

un'opportunità di sicuro successo per qualsiasi programma riguardante la salute. Le conclusioni, sui dati raccolti, sono un punto di partenza e richiamano la necessità di elaborare opportune iniziative, una comunicazione costante, tra diversi settori interessati alla patologia psichica, allo scopo di realizzare un osservatorio ed un counseling multidisciplinare per la prevenzione ed il benessere della popolazione.



**Carosino Claudio MMG
a Busseto (PARMA)**

Il self-audit, inteso come periodica verifica di aree specifiche del proprio lavoro, utilizzando come termine di paragone gli standard disponibili, rappresenta una tappa fondamentale della FORMAZIONE PERMANENTE del MMG. In questo processo trovano il loro punto di contatto la RICERCA (perchè l'atteggiamento è quello del ricercatore che intraprende uno studio osservazionale), la VRQ (perchè si confronta il proprio operato con quello ritenuto accettabile), l'EDUCAZIONE PERMANENTE (perchè si mettono in evidenza i propri errori e si impara a non ripeterli). L'avvento dei software per la gestione dell'ambulatorio del MMG, soprattutto di quelli più completi, ha facilitato enormemente l'operazione di estrazione e di analisi dei dati archiviati ma la qualità globale del lavoro dipende da due elementi critici: la QUANTITÀ E LE MODALITÀ di registrazione dei propri dati. Scopo della presente relazione è di esporre i RISULTATI ottenuti con la ricerca ma SOPRATTUTTO L'ESPERIENZA EFFETTUATA, con le relative difficoltà, correzioni di rotta, approssimazioni etc.

MATERIALI E METODI

L'autore utilizza da circa tre anni il software MILLE-SIMG (originaria versione DOS) per la normale gestione di due ambulatori (due PC fissi con HARD-DISK estraibile). Non vengono abitualmente registrati i dati di pazienti visti a domicilio ed in un terzo studio (non più di due o tre ore la settimana di ambulatorio).

I pazienti diabetici non hanno un ambulatorio dedicato ed accedono agli studi, come tutti gli altri pazienti, sia in modo "libero" sia in appositi spazi orari riservati alle visite su appuntamento.

Il numero totale dei pazienti in carico è quello massimale (1500 circa). La registrazione dei dati sul software è fatta su diverse aree (records) per cui è data una notevole variabilità nelle modalità di registrazione: a parte i dati anagrafici e le terapie è possibile ad esempio utilizzare più o meno l'archiviazione per PROBLEMI dei disturbi del paziente ed è possibile CATALOGARE IN DIVERSA MISURA tali problemi SECONDO LA CODIFICA UTILIZZATA DAL PROGRAMMA.

Il software è dotato di strumenti per l'estrazione dei dati ma tale operazione viene eseguita "area per area" rendendo necessarie più ricerche in successione per incrociare, sommare o sottrarre i dati ottenuti dopo una singola analisi.

RISULTATI E DISCUSSIONE

Occorre innanzitutto definire la popolazione oggetto di indagine poichè il software citato permette di archiviare anche le cartelle dei pazienti deceduti o trasferiti ad altro medico. Volendo esaminare tutto il materiale archiviato si rilevano 1606 schede-paziente relative a pazienti comunque seguiti in questi tre anni (attualmente viventi, morti, oppure passati ad altro curante).

Operando le opportune correzioni per sottrarre i pazienti deceduti (53) e trasferiti (48), restano 1505 pazienti "attualmente in cura".

Per evidenziare i pazienti con DIAGNOSI ESPLICITE DI DIABETE IN CARTELLA è possibile attivare una specifica selezione, attraverso la quale si ricavano i nomi di 38 pazienti (40 se si conteggiano anche due deceduti, un'anzia-

na paziente deceduta per cardiopatia scompensata tempo addietro ed un paziente relativamente giovane morto nel gennaio u.s. di morte improvvisa durante il decorso di un infarto miocardico).

Metodi alternativi per risalire ai pazienti diabetici possono essere:

1-estrarre i soggetti che hanno registrato in cartella almeno UN VALORE DI GLICEMIA > 140 mg/dl.: ne risultano 28 (27 tuttora in cura) tra i quali QUATTRO NON SEGNALATI IN ALTRO MODO

2-esaminare le prescrizioni farmacologiche, dalle quali si risale a 49 pazienti (47 attualmente in cura) ai quali è stata prescritta ALMENO UNA CONFEZIONE DI FARMACI ANTIDIABETICI ORALI ed 1 CHE FA USO DI SOLA INSULINA (mentre quattro dei 49 citati prima utilizzano sia antidiabetici per os che insulina). Integrando i dati precedenti si raccolgono:

47 pazienti in cura con antidiabetici per os (dei quali 4 anche con insulina)

1 paziente in cura con sola insulina (unico diabetico tipo I)

4 pazienti registrati come diabetici in cura con sola dieta (e perciò non registrati nelle prescrizioni)

1 paziente dei 4 che hanno avuto una glic.>140 mg/dl per il quale la diagnosi è stata confermata

per un totale di 53 pazienti diabetici presenti negli archivi (tab. 1)

A questi si possono aggiungere altri 4 pazienti, i cui dati sono stati visti ma non registrati, per i quali la diagnosi è certa e che usano antidiabetici per os (una è seguita da un "centro diabetico").

La percentuale dei pazienti diabetici noti è quindi di 57 su 1505 = 3.8%.

Individuati i pazienti si è tentato di verificarne la correttezza del follow-up, la presenza di complicanze e lo stato di compenso, almeno per quanto attiene ai dai registrati, e qui sono iniziate le spiacevoli sorprese. A parte i pazienti con complicanze note, in genere ben "in evidenza" nella memoria del curante, oltre che nei suoi archivi informatici, la cui frequenza e tipologia è riportata in tab. 2, è la regolarità della registrazione degli esami di controllo a lasciare molto a desiderare. Su 53 diabetici presenti nell'archivio (52 NID e 1 ID) solo 9 hanno registrata in cartella dal 1.01.1998 in avanti una VISITA CARDIOLOGICA CON ECG, solo 8 una VISITA OCULISTICA, mentre 18 hanno effettuato esami di controllo per la FUNZIONALITÀ RENALE (pochi la ricerca di MICROALBUMINURIA), e 23 per il controllo dell'ASSETTO METABOLICO.

Da segnalare inoltre come non è presente di routine in cartella il peso corporeo con calcolo del BMI.

Ancora, se possibile, più sconcertante è la regolarità di registrazione dei dati relativi al compenso glicemico: anche tenendo conto del fatto che la paziente con diabete ID è seguita quasi esclusi-

Tab. 1 COMPOSIZIONE DELLA POPOLAZIONE DI DIABETICI

CLASSE DI ETÀ	M	F	TOT.
<40 anni		1 (ID)	1
40 - 49		2	2
50 - 59	6	5	11
60 - 69	9	7	16
70 - 79	4	7	11
>80 anni	5	7	12
TOTALI	24	29	53

Tab. 2 COMPLICANZE

Paziente	età	Polineurite	Arteriopatia	Cardiop.ischemica	Retinopatia
A.G m 65	+				
B.E. f 74		+*			
C.L. m 61		+°		+	
V.V. f 72		+	+§		
P.I. f 86		+		+	
P.A. f 76			+		
C.V m 53			+§		
B.G. m 90			+§		
FF m 59			+		
F.L. m 72			+		
M.L. f 74			+§		
P.C. f 60				+	+
T.A. f 55					+
T.O. m 68					+^
Totale 14 paz./53	1	4	7	3	3
(7 m e 7 f) 26.4%					

Totale complicanze 18

*operata di TEA carotidea - °operato di amputazione avanpiede - §infarto miocardico
 ^operato di cistectomia per ca.uroteliale

vamente dal locale Centro Diabetici, che tre pazienti effettuano l'automonitoraggio ed almeno altri cinque sono seguiti esclusivamente a domicilio, solo 8 pazienti sui 44 restanti (1 ogni 5-6) hanno almeno una determinazione della EMOGLOBINA GLICOSILATA segnata in cartella dopo 01-01-1998 e non più di 28 hanno uno o più valori di glicemia annotati nello stesso periodo.

Di questi: 8 mostrano un compenso "accettabile" (glicemia media < od = a 140mg/dl) (1) e 12 pessimo (glicemia media > od = a 200 mg/dl).

Il confronto con quelle che sono le indicazioni universalmente accettate per il monitoraggio (1), ma anche solo con analoghe esperienze di audit(2) evidenzia notevoli dislivelli.

Per spiegare queste differenze esistono solo due possibilità:

- mancata registrazione dei dati
- mancata regolarità nei controlli

Più esplicitamente, da un lato esiste un atteggiamento ancora molto "empirico" per cui si registrano solo "certi dati"(scartando magari i casi più semplici, oppure, al contrario quelli più complessi "perchè questi ce li ricordiamo bene") e non "tutti i dati".

Sull'altro versante emerge una insufficiente comunicazione tra medico e paziente, una mancanza di obiettivi comuni, chiari e definiti per entrambi, sul controllo della malattia.

Fa da sfondo l'enorme variabilità del "setting" in medicina generale per cui capita di visionare referti a domicilio mentre si scrive "la ricetta per le pillole del nonno" (con la promessa- mai mantenuta- di poterli rivedere in ambulatorio per registrarli), ed è quindi molto difficile anche programmare controlli o fare del counselling.

CONCLUSIONI

Al di là di ogni altra considerazione mar-

ginale questa esperienza di self-audit dimostra, secondo il parere di chi scrive, l'insufficienza del modello tradizionale di cura ambulatoriale del MMG per il trattamento dei pazienti affetti da diabete (ma le osservazioni sono probabilmente in gran parte estensibili ad altre patologie croniche). La necessità di applicare scadenze precise per i controlli, di richiamare i pazienti "renitenti", di avere un quadro preciso dell'andamento temporale della malattia, rende difficile assistere adeguatamente il diabetico nei ritmi e negli spazi dell'ambulatorio generale e troverebbe risposte adeguate (pur con tutte le difficoltà ben note) solo nell'ambito di un ambulatorio "dedicato".

ABSTRACT

Viene descritta una esperienza di self-audit da parte di un medico che ha in carico 1505 pazienti e, da poco più di tre anni, si serve per la gestione dell'ambulatorio, di un software (MILLE-SIMG) dotato di strumenti per l'estrazione "in automatico" dei dati.

Dalla popolazione generale vengono isolati, con più piste di ricerca, 53 pazienti diabetici (52 NIDM + 1 ID) e di questi vengono descritte le caratteristiche e le eventuali complicanze. Si verifica inoltre la correttezza del follow-up e lo stato di compenso glicemico.

Risulta così evidente una insufficiente registrazione dei dati di follow-up: visita oculistica nell'ultimo anno solo 8 pazienti, ecg 9, esami ematochimici per dislipidemie ed iperuricemia 23, controllo della funzionalità renale 18. Anche i dati relativi al compenso glicemico sono carenti: Emoglobina glicosilata 8 controlli registrati nell'ultimo anno e valori di glicemia segnalati solo sulle schede di 28 pazienti. Inevitabile il giudizio negativo sulla gestione "normale" del paziente diabetico e la risoluzione a tentare vie alternative (ambulatorio dedicato).

BIBLIOGRAFIA:

- 1) Società Italiana di Diabetologia. IL DIABETE MELLITO. Ed. KURTIS Milano 1997: 143 e 151.
- 2) M.Bosisio e coll. DATABASE PER UNA POPOLAZIONE DI DIABETICI. Ricerca & Pratica 1999; 15: 48-53.

V *RQ in medicina generale: un'esperienza presso le residenze protette dell'A.S.L. n. 17 del Veneto*

Gava Gina, Medico Tirocinante Scuola di Formazione Specifica in Medicina Generale, Regione Veneto
Brigato Giorgio, Medico Tutore Scuola di Formazione Specifica in Medicina Generale, Regione Veneto

INTRODUZIONE

La centralità del Medico di Medicina Generale nel SSN favorisce una sua posizione privilegiata per l'attività di VRQ. Sotto questo profilo, però, non poche sono le difficoltà che si incontrano nell'attività di valutazione e revisione degli standard. Infatti i problemi clinici della Medicina Generale sono difficilmente inquadrabili in diagnosi definite; non sempre inoltre il comportamento terapeutico del Medico prescrittore è riferibile a protocolli e strategie comuni; da ultimo, gli effetti della qualità delle prestazioni sono difficilmente misurabili attraverso gli indicatori comuni di morbosità e mortalità. La fondamentale mancanza di consenso che esiste nel contesto professionale pratico, per quanto riguarda l'indirizzo diagnostico-terapeutico in molte problematiche cliniche, rende sempre più crescente il bisogno di uniformare le strategie di intervento, introducendo in maniera sempre più incisiva il "lavoro di gruppo" anche nel campo della Medicina Generale. Illustriamo di seguito un nostro studio, non ancora concluso, inquadrabile nell'ambito dell'attività di valutazione della qualità della prestazione applicato al problema clinico delle infezioni delle basse vie urinarie, sintomatiche e asintomatiche, nella popolazione assistita dai Medici di Medicina Generale della ALS 17 del Veneto.

Il programma di lavoro è stato così articolato:

- 1) Identificazione del problema clinico.
- 2) Approfondita revisione della letteratura con supervisione di esperti.
- 3) Messa a punto e somministrazione di un questionario ai MMG per la valu-