati prodotti dal singolo medico, ricombinandoli per associazione, per cooperativa e per gruppi di cooperative, in un formato in cui è reso immediatamente leggibile il risultato dell'osservazione rapportato a un campione di pazienti pari a circa un quarto dell'intera popolazione della ASL.

Si è ritenuto che questa soluzione risolve i problemi di ordine interpretativo e valutativo individuale e collettivo dei report, come espressione di un istituto contrattuale (e, come tali, retribuiti dal Servizio Sanitario Nazionale [SSN] al singolo produttore), e rende più facile l'attivazione della formazione utilizzando modelli di *peer review* già sperimentati nelle cooperative.

La prima analisi, effettuata alla metà del mese d'ottobre u.s., ha riguardato il diabete sia per l'importanza che la patologia riveste per la crescente prevalenza, sia perché lo stesso, in precedenza, era già stato oggetto di attenzione.

MATERIALI

L'analisi ha riguardato i 100 MMG appartenenti alla COMEGEN suddivisi in 14 associazioni in rete, composte da un minimo di 3 a un massimo di 10 MMG.

I pazienti inseriti nel database della cooperativa al momento dell'estrazione erano 141.119, i diabetici 9582, con una prevalenza media del 6,79%. I dettagli per singola associazione sono riportati in Figura 1.

FUMO E BMI

La percentuale della registrazione dell'abitudine al fumo è stata dell'80,69% di media, mentre la registrazione del *Body Mass Index* (BMI) è stata dell'85,41%. I dettagli sono riportati nelle Figure 2 e 3.

MICROALBUMINURIA

La percentuale di richiesta di microalbuminuria è stata del 32,79% di media.

Per questo indicatore è opportuna una considerazione:

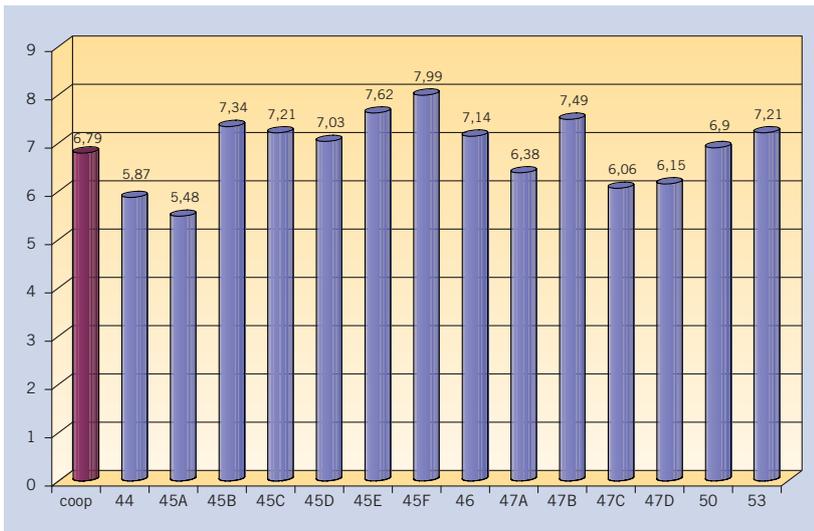


Figura 1
Prevalenza di diabetici di tipo 2.



Figura 2
Percentuale pazienti diabetici con registrazione abitudine al fumo.

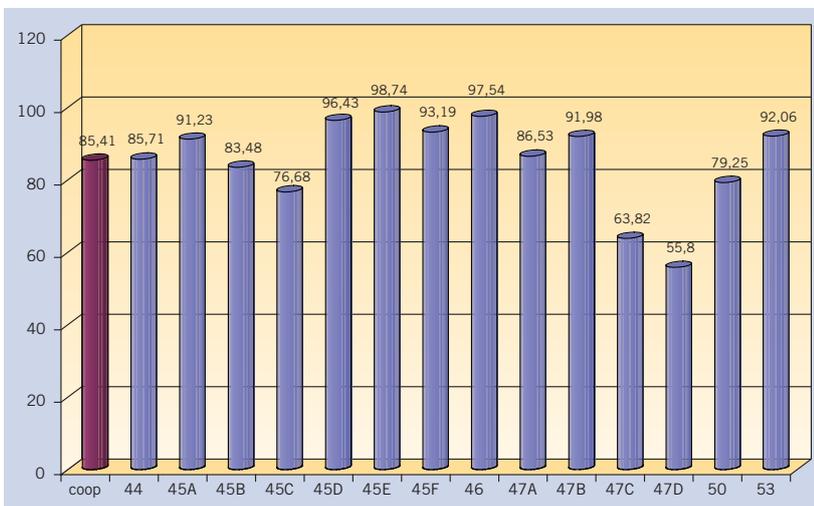


Figura 3
Percentuale pazienti diabetici con registrazione BMI.

la richiesta di tale esame nella nostra regione non viene effettuata da tutti i medici come esame singolo, in quanto i centri antidiabetici convenzionati possono ricevere una prescrizione cumulativa che sottintende il pacchetto di prestazioni da effettuare. Questa prassi, in assenza di un sistema efficiente di *reporting* dei referti, influisce negativamente sulla trascrizione corretta del dato albuminuria nella cartella clinica dei pazienti.

CREATININEMIA

La percentuale di richiesta di creatinemia è del 92,16%, valore molto elevato, perché bisogna considerare che nella COMEGEN è in atto da circa due anni uno studio di prevalenza del grado d'insufficienza renale nei pazienti diabetici e ipertesi determinato mediante il calcolo della *clearance* con la formula di Crockroft (Fig. 4).

FONDO OCULARE

La percentuale di richiesta di fondo oculare si assesta sul 50,34%. Anche per questo esame esiste la possibilità di richiesta presso un centro convenzionato e in esenzione sotto la dicitura aspecifica di "visita oculistica". Ciò riduce l'affidabilità statistica del dato.

EMOGLOBINA GLICOSILATA

La percentuale di due richieste di emoglobina glicosilata è del 64,22%. Anche in questo caso esiste la possibilità di richiesta cumulativa presso i centri antidiabetici convenzionati. La percentuale di emoglobina glicosilata a target è del 16,34%, bassa come risultato complessivo, ma va considerata largamente imprecisa per i citati difetti di trascrizione sia dell'analisi sia dei risultati (Fig. 5).

PROFILO LIPIDICO

La percentuale di richiesta del profilo lipidico, comprendente il livello di colesterolo totale, di colesterolo HDL (lipoproteine ad alta densità) e di trigliceridi è dell'87,26%. Si è rilevato inoltre che la percentuale del livello di colesterolo LDL (lipoproteine bassa densità) che soddisfa il target è del 33,82%. Infatti

per una corretta valutazione del dato in questione si è ritenuto importante conoscere la percentuale di determinazione o calcolo della colesterolemia LDL, per cui abbiamo richiesto alla società informatica il dato in questione.

Come si nota nelle Figure 6 e 7, sia che vogliamo considerare la cooperativa nel suo insieme, sia che vogliamo considerare le associazioni in dettaglio, si nota come ci sia una caduta alquanto significativa passando dal numero dei pazienti diabetici in generale fino al livello di colesterolemia LDL a target. Notiamo infatti che se il numero dei pazienti a cui viene richiesto il profilo lipidico classico (colesterolemia totale, colesterolemia HDL e trigliceridemia) è molto vicino a quello del numero dei diabetici, 8361 rispetto a 9582, con una percentuale dell'87,26%, il numero delle determinazioni di LDL è solo di 5558, il che mostra che 2803 pazienti a cui era stato determinato il profilo lipidico non sono stati valutati per la colesterolemia LDL (in termini percentuali tali pazienti rappresentano il 33,52%).

Se infine valutiamo il numero dei pazienti a target, notiamo che questi sono solo 1880 su 5558; in termini percentuali siamo su valori del 33,82%, come mostrato nelle estrazioni richieste dalla ASL. Se invece vogliamo considerare i valori numerici in termini assoluti, la percentuale dei pazienti a target rispetto al numero dei pazienti diabetici, ci troviamo di fronte a una percentuale del 19,62%.

Tale risultato, a dispetto delle recenti modifiche al livello di LDL desiderabile, risente notevolmente della mancata sensibilizzazione degli operatori a considerare il livello di colesterolemia LDL nella stratificazione del rischio nel paziente diabetico.

ECG

La percentuale di richiesta di ECG è del 32,39%.

PRESSIONE ARTERIOSA

La registrazione del dato di pressione arteriosa è ancora piuttosto scarsa, assestandosi a valori del 38,79% (ma di questi il 59,48% è a target).

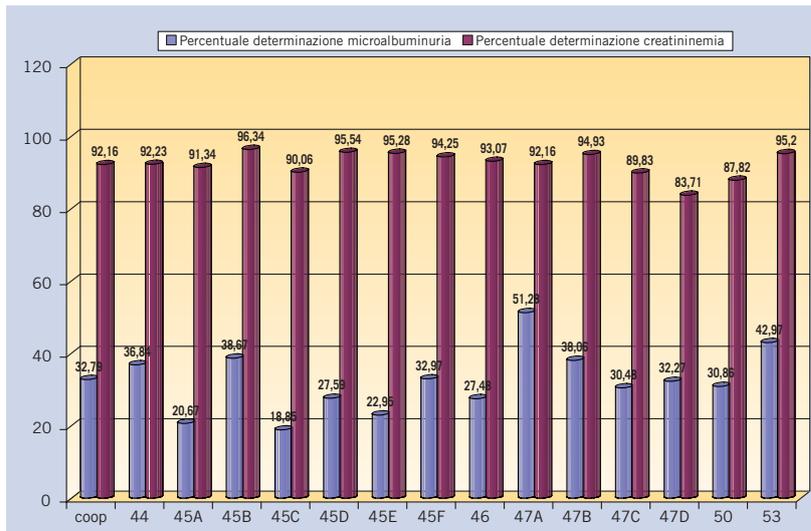


Figura 4

Percentuale di creatinemia e di microalbuminuria.

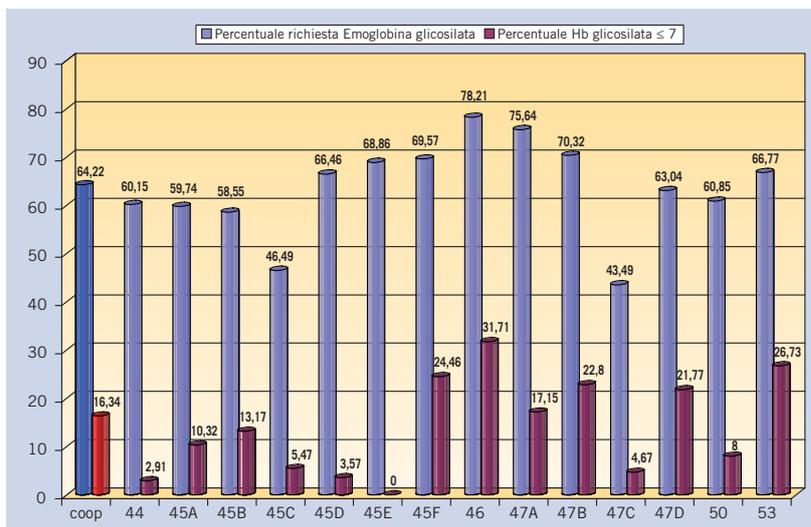


Figura 5

Percentuale di emoglobina glicosilata.

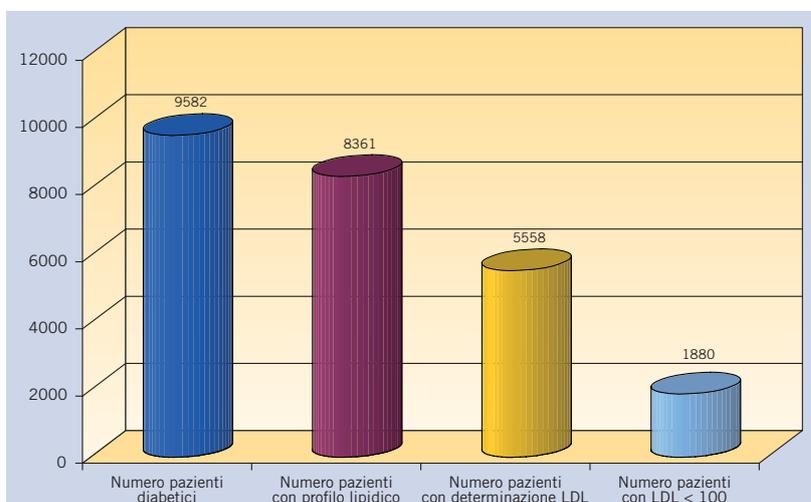


Figura 6

Pazienti con profilo lipidico.

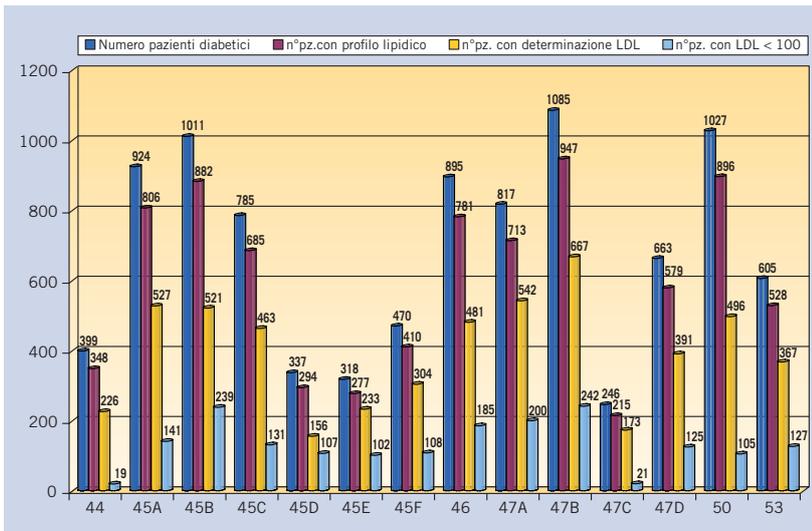


Figura 7
Pazienti con profilo lipidico.

Questo dato sembra scaturire più dalla mancata abitudine alla registrazione del dato pressorio piuttosto che a una reale negligenza.

EVENTI CARDIOVASCOLARI

Il numero di eventi cardiovascolari complessivi registrati nell'arco dei 364 giorni precedenti è di 566. Sono in corso approfondimenti tecnici per organizzare un'osservazione permanente e a cadenza annuale mirata a calcolare l'incidenza di tali eventi.

RETINOPATIA

Il numero di retinopatie insorte nell'anno (365 giorni precedenti alla data di estrazione) è di 67, ma tale valore risente della mancata abitudine alla registrazione della complicanza come problema autonomo.

INSUFFICIENZA RENALE CRONICA

Il numero dei pazienti con insorgenza di insufficienza renale cronica nell'ultimo anno è invece di 86. Tale valore risente dello studio in corso nella COMEGEN sulla determinazione della prevalenza di insufficienza renale nei pazienti diabetici e ipertesi nella popolazione presente nel database della cooperativa che ha sensibilizzato i MMG verso il problema e li ha obbligati a inserire in cartella il dato opportunamente codificato. Il numero, quindi, risente certamente dell'inserimento nell'ultimo anno di insufficienze renali insorte comunque in anni precedenti.

CONCLUSIONI

Questa prima elaborazione dei dati effettuata "a caldo" non è sicuramente esaustiva e richiede una successiva elab-

borazione sia degli indicatori sia, soprattutto, della struttura logica dello studio. La prospettiva è quella di pervenire alla realizzazione di un sistema di valutazione della coerenza scientifica dei processi di cura attivati dal MMG in cui sia immediatamente leggibile la relazione con la dinamica complessiva della loro erogazione nell'area delle cure primarie.

Diverse sono le considerazioni che possono essere fatte; devono però necessariamente essere limitate a quegli indicatori che prevedano il solo intervento del MMG, in quanto andare ad analizzare gli indicatori che prevedano gli interventi di terzi sarebbe troppo complesso.

Alcune modifiche strutturali possono essere adottate già da subito: la pre-

scrizione degli esami ai pazienti diabetici mediante la specifica per singolo esame e non più a "pacchetti pre-costituiti" è sicuramente la prima misura da adottare.

La sensibilizzazione all'annotazione del valore pressorio subito dopo la rilevazione è una modifica comportamentale necessaria per ottenere valori più vicini alla realtà. Ma al momento il risultato più rilevante che è scaturito da questa prima analisi sembrerebbe essere il mancato utilizzo delle LDL nella stratificazione del rischio nel paziente diabetico a dispetto delle più recenti linee guida in tal senso (ATP-III ed *European Society of Cardiology*). C'è da dire che tali linee guida risentono a volte nella loro applicazione del costante controllo della spesa farmaceutica da parte delle organizzazioni sanitarie.

Una valutazione complessiva che tenga conto della spesa farmaceutica, ma anche del numero di eventi e della spesa a essi correlata, sarebbe sicuramente più appropriata se si vuole cominciare a ragionare in termini di "governo clinico".

Il nostro passo successivo sarà un'analisi più approfondita e dettagliata dalla quale scaturirà un progetto formativo che mirerà a sensibilizzare gli operatori a una maggiore attenzione alla determinazione del rischio nei pazienti diabetici.

Le successive estrazioni con le relative analisi forniranno indicazioni utili per il percorso da seguire.

Bibliografia a richiesta (mlaring@tin.it)

RINGRAZIAMENTI

Un dovuto ringraziamento a Paolo Menchini della Dedalus, che con pazienza e competenza ha soddisfatto le richieste di estrazione pervenutegli.

LE NUOVE SFIDE DELLA RISPOSTA ALLE EMERGENZE UMANITARIE

LAVORARE CON MEDICI SENZA FRONTIERE

Duemiladuecento operatori internazionali, 25.000 operatori locali, missioni in oltre 65 paesi, più di 10 milioni di pazienti in tutto il mondo. I numeri sono rivelatori dell'impatto che il lavoro di Medici Senza Frontiere (MSF) ha nei paesi e nelle situazioni di crisi sanitaria, disastri naturali, conflitti in cui opera. Le cifre, però, rendono giustizia solo in parte alle persone che concretamente hanno lavorato per prestare cure e assistenza medica alle popolazioni che ne sono escluse. Nel 2006 sono partiti dall'Italia 175 professionisti che, per periodi più o meno lunghi, generalmente di 6 mesi o un anno, hanno messo a disposizione le loro competenze in situazioni spesso difficili, dove le capacità di resistenza, flessibilità e adattabilità vengono spinte al limite.

Negli ospedali dell'Africa, ma anche in molte aree del Sud-Est asiatico e dell'America Latina, la carenza di strumentazioni, medicinali, personale qualificato rendono il compito di un medico molto diverso da quello che può avere in Italia. Per questo a volte si tende a pensare che l'intervento umanitario sia una cosa per avventurieri, abili soprattutto ad improvvisare, o per volontari spinti da pulsioni altruistiche. Certo la flessibilità e lo spirito di adattamento restano caratteristiche fondamentali, ma la risposta alle crisi sanitarie in situazioni di emergenza si sta sempre più professionalizzando e sta impiegando un numero sempre più alto di personale altamente qualificato, che sia in grado di intervenire in modo puntuale ed efficace. Questo offre a molti medici la possibilità di lavorare nell'ambito dell'emergenza compatibilmente con la loro occupazione in Italia. Come spiega Alessandra Tramontano, responsabile delle risorse umane di Medici Senza Frontiere Italia, "I medici che partono con noi sono nella maggior parte dei casi professionisti altamente qualificati, con anni di esperienza medica alle spalle. Molti non lasciano il lavoro in Italia, ma sfruttano periodi di aspettativa, generalmente di 6 mesi o un anno, per andare in missione. Alcuni decidono invece di fare del lavoro con MSF una scelta di vita, lasciando il loro impiego e andando ad operare nelle situazioni di emergenza sanitaria in cui si trovano i nostri progetti".

Medici Senza Frontiere, fondata nel 1971 da un gruppo di medici e giornalisti convinti che tutte le persone avessero diritto ad un'assistenza medica di emergenza, è oggi la più grande organizzazione umanitaria indipendente di soccorso medico. MSF fornisce assistenza medica alle popolazioni in pericolo, senza alcuna discriminazione religiosa, politica o economica, testimoniando la loro situazione e le loro sofferenze. Per questo, nel 1999, è stata insignita del Premio Nobel per la Pace.

MSF è sempre alla ricerca di staff qualificato da reclutare e impegnare nelle proprie missioni. "In quanto organizzazione medica attiva nelle emergenze – spiega Alessandra Tramontano – cerchiamo profili molto specifici, ma anche il più possibile versatili, in grado di gestire situazioni e problematiche diverse. Le attività che possono essere affidate a un medico internista sono molto varie e comprendono: diagnosi, cura, pianificazione dell'attività medica e scelta dei farmaci; studi epidemiologici, valutazione oggettiva delle risposte alle misure mediche adottate e registrazione e analisi statistica dei casi, formazione del personale locale e supervisione del loro lavoro".

Gli operatori umanitari di MSF lavorano spesso in contesti di conflitto o post conflitto per portare assistenza sanitaria a popolazioni vulnerabili che altrimenti non avrebbero accesso ad alcun tipo di cura. Talvolta MSF lavora anche in situazioni di stabilità dove l'accesso alle cure sanitarie non è garantito. Grande impegno è dedicato in particolare alla cura delle epidemie (colera, malattia del sonno, morbillo, tubercolosi, HIV/AIDS, malaria).

"Per quanto riguarda i requisiti indispensabili – continua la Tramontano – chiediamo almeno due anni di esperienza lavorativa nell'ambito della clinica, un corso di medicina tropicale, nel caso non si siano fatte altre esperienze di cooperazione in paesi in via di sviluppo, e la conoscenza di inglese e/o francese". Per ogni profilo poi ci sono requisiti più specifici o preferenziali. Informazioni più dettagliate sui requisiti, ma anche sui termini e le condizioni del contratto, i progetti, le modalità di presentazione della candidatura sono disponibili sul sito www.medicisenzafrontiere.it nella sezione Parti con noi.

Per ogni altra informazione:

Medici Senza Frontiere
Via Volturmo 58 - 00185 Roma
Tel: (+39) 06-4486921
Fax: (+39) 06-44869220

MEDI
SENZA

Claudia Lodesani ha 35 anni, è di Modena, è medico internista e ha svolto missioni per MSF in Marocco, Burundi, Italia, Indonesia, Haiti.

“In Marocco, durante la mia prima missione, il coordinatore generale mi disse: « Fai attenzione, queste emozioni diventeranno una droga; questi volti, questi occhi, questi sorrisi ti entreranno dentro e non ne potrai più fare a meno. Ricorda sempre che tu sei qui per loro». Allora non capivo, ma ora so cosa voleva dire: di ogni missione ti porti dentro qualcosa. Le risate isteriche delle prostitute a Casablanca che inventavano scherzi per non dover affrontare la loro desolante situazione; gli occhi rassegnati delle donne del Burundi, che hanno visto morire impotenti i loro figli durante dieci anni di guerra; gli interminabili racconti “dell’onda” dopo lo tsunami, quando parlarne era come esorcizzarla; le lacrime degli immigrati costretti a vivere dentro baracche puzzolenti nel sud dell’uropeissima Italia; il terrore negli occhi dei bambini con ferite da arma da fuoco in una Haiti che della violenza ha fatto la quotidianità.”



ICI FRONTIERE onlus