

## Qualità della cura e appropriatezza d'uso delle risorse tra *Clinical Audit* e *Clinical Governance*

**Italo Paolini, Carlo Fedele Marulli\***

Medico di Medicina Generale, Consiglio di Presidenza Nazionale SIMG; Segretario organizzativo SIMG per l'area del Centro-Italia;

\* Presidente regionale della SIMG Abruzzo, Membro del Consiglio di Presidenza Nazionale SIMG

### Il programma

La valutazione della qualità professionale e la dimostrazione di appropriatezza nella gestione delle principali patologie croniche rappresentano tematiche di grande attualità e interesse per Medicina Generale, aziende sanitarie e industria farmaceutica.

Nel corso del 24° Congresso della Società Italiana di Medicina Generale si è tenuta una sessione dedicata a esperienze relative ad alcuni progetti di *Clinical Audit* e *Clinical Governance* volti alla valutazione e al miglioramento dell'appropriatezza professionale del Medico di Medicina Generale (MMG). Tra gli altri sono stati presentati:

- progetto QuADRO: rappresenta un'esperienza di *audit* "istituzionale", in cui si sperimenta l'uso di dati provenienti da database amministrativi e clinici provenienti dalla realtà dell'azienda sanitaria e della regione integrati con un percorso di *audit* da parte dei MMG. La patologia esaminata è la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO). Per questo progetto, sviluppato da GSK, è previsto un coinvolgimento di oltre 50 ASL sul territorio nazionale;
- progetto MAGIC: *audit* formativo svolto nelle regioni Marche e Abruzzo, relativo a 4 patologie croniche (asma, BPCO, ipertensione arteriosa e diabete mellito) in cui veniva valutato l'uso ambulatoriale di uno strumento software (Quick software "openetica") volto alla valutazione comparativa tra pratica professionale e quanto previsto dalle linee guida di riferimento e alla creazione e comunicazione di un set minimo di dati costituenti un report informativo, a uso interno ed esterno sulle patologie croniche in questione;
- esperienza dell'accordo integrativo regionale abruzzese, illustrata dal dott. Manzoli, dell'Agenzia Regionale Sanitaria, con

l'illustrazione dei contenuti relativi alle tematiche del governo clinico e la produzione di dati su patologie croniche da parte della Medicina Generale.

La Tabella I riporta il programma completo della sessione.

### Le premesse al simposio

La gestione di una popolazione sempre più anziana rappresenta una sfida complessa per un Servizio Sanitario Nazionale (SSN) alla ricerca di una difficile sintesi tra qualità delle cure e compatibilità economica del sistema. La realtà professionale del MMG risente sempre più pesantemente di questa esigenza, e in ogni contesto viene richiesta "l'araba fenice" dell'appropriatezza. Il concetto è di difficile definizione e declinazione giacché ogni soggetto interessato (industria farmaceutica, specialista, MMG, servizi farmaceutici e direzioni aziendali) tende ad attribuire un significato diverso a questo termine. I due estremi di significato oscillano nel definire appropriatezza da una parte il massimo delle cure possibili con le molecole più recenti e costose, dall'altra la ricerca della massima economia nell'approccio alla terapia farmacologica privilegiando molecole di minor costo. L'approccio tradizionale, economicistico, ha visto e vede un sistema di controllo focalizzato sull'analisi della spesa farmaceutica con il rischio, purtroppo reale, di preferire le analisi sulla quantità di prescrizioni farmaceutiche piuttosto che sulla qualità delle cure prestate. In quest'ottica viene a essere naturalmente enfatizzata la valutazione di inapproprietezza nei soggetti iperprescrittori in base a medie di riferimento locali e regionali. Raramente si valuta l'inapproprietezza da difetto di intervento farmacologico da parte del MMG. Queste problematiche relative alla analisi di spesa determinano, per il MMG, l'esigenza di essere in condizione di valutare (ed ecco l'importanza dei processi di

### TABELLA I Programma della sessione.

- **Qualità della cura e appropriatezza d'uso delle risorse tra *clinical audit* e *clinical governance*.** Moderatori: O. Brignoli, F. Patarnello
- **Progetto MAGIC: metodologia e organizzazione** (I. Paolini)
- **Progetto MAGIC: i risultati preliminari** (G. Bettoncelli)
- **Progetto QuADRO: metodologia e risultati preliminari** (P. Guffanti, S. Mannino)
- **Il governo clinico nell'AIR: l'esperienza della Regione Abruzzo** (L. Manzoli)
- **WinVaccine. Presentazione di un software dedicato per la gestione delle vaccinazioni dell'adulto** (M. Ruggeri, I. Cricelli)

*audit*) e dimostrare la correttezza del proprio approccio e quindi l'appropriatezza professionale nei confronti delle patologie croniche che, necessariamente, rappresentano i maggiori determinanti economici. Dimostrare appropriatezza significa essere in condizione di dimostrare il nesso tra diagnosi e prescrizione e motivare le scelte e le situazioni cliniche oggetto di analisi. In questo contesto assumono rilevanza sempre maggiore alcune esigenze professionali non sempre ovvie e semplicemente raggiungibili:

- la necessità di una chiara e univoca definizione diagnostica delle patologie croniche (BPCO, asma, scompenso cardiaco ecc.);
- la necessità di ottimizzare le relative terapie farmacologiche croniche in base a quanto previsto dalle linee guida di riferimento;
- la necessità di assicurare una copertura farmacologica costante nel tempo senza immotivate sospensioni e variazioni. Quest'ultimo punto rappresenta una particolare criticità alla luce della frammentarietà di approccio delle diverse figure professionali che il paziente trova nei suoi percorsi assistenziali. Una delle caratteristiche delle patologie croniche è la loro necessità di gestione multidisciplinare e se questo avviene, come avviene, senza una logica di sistema e di approccio integrato, determina una frammentazione assistenziale che si riflette nelle difficoltà di condurre negli anni una terapia farmacologica costante e ottimizzata. Le diverse esperienze, di seguito descritte con maggior dettaglio, affrontano, con accenti diversi, queste tematiche, consentendo valutazioni e approfondimenti utili alla ricerca di modelli professionali e di analisi.

### L'audit MAGIC

Il progetto MAGIC (Miglioramento dell'Appropriatezza nella Gestione degli Indicatori Clinici) è un percorso di *audit* clinico basato sull'immissione standardizzata di dati clinici nella gestione di alcune patologie croniche importanti (diabete, ipertensione arteriosa, asma, BPCO) mediante l'adozione di uno strumento software "Quick-openETica" di implementazione di linee guida nella pratica professionale.

#### Premesse

Una precedente esperienza di *audit* formativo (orientato a patologie croniche respiratorie come asma e BPCO) svolta nelle regioni Marche e Abruzzo, che ha coinvolto molti MMG e specialisti pneumologi (*audit* PNEUMO), ha evidenziato alcune criticità e chiarito necessità professionali. Da queste necessità è nato l'*audit* MAGIC, prosecuzione della precedente esperienza, con le seguenti finalità:

- necessità di un approccio diagnostico-terapeutico ben definito e appropriato;
- necessità di interrelazioni professionali, con i diversi ambiti specialistici, durante il dispiegarsi della storia naturale della patologia;
- necessità etica e professionale di allineare attività e prescrizioni su evidenze e criteri scientifici riconosciuti;
- necessità di ridurre il divario interprofessionale tra i MMG, che porta ad approcci di differente qualità e presa in carico nelle differenti patologie con variabilità di risposte assistenziali, approcci diagnostico-terapeutici e di follow-up;
- necessità, che deve essere compatibile con i tempi e la mole di attività del MMG, di classificare, stadiare e registrare un set minimo, ma completo, di dati per le diverse patologie croniche, al fine di consentire analisi relative ad attività professionale e appropriatezza;

- necessità di condivisione (ad es. con i componenti di una medicina di gruppo) e trasferibilità (dal MMG allo specialista/reparto ospedale) delle informazioni registrate nelle cartelle cliniche con la capacità di unire completezza e sintesi;
- adozione di un metodo di raccolta delle informazioni e uno scambio informativo di set minimi di dati essenziali basato sulla conoscenza e condivisione di evidenze e linee guida autorevoli e riconosciute.

#### Strumenti e percorso

Il percorso dell'esperienza formativa è iniziato con un corso master, organizzato e gestito residenzialmente da Italo Paolini e Carlo Fedele Marulli (Presidente regionale della SIMG Abruzzo), che ha visto coinvolti tutti gli animatori responsabili dei successivi corsi periferici, durante il quale è stata presentata una valutazione pre-*audit*, mediante estrazione SQL (stringa complessa) nei database degli animatori partecipanti al progetto (Fig. 1). Questo ha confermato le osservazioni delle precedenti esperienze sopra accennate:

- la codifica ICD-9 (*International Classification of Diseases-9*) del problema è insufficiente;
- il dato fumo viene registrato in una percentuale di pazienti inferiore al 20%;
- l'indice di massa corporea (*Body Mass Index* [BMI]) viene calcolato/registrato nel 23% dei diabetici;
- nei pazienti ipertesi, in un anno, la pressione arteriosa è registrata in meno del 60% dei casi;
- i pazienti che assumono 12 mesi di terapia antipertensiva continuativa sono meno del 30%;
- il 50% dei pazienti ipertesi assume meno di 6 mesi/terapia/anno e il 25% assume da 1 a 3 mesi/terapia/anno;
- il 70% dei pazienti assume < 6 confezioni/anno di statine, il 12% assume > 10 confezioni/anno;
- il colesterolo totale e il colesterolo HDL (lipoproteine ad alta densità) vengono registrati in 5 anni nel 30% dei pazienti; il colesterolo LDL (lipoproteine a bassa densità) viene calcolato e registrato raramente;
- l'emoglobina glicosilata (HbA<sub>1c</sub>) viene registrata nel 45% dei diabetici (1 anno);

24 ANIMATORI		
<b>Ancona/Pesaro</b> Marchionni Scattolari Rivelli Sebastianelli	<b>per 150 partecipanti</b>	<b>Chieti</b> Zinni Stante Salvio Giacci
<b>Macerata</b> Angerilli Merlini Caraceni Paolucci		<b>Avezzano</b> Bernardino Pulsoni Lippa Valletta
<b>Ascoli Piceno</b> Rubicini Stramenga Sforza Travaglini		<b>Teramo/Pescara</b> Seller DiFulvio Saladini Paradisi

**Figura 1**

Animatori di formazione responsabili dei corsi periferici e dell'*audit*.

- i pazienti ipertesi con stratificazione del rischio sono meno dell'1%; negli ipertesi > 69 anni e con precedenti eventi cardiovascolari maggiori il rischio cardiovascolare aggiuntivo non viene calcolato (impossibilità di usare l'algoritmo del progetto Cuore);
- i MMG che hanno calcolato e registrato il rischio cardiovascolare negli ultimi 24 mesi sono una minoranza;
- l'80% dei pazienti BPCO assume 1-6 confezioni/anno di RO3; l'11% dei pazienti assume più di 10 confezioni/anno;
- il 91% dei pazienti con diagnosi di asma assume 1-6 confezioni/anno di RO3;
- in nessun paziente con BPCO e asma è registrata la stadiazione, ed è quindi molto difficile dimostrare l'appropriatezza prescrittiva per i pazienti BPCO e asma (in funzione del livello di gravità); parallelamente, non è standardizzata e quindi difficilmente rivalutabile, la registrazione dei sintomi e loro frequenza, il grado di controllo nei pazienti BPCO e asma.

La Figura 2 evidenzia come, a partire da linee guida e da indicatori professionali, si è arrivati a concepire lo strumento "Quick-openeNETica" (nella figura è riportato, a titolo esemplificativo, il "Quick BPCO" che, nella versione usata per il MAGIC, era separato dal software gestionale). Lo scopo è quello di allineare l'analisi clinica con quanto previsto dalle linee guida di riferimento grazie a un momento di riflessione "complessivo" sul paziente e sulla patologia. Nell'elaborazione delle specifiche scientifiche del software vi è stata un'interazione tra i responsabili nazionali di area con inserimento da parte di "opeNETica" delle indicazioni emerse. Il master agli animatori si è svolto grazie a contributi audio-video di illustrazione dei contenuti scientifici da parte dei responsabili SIMG di area scientifica coinvolta (Bettoncelli, Filippi, Medea, e con la presenza fisica, in aula, di Marulli e Paolini).

## Conclusioni

- L'immissione dei dati relativa a patologie croniche (asma, BPCO, diabete, ipertensione arteriosa), prima dell'uso dello strumento Quick, era tale da non consentire un'adeguata stadiazione e conseguente dimostrazione di appropriatezza per mancanza di sistematicità nell'approccio e completezza nella registrazione dei dati clinico-anamnestici e strumentali.
- L'uso dello strumento Quick, nella fascia di pazienti in cui è stato applicato, consente di migliorare la standardizzazione della gestione delle patologie e di effettuare analisi in grado di dimostrare il livello di appropriatezza nella gestione diagnostico-terapeutica della patologia in esame. Le correlazioni tra stadio di malattia e livello terapeutico, derivate ad esempio da asma e BPCO, non sono possibili e non risultano presenti in altre analisi.

**Raccomandazioni delle L. G. Criteri di valutazione - Indicatori - Standard**  
**Quick BPCO**

<b>Linee Guida BPCO</b>	<i>La diagnosi e la stadiazione del paziente con BPCO in MG richiede un approccio su base clinico sintomatologica.</i>
<b>Raccomandazioni</b>	<i>Nel caso si sospetti la presenza di BPCO va programmata una spirometria per ottenere la conferma diagnostica e il livello di gravità.</i>
<b>Criterio di valutazione</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Valutare e documentare in cartella clinica il sospetto diagnostico con criterio clinico (sintomi) o la certezza (prove F.R.) diagnostica di BPCO</li> <li>2. Valutare il livello di gravità della patologia (ipotesi o certezza)</li> </ol>
<b>Indicatore</b>	Numero e % di pazienti BPCO in cui sono Stati effettivamente valutati e documentati la diagnosi e il livello di gravità (ipotesi o certezza) secondo L.G.
<b>Standard (ideale, accettabile)</b>	Livello di prestazione ideale (o ritenuta accettabile) con cui confrontare i livelli di prestazione reale ottenuti dal singolo MMG o dal gruppo di MMG

**QuickBPCO**

Età (anni) [0] [Feset...] [Linee Guide...] [Report...] [?]

Fumatore o exfumatore [ ]

N° sigarette/da [0] FEV1/FEV1 Teorico (%) [0]

Anni [0] FEV1/FVC (%) [0]

Pack years [0] Test Favibilità (%) [0]

Tosse [ ] BMI [0]

Esposizione Professionale [ ]

Espettorazione [ ] Familiari [ ]

**Diagnosi di BPCO**  
(job artim - ipotesi diagnostica) (confirma diagnostica - spirometria)

**Terapia Consigliata**

Diapnea [ ]

Ricicclazioni [ ]

Insufficienza Respiratoria [ ]

Terapia in corso [ ]

Risultato Terapia in corso (benefici sintomatologici) [ ]

**Figura 2**

"Quick BPCO". Raccomandazioni delle linee guida, criteri di valutazione, indicatori, standard.

## Criticità

L'*audit* ha evidenziato alcuni limiti e possibilità di miglioramento del software adottato. In particolare:

- lo strumento "Quick-openeNETica" necessita, per una reale operatività professionale routinaria (al di fuori della motivazione legata all'*audit*), dell'integrazione con i software gestionali;
- mancanza di "scambio dati" automatico in input e output con necessità di doppia compilazione;
- valori esami e pressione arteriosa erano riportati nel Quick indirettamente in fasce e non con valore reale.

## Evoluzione

Da queste criticità è derivato l'attuale modello del software, illustrato, molto sinteticamente, nelle Figure 3-5. Esso consente, in

**QuickIpertensione 2**

Scheda Paziente - Report

**Diagnosi e Stadiazione**

PA Sistolica (mmHG) [130]

PA Diastolica (mmHG) [70]

Tipo Misurazione [Amb/Osped]

Terapia In Corso (N° dosi) [2 piene]

Risultato Terapia [A Target]

Calcolo RCV (Individuale Cuore 155)

Calcolo RCV ESH ESC [più di 2]

Fattori Di Rischio [ ]

Sindrome Metabolica [ ]

Diabete [ ]

Danno d'Organo [ ]

Patolo (Danno d'Organo)

**Danno d'Organo**

Insufficienza Renale Cronica [ ]

Microalbuminuria [40]

Retinopatia Ipertensiva Fundus [ ]

Arteriopatia [ ]

Eccardiografia [ ]

ECG [ ]

**Dati Di Base**

Cognome [ ]

Nome [PIETRO]

Età [58]

Sesso [M]

PRO - Età: 58 - Sesso: M - Fumo: Fum - Altezza: 160 - BMI: 23.69 - Fumo: No - PA Sistolica: 130 - PA Diastolica: 70 - Tipo Misurazione Pressione: Amb/Osped - Pressione Farmacologica: 2 piene - Risultato Terapia: A Target - Calcolo RCV (Individuale Cuore 155): - Fattori Di

**Calcolo Elettrocardiografia - Ipertr. Ventric. Sic.** (ECG Sokolow-Lyons >38 mm; Cornell >2440 mm<sup>2</sup>ms)

**Esami**

Eccardiogramma Ipertr. Ventric. Sic. (IMVS M = o >125, F = o >110 g/mg)

**Coloni**

**Evidenza ecografia di ispessimento della parete arteriosa o placche aterosclerotiche:** (spessore medio intinale carotideo >0,9 mm)

**Lieve incremento della creatinina plasmatica:** (M 115-133, F 107-124 µmol/l; M 1,3-1,5, F 1,2-1,4 mg/dl)

**Microalbuminuria:** 30-300 mg/24 ore

**Rapporto albumina/creatinina:** M = o >22, F = o > 31 mg/g; M = o > 2,5, F = o > 3,5 mg/mmol

**Velocità onda di trasmissione delle pulsazioni carotide-femorale:** > 12 m/s

**Emog.**

**Indice di Winsor:** <0,9

**Potato:** **Bassa velocità di filtrazione glomerulare:** formula MDRD (<60 ml/min/1,73mq) o creatinina clearance - formula Cockcroft Gault (<60 ml/min)

**Emocrom.**

Uricemia [4,9]

Urine [ ]

**Molto Alto** o >30% - C-LDL <70

**Alto** o 20%-30% - C-LDL <100

**Medio** o 3%-19% - C-LDL <130

**Basso** o <3% - C-LDL <160

**Figura 3**

Apertura automatica del "Quick Ipertensione" dal software gestionale, input automatico di esami e valori registrati, help contestuali per la compilazione.

condizioni di routine professionale e in tempi compatibili, la creazione di un *dataset* clinico, specifico per patologia, in grado di ottimizzare l'approccio e favorire una corretta comunicazione delle informazioni essenziali sulla patologia cronica in esame.

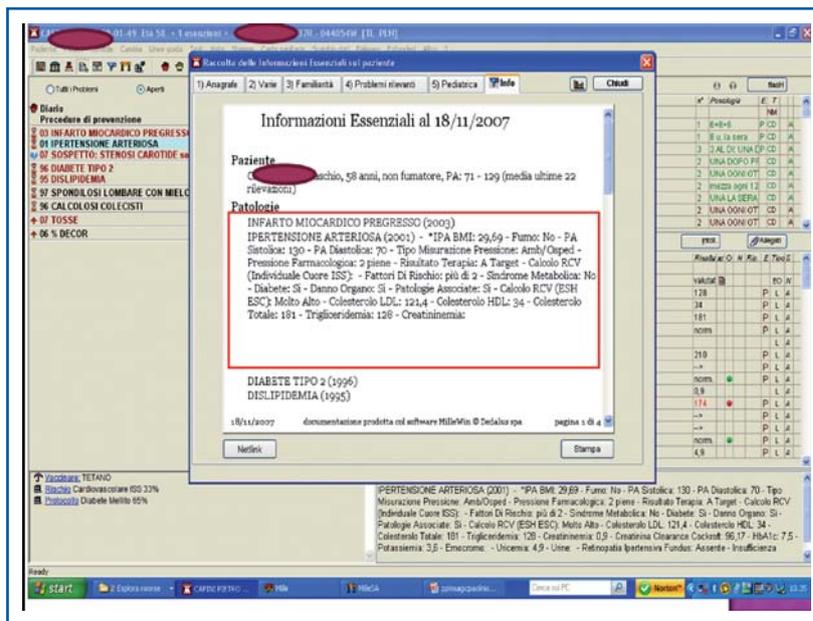
## Il progetto QuADRO

Il progetto QuADRO (Qualità, Audit, Dati, Ricerca e Outcome) promuove l'appropriatezza istituendo un processo nel quale le ASL organizzano un percorso di autoanalisi sul comportamento prescrittivo del MMG. L'assunto da cui parte il progetto è che l'organizzazione e la messa a disposizione al MMG dei dati amministrativi delle ASL permette a questi una visione d'insieme di come si gestisce la patologia in esame. Il medico, integrando il dato amministrativo con quello clinico, identifica agevolmente e in autonomia le aree di scarsa appropriatezza. Questa presa di coscienza è la condizione necessaria per un intervento fattivo di miglioramento della *performance* clinica. Il raccogliere e analizzare le informazioni in forma elettronica facilita enormemente il processo di miglioramento dell'attività clinica, anche se le informazioni e i dati raccolti non sono stati pensati inizialmente per questo scopo e non sono inizialmente disponibili e accessibili a tutti i soggetti coinvolti. Una corretta analisi e sintesi delle proprie informazioni costituisce certamente una buona base di partenza, ma spesso è solo una parte dei processi di revisione. L'analisi dell'appropriatezza terapeutica e lo studio degli interventi da porre in essere per il suo miglioramento continuo ha come condizione necessaria (ma non sufficiente) l'acquisizione e l'analisi di un insieme di dati relativi a una determinata popolazione. Attraverso l'analisi dei dati relativi ai consumi dei farmaci si possono rilevare differenze (tra aree geografiche o nel tempo) che possono suggerire la necessità di un approfondimento una volta che siano stati valutati:

- le caratteristiche della popolazione in oggetto dal punto di vista epidemiologico;
- i consumi attesi di farmaci in base agli standard predefiniti e linee guida (consumi attesi);
- possibili interventi esterni con potenziali effetti restrittivi o estensivi della prescrizione.

## Premesse e obiettivi

Da diverse esperienze emerge un dato molto significativo: il medico modifica il proprio atteggiamento prescrittivo quando, dopo adeguata autoanalisi delle proprie prescrizioni, riesce a individuare gli ambiti di scarsa appropriatezza della propria attività. Ogni medico,



**Figura 4**

Inserimento del report, originato in automatico dalla compilazione della maschera, nelle informazioni essenziali di software Millewin, per la comunicazione interprofessionale.

Totali	Età	Sesso	Rischio CV
			Pressione Arteriosa
			BMI
			Colesterolo
			% Pazienti con almeno 3 controlli pressori ultimi 12 mesi
			90 %
			% Pazienti con almeno 2 controlli pressori ultimi 12 mesi
			96 %
			% Pazienti con PAS ≤ 140
			45 %
			% Pazienti con PAD ≤ 90
			55 %
			% Pazienti Ipertesi Diabetici
			42%
			% Pazienti Ipertesi Diabetici con PAS ≤ 130
			25 %
			% Pazienti Ipertesi Diabetici con PAD ≤ 85
			35 %
			% Pazienti Ipertesi con Patologie Associate e PAS < 120
			15 %
			% Pazienti Ipertesi con Patologie Associate e PAD ≤ 80
			22%
			% Pazienti Ipertesi Diabetici con 3 registrazione anno di HbA1c
			80 %

**Figura 5**

Demo della maschera *audit*; l'analisi interessa tutti gli *items* presenti nel Quick e si svolge in brevissimo tempo.

di solito, sa bene cosa fa il singolo assistito, ma raramente ha una visione d'insieme della propria attività e dell'impianto economico che essa produce. Tale consapevolezza è invece il presupposto necessario a ogni intervento correttivo, laddove necessario. Deve essere lo stesso medico ad applicare l'autoanalisi, sia perché il coinvolgimento diretto produce riflessione vera, sia perché solo chi ha prescritto può fornire spiegazioni esaustive sui dati emersi. L'obiettivo è quello di rendere disponibile una metodologia per la gestione appropriata dei percorsi di salute per pazienti affetti da

BPCO attraverso la corretta diagnosi e terapia. Le ASL che svolgono questo tipo di attività potranno verificarne gli esiti attraverso la valutazione di un insieme di indicatori che descrive il percorso terapeutico dei pazienti prima e dopo l'inizio del progetto.

## Metodologia

L'iniziativa consiste nell'intraprendere un percorso di qualità con ASL, MMG e industria farmaceutica fondato prevalentemente su un percorso di autoanalisi da parte del MMG, in ambito BPCO, attraverso i seguenti aspetti:

- identificazione del gruppo di casi sui quali effettuare l'*audit* e descrizione della situazione su quei casi attraverso un adeguato *reporting* aggregato;
- attività di *self audit* da parte del medico a partire dal *reporting*;
- discussione delle differenze tra "atteso" e "osservato" in gruppi di pari;
- interventi generali di formazione/informazione coerenti con i risultati dei punti precedenti.

La condivisione tra pari delle esperienze personali diviene il momento propedeutico al cambiamento per l'adozione di comportamenti terapeutici più appropriati. La metodologia proposta comprende per ciascun MMG l'intero corso di valutazione (analisi, identificazione del problema, intervento di miglioramento e valutazione dell'effetto ottenuto) per ogni fase del processo di cura (dalla diagnosi alla decisione terapeutica) e lo coinvolge in modo proattivo nel dialogo con la ASL.

Il processo di *audit* clinico è schematizzabile nelle fasi operative di seguito riportate.

### Fase preliminare

1. La ASL pianifica la progettualità con particolare attenzione a tre aspetti chiave:
  - organizzazione dei dati necessari allo svolgimento del progetto (raccolta dati per lo sviluppo della reportistica a livello di paziente per singolo MMG);
  - modalità di coinvolgimento dei MMG attraverso un processo a cascata (regione, DG ASL, direttori di distretto) e facendo leva sia sui patti aziendali (se richiamano il concetto di appropriatezza) sia sul coinvolgimento delle organizzazioni sindacali;
  - assegnazione ruoli e responsabilità per la gestione operativa del progetto.
2. Incontro preliminare con i direttori di distretto e/o i MMG.
3. Svolgimento pratiche amministrative.

### Fase di avvio

1. Identificazione attraverso i database amministrativi della coorte di pazienti potenzialmente affetti da BPCO:
  - criteri di inclusione (età, livello di consumo di farmaci in categoria ATC R03, dati di ricovero e riacutizzazione);
  - criteri di esclusione.
2. Invio da parte delle ASL di un elenco nominativo dei pazienti della coorte a ciascun medico per verifica. Il medico valida la lista escludendo e/o aggiungendo pazienti anche attraverso l'ausilio di un questionario specifico.
3. Definizione degli indicatori prima delle attività di autoanalisi (*baseline*).

4. Preparazione reportistica finalizzata al monitoraggio dell'evoluzione nel tempo della *baseline*.

### Fase operativa

1. Lavoro individuale dei medici di revisione dei propri casi.
2. Incontri regolari tra MMG (con eventuale facilitazione di personale ASL) per promuovere l'autoanalisi.
3. Incontri trimestrali tra tutte le ASL partecipanti all'iniziativa (*network* scientifico) per la condivisione delle esperienze e dei risultati in forma anonima e aggregata.

## Network scientifico

Il progetto QuADRO è stato avviato nel corso del 2007 con diverse ASL che si riuniscono, ogni tre mesi, per condividere la metodologia, i problemi, i risultati. Di fatto, si è quindi costituito un *network* scientifico sull'*audit* clinico in ambito BPCO. All'interno del *network* sono stati definiti e condivisi i criteri nell'identificazione della coorte, i dati rilevanti per l'identificazione di "potenziale inappropriatezza", i percorsi di qualità da adottare, i risultati aggregati nella scelta degli indicatori e nei metodi di lavoro, tenendo conto dello specifico contesto esistente in ciascuna ASL, per esempio circa gli strumenti disponibili all'interno della propria realtà (sistema ARNO del Cineca, *datawarehouse* banca dati assistiti). L'implementazione al cambiamento sarà determinata dal confronto tra pari su dati, indicatori e standard. Per permettere una discussione più ampia sulla metodologia, agli incontri del *network* scientifico sono invitati tutti coloro che in diverse ASL o in istituti di ricerca sono interessati a questo tema, costruendo una specie di forum permanente sull'argomento.

## Conclusioni

L'integrazione tra il dato clinico e il dato amministrativo permette ai MMG di poter rivalutare il proprio operato in termini di qualità, a partire da una visione complessiva ed esaustiva dei propri assistiti. Inoltre, il progetto permette il coinvolgimento di più attori della sanità, coniugando i relativi interessi e aspettative: da questa forma collaborativa, al medico deriva la presa di coscienza delle aree di scarsa appropriatezza e il conseguente miglioramento prescrittivo; alla ASL, spunti per pianificare interventi di valutazione epidemiologica, economica e organizzativa. GSK è interessata a conoscere i risultati dell'*audit* per meglio indirizzare la propria informazione scientifica nelle aree prese in esame, attraverso la diffusione di una migliore appropriatezza d'uso dei farmaci, garantendo in questo modo il proprio obiettivo di sostenibilità nel lungo periodo.

## Il progetto di governo clinico Abruzzo

### Premesse

Sono numerosi gli studi che segnalano come il grado di applicazione delle linee guida sia spesso limitato, con un'efficacia terapeutica sicuramente ridotta rispetto a quanto possibile ottenere. Similmente, sono molte le fonti che indicano come, nonostante la progressiva informatizzazione dei MMG, siano ancora molto carenti le informazioni che è possibile ottenere dall'analisi degli attuali database.

Queste problematiche generali, nonché l'assenza di un piano regionale di governo clinico nella Regione Abruzzo, hanno portato

l'amministrazione regionale a includere, nell'accordo integrativo regionale per la disciplina dei rapporti tra MMG e SSN, firmato il 7 agosto 2006, un piano per la realizzazione di un sistema di monitoraggio da parte dei MMG di alcune patologie o condizioni a rischio, quale primo passo verso la costituzione di un più articolato sistema di governo clinico.

### Contenuti dell'accordo

È previsto un incentivo economico in caso di adesione da parte dei MMG al piano di monitoraggio informatizzato di pazienti con una delle tre patologie seguenti:

- diabete mellito;
- ipertensione arteriosa;
- BPCO;
- ulteriore incentivo è previsto per i dati sul rischio cardiovascolare dei propri pazienti, come definito dall'algoritmo di calcolo Cuore.

Il MMG che aderisce all'accordo deve inviare all'Agenzia Sanitaria Regionale (ASR-Abruzzo), su supporto informatico, un set minimo di informazioni essenziali su un numero prestabilito di pazienti per ciascuna delle quattro problematiche citate.

Ad esempio:

- il numero minimo di pazienti con BPCO dei quali occorre inviare i dati è pari a nove;
- le informazioni richieste per ogni paziente con diabete mellito sono: BMI, circonferenza addominale, valore di HbA<sub>1c</sub> e tipo di terapia in corso.

### Strumenti e stato dell'accordo

Per permettere ai MMG di procedere alla raccolta dei dati richiesti e all'invio alla ASR-Abruzzo, si è scelto di adottare alcuni strumenti sviluppati e sperimentati in *audit* svoltisi, o in corso di svolgimento, nelle regioni Marche e nello stesso Abruzzo (*audit* PNEUMO, Progetto MAGIC), evitando lo sviluppo *ex-novo* e la successiva validazione di 4 software specifici, con un inevitabile allungamento dei tempi e una crescita rilevante dei costi dell'intero progetto. L'ASR-Abruzzo ha quindi stipulato uno specifico accordo per la fornitura gratuita a tutti i MMG abruzzesi dei software "Quick Ipertensione", "Quick Diabete", "Quick BPCO" e "Quick RCV".

Tali programmi sono stati resi disponibili a ogni MMG che ne abbia fatto richiesta anche tramite le organizzazioni sindacali.

Oltre a una particolare semplicità di utilizzo, il punto di forza decisivo dei programmi adottati consiste nella capacità di integrazione con i diversi tipi di software gestionali usati dai MMG.

È previsto infatti il trasferimento automatico delle informazioni immesse, ad esempio nel "Quick RCV", al gestionale del MMG, qualunque esso sia, e viceversa.

Al di là di tale caratteristica, grazie al software Quick vi è la possibilità di stadiare il paziente in modo automatico e di agevolare la successiva analisi dei dati, perché questi, raccolti da un unico software, sono standardizzati.

È infatti impensabile svolgere un'analisi di una tale mole di dati,

provenienti dalla maggioranza dei MMG della regione (in totale 1200), con standard e software differenti e con diverse modalità di invio.

Questo fatto è emerso in tutta la sua evidenza durante il primo invio, di prova, dei dati, avvenuto nel giugno 2006: tra i 250 database inviati dai primi MMG che hanno aderito, sono state osservate 62 tipologie diverse di raccolta dei dati (intese come numero di colonne, titolo delle colonne, modalità di inserimento del dato, software di invio ecc.), con addirittura un 10% di file non apribili (perché dimenticati nell'invio, anche via e-mail, o perché in formati non riconoscibili).

Per tale motivo, si è reso inevitabile emanare delle specifiche tecniche molto precise per l'invio dei dati, in modo che tutti i database inviati fossero identici.

Attualmente, quasi tutte le ditte produttrici di gestionali si sono adeguate ai requisiti richiesti, tra cui la possibilità di invio diretto dei dati via HTML senza l'utilizzo di un supporto digitale.

A fronte di un disagio inevitabile per i MMG che devono raccogliere i dati, è doveroso notare che, ad oggi, il progetto di governo clinico è stato accolto in modo positivo dalle organizzazioni di categoria.

Per ovviare a una sovrapposizione con l'algoritmo del progetto Cuore, usato da diversi MMG, si è stabilito che il rischio cardiovascolare dei pazienti potesse essere rilevato sia con il software Cuore.exe sia con il Quick, e si sono ritenute valide entrambe le rilevazioni ai fini del rimborso.

Al primo invio i database in formato Cuore.exe sono stati al di sotto del 7%.

La data prevista per l'invio di tutti i database (su ciascuna patologia) è il 20 gennaio 2008.

Dopo questa data dovrebbe essere finalmente possibile analizzare i dati e fornire una prima stima del livello e delle modalità di cura dei pazienti diabetici, ipertesi, con BPCO e con rischio elevato di patologia cardiovascolare, ricordando che le finalità ultime del progetto sono il miglioramento della qualità dell'assistenza attraverso una maggiore applicazione delle linee guida e una migliore interazione col paziente.

### Conclusioni

La combinazione di dati amministrativi, provenienti dalle realtà aziendali, con i dati derivanti dai MMG, costituisce un approccio globale alle problematiche dell'appropriatezza e della *clinical governance* da parte del sistema (come evidenziato dal progetto QuADRO).

A questo proposito, è indubbio che la combinazione degli strumenti derivanti dalle diverse esperienze presentate nel simposio condurrebbe a una sinergia importante.

La maggiore sistematicità e completezza dei dati derivanti dalla Medicina Generale, grazie all'uso dello strumento Quick integrato nel software gestionale, nella pratica professionale del medico, consentirebbe infatti un livello più adeguato di ritorno informativo da parte della Medicina Generale.