

Cultura del dato in Medicina Generale. Una ricerca qualitativa sul comportamento di registrazione dei fattori di rischio comportamentale^a

Antonio Votino¹, Giancarlo Pocetta², Alessia Biribanti³, Maurizio Verducci⁴, Alessandro Rossi⁵

¹ Medico di Medicina Generale; ² Ricercatore in Igiene, ³ Specializzanda in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Perugia, sede di Terni;

⁴ Medico di Medicina Generale, socio SIMG Umbria; ⁵ Presidente Regionale SIMG Umbria

Introduzione

L'impegno delle Cure Primarie contro le malattie croniche è fondamentale sia per lo sviluppo di specifiche politiche di prevenzione da parte delle autorità, sia per l'impatto economico che queste hanno sull'assistenza sanitaria.

Queste patologie hanno in comune pochi e per lo più modificabili fattori di rischio, quali il fumo di tabacco, l'obesità e il sovrappeso, la sedentarietà, l'abuso di alcol e l'alimentazione scorretta¹. I medici di medicina generale (MMG) sono perfettamente consapevoli di ciò così come della necessità di dotarsi di strumenti di registrazione e gestione dei pazienti e soprattutto di competenze professionali idonee a supportare un'efficace azione preventiva nei confronti dei loro assistiti.

Anche nel campo della sanità pubblica e della prevenzione collettiva, dove attualmente la sorveglianza dei suddetti fattori di rischio è svolta attraverso informazioni periodicamente raccolte dall'ISTAT attraverso indagini multiscopo e, solo negli ultimi anni, dal Sistema di Sorveglianza sulla salute PASSI (Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia)², la Medicina Generale può offrire un contributo primario. Teoricamente, tutti i pazienti dovrebbero essere investigati per ogni fattore di rischio comportamentale come passo iniziale negli interventi raccomandati nell'assistenza di base^{3,4} e inoltre la presenza dei MMG su tutto il territorio nazionale, e il rapporto longitudinale con i pazienti, possono permettere una visione della situazione in tempo reale.

Le metodologie di screening utilizzabili nell'ambito della Medicina Generale sono due: di iniziativa ed opportunistica; per superare le

difficoltà incontrate nel raggiungere livelli standard di indagine i medici potrebbero fondere le due metodologie in modo da superarne alcuni limiti⁵ rappresentati ad esempio dalla carenza di dati relativi ai pazienti più giovani.

A fronte di questa opportunità teorica, diventa quindi utile analizzare il comportamento dei MMG nel rilevare i dati dei fattori di rischio. Numerosi studi internazionali hanno esaminato la loro gestione in Medicina Generale riscontrando che gli elementi che condizionano lo screening possono riguardare il medico, il paziente, l'ambiente di lavoro o essere barriere di sistema⁶⁻⁹.

Per quanto riguarda l'Italia, i dati del VI Report Health Search¹⁰ mostrano come per il 2009 la frequenza di rilevazione dei principali fattori di rischio ascrivibili a comportamenti legati allo stile di vita, per le patologie prese in considerazione, sia la seguente: *fumo*: dal 59,9% nei pazienti con asma all'83,6% dei diabetici di tipo 2; *BMI*: dal 23,1% dei pazienti con ictus al 37,8% dei pazienti con diabete tipo 2. Anche a partire da queste informazioni, gli stessi MMG si chiedono se vi sia tra di essi quella "cultura della registrazione del dato" che consentirebbe loro di fare prevenzione attiva nei confronti dei loro pazienti²³.

Obiettivi

Lo scopo della nostra indagine era quello di comprendere i fattori che intervengono sulle modalità di registrazione adottate dai MMG relativamente ai fattori di rischio comportamentali, approfondendo la percezione dei vantaggi e dei limiti del loro contributo

^a L'articolo riporta i risultati della ricerca svolta, presso la cattedra di Igiene del Corso di Laurea in Medicina con sede a Terni, da Antonio Votino per la sua Tesi di Laurea in Medicina e Chirurgia dal titolo "Il ruolo del Medico di Medicina Generale come agente di ricerca per la Sanità Pubblica", relatore: prof. Giancarlo Pocetta, co-relatore: dott. Alessandro Rossi.

alla sorveglianza. Tutto ciò al fine di elaborare indicazioni per il miglioramento della qualità della rilevazione stessa.

Materiali e metodi

Data la finalità esplorativa della ricerca, è stata scelta una metodologia di tipo interpretativo basata sulla tecnica dell'intervista semistrutturata¹¹.

L'intervista era basata su un temario guida i cui punti chiave sono stati definiti attraverso una ricerca sulla letteratura scientifica. Il temario è stato quindi validato e definito con la supervisione di due MMG esterni al gruppo degli intervistati (Tab. I).

Per la selezione degli intervistati ci si è avvalsi della partecipazione della SIMG provinciale di Terni. Sono stati intervistati 13 MMG: 12 uomini e 1 donna, con un'età media di 56 anni (51-60 anni). L'anzianità di servizio come MMG era in media di 27 anni (10-35 anni). Un medico aveva seguito il corso triennale di formazione specifica in Medicina Generale, 6 medici avevano conseguito altre specializzazioni mediche, 6 non avevano alcuna specializzazione. Tre medici operavano da soli, 9 in medicina di gruppo. Quattro partecipanti facevano parte del progetto Health Search.

Le interviste, della durata compresa tra 15 e 40 minuti, hanno avuto luogo negli studi medici e sono state condotte da un unico intervistatore. Il dialogo è iniziato con la rilevazione dei dati personali del medico e delle modalità di organizzazione delle consultazioni per poi affrontare gli altri punti di interesse. Tutti i colloqui sono stati registrati su nastro e in seguito trascritti. Prima di ogni intervista è stato ottenuto il consenso per la partecipazione e la registrazione su nastro.

L'intervistatore ha ascoltato tutte le registrazioni audio e controllato la correttezza delle trascrizioni. In fase di elaborazione a ciascun intervistato è stato assegnato un codice numerico.

Tabella I

- Dati del medico: età, sesso, specializzazione, numero di assistiti, durata della loro attività di MMG, partecipazione a Health Search, lavoro da solo o in medicina di gruppo
- Come è organizzato il suo lavoro?
- Quali cambiamenti ha notato nel suo arco professionale?
- Per cosa utilizza il PC? Quali dati registra e che utilizzo ne fa?
- Quanto tempo spende per la registrazione dei dati e quali sono le ripercussioni di questa attività sulla gestione dei pazienti?
- Quali sono le difficoltà incontrate nella registrazione e cosa bisognerebbe fare per migliorarla?
- Quanto conosce e registra i fattori di rischio comportamentali dei propri pazienti?
- Difficoltà incontrate nella registrazione dei fattori di rischio comportamentali?
- Quanto ritiene utile la registrazione dei fattori di rischio per la tutela della salute dei pazienti?
- Ritiene che i dati prodotti dalla Medicina Generale possano essere utilizzati per la ricerca? In caso affermativo come cambierebbe il lavoro del medico?
- Sente il bisogno di iniziative di formazione e incentivazione per l'attività di raccolta dei dati?

Risultati

Modalità di registrazione adottata

Tutti i medici intervistati utilizzano il computer per la registrazione dei dati dei pazienti, ritenendo poco utile l'uso della cartella cartacea a causa della grande mole dei dati. La cartella clinica informatizzata risulta più esaustiva per la gestione dei pazienti e delle loro patologie, incrementa la quantità di dati trascritti, ne facilita il recupero, permette attività di *self audit* e la programmazione dei follow-up. La registrazione dei dati avviene durante la visita, anche se qualcuno si fa lasciare dall'assistito il materiale da inserire in cartella (es. risultati di esami strumentali e di laboratorio) per poi riportarlo in seguito. La registrazione è entrata a far parte dell'attività quotidiana e occupa, ormai, una parte importante dell'orario di lavoro, aumentando il tempo delle consultazioni di un terzo.

“La registrazione dei dati mi porta via il 25% del tempo di lavoro, ma ne ho un enorme ritorno in termini di qualità del lavoro. Oggi non è possibile svolgere la nostra attività, che trova nella continuità del rapporto con i pazienti il punto cardine, senza avere una cartella clinica del paziente aggiornata di continuo”. (Intervistato n. 9).

Le registrazioni più costanti riguardano le diagnosi, i farmaci prescritti, le visite specialistiche, gli esami strumentali o di laboratorio effettuati e i risultati.

“Tendo a registrare maggiormente le problematiche dei pazienti, le diagnosi e le anamnesi. Il consumo di alcol non lo registro per nessuno dei miei pazienti, l'attività fisica la registro poco. L'altezza, il peso ed il fumo di tabacco, che sono essenziali per il calcolo del rischio cardiovascolare, li registro”. (Intervistato n. 6).

Qualità della registrazione

La raccolta dei dati è effettuata in maniera sistematica e approfondita durante il primo incontro con il paziente e poi in maniera occasionale nelle successive consultazioni. I medici ritengono la conoscenza degli stili di vita dei pazienti parte del proprio lavoro, ma non sempre li indagano e spesso, quando lo fanno, la registrazione è inaccurata e gli aggiornamenti sono infrequenti, preferendo, in qualche caso, affidarsi alla memoria.

Questo dato concorda con altri studi fatti^{10 12-14} e potrebbe essere dovuto all'organizzazione dell'assistenza sanitaria di base e alla percezione che il medico ha del proprio ruolo, privilegiando la cura delle malattie rispetto alla prevenzione.

Non sono state riscontrate differenze sostanziali in base al numero di assistiti (carico di lavoro), alla specializzazione conseguita (che potrebbe denotare differenti interessi) o alla durata della professione (esperienza e conoscenza dell'assistito). Discordanza, invece, esiste tra i medici che partecipano a Health Search e quelli che non partecipano, con i primi che registrano in modo più completo

e costante. Alla base potrebbe esserci una maggiore sensibilità per l'importanza della registrazione dei dati e per il controllo che il sistema impone ai propri partecipanti inviando periodicamente dei feedback per migliorarne l'operato.

La frequenza di registrazione cambia molto tra i differenti fattori di rischio comportamentali. Il fumo è registrato più frequentemente e anche gli aggiornamenti avvengono più spesso. Questo potrebbe essere il risultato degli sforzi fatti negli ultimi anni dalla Sanità Pubblica per trasmettere l'importanza del fumo nel determinare lo stato di salute delle persone o più semplicemente perché il dato fumo serve ai clinici in quanto rientra nel calcolo del rischio cardiovascolare.

Il grado di attività fisica e le abitudini alimentari sono registrate con minore regolarità, con gli intervistati che riferiscono di preferire altri indicatori dello stato di salute del paziente come il BMI (anche questo utilizzato nel calcolo del rischio cardiovascolare) o di affidarsi all'aspetto generale del paziente. La scarsa propensione alla valutazione del grado di attività fisica svolta ricalca quanto emerge in uno studio condotto in Australia¹⁵. Questo potrebbe essere dovuto alla modalità di estrazione dell'informazione, che è poco immediata e richiede un lungo colloquio con il paziente per conoscere le sue abitudini, e alla modalità di valutazione dell'informazione estrapolata, in quanto mancano degli standard di riferimento, per cui la valutazione dei dati sarebbe esclusivamente legata alla soggettività del medico.

Anche l'abuso di alcol è registrato in misura limitata, ma le motivazioni potrebbero risiedere nella delicatezza dell'argomento che rende difficile affrontarlo con i propri assistiti¹⁶.

Un altro fattore discriminante per la quantità e qualità delle registrazioni è costituito dalle condizioni dei pazienti: la registrazione è più frequente per i pazienti che presentano patologie croniche, che hanno un elevato livello di rischio e per gli anziani. Questo dato è sostenuto anche da altri studi^{7 8 17 18} e potrebbe essere il risultato di una maggiore considerazione dei medici per i fattori di rischio. Questa tipologia di pazienti, inoltre, visita il medico molto più frequentemente dando maggiori possibilità di effettuare screening e registrazione.

Sono state messe in evidenza alcune "barriere" alla registrazione. Un fattore che spesso è stato menzionato è la mancanza di tempo dovuto al pesante carico di lavoro che il MMG deve sostenere.

"Siamo sempre più impegnati sul versante burocratico e abbiamo sempre meno tempo da dedicare all'esplorazione e alla registrazione delle abitudini dei nostri pazienti". (Intervistato n. 3).

"Teoricamente la registrazione degli stili di vita è molto importante, ma nella pratica non è sempre possibile perché il tempo condiziona molto la nostra attività". (Intervistato n. 5)

Questo rappresenta un fattore controverso nell'organizzazione del lavoro in Medicina Generale; la letteratura riporta diversi studi che affrontano la gestione dei fattori di rischio in Medicina

Generale^{13 19 20}. Conclusioni che vanno a favore della registrazione sono evidenziate da un notevole studio randomizzato e controllato effettuato in America, dove il 60% dei medici riporta che la gestione dei fattori di rischio ha causato un piccolo o nessun aumento della durata della visita di routine. Tutti gli intervistati nel nostro studio hanno lamentato mancanza di tempo, tuttavia ciò ha riguardato sia i medici con 800 assistiti, sia coloro che hanno 1.500 assistiti; risulta anche evidente che il tempo non influenza altre registrazioni come la pressione arteriosa o i risultati degli esami effettuati. L'interpretazione potrebbe essere che i medici hanno stabilito delle priorità al loro operato e non considerano la registrazione dei dati comportamentali come prioritaria. Altra barriera citata è la resistenza da parte dei pazienti nel parlare dei propri stili di vita, ma alcuni studi la ascrivono a una insufficiente formazione in comunicazione²¹.

"I pazienti sostanzialmente si rivolgono al medico perché non vogliono cambiare i loro stili di vita, ma vogliono un farmaco che li aiuti". (Intervistato n. 11).

"Il paziente potrebbe diventare diffidente, quasi annoiato da questo richiamo costante senza una motivazione precisa legata alla consultazione. Si rischia di perdere il paziente perché si sente colpevolizzato". (Intervistato n. 5).

Terzo aspetto identificato dagli intervistati è la mancanza di incentivi, descritta anche in altri studi^{6 22} e vissuto da alcuni intervistati, più che come ostacolo organizzativo, come mancato riconoscimento per il proprio lavoro.

"A volte ho la sensazione che i dati che ho raccolto con tanto lavoro non abbiano delle ricadute pratiche, se non il miglioramento della qualità del mio lavoro. Vorrei un maggior riconoscimento, anche economico". (Intervistato n. 2).

A questo proposito, in Inghilterra è stato riscontrato un aumento della registrazione del dato fumo dopo l'introduzione di incentivi per la registrazione di questo dato.

Discussione e conclusioni

Lo studio presenta i limiti tipici di un approccio qualitativo: l'esigua numerosità del gruppo di intervistati e la modalità della loro selezione potrebbero avere favorito la selezione di partecipanti maggiormente sensibili e informati, tuttavia va anche considerato che, per la natura descrittiva della ricerca, questo approccio dà maggiori possibilità di esplorare e approfondire le componenti di una questione controversa quale quella degli atteggiamenti e dei comportamenti dei MMG nella rilevazione dei fattori di rischio comportamentale. D'altra parte, la coerenza delle informazioni rilevate con le conclusioni tratte da altri studi

presenti nella letteratura scientifica internazionale, avvalorando quest'ultima considerazione.

La ricerca, dunque, ha permesso di evidenziare i parametri in grado di influenzare la registrazione dei fattori di rischio, che possono essere riassunti in tre categorie generali: caratteristiche del medico, caratteristiche del paziente e barriere del sistema (Tab. II).

Gli elementi contenuti nelle prime due colonne offrono alcuni spunti di riflessione. È nostra convinzione che non sia tanto una insufficiente consapevolezza dell'importanza della prevenzione negli stili di vita, quanto piuttosto le modalità attuative, di setting e di sistema a far decrescere nel tempo l'attenzione verso la registrazione dei comportamenti.

I fattori relativi alle caratteristiche del paziente devono invece essere affrontati sia sul piano di una visione "di iniziativa" del lavoro professionale – finalizzato a reclutare nella registrazione gli assistiti più sfuggenti, ad esempio i più giovani –, sia sul piano della formazione di una forte capacità di comunicazione medico-paziente volta a superare le barriere soggettive poste dagli assistiti su specifici argomenti.

Gli elementi contenuti nella terza colonna ci permettono di evidenziare tre livelli di criticità che si collocano sul piano dell'organizzazione del lavoro del medico nella quale si integra la rilevazione dei fattori di rischio. In primo luogo, la qualità della registrazione deve essere supportata tecnicamente, ad esempio attraverso l'uso di tabelle di verifica della registrazione con feedback resi attraverso un sistema di *alert* del programma utilizzato, che avvisi il medico della mancata registrazione di alcuni dati quando apre la cartella del paziente oppure attraverso (o insieme a) agevolazioni della pratica di registrazione con schemi e modalità più semplici e veloci (ad esempio nella rilevazione dell'attività fisica). La completezza della registrazione deve essere supportata da incentivi; l'esperienza inglese dimostra che incentivi finanziari si sono rivelati utili per aumentare la registrazione dell'abitudine al fumo. La sistematicità, infine, della rilevazione dovrà essere valutata in un tempo congruo: diversi studi hanno infatti permesso di concludere che c'è bisogno di molto tempo per istituzionalizzare un cambiamento nella modalità di operare dei medici, pena una flessione dei risultati inizialmente ottenuti.

In conclusione, la registrazione svolta dal MMG rappresenta il più valido e completo approccio a una conoscenza dei fattori di rischio comportamentale, essenziale per la gestione appropriata dell'assistenza nell'ambito delle cure primarie. Essa permette

anche di costruire mappe epidemiologiche fortemente aderenti ai bisogni reali dei cittadini e perciò utili alla programmazione territoriale della sanità pubblica.

Bibliografia

- 1 World Health Organization, *Preventing Chronic Disease: a vital investment*. WHO Global Report 2005.
- 2 Epicentro - ISS. *Sistema PASSI*.
- 3 Coups EJ, Gaba A, Orleans CT. *Physician screening for multiple behavioural health risk factors*. Am J Prev Med 2004;27:34-41.
- 4 Whitlock EP, Orleans CT, Pender N, et al. *Evaluating primary care behavioural counselling interventions: an evidence-based approach*. Am J Prev Med 2002;22:267-84.
- 5 Norman P, Fitter M. *The potential and the limitation of opportunistic screening: data from a computer simulation of a general practice screening programme*. Br J Gen Pract 1991;41:188-91.
- 6 Walsh JM, Swangard DM, Davis T. *Exercise counselling by primary care physicians in the era of managed care*. Am J Prev Med 1999;16:307-13.
- 7 Laws RA, Kirby SE, Davies GP. *"Should I and can I?" A mixed methods study of clinician beliefs and attitudes in the management of lifestyle risk factors in primary health care*. BMC Health Serv Res 2008;8:44.
- 8 Little P, Scloock L, Griffin S, et al. *Who is targeted for lifestyle advice? A cross-sectional survey in two general practice*. Br J Gen Pract 1999;49:806-10.
- 9 Ferketich AK, Khan Y, Wewrs ME. *Are physicians asking about tobacco use and assisting with cessation? Results from the 2001-2004 national ambulatory medical care survey (NAMCS)*. Prev Med 2006;43:472-6.
- 10 Società Italiana di Medicina Generale. *VI Report Health Search*. 2009-2010. www.healthsearch.it
- 11 Trinchero R. *Manuale di ricerca educativa*. Milano: Franco Angeli 2002.
- 12 Agarwal G, Crooks VA. *The nature of information continuity of care in general practice*. Br J Gen Pract 2008;58:e17-24.
- 13 Murray RL, Coleman T, Antoniak M, et al. *The potential improve ascertainment and intervention to reduce smoking in primary care: a cross sectional survey*. BMC Health Serv Res 2008;8:6.
- 14 Mant J, Murphy M, Rose P, et al. *The accuracy of general practitioner records of smoking and alcohol use: comparison with patient questionnaires*. J Public Health Med 2000;22:198-201.
- 15 Ampt AJ, Amoroso C, Harris MF, et al. *Attitudes, norms and controls influencing lifestyle risk factor management in general practice*. BMC Fam Pract 2009;26:10-59.

Tabella II

Caratteristiche del medico	Caratteristiche del paziente	Barriere del sistema
<ul style="list-style-type: none"> • Convinzioni e atteggiamenti nei confronti delle registrazioni • Convinzioni sull'importanza dei singoli fattori di rischio • Percezione dell'efficacia dei propri interventi • Partecipazione a Health Search 	<ul style="list-style-type: none"> • Età del paziente • Presenza di patologie • Livello dei fattori di rischio • Atteggiamento dei pazienti • Assiduità di frequenza dello studio 	<ul style="list-style-type: none"> • Mancanza di tempo-eccessivo carico di lavoro • Modalità di registrazione • Mancanza di incentivi

- ¹⁶ Aira M, Kauhanen J, Larivaara P, et al. *Factors influencing inquiry about patients' alcohol consumption by primary health care physicians: qualitative semi-structured interview study.* Fam Pract 2003;20:270-5.
- ¹⁷ Glasgow RE, Orleans CT, Wagner EH. *Does the chronic care model serve also as a template for improving prevention?* Milbank Q 2001;79:579-612.
- ¹⁸ Frank O, Litt J, Beilby J. *Preventive activities during consultations in general practice: influences on performance.* Aust Fm Physician 2005;34:508-12.
- ¹⁹ Brotons C, Bjurkelund C, Bulc M. *Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe.* Prev Med 2005;40:595-601.
- ²⁰ Lawlor D, Keen S, Neal R. *Increasing population levels of physical activity through primary care: general practitioner's knowledge, attitudes and self-reported practice.* Fam Pract 1999;16:250-4.
- ²¹ Lambe B, Collins C. *A qualitative study of lifestyle counselling in general practice in Ireland.* Fam Pract 2010;27:219-23.
- ²² McKenna J, Naylor PJ, McDowell N. *Barriers to physical activity promotion by general practitioners and practice nurses.* Br J Sports Med 1998;32:242-7.
- ²³ Pasculli D, Ruggeri M. *L'uso integrato della cartella clinica Millewin e del MilleGPG: potenzialità e opportunità per una Medicina Generale moderna ed efficace.* Rivista SIMG 2010;(3):3-7.



UNA STORIA IMPORTANTE

Millennium, da sempre a fianco del Medico di Famiglia nell'evoluzione e nel miglioramento della qualità professionale. Insieme abbiamo fatto crescere la Medicina Generale Italiana

www.millegpg.it

www.millewin.it

numero verde 800 949502