

## Studio DIP (Diabetici IPertesi)

### Una ricerca di base per mettere a fuoco il ruolo del governo clinico nelle cure primarie

**Maurizio Lafranchi**

Medico di Medicina Generale SIMG, ricercatore Istituto Health Search

#### Premessa

Gli studi osservazionali sulla gestione del rischio cardiovascolare documentano fin dagli anni '90 che i livelli di performance clinica sono largamente insufficienti in prevenzione primaria e secondaria, in ambito sia ospedaliero sia territoriale. Dopo il 2000 la situazione è rimasta sostanzialmente invariata<sup>1</sup>. Per migliorare questa situazione i responsabili della sanità pubblica, anche in recenti documenti programmatici<sup>2-4</sup>, dichiarano spesso di dover rilanciare il ruolo della Medicina Generale (MG). Come gestire i fattori di rischio è noto. Da tempo esistono linee guida (LG) internazionali di medicina basata sulle evidenze (EBM). Resta da capire perché sia così difficile trasferire le indicazioni delle LG nella pratica clinica e migliorare le performance.

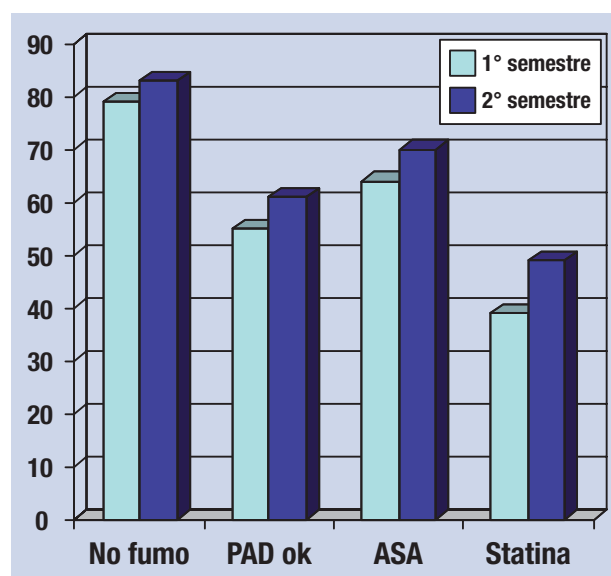
Molti studi, anche in MG, concordano sul fatto che la diminuzione del rischio cardiovascolare è efficiente solo se l'approccio ai fattori di rischio è globale<sup>5</sup>. In questo settore in Italia, negli ultimi anni, sono stati compiuti sforzi per promuovere progetti di governo clinico, che hanno avuto un discreto seguito tra i Medici di Medicina Generale (MMG)<sup>6</sup>. Questi progetti, però, sono molto disomogenei e spesso non prevedono un approccio globale al rischio cardiovascolare. Dagli studi eseguiti sul territorio si sono ottenuti prevalentemente dati sul livello di raggiungimento dei target clinici, ma poco si sa del carico di lavoro indotto dall'applicazione delle LG. Il MMG è un operatore già molto impegnato. Le rilevazioni di *Health Search* documentano dal 2000 a oggi un rilevante aumento dell'attività ambulatoriale, in gran parte dovuto alla gestione dei pazienti cronici. Le proiezioni prevedono, entro il 2015, uno scenario ancor più critico<sup>7</sup>. Dato che la disponibilità di tempo e risorse dei MMG è limitata, i prossimi progetti di governo clinico dovrebbero prendere seriamente in considerazione l'impatto delle LG sulla pratica clinica e adottare strategie cliniche innovative. Lo studio DIP (Diabetici IPertesi) è uno studio osservazionale della durata di un anno (luglio 2006-giugno 2007), inerente l'area della prevenzione cardiovascolare in pazienti diabetici ipertesi nelle cure primarie (CP). È stato promosso da un gruppo autonomo di MMG appartenenti a differenti sindacati e organizzazioni professionali della MG operanti nella ASL Milano Città. L'obiettivo era di ottenere dati reali sul carico di lavoro e i livelli di performance nella gestione globale del rischio cardiovascolare di questi pazienti.

#### Metodi

Il periodo di durata dello studio è stato diviso in due semestri: nel primo i MMG hanno operato secondo le proprie abitudini cliniche, nel secondo applicando una LG contenente indicazioni su:

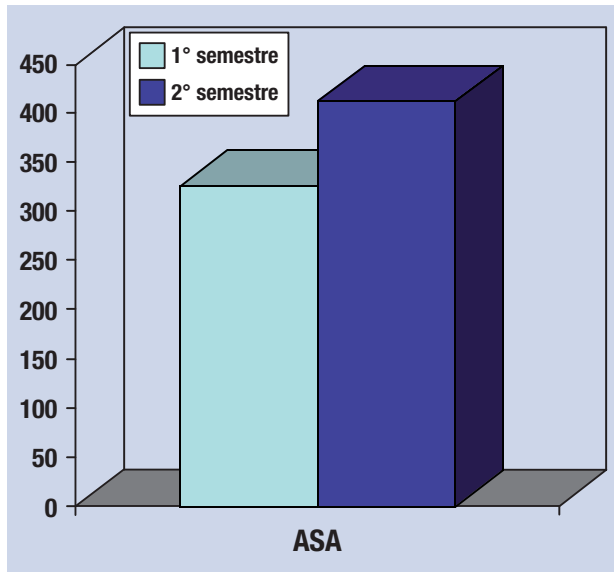
- criteri di diagnosi;
- numero di fumatori e interventi di disassuefazione dal fumo di sigaretta;
- rilevazione dell'indice di massa corporea (*Body Mass Index* [BMI]) e gestione dell'obesità;
- rilevazione dell'emoglobina glicosilata e gestione della terapia del diabete mellito;
- rilevazione della pressione arteriosa e gestione della terapia dell'ipertensione arteriosa;
- prescrizione di farmaci antiaggreganti;
- prescrizione di farmaci ipocolesterolemizzanti.

Durante tutto il periodo i MMG hanno registrato sul proprio computer gli indicatori clinici previsti dalla LG per tutti i propri pazienti diabetici ipertesi. Il dato del carico di lavoro è stato registrato da



**Figura 1**

Studio DIP. Le variazioni % più rilevanti al termine dell'intervento. Arruolati per semestre (primo e secondo): 403/412.



**Figura 2**

Studio DIP. Carico di lavoro in ore. Variazione prima e dopo l'applicazione della linea guida.

Arruolati per semestre (primo e secondo): 403/412.

ciascun MMG nel corso dei due semestri e trasmesso al termine dei due periodi mediante schede cartacee. È stata conteggiata esclusivamente l'attività relativa alla gestione dei fattori di rischio cardiovascolare e le patologie a esso correlate.

La LG dello studio DIP ha fatto riferimento alle seguenti pubblicazioni:

- *Clinical evidence* (edizione italiana 2006), sezione "Malattie cardiovascolari", paragrafi: 1. Modificazione dei comportamenti (aggiornato a gennaio 2003 [M. Thorogood, M. Hillsdon, C. Summerbell]); 2. Prevenzione delle malattie cardiovascolari nel diabete (aggiornato a dicembre 2002 [J. Malcolm, H. Meggison, R. Sigal]); 3. Prevenzione primaria delle malattie cardiovascolari: ipertensione (aggiornato a dicembre 2003 [S. Sheridan, M. Pignone]);
- *La Medicina*, vol. 11, *Medicina Generale*, capitolo 23: "La prevenzione cardiovascolare" (a cura di V. Caimi, M. Tombesi. UTET 2003). Nota AIFA SSN n. 13.

## Risultati

### Campione

#### Numero pazienti totali in carico

- Semestre 1: 13.037
- Semestre 2: 13.100

#### Numero pazienti diabetici ipertesi arruolati

- Semestre 1: 403
- Semestre 2: 412

#### Età media degli arruolati

- Semestre 1: 71,8
- Semestre 2: 72,6  
(media: 72,2)

#### Composizione % per sesso degli arruolati

- Semestre 1: M = 49, F = 51
- Semestre 2: M = 49, F = 51

#### Conoscenza media di tutti i dati

- Semestre 1: 88%
- Semestre 2: 92%

### Dati invariati tra semestre 1 e 2 (variazione inferiore al 3%)

#### Numero di pazienti obesi

#### Valore medio di emoglobina glicosilata

#### Percentuale di pazienti con pressione arteriosa sistolica

- Ottimale (fino 130 mmHg)
- Discreta (130/139 mmHg)
- Insufficiente (> 140 mmHg)

### Dati migliorati tra semestre 1 e 2 (i valori % di seguito riportati sono riferiti alla totalità degli arruolati)

#### Fumo di sigarette

##### Non fumatori

- Semestre 1: 79%
- Semestre 2: 83%

In assoluto, nel semestre 2: 23 non fumatori in più.

#### Percentuale di pazienti con pressione arteriosa diastolica ottimale (fino 80 mmHg)

- Semestre 1: 55%
- Semestre 2: 61%

In assoluto, nel semestre 2: 34 pazienti in più

#### Numero medio di misurazioni di pressione sistolica e diastolica per paziente:

- Semestre 1: 1,5
- Semestre 2: 1,9

In assoluto, nel semestre 2: 27% di misurazioni in più

#### Prescrizione di antiaggreganti/anticoagulanti

##### Pazienti in trattamento

- Semestre 1: 64%
- Semestre 2: 70%

In assoluto, nel semestre 2: 19 pazienti trattati in più

#### Prescrizione di ipocolesterolemizzanti

##### Pazienti in trattamento

- Semestre 1: 39%
- Semestre 2: 49%

In assoluto, nel semestre 2: 38 pazienti trattati in più

#### Numero medio di rilevazioni di lipoproteine a bassa densità per paziente

- Semestre 1: 0,8 (dati di 204 pazienti)
- Semestre 2: 1,0 (dati di 231 pazienti)

**Pazienti che hanno ricevuto materiale educativo**

- Semestre 1: 32%
- Semestre 2: 49%

In assoluto, nel semestre 2: 38 pazienti in più

**Altri dati rilevanti****Prescrizione di antiaggreganti/anticoagulanti****Valore medio ponderato di compliance al trattamento**

- Semestre 1: 88% (su 323 pazienti)
- Semestre 2: 88% (su 390 pazienti)

**Prescrizione di ipocolesterolemizzanti****Valore medio ponderato di compliance al trattamento**

- Semestre 1: 88% (su 338 pazienti)
- Semestre 2: 89% (su 390 pazienti)

**Pazienti in trattamento con ipocolesterolemizzante, secondo la classe di prevenzione (dati solo del semestre 2)**

- Prevenzione primaria: 27%
- Prevenzione secondaria: 22%

**Valore medio ponderato di lipoproteine a bassa densità**

- Semestre 1: 117 mg/dl (su 204 pazienti)
- Semestre 2: 114 mg/dl (su 231 pazienti)

**Carico di lavoro****Numero di visite del MMG per paziente nel semestre**

- Semestre 1: 4
- Semestre 2: 4

**Numero di ore dedicate dal MMG, per paziente**

- Semestre 1: 0,8
- Semestre 2: 1,0

In assoluto, nel semestre 2: 12 minuti in più per ogni paziente

**Numero di ore spese dal MMG per organizzare lo studio DIP**

- Semestre 1: 20
- Semestre 2: 15

**Discussione****Attività clinica**

La significatività e trasferibilità nella realtà clinica dello studio DIP è confrontabile con alcuni recenti studi italiani<sup>8-13</sup>.

Lo studio DIP ha coinvolto inizialmente 17 MMG, ma solo 10 di essi hanno restituito dati relativi a tutto il periodo di osservazione. La dimensione del campione (13.000 assistiti totali, 403 diabetici ipertesi arruolati nel primo semestre, 412 nel secondo) e il periodo di osservazione degli indicatori sono simili a quelli degli studi con cui si confronta.

Complessivamente i risultati esprimono un consolidato e buon livello di pratica clinica. Particolarmente significativo è che essi siano stati ottenuti gestendo il rischio cardiovascolare in modo globale, dentro l'attività clinica quotidiana. Nel periodo relativamente breve di applicazione della LG, si sono osservate variazioni significative prevalentemente tra gli interventi decisionali (divez-

zamento dal fumo, adeguamento delle terapie con antiaggreganti/anticoagulanti e ipocolesterolemizzanti, indici di attività clinica). Nel secondo semestre si è circa dimezzato il numero dei dati clinici ignoti. Meno evidenti sono invece le variazioni tra gli indicatori clinici che richiedono un lungo follow-up; fa eccezione il dato relativo ai pazienti con pressione arteriosa diastolica ottimale, di cui si è osservato un significativo miglioramento.

La percentuale di pazienti in trattamento con antiaggreganti/anticoagulanti è maggiore di circa il 10% rispetto ai valori nazionali e particolarmente significativo è il dato relativo alla *compliance* a questi trattamenti.

Molto buona è anche la *compliance* ai trattamenti con ipocolesterolemizzanti, ben superiore ai dati medi italiani<sup>9-10,14</sup>. È noto che il rapporto costo-efficacia del trattamento con statine in prevenzione primaria è strettamente connesso alla *compliance* dei pazienti<sup>15</sup>. Rispetto ai dati nazionali le prescrizioni di questi farmaci nel secondo semestre sono simili per i pazienti in prevenzione primaria, ma inferiori del 50% per quelli in prevenzione secondaria. È da osservare però che la popolazione dello studio DIP è più anziana di 4,1 anni rispetto ai dati nazionali. Nel trattare gli anziani sono diffusi tra i medici timori di inefficacia, effetti collaterali e interazioni. Molti studi osservazionali italiani<sup>8-10</sup> ed esteri<sup>16</sup> evidenziano che le statine sono fortemente sottoutilizzate, anche se i dati di letteratura mostrano sufficienti evidenze sull'efficacia delle statine anche nei soggetti anziani normalmente esclusi dai trial clinici<sup>17,18</sup>, e comunque in prevenzione secondaria<sup>19</sup>. Nell'analisi dei dati grezzi i ricercatori hanno constatato la propria tendenza a soprassedere sulle prescrizioni di statine ai cardiopatici ultraottantenni già in politerapia o con valori di lipoproteine a bassa densità (LDL) di base vicini a 100 mg/dl. Nella tavola rotonda a conclusione dello studio è emerso che questo comportamento prescrittivo è diffuso anche tra gli specialisti cardiologi e diabetologi.

**Carico di lavoro**

Applicando la LG, il tempo dedicato a ciascun paziente diabetico iperteso per gestire il rischio cardiovascolare risulta aumentato in media del 20%. Un MMG italiano ha tra i propri assistiti molti pazienti a rischio cardiovascolare da moderato a molto alto (non meno di un quarto dei maschi e di un sesto delle donne<sup>20,21</sup>). Se si applicassero a essi le indicazioni di questa LG, l'orario di attività ambulatoriale del MMG aumenterebbe di non meno di 45 minuti al giorno per 1000 assistiti. Anche il numero di ore spese dai MMG per organizzare tecnicamente la propria adesione allo studio è stato notevole (dalle 15 alle 20 ore per semestre).

**Conclusioni**

Realizzando lo studio DIP il gruppo di MMG che vi ha partecipato ha cercato di valutare la realtà del governo clinico nella gestione del rischio cardiovascolare nelle CP, confrontando la propria esperienza con alcune analoghe sperimentazioni.

Il governo clinico nella prevenzione e nella cronicità ha e avrà sempre più rilevanza nello sviluppo della MG.

MMG, sindacati dei MMG e responsabili ASL devono però essere ben consapevoli del carico di lavoro connesso ai progetti di governo clinico, almeno nella prevenzione cardiovascolare. Non si può realisticamente implementare una LG sulla gestione del

rischio cardiovascolare medio-alto con esiti positivi e duraturi se non si considera il suo reale "portato" nell'attività quotidiana, pari almeno a un aumento del 20% del carico di lavoro.

Per chiudere la stagione dei vari progetti sperimentali di governo clinico e inaugurarne una nuova di attività stabili, con soddisfazione reciproca, è necessario ancora consolidare le infrastrutture informatiche e normative, funzionali a tutti i futuri progetti.

Solo un ristretto numero di indicatori può essere considerato essenziale per tutto il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) (analogamente ai livelli essenziali di assistenza [LEA]). Alcuni indicatori di processo ed esito clinico sono fondamentali, oggettivi, verificabili, innovativi e certamente legati a esiti clinici molto positivi, per esempio il numero di pazienti in prevenzione secondaria correttamente trattati<sup>22-24</sup>; altri sono meno definiti e potrebbero essere oggetto di future revisioni.

L'esperienza acquisita realizzando questo studio mette in evidenza anche il fatto che l'introduzione nella pratica clinica di indicatori di prestazione deve articolarsi correttamente con tutta l'operatività medica, senza corrompere l'approccio unitario al paziente<sup>25</sup>.

L'ultima osservazione riguarda il necessario carattere di proposta e non di imposizione dei contratti di governo clinico. In Italia la realtà organizzativa dei MMG è disomogenea. Ai MMG si può chiedere di adottare un indicatore di performance clinica senza però imporre vincoli di metodo o strategia. La crescita della qualità clinica è più probabile se i professionisti, singoli o in gruppo, potranno trovare liberamente un percorso di miglioramento in base alle proprie risorse personali e locali.

## Bibliografia

- 1 European Society of Cardiology (ESC). *Euroaspire III: dopo 12 anni, i progressi sul controllo dei fattori di rischio sono scarsi*. Medico e Paziente 2007(agosto):30.
- 2 SIPREC. *Documento di iniziativa per promuovere le strategie e gli interventi di prevenzione cardiovascolare in Italia*. Documento di programma SIPREC, sezione "linee guida", giugno 2008.
- 3 Volpe M, Tocci G, Trimarco B, Rosei EA, Borghi C, Ambrosioni E, et al. *Blood pressure control in Italy: results of recent surveys on hypertension*. J Hypertens 2007;25:1491-8.
- 4 Accordo FIMMG, SNAMI, SIMG, SNAMID, AMD, SID. *Assistenza integrata al paziente con diabete mellito 2*. Documento on line 3 agosto 2008.
- 5 Battaglia A. *La prevenzione cardiovascolare tra utopie e realtà: una commedia in quattro atti*. SIMG 2007;6:7-14.
- 6 Caimi V. *Lo sviluppo professionale continuo porta a un reale governo clinico*. ECM 2007(novembre):29.
- 7 Alessio D. *Perché la cronicità è un'emergenza*. 62° congresso FIMMG METIS. Avvenire Medico 2007(luglio):17-8.
- 8 Filippi A. *Appropriatezza prescrittiva delle statine in medicina generale*. MeDia 2005;5:156-63.
- 9 Rapporto nazionale 2005. *L'uso dei farmaci in Italia nel 2005. Il sesto rapporto nazionale dell'OsMed*. AIFA 2006:120-5.
- 10 Rapporto nazionale 2006. *Il settimo rapporto nazionale dell'OsMed*. AIFA 2007:137-40.
- 11 Medea G, Brignoli O, Lonati F, Magoni M, Rossi A, Cricelli C, et al. *Audit e miglioramento della qualità dell'assistenza del paziente diabetico: primi risultati del Progetto Governo Clinico ASL di Brescia - Rete UNIRE SIMG*. MeDia 2008;8:1-8.
- 12 Bozzani A, Grignani S, Caldarini R, Mascheroni G, Mottadelli I, Palombi G, et al. *Valutazione della modificazione degli indicatori di performance del diabete mellito in Medicina Generale*. MeDia 2007;7:93-6.
- 13 Misericordia P, Ladro V, Zingani S. *Il Picenum Study. Come misurare le attività del MMG*. Avvenire Medico 2008;2:17.
- 14 Poluzzi E, Strahinja P, Lanzoni M, Vargiu A, Silvani MC, Motola D, et al. *Adherence to statin therapy and patients' cardiovascular risk: a pharmacoepidemiological study in Italy*. Eur J Clin Pharmacol 2008;64:425-32.
- 15 Rapporto nazionale 2007. *Il rapporto nazionale dell'OsMed*. AIFA 2008.
- 16 Pharmacoepidemiology and Drug Safety 2005. *Uno studio mostra uno scarso utilizzo delle statine nei pazienti anziani in prevenzione secondaria*. SEFAP, 21 febbraio 2006: 1.
- 17 Wei L, Ebrahim S, Bartlett C. *Le statine sono efficaci anche nei soggetti normalmente esclusi dai trial clinici*. SEFAP, 15 aprile 2005: 1.
- 18 Afialo J, Duque G, Steele R. *Statine e mortalità nei soggetti anziani*. SEFAP, 8 febbraio 2008: 1.
- 19 AIFA. *Clinical Evidence anno 2008*. Edizione integrale online <http://aifa.clinev.it>. Edizione italiana aggiornata all'edizione inglese al 31 dicembre 2007.
- 20 Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare. *Fattori di rischio cardiovascolari in Italia*. Documento 2003.
- 21 Puglia MG, Baraccani C, Biolchini L, Ceccarelli PL, Di Martino M, Gentile M, et al. *Progetto Faenza: integrazione tra ospedale e territorio per la prevenzione cardiovascolare*. OdV Ospedali della vita, 4 aprile 2002.
- 22 Howard BV, Roman MJ, Devereux RB, Fleg JL, Galloway JM, Henderson JA, et al. *Effect of lower targets for blood pressure and LDL cholesterol on atherosclerosis in diabetes: the SANDS randomized trial*. JAMA 2008;299:1678-89.
- 23 Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaborators. *Efficacy of cholesterol-lowering therapy in 18,686 people with diabetes in 14 randomised trials of statins: a meta-analysis*. Lancet 2008;371:117-25.
- 24 Ho PM, Magid DJ, Shetterly SM, Olson KL, Maddox TM, Peterson PN, et al. *Medication nonadherence is associated with a broad range of adverse outcomes in patients with coronary artery disease*. Am Heart J 2008;155:772-9.
- 25 Massaro M. *Qualità, carta vincente. Tombesi: "Si dovrebbe premiare chi di noi cura meglio, non chi vende più prestazioni"*. Corriere Medico, 17 maggio 2007: 4.

## Gruppo Studio DIP

Lucio Adelasco, Otello Adnet, Donato Baldo, Miriam Bonazzoli, Adriana Caserini, Donatella Cerati, Guido Cereghini, Maria Cressotti, Laura Di Marzio, Saveria Esposito, Paolo Fraschini, Maurizio Laffranchi, Paolo Longoni, Vincenzo Matuonto, Andrea Missiroli, Claudia Rabbia, Pierangelo Varisco (MMG ASL Milano Città).

## Dietro le quinte

### Esperienza, metodo, proposte

#### Tavola Rotonda tra alcuni MMG partecipanti allo studio DIP

Ritrovarsi in un clima di interesse verso il proprio lavoro, vissuto con passione al bene comune; capire il valore formativo del fare insieme una ricerca e l'impatto reale degli indicatori di qualità; verificare la fattibilità di un nuovo modo di lavorare fino a immaginare proposte concrete per dare stabilità alle novità; accorgersi dell'importanza di difendere il valore complessivo della propria professione medica, al di là dell'uso di indicatori numerici. Questi i temi emersi dal dibattito tra i partecipanti alla Tavola Rotonda svoltasi nel gennaio 2008, al termine dello studio DIP.

##### **Maurizio Lafranchi**

Nella Medicina Generale oggi è in atto un cambiamento, volenti o nolenti. È certo che stiamo lavorando sempre di più a fronte di un compenso bloccato. Urge la necessità di giudicare quello che facciamo e di proporre correttivi e modalità maggiormente adeguate. Al termine della nostra ricerca, vorrei raccogliere l'esperienza di tutti noi, per farne emergere gli aspetti più significativi e comunicarli ad altri colleghi. Tutti siamo stati aiutati dal clima di amicizia e collaborazione che si è creato tra di noi. Spiegare il nostro lavoro anche ad altri, anche a chi non condivide tutte le nostre affermazioni, può aiutare a creare un clima di interesse verso la passione al far bene il nostro lavoro e al bene comune.

Personalmente, cercando di migliorare la situazione dei miei pazienti "non a target", mi sono interessato di più alla terapia farmacologica dell'ipertensione e alla gestione del fallimento secondario nei diabetici. Anche a voi chiedo: *cosa è cambiato nella vostra pratica clinica dopo aver partecipato allo studio DIP?*

##### **Lucio Adelasco**

Ho fatto un lavoro più serio raccogliendo i dati clinici in modo preciso e completo. È stata un'occasione per imparare l'applicazione sistematica e costante di un principio scientifico. In precedenza applicavo le nuove conoscenze solo finché me ne ricordavo o fino a quando la mia attenzione non era spostata da qualche altro nuovo aggiornamento. La terapia con statine è stato l'aspetto su cui ho lavorato di più.

##### **Adriana Caserini**

Ho ottenuto dei miglioramenti nel trattamento dei diabetici. Inoltre mi sono resa conto di quanti siano i pazienti che non modificano le abitudini di vita, nonostante le molte raccomandazioni.

##### **Andrea Missiroli**

Anch'io sono stato stimolato a rivedere vari aspetti del mio lavoro. L'approccio globale e completo al paziente è interessante. Certo il carico di lavoro è pesante e me ne rendo conto sempre di più in tutti i pazienti con malattie croniche.

##### **Maria Cressotti**

Impostare il lavoro insieme è stata occasione per una verifica della pratica clinica e una "educazione dello sguardo" da avere

sul paziente: considerare la globalità della sua salute, cercare con lui un'alleanza per accettare la condizione di malato cronico. Il modo con cui dici "buongiorno!" al paziente, l'attenzione con cui lo guardi sono un aiuto alla sua fatica. Per migliorare i target ho lavorato molto anche con la mia infermiera: ho fatto una selezione di pazienti a rischio e li ho inseriti in un calendario di richiami, tutte cose che sarebbero state impossibili lavorando da sola. In verità, oltre alla gestione del rischio cardiovascolare, mi piacerebbe interessarmi anche a linee guida su altre patologie croniche.

##### **Vincenzo Matuonto**

Il lavoro è sempre molto, quindi se ho partecipato allo studio è solo perché ci tenevo. È stato impegnativo, ma mi ha fatto piacere prendere più coscienza di ciò che faccio, anche se i dati mi mostrano una realtà diversa da quella che immaginavo. Sono però sicuro di aver fatto dei passi in avanti nella gestione di questi pazienti.

##### **Maurizio L.**

Se i risultati dello studio sono complessivamente positivi, è pur vero che vari indicatori clinici non hanno avuto sostanziali variazioni. Mi pare evidente che sei mesi sono pochi per vedere cambiamenti stabili. *Secondo voi, quali sono i motivi che rendono più difficile il raggiungimento dei target clinici?*

##### **Adriana C.**

Io credo che il principale ostacolo sia la pretesa dei pazienti, il gran numero di accessi impropri. Questo mi toglie molto del tempo che dovrei dare ai pazienti che hanno veri problemi. Quindi non capisco che senso abbia la richiesta della ASL di aumentare l'orario di lavoro in modo generico. Se non adotterò un miglior metodo di lavoro insieme al personale di studio, gli accessi impropri saranno destinati ad aumentare! Non dobbiamo soccombere al ricatto di dover rispondere a tutto. Dobbiamo rispondere a quanto possiamo, senza perdere la nostra originalità che è la priorità che diamo al nostro modo di guardare noi stessi, il lavoro, la malattia e il malato in modo unitario e positivo.

##### **Lucio A.**

Anch'io ritengo che per vari target clinici sia necessario un tempo più lungo di un semestre per poter osservare cambiamenti stabili. È necessario vedere il paziente varie volte per verificare e migliorare la sua *compliance*. Ad esempio, io mi sono reso conto che molti pazienti non assumevano regolarmente le statine.

##### **Maurizio L.**

Siamo tutti d'accordo sul fatto che per arrivare a un miglioramento stabile occorre seguire i pazienti a lungo. Questo aspetto non viene considerato nel disegnare gli attuali progetti di governo clinico. L'articolo che abbiamo pubblicato del 2002 si intitolava: *Il carico di lavoro è funzione dell'attenzione*. Gestire la cronicità con una linea guida non fa solo lavorare di più all'inizio. Rovescio il proverbio: se "imparo l'arte" ma non "la metto da parte", cioè se non rinuncio nel tempo agli obiettivi clinici, i pazienti trattati diventano sempre più numerosi e complessi, cioè il carico di lavoro aumenta progressivamente.

Nel rilevare il carico di lavoro, escludendo i tempi non dedicati alla gestione del rischio cardiovascolare, abbiamo osservato un aumento medio del 20% del tempo da dedicare al paziente, rispetto alla pratica clinica precedente all'adozione della linea guida, ed è una rilevazione ampiamente sottostimata. Ho calcolato che applicando la linea guida a tutti i pazienti a rischio cardiovascolare medio-alto, lavoreremmo dai 45 ai 60 minuti in più al giorno. Questo è insostenibile, se non si riorganizza con metodo tutta la propria pratica clinica. Per questo vi chiedo: *qualora la ASL proponesse un simile progetto di governo clinico, che aspettative vi pare ragionevole avere?*

**Lucio A.**

Se penso alle occasioni di rapporto e collaborazione con la ASL, mi pare che ultimamente si sia raffreddato quel clima di fiducia che mi permetteva di lavorare bene. C'erano interlocutori precisi che ci stimavano e ci ascoltavano. Ora ci si muove in modo più formale. Sarebbe positivo poter ricominciare un lavoro sulla qualità in Medicina Generale, un dialogo sull'esperienza tra MMG.

**Adriana C.**

Lo ripeto: come quantità e intensità di lavoro, usando una metafora, la nostra macchina è già "a tavoletta"; non c'è spazio per richieste di maggiore disponibilità oraria. L'innovazione richiede innanzitutto una correzione del metodo di lavoro. La strategia "opportunistica" offre troppo il fianco ai pazienti che pretendono di "condurre loro" la gestione dei propri problemi. Quindi le nuove proposte dovrebbero aiutare a migliorare questi aspetti.

**Andrea M.**

Ci sono già molti studi sulla qualità in Medicina Generale. La ASL ormai ha a disposizione gli indicatori per valutare certi aspetti del nostro lavoro. Pensando a un nuovo accordo, però, non mi interessa soprattutto definire tecnicamente il valore economico dei miei atti. Io sono grato verso chi mi ha invitato a partecipare a questa ricerca e un'esperienza così positiva vorrei che fosse riconosciuta e valorizzata.

**Maria C.**

Il valore del nostro lavoro va ben oltre il "prezzo" di ogni prestazione medica. Deve essere riconosciuta la qualità complessiva di uno stile professionale, che con tanta fatica abbiamo raggiunto e cerchiamo di mantenere. In merito agli indicatori di qualità mi sembra giusto firmare un accordo per cercare di raggiungere un target clinico, ma non si può imporre il metodo per raggiungerlo. Per creare consenso sui progetti occorre rispettare i tempi e le modalità con cui ogni professionista si muove, in relazione alle proprie possibilità e risorse locali.

**Vincenzo M.**

Gestire i pazienti cronici con l'aiuto di personale di studio sarebbe molto meno faticoso, quindi inserire questa richiesta nei progetti di "governo" mi sembra importante. Io trovo molto pesante anche compilare da solo i tabulati cartacei. Sui compensi attuali sono molto deluso e mi scandalizza la mancanza di un giusto riconoscimento per chi è sempre disponibile alle novità, invece ormai sono anni che su questo punto non succede quasi niente.

**Maurizio L.**

In questo momento di crisi di motivazioni e di risorse, è urgente arrivare alla formulazione di proposte concrete. Oggi, anche grazie allo studio DIP, conosciamo meglio la nostra realtà. *Possiamo fare qualche nuova proposta, chiara e originale?* Io parto da questa affermazione: gli indicatori di qualità sono importanti, ma hanno anche limiti invalicabili. Non possono essere l'unico strumento per interloquire con i pazienti e la nostra controparte. Servono per dimostrare un miglioramento clinico, ma non possono "misurare" la completezza e complessità del paziente.

**Maria C.**

Non è trascurabile che un parametro clinico sia dentro una persona, con la sua storia. In Inghilterra, dopo l'adozione della retribuzione orientata solo al raggiungimento dei target, sono state sollevate serie critiche da parte dei pazienti, che vengono approcciati esclusivamente in base a certe caratteristiche. Non sei più una persona, diventi un caso clinico più o meno redditizio! Il valore dell'essere medico, su cui si fonda il rapporto di fiducia con il paziente, sfugge a una descrizione numerica. Quindi la prima novità è farci riconoscere il valore complessivo della nostra professione, ed evitare che un errato uso degli indicatori clinici ci trasformi in "lavoratori a cottimo".

**Maurizio L.**

Mi pare che gli attuali progetti di "governo clinico" siano troppo disomogenei e senza continuità. Per consolidare la qualità nella pratica quotidiana manca ancora un lavoro sulle "infrastrutture" tecniche e normative. Riassumo gli aspetti fondamentali. Innanzitutto, lo abbiamo detto, il riconoscimento del valore globale del nostro lavoro; poi, la definizione di alcuni indicatori essenziali, sia clinici sia di qualificazione. Il ruolo dell'informatica deve diventare più "strutturale", arrivare cioè a una rilevazione e trasmissione automatica dei dati. Infine occorrono finanziamenti adeguati per la preparazione dei progetti e una formazione permanente. Al proposito, *voi ritenete giusto che i progetti di governo clinico diventino permanenti, cioè siano rinnovati a ogni accordo collettivo regionale?*

**Claudia R.**

Adottare una nuova linea guida fa lavorare di più all'inizio e in seguito. Però l'esperienza aiuta a essere sintetici. Che i progetti di governo clinico siano permanenti può significare introdurre progressivamente miglioramenti organizzativi, insieme a qualche altro indicatore di qualità. Se fossero ben coordinati, si potrebbe aderire ad alcuni progetti, anche "sovrapposti". Anche per me, però, fare il medico di famiglia non può diventare l'inseguimento di target. Il paziente è più dei suoi target, raggiunti o no.

**Lucio A.**

La domanda mi porta a paragonare il nostro studio con il progetto di governo clinico PDT Diabetici proposto recentemente dalla ASL. Grazie al nostro studio ho imparato i criteri per valutare il rischio cardiovascolare e le terapie da adottare. Sapete però quanto sia difficile il rapporto con i diabetici. Ora, al termine del progetto ASL, non mi sento motivato a programmare controlli ravvicinati per i pazienti che non seguono le mie indicazioni. Nessuno consulta

periodicamente le cartelle per riverificare sistematicamente tutte le terapie. È giusto fare un lavoro sistematico solo per un progetto permanente.

#### **Andrea M.**

Servirebbe anche un uso più preciso dell'informatica. Il SISS potrebbe fare una verifica delle prescrizioni e della loro congruità. Comunque non ha senso partecipare a progetti che non hanno un seguito. Certo il grosso problema è quello della modalità retributiva: è rischioso legare la retribuzione solo a "prestazioni" che ti inducono a trascurare il lavoro quotidiano. Anch'io non posso dimenticare che la peculiarità della nostra professione è dare risposte equilibrate e globali ai pazienti. Comunque, per cambiare

veramente la realtà clinica occorre portare avanti i progetti, cioè essere disponibili alla verifica degli indicatori e al confronto della propria esperienza.

#### **Lucio A.**

Un lavoro ben fatto si può fare solo in piccoli gruppi. Questo, però, è un carico di lavoro che merita un incentivo ben diverso dalla "mancia" che ci riconoscono *una tantum* per un progetto. Insomma è inevitabile una distinzione nel tempo tra chi ci sta a un lavoro di qualificazione professionale e chi è interessato ad altro. Naturalmente non si devono dimenticare gli incentivi per gli altri indici di qualificazione dello studio, che vanno periodicamente aggiornati.

## La proposta

### SCP (Sentinella Cardiovascolare Permanente)

#### Un progetto di governo clinico nelle cure primarie del rischio cardiovascolare (Milano, luglio 2008)

**Il gruppo di lavoro dello studio DIP ha sintetizzato la propria esperienza in questa proposta operativa:**

- *negoziare uniti.* Definire tra le organizzazioni sindacali un progetto di governo clinico da negoziare con la Regione in sede di rinnovo ACR nell'area della gestione globale del rischio cardiovascolare, che affermi in modo permanente i target della medicina basata sulle evidenze;
- *interessare più MMG alla qualità.* Il progetto prevede l'adozione di alcuni target e il perseguimento di livelli raccomandati in alcuni indicatori di processo cardiovascolare, applicati in prevenzione primaria ai pazienti a rischio medio o alto (secondo i criteri della Carta Cuore Italia), e a quelli in prevenzione secondaria;
- *un progetto agile.* L'adesione al progetto è volontaria e consiste nella verifica permanente degli indicatori di processo, mediante un adeguato e agile supporto informatico. Un finanziamento alle principali società di gestione informatica garantisce (analogamente a quanto avvenuto per l'implementazione del SISS da parte della Regione Lombardia) a tutti i MMG una versione del software in grado di registrare, estrarre e inviare periodicamente i necessari dati a un server centrale, secondo modalità automatiche, verificabili e lecite, senza la mediazione di materiale cartaceo;
- *un lavoro stabile.* Punto qualificante dell'accordo è il carattere continuativo del contratto, che la controparte si impegna a rinnovare automaticamente con i MMG già aderenti e che hanno raggiunto gli obiettivi del progetto; a ogni rinnovo del contratto le parti valuteranno i risultati e il carico di lavoro conseguente, e confermeranno o negozieranno di volta in volta gli indicatori di processo, i livelli raccomandati di raggiungimento, il finanziamento e gli incentivi.

**Il gruppo proponente ritiene altrettanto qualificanti altri due aspetti dell'accordo:**

- *essere, e rimanere, medici.* Il progetto verifica periodicamente l'impatto sulla qualità del rapporto medico-paziente dell'adozione della LG al fine di perseguire una qualità professionale che integri in modo equilibrato il valore complessivo della professione medica e il perseguimento di indicatori clinici specifici. Gli incentivi devono considerare adeguatamente realtà quali l'anzianità di servizio, la partecipazione alla formazione, il contributo a essa in termini di esperienza;
- *"stiamo lavorando per voi".* Il progetto deve comprendere anche un'adeguata divulgazione a tutti i soggetti del Sistema Sanitario Regionale (utenti, ASL, aziende ospedaliere, università e ordine dei medici), mediante opportuni e autorizzati strumenti di diffusione d'immagine e di pubblicità sanitaria (avvisi al pubblico, timbro e logo specifici autorizzati, comunicazioni a servizi di cure secondarie implicati nella gestione del rischio cardiovascolare), al fine di promuovere un riconoscimento delle attività svolte, una stima e una collaborazione fattiva tra i soggetti.

**Indicatori di processo negoziabili:**

- criteri di diagnosi accreditati per le principali patologie correlate;
- interventi sulla disassuefazione dal fumo di tabacco;
- rilevamento dell'indice di massa corporea e identificazione dei pazienti obesi;
- rilevamento periodico dell'emoglobina glicosilata nei pazienti affetti da diabete;
- rilevamento periodico della pressione arteriosa, con specifici target;
- terapia con antiaggreganti piastrinici, con specifici target, individuazione di pazienti non in trattamento, valutazione dell'adeguatezza e continuità delle prescrizioni;
- terapia con farmaci ipocolesterolemizzanti, con specifici target, individuazione di pazienti non in trattamento e valutazione dell'adeguatezza e continuità delle prescrizioni;
- utilizzo di materiale educativo per i pazienti, differenziato in base a problematiche e livelli di rischio;
- adozione di personale di studio senza costi per il MMG, per definiti progetti di medicina d'iniziativa.