

# **5<sup>a</sup> Conferenza Nazionale GIMBE®**

**Dall'Evidence-based Practice alla Clinical Governance**

*Bologna, 5 febbraio 2010*

## **Analisi delle barriere per elaborare le strategie di miglioramento La fase 3 del progetto Vediclis**

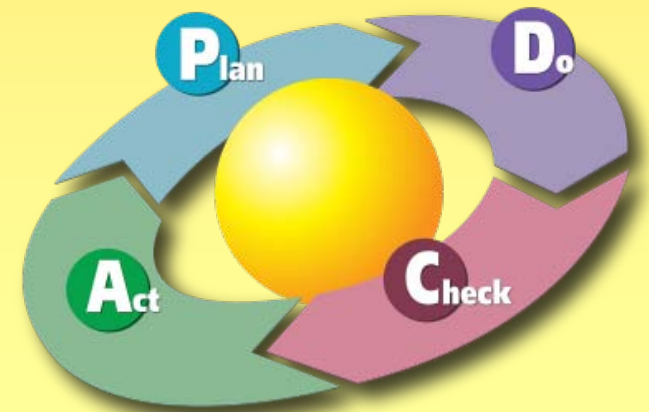
**Alberto Vaona**

Azienda ULSS 20 – Verona

[aisamaisa@gmail.com](mailto:aisamaisa@gmail.com)

# BACKGROUND

- Prevalenza, durata e complessità del diabete mellito di tipo II, implicano che la maggior parte dei pazienti devono essere gestiti a livello delle cure primarie
- Il progetto Ve.Di.Clis è un audit clinico sulla performance di 30 MMG volontari di Verona  
Clinical Governance 2008;3:38-43



# OBIETTIVI

- Definire le competenze del MMG nella gestione del diabete (Criteri NICE 2005 + GMS Contract 2003)
- **FASE 1.** Misurare la performance del MMG sulla patologia diabetica (30 indicatori su 5 aree gestionali)
- **FASE 2:** Confrontare le performance di base con:
  - Ideale (survey partecipanti)
  - Ravenna, Ascoli
  - Nazionali (Health Search, NHS)
- **FASE 3:** individuare le barriere che ostacolano il miglioramento della performance

**Tab. 1** Livelli di performance per indicatore (periodo di riferimento luglio 2007 - settembre 2008).

Indicatore	Testo	Livelli di performance %		
		Reale	Auspicabile (G)	Scostamento
5	% diabetici con almeno una registrazione del dato <b>pressione arteriosa</b>	71	80	- 9
6	% diabetici con almeno una registrazione del dato <b>BMI</b>	46	80	- 34
11	% diabetici con almeno una registrazione del dato <b>emoglobina glicata</b> (negli ultimi 15 mesi)	69	90	- 21



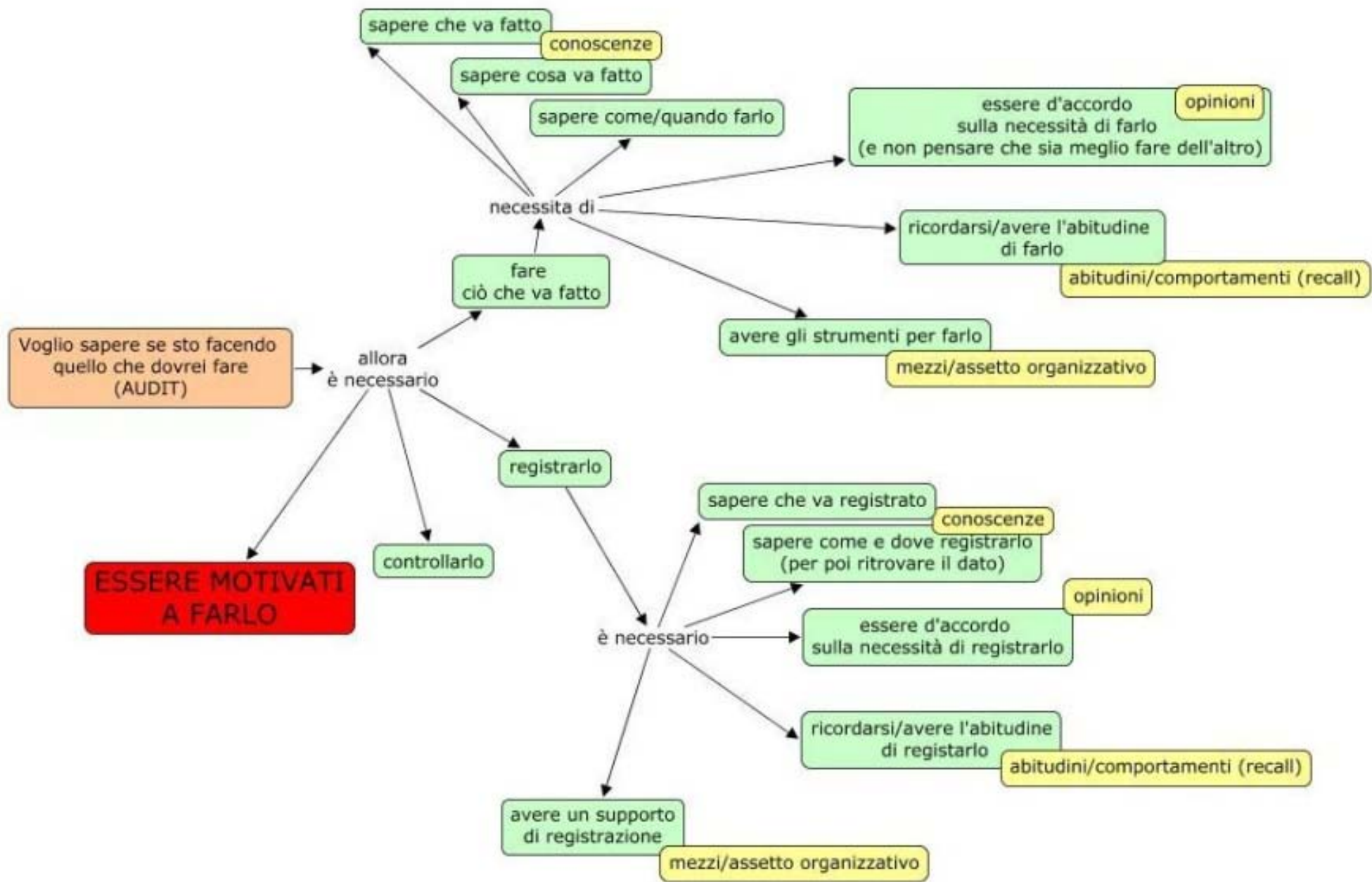
## Analisi barriere

**Tab. 4** Benchmark dati internazionali.

Testo	Livelli di performance %		
	Verona (VeDICIIS)	Regno Unito	Scostamento
Rilievo dell'abitudine al fumo	n.r.	79	-
Misurazione BMI	46	81	+ 35
Misurazione PAO	71	86	+ 15
Esame del piede	n.r.	64	-
Richiesta di emoglobina glicata	69	83	+ 14

# METODI

- Analisi della letteratura (Cabana et al 1999; Lugtenberg 2009)
- Definizione di un nuovo modello concettuale: conoscenze, convinzioni, abitudini, organizzazione
- Definizione di un elenco di barriere per area/indicatore
- Preparazione di una survey-on line per la pesatura delle barriere





## 2. Il medico deve misurare e registrare la pressione arteriosa (PA) \*

	1	2	3	4	5
Non sapevo che la PA fosse un dato importante da rilevare	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Non ritengo che il dato PA sia poi così importante (motivi vari)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Non sono abituato/spesso dimentico di rilevare la PA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Non sono abituato/spesso dimentico di registrare il dato, pur rilevandolo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Non registro la PA sul PC se è nella norma o quasi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Non so dove collocare il dato all'interno di Millewin (non va nel diario)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Non sempre registro il dato perché spesso visito il paziente diabetico a domicilio dove non dispongo del PC	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Non sempre misuro la PA perché tanto lo misurano al CAD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Non rilevo il dato perché i pazienti preferiscono farsi misurare la pressione arteriosa al CAD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Non dispongo dello sfigmomanometro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Non ho tempo per misurare la PA a tutti i pazienti diabetici	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



# RISULTATI

## Inizio Survey al 07-11-2009

- A oggi raccolti i dati di 22/30 MMG
- Indagato il “peso” di 140 barriere
  - conoscenze, convinzioni, abitudini e organizzazione
  - anamnesi, es. obiettivo, follow-up, terapia, outcome intermedi
- Indagata la percezione del MMG su conoscenze e compliance del paziente

# RISULTATI

La survey esamina tutte le barriere che si incontrano nella gestione del paziente diabetico nelle cure primarie?

**Voto Partecipanti: 8.5 su 10**

**Peso barriere: 10% (range 2-20%)**

(Peso assegnato su massimo assegnabile)

# RISULTATI

## Pesi per area

- raccolta dati anamnestici: 14% (barriere di recall-recording)
- raccolta dati obiettivi: 13,5% (barriere di recall-recording)
- follow-up: 12,5% (barriere organizzative)
- prescrizione terapia: 7% (barriere organizzative)
- raggiungimento esiti intermedi: 7% (barriera “paziente”?)

# RISULTATI

	<b>CRITERIO 12:</b> Il medico deve prescrivere INSULINA ai pazienti con BMI>25 in cui gli ADO non conseguono un controllo glicemico soddisfacente	Da 0 a 10 0 = falso 10 = vero
112	Non sapevo che fosse questa la terapia appropriata in questi casi	0
113	Non ritengo che questa terapia sia poi così importante (motivi vari)	0
114	Non mi sento sicuro a prescrivere INSULINA per il rischio di ipoglicemie	3,5
115	Ritengo che questa terapia sia troppo complessa perché la possa gestire io	4,5
116	Non sono abituato/spesso dimentico di registrare questa terapia sul PC pur prescrivendola	0
117	Non gestisco io questa terapia perché preferisco la gestisca il CAD	5,0
118	Non gestisco io questa terapia perché sarei l'unico a farlo nella mia zona	0
119	Non gestisco io questa terapia perché il paziente preferisce farsi gestire questa terapia dal CAD	6,0
120	L'industria farmaceutica porta argomenti convincenti per scelte diverse	0
	<b>PESO MEDIO BARRIERE SU QUESTO INDICATORE</b>	<b>0,20</b>

# LIMITI

- Trasferibilità di pesi e barriere ad altri contesti
- Esiti intermedi: “barriera paziente” secondo i MMG-Vediclis:
  - Pz che conoscono timing follow-up DM II: 25-35%
  - Pz che conoscono come assumere la terapia: 75%
  - Pz che conoscono obiettivi terapeutici: 50%
  - Pz complianti alla terapia non farmacologica: 42,5%
  - Pz complianti alla terapia farmacologica: 75%

# CONCLUSIONI

Il nostro audit clinico dimostra che il miglioramento:

- è possibile
- è raggiungibile

Prossimi step:

- FASE 4: strategia condivisa di miglioramento, mirata sulle barriere di ogni area/indicatore
- Conoscere “le barriere” del paziente

