



## Il Manuale di Clinica Pratica

**Titolo** L'audit  
**Data** 26 gennaio 2006 alle 23:59:00  
**Autore** R. Rossi

Parlando della qualità in medicina si è accennato all'audit, parola inglese che significa verifica, revisione. Si tratta di una pratica tipica del mondo anglosassone (tanto che non si sente neppure il bisogno, quando se ne parla, di usare una parola italiana) ed è strano come sia praticamente sconosciuta ai più (a parte una ristretta elite di medici che fa audit in rete come Netaudit). Ancora più strano che i medici non sentano il bisogno di valutare e controllare quello che fanno. Forse perché ritengono di fare già al meglio?

Ma cos'è in definitiva l'audit? E' una metodologia di analisi e revisione dell'attività professionale che ha lo scopo di valutare il proprio operato ed eventualmente migliorarlo. Può essere fatto da gruppi di medici oppure da un singolo medico (self-audit).

Per spiegare in modo comprensibile di cosa stiamo parlando faremo un esempio pratico.

1. Per prima cosa bisogna scegliere un argomento su cui applicare l'audit. Ovviamente gli argomenti sono infiniti, ma conviene scegliere campi di importanza strategica per la medicina generale sia per la prevalenza della patologia che per l'impatto economico che tale patologia comporta. Inoltre la patologia che si desidera sottoporre ad audit deve essere chiaramente diagnosticabile. Per esempio si può fare un audit sui pazienti ipertesi, sui diabetici, sugli infartuati o sullo scompenso cardiaco, sui pazienti anziani sottoposti a vaccinazione antinfluenzale, ecc., tutte condizioni in cui la diagnosi è di solito certa. Se si decide di fare un audit sulla gestione del colon irritabile si capisce subito che le difficoltà iniziano già nella codifica diagnostica.

2. Deciso l'argomento bisogna andare a "spulciare" la letteratura per determinare quello che la comunità scientifica ha stabilito essere buona pratica clinica. Poniamo per esempio di voler fare un audit sui pazienti infartuati. Vi è abbondante dimostrazione che alcuni interventi riducono la mortalità nei pazienti post-infartuati: la somministrazione di antiaggreganti, di betabloccanti, di statine e di acidi grassi n-PUFA. Questi vengono detti in gergo tecnico "criteri". Conviene scegliere non più di 3-4 criteri con cui poi confrontare la propria pratica. Si devono scegliere criteri forti, cioè criteri che hanno dimostrato di portare ad un evidente beneficio clinico. Altri esempi sono la somministrazione di aceinibitori e betabloccanti nello scompenso cardiaco, il trattamento ottimale della pressione arteriosa nei diabetici, la vaccinazione antinfluenzale negli anziani e nei soggetti a rischio, ecc.3. Se abbiamo deciso di fare un audit sul post-infarto, il passo successivo è quello di estrarre

dal proprio archivio tutti i pazienti che hanno avuto un infarto. Per far questo è utile avere un archivio informatizzato (anche se teoricamente nulla vieta di usare un archivio cartaceo per problemi che però deve essere ben tenuto e costantemente aggiornato). Purtroppo l'estrazione dei pazienti dal proprio archivio è un punto critico perché molti medici usano le cartelle informatizzate unicamente per la ricetta e non hanno l'abitudine di codificare i pazienti per patologia. Questo problema è in parte superabile chiedendo al programma di estrarre i pazienti in base alla terapia. Per esempio posso chiedere al programma di estrarre tutti i pazienti che assumono asa, statine, betabloccanti, acidi grassi omega 3. In tal modo sicuramente avrò anche i pazienti infartuati, insieme però ad altri che assumono quei farmaci per motivi diversi (quindi il lavoro di ricerca sarà più lungo e laborioso).

4. Individuati i pazienti infartuati dobbiamo determinare che percentuale di essi rispetta i criteri contro cui avevamo deciso di confrontarci. Questa percentuale in gergo viene detta "indicatore". Per esempio potremmo trovare che solo il 50% dei nostri infartuati assume statine, il 60% assume antiaggreganti e il 40% assume betabloccanti.

5. Il passo successivo è quello di analizzare quali sono i motivi che ci impediscono di rispettare le regole di qualità. In altre parole di esaminare quali "barriere" impediscono ai nostri indicatori di avvicinarsi ai criteri. Una volta trovate le barriere si studiano i correttivi. Non è detto che il mancato rispetto di un criterio sia necessariamente espressione di cattiva qualità. Potrebbe essere per esempio (almeno in via teorica) che il 50% dei pazienti a cui non ho dato una statina non la tolleri oppure abbia avuto delle controindicazioni.

6. L'ultimo passo, una volta analizzate le barriere e proposto dei correttivi, è stabilire degli obiettivi di minima. Per esempio stabilisco che, nel giro di un determinato periodo (6-12 mesi, per dire) porterò la percentuale di pazienti che assumono statine all'80%, che assumono antiaggreganti al 90%, che assumono betabloccanti all'80% (dopo aver escluso ovviamente quelli che non tollerano o che hanno controindicazioni al trattamento). Questi obiettivi che mi propongo sono detti "standard".7. Il ciclo si chiude con un nuovo audit che mi permetterà di valutare se sono riuscito a raggiungere gli standard che io stesso mi ero proposto.

Da questi brevi cenni credo sia chiaro che l'audit dovrebbe essere considerato una pratica normale per ogni medico (o gruppo di medici) perché è solo l'autoverifica che permette il miglioramento delle pratiche mediche. L'audit costituisce anche un potente metodo di aggiornamento "sul campo", sicuramente più efficace di tanti inutili corsi ECM.

Nelle pagine seguenti viene esemplificato come potrebbe essere un audit sul diabete tipo 2. L'esempio non ha la pretesa di esaurire le problematiche legate all'audit né quelle legate alla gestione del diabete, ma solo di mostrare un modello operativo che potrebbe essere utilizzato per migliorare le performances sanitarie.

Esempio di audit sul diabete tipo 2 in Medicina Generale.

### Premesse

E' noto che il DM costituisce una condizione patologica caratterizzata da un elevato rischio di complicanze sia microvascolari che macrovascolari e che il controllo del metabolismo glicemico e dei fattori di rischio associati (ipertensione, ipercolesterolemia, ecc.) è in grado di migliorare la prognosi. Tuttavia la gestione del DM nella pratica è verosimilmente non ottimale.

Scopo di questo studio è di verificare, tramite un processo di audit, la qualità della gestione del DM tipo 2 nella Medicina



Generale e di migliorarla. Infatti linee guida ed evidenze di letteratura sono poco applicate anche perché viste come un qualcosa calato dall'alto sulla libertà prescrittiva del medico. Un processo di autovalutazione e di automonitoraggio potrebbe migliorare la qualità dell'assistenza e gli outcomes essendo qualcosa che nasce dagli stessi medici.

#### Prima fase: identificare i CRITERI

L'esame della letteratura e delle molte linee guida esistenti permette di identificare dei criteri che definiscono l'appropriatezza del management del paziente diabetico. Affinché lo studio non comporti un eccessivo carico per i medici partecipanti è buona regola scegliere pochi criteri forti. Abbiamo scelto i seguenti:

##### 1° criterio: emoglobina glicata

Esprime il controllo glicemico nei precedenti 3-4 mesi. Dovrebbe essere misurata in ogni paziente circa ogni 4 mesi mentre si considera espressione di buon controllo metabolico un valore inferiore al 7%.

##### 2° criterio: pressione arteriosa

È nozione conosciuta che nel diabete tipo 2 il controllo ottimale della pressione riduce le complicanze cardiovascolari come e più del controllo metabolico. Secondo le linee guida internazionali nel diabete la pressione dovrebbe essere portata a valori inferiori a 130/80 mmHg mentre i farmaci di prima scelta dovrebbero essere gli aceinibitori (o gli antagonisti dell'angiotensina II o ARB in caso di intolleranza agli aceinibitori).

##### 3° criterio: colesterolemia

Come per la pressione, anche il controllo di valori elevati di colesterolemia è considerato essenziale nella gestione del diabetico. Le linee guida consigliano di ridurre i valori di LDL colesterolo al di sotto della soglia di 100 mg/dL usando, se è il caso, terapia ipocolesterolemizzante (statine).

##### 4° criterio: microalbuminuria

La presenza di microalbuminuria (valori decisionali > 30 mg/die) è considerata un marker precoce di danno renale. Le linee guida consigliano di determinare periodicamente la microalbuminemia e di usare un aceinibitore (o un ARB) per valori > 30 mg/dL, anche in presenza di pressione ottimale.

##### 5° criterio: esame del fondo oculare

La retinopatia diabetica trae beneficio dal controllo glicemico e dei fattori di rischio ma anche da una sua individuazione precoce che permette di avviare il paziente ad esami di secondo livello (FAG retinica) ed eventualmente al trattamento laser. L'esame del FO dovrebbe essere eseguito ogni 1-2 anni.

##### 6° criterio: aspirina

Data la frequenza elevata con cui i diabetici vanno incontro a complicanze cardiovascolari molte linee guida consigliano la somministrazione di asa a basso dosaggio (75-150 mg/die) in tutti i diabetici o perlomeno in quelli con un altro fattore di rischio associato. Va da sé che se il paziente ha già avuto un evento cardiovascolare l'asa (o un altro antiaggregante in caso di intolleranza) diventa obbligatorio. Seconda fase: estrazione dei pazienti e determinazione degli INDICATORI I medici partecipanti allo studio per prima cosa devono estrarre dal loro database elettronico tutti i pazienti con una diagnosi di diabete mellito di tipo 2. I criteri per la diagnosi sono quelli stabiliti dall'American Diabetes Association nel 1997. L'estrazione può avvenire con due modalità, che tra loro non sono in contrasto: 1. ricercare tutti i pazienti che hanno avuto una diagnosi codificata di diabete e 2. ricercare tutti i pazienti che nell'ultimo anno hanno ricevuto almeno una prescrizione di antidiabetico orale e/o insulina. Si può calcolare che un MMG con 1000 pazienti abbia circa 40-50 pazienti diabetici. Una volta estratti i pazienti, ogni MMG dovrà controllare il suo comportamento rispetto ai sei criteri scelti. Questo lavoro permette di determinare i cosiddetti indicatori.

##### 1° indicatore:

Qual è la percentuale di pazienti che ha avuto almeno una determinazione della gliccoemoglobina nell'ultimo anno?

Qual è la percentuale di pazienti con gliccoemoglobina < 7%

##### 2° indicatore:

Qual è la percentuale di pazienti che ha una PA ottimale (< 130/80 mmHg?).

Si è stabilito di considerare la media della PAS e della PAD delle ultime sei misurazioni registrate in cartella

##### 3° indicatore:

Qual è la percentuale di pazienti che ha un livello di LDL colesterolo < 100 mg/dL?

##### 4° indicatore:

Qual è la percentuale di pazienti a cui è stata determinata la microalbuminuria almeno una volta nell'ultimo anno?

Qual è la percentuale di pazienti con microalbuminuria > 30 mg/die che assume aceinibitore o ARB?

##### 5° indicatore:

Qual è la percentuale di pazienti a cui è stato richiesto un esame del FO almeno una volta negli ultimi 2 anni?

##### 6° indicatore:

Qual è la percentuale di pazienti che non ha avuto un evento CV ma con un altro fattore di rischio oltre al diabete che assume un antiaggregante?

Qual è la percentuale di pazienti che ha avuto un evento CV e che assume un antiaggregante? Terza fase: elaborazione degli STANDARD

È risaputo che nella pratica di tutti i giorni risulta molto difficile trasferire completamente le evidenze della letteratura e che per vari motivi (compliance al trattamento, effetti collaterali, presenza di controindicazioni, ecc.) spesso ci si deve accontentare di obiettivi meno rigorosi ma non per questo meno utili. In considerazione di questo si è deciso di elaborare degli standard più consoni alla pratica della MG, come è spiegato di seguito.

##### 1° standard: gliccoemoglobina

Si è deciso di considerare accettabile la determinazione di una gliccoemoglobina almeno una volta ogni 6 mesi. Si è deciso di considerare accettabili valori di gliccoemoglobina inferiori a 7,5%.

In caso di mancato raggiungimento di questo obiettivo, oltre ad opportuni consigli circa dieta e attività fisica, si consiglia di passare ad associare sulfanilurea e metformina se il paziente assumeva un solo antidiabetico orale, fino al massimo dosaggio consigliato, e, in caso di mancato controllo, di associare terapia insulinica.

##### 2° standard: pressione

Si è deciso di considerare accettabili valori di pressione (media delle ultime sei determinazioni) inferiori a 140/90 mmHg.



In caso di mancato raggiungimento di questo standard si consiglia di aumentare il numero dei farmaci antipertensivi prescritti. I farmaci di prima scelta dovrebbero essere gli aceinibitori (o gli ARB), d associare in caso di necessità a BB, tiazidici, calcioantagonisti, alfabloccanti, altri farmaci.

3° standard: colesterolemia

Si è deciso di considerare valori accettabili livelli di LDL < 120-130 mg/dL e/o di colesterolemia totale inferiori a 220-230 mmHg/dL. In caso contrario si suggerisce la somministrazione di una statina a dosi tali da raggiungere i valori desiderati.

4° standard: microalbuminuria

Si considera accettabile la misurazione della microalbuminuria almeno una volta all'anno.

Nei pazienti con microalbuminuria > 30 mg/die è corretto prescrivere un aceinibitore (o un ARB) anche in presenza di valori pressori normali

5° standard: fondo oculare

Si dovrebbe prescrivere un esame del FO almeno ogni due anni se non vi è retinopatia, più spesso in caso di retinopatia.

6° standard: aspirina

Si dovrebbe prescrivere asa o comunque un antiaggregante in tutti i diabetici che hanno avuto un evento cardiovascolare (infarto, TIA, ictus), che hanno una cardiopatia ischemica o una arteriopatia manifesta agli arti inferiori oppure un altro fattore di rischio associato.

Quarta fase: implementazione degli standard

Una volta determinati gli indicatori e valutato lo scostamento rispetto ai criteri prestabiliti, i MMG applicano a tutti i pazienti con diabete tipo 2 da loro gestiti, le strategie terapeutiche definite con gli standard. A distanza di 12 mesi una seconda valutazione tramite un nuovo processo di audit servirà a determinare se l'intervento informativo da una parte e autovalutativo dall'altra è stato in grado di migliorare gli outcomes considerati.

Conclusioni

Il presente studio si pone in sostanza due obiettivi: 1. Valutare tramite un processo di audit l'appropriatezza della gestione del paziente con diabete tipo 2 nel contesto della MG (parte osservazionale). 2. Valutare se una strategia semplice di informazione dei MMG partecipanti allo studio sia in grado di modificare i comportamenti dei MMG stessi e di migliorare gli esiti conseguenti sulla base di criteri predefiniti.