

Re-audit clinico sulla gestione del paziente con iperglicemia in area medica

Elisabetta Marcon¹, Marialuisa Buffon², Laura Cadarin³, Eva Bedin⁴, Irene Paolin⁵, Roberta Buso⁶, Silvia Boccato⁷, Pietro Valenti⁸, Marcello Rattazzi⁹

¹Infermiera Centro Servizi S. Pio X Fatebenefratelli - Romano d'Ezzelino - Vicenza

²Tutor Corso di Laurea in Infermieristica – Università degli Studi di Padova - sede di Treviso

³Responsabile Servizio Qualità – Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana – Treviso

⁴Infermiera – Ambulatorio di Medicina Integrata – Ponzano Veneto - Treviso

⁵Infermiera – U.O.C. Pneumologia – Ospedale di Treviso – Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana

⁶Medico – 1° Medicina Generale – Ospedale di Treviso - Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana

⁷Medico – 1° Medicina Generale – Ospedale di Treviso - Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana

⁸Medico - 2° Medicina Generale – Ospedale di Treviso - Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana

⁹Professore Associato Dipartimento di Medicina – Università degli Studi di Padova

Corrispondenza: elisabettamarcon410@gmail.com

INQUADRAMENTO

L'audit clinico è una metodologia di revisione strutturata e sistematica della pratica clinico-assistenziale, attraverso l'identificazione di scostamenti rispetto a best practice. Si tratta, dunque, di un processo di confronto della pratica professionale con standard di riferimento, al fine di individuare eventuali aree di inappropriatelyzza e di attuare dei miglioramenti (Ministero della Salute, 2011).

Il progetto di miglioramento, presentato in questo articolo, riguarda un'esperienza di audit clinico attuato presso l'Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana di Treviso e finalizzato a valutare l'appropriatezza della gestione clinico-assistenziale del paziente con iperglicemia in area medica.

Nell'Azienda Ulss di Treviso è stata definita e applicata una metodologia uniforme a livello dell'azienda provinciale per la realizzazione di audit clinici, che segue le fasi metodologiche proposte dal GIMBE (Cartabellotta, 2009). E' stato costituito un team aziendale formato da una parte stabile rappresentata da metodologi del Servizio Qualità, un medico internista professore universitario, esperti di analisi datie da una parte variabile composta da professionisti sanitari esperti nella patologia o condizione clinica oggetto dell'audit e valutatori di cartelle cliniche, es. stagisti, studenti universitari.

Gli audit sono condotti privilegiando i percorsi clinici sviluppati in linea con gli obiettivi di risultato annuali assegnati ai Direttori Generali dalla Regione Veneto, e declinati negli obiettivi della programmazione aziendale.

Nel caso del paziente diabetico, nel 2017 erano emerse delle criticità legate alla gestione dell'iperglicemia nel paziente diabetico ricoverato in area medica. Si è deciso di realizzare un audit clinico con lo scopo di valutare l'aderenza della pratica clinico-assistenziale alle migliori evidenze scientifiche presenti in letteratura. E' stato eseguito un primo audit, a seguito del quale sono state attivate delle azioni di miglioramento, in particolare è stato implementato un protocollo specifico di area medica per la gestione medico-infermieristica del paziente con iperglicemia. A distanza di due anni si è deciso di effettuare un re-audit per valutare l'efficacia delle azioni di miglioramento intraprese ed identificare le eventuali aree di inappropriatelyzza ancora presenti nella prassi clinico-assistenziale.

OBIETTIVI DEL PROGETTO

L'obiettivo del re-audit è, in primo luogo, confrontare i risultati rispetto al precedente, al fine di valutare l'efficacia delle azioni di miglioramento introdotte a seguito dell'audit realizzato nel 2017, e, in secondo luogo, misurare l'appropriatezza nella gestione dei pazienti con iperglicemia in area medica attraverso un confronto della pratica

clinico-assistenziale con le più aggiornate evidenze scientifiche, al fine di rilevare eventuali aree di inappropriata ancora presenti.

METODO

L'audit è stato condotto seguendo la stessa metodologia del precedente, per il quale era stata utilizzata come standard di riferimento la Linea Guida Trialogue "La gestione del paziente con iperglicemia in area medica" (Beltramello e Manicardi et al., 2012). Prima di avviare il re-audit è stata effettuata una ricerca bibliografica della letteratura scientifica di riferimento, al fine di ricercare l'aggiornamento delle recenti evidenze scientifiche in merito all'argomento, e confermare o modificare la scelta della linea guida di riferimento rispetto al precedente audit. Non essendovi degli aggiornamenti è stata confermata nuovamente la Linea Guida Trialogue.

Il re-audit è stato condotto coinvolgendo due unità operative mediche dell'Ospedale di Treviso. Sono stati selezionati tutti i pazienti dimessi nell'anno 2018 e che presentassero tra le prime tre diagnosi di dimissione, almeno una identificata i codici SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera) riferiti al diabete mellito di tipo II.

Non è stato eseguito alcun campionamento, per un totale di 148 cartelle cliniche.

Sono state indagate le medesime raccomandazioni selezionate nel precedente audit e i relativi indicatori. È stata, poi, sviluppata, una scheda per la raccolta dati utilizzando Microsoft Excel®, per la registrazione e l'elaborazione delle informazioni richieste.

RISULTATI

Al fine di valutare l'aderenza della pratica clinico-assistenziale alle raccomandazioni esaminate, si sono stabiliti dei range percentuali rispetto ai quali si definiscono i livelli di adesione alle raccomandazioni:

- ✓ Bassa adesione (<60%);
- ✓ Media adesione (60-80%);
- ✓ Alta adesione (>80%).

Di seguito si presenta la sintesi dei livelli di adesione della pratica clinico-assistenziale alle raccomandazioni sulla base dei dati del re-audit (Tabella 1):

RACCOMANDAZIONE	VALORI		ADESIONE AUDIT 2018		
			BASSA	MEDIA	ALTA
Raccomandazione 1:	148/148	100%			•
Raccomandazione 2:	116/146	79%		•	
Raccomandazione 3:	142/144	99%			•
Raccomandazione 4:	4.1	43/50	86%		•
	4.2	41/43	95%		•
Raccomandazione 5:	116/125	93%			•
Raccomandazione 6:	70/102	69%		•	
Raccomandazione 7:	81/102	79%		•	
Raccomandazione 11:	11.1	23/36	64%	•	
	11.2	15/23	65%	•	
	11.3	1/19	5%	•	
Raccomandazione 12:	6/13	46%	•		
Raccomandazione 13:	15/19	79%		•	
Raccomandazione 16:	16/17	94%			•
Raccomandazione 17:	17.1	4/4	100%		•
	17.2	4/4	100%		•
Raccomandazione 18:	0/4	0%	•		
Raccomandazione 23:	23.1	0/20	0%	•	
	23.2	0/20	0%	•	
Raccomandazione 24:	57/142	40%	•		
Raccomandazione 25:	24/142	17%	•		
			7 (33%)	6 (29%)	8 (38%)

Tabella 1. – Sintesi dei livelli di adesione della pratica clinico-assistenziale alle raccomandazioni.

Si riportano in dettaglio i risultati dei livelli di adesione della pratica clinico-assistenziale alle raccomandazioni ritenute di maggior interesse per l'assistenza infermieristica, in particolare quelli riferiti alla corretta gestione delle procedure diagnostico-terapeutiche e agli aspetti educativi peculiari della professione infermieristica.

Raccomandazione 1	2016	2018
<i>Al momento del ricovero tutti i pazienti devono essere sottoposti a un prelievo per il dosaggio della glicemia presso il laboratorio di chimica clinica dell'ospedale, seguita il giorno dopo da un prelievo per il dosaggio della glicemia a digiuno.</i>	100% (133/133)	100% (148/148)

Sia nel 2018 che nel 2016 tutti i pazienti, al momento del ricovero, sono stati sottoposti al dosaggio della glicemia. Questo aspetto è quindi da sempre molto presidiato nei pazienti diabetici.

Raccomandazione 2	2016	2018
<i>Nel paziente diabetico noto o in caso di riscontro di glicemia a digiuno ≥ 126 mg/dl o non a digiuno ≥ 200 mg/dl si deve sempre richiedere il dosaggio dell'emoglobina glicata (HbA_{1c}),</i>	65% (87/133)	79% (116/146)

Nell'audit 2016 il dosaggio dell'emoglobina glicata era stato eseguito nel 65% dei casi; nel re-audit 2018, invece, nel 79% dei casi. Si nota pertanto un miglioramento legato alla sensibilizzazione dei professionisti su tale problematica a seguito del primo audit.

Raccomandazione 4	2016	2018
<i>Nei diabetici noti (NON critici) si raccomanda – di norma – di sospendere, al momento del ricovero, il trattamento con ipoglicemizzanti orali e di introdurre terapia insulinica.</i>	<i>Sospesa terapia orale</i> 84% (38/45)	86% (43/50)
	<i>Introdotta terapia insulinica</i> 82% (31/38)	95% (41/43)

Per quanto riguarda la sospensione della terapia ipoglicemizzante orale, nell'audit 2016 ciò è stato eseguito nel 84% dei casi, nel re-audit 2018 nell'86% dei casi.

Per quanto riguarda, invece, la successiva introduzione della terapia insulinica, nell'audit 2016 è stata introdotta nell'82% dei casi, nel re-audit 2018 nel 95% di essi. Il restante 5%, dei pazienti è stato gestito esclusivamente mediante terapia dietetica. Anche in questo caso si registra un miglioramento del livello di adesione alla raccomandazione.

Raccomandazione 5	2016	2018
<i>La terapia di scelta nel paziente ospedalizzato (NON critico) iperglicemico è l'insulina.</i>	85% (111/131)	93% (116/125)

Nell'audit 2016 l'85% dei pazienti non critici iperglicemici è stato trattato mediante terapia insulinica, nel re-audit 2018 il 93%. Per i restanti casi si è ritenuto di mantenere la terapia ipoglicemizzante orale.

Raccomandazione 6	2016	2018
<i>Va scoraggiato il metodo della "sliding scale", e cioè dosare l'insulina da somministrare secondo l'ultimo valore glicemico riscontrato (al bisogno).</i>	41% (45/110)	69% (70/102)

Nell'audit 2016 il 41% dei pazienti, non critici e che si alimentano per via orale, in terapia insulinica non è stato trattato secondo il metodo "sliding scale"; nel re-audit 2018, invece, i pazienti a non essere stati sottoposti a tale metodo sono risultati il 69%. Questo è da considerarsi un aspetto positivo, tenuto conto che il metodo *sliding scale* è scoraggiato dalla letteratura scientifica.

Raccomandazione 7	2016	2018
<i>La terapia insulinica deve essere somministrata per via sottocutanea secondo uno schema programmato, tipo "basal-bolus" (3 analoghi rapidi ai pasti e – in base ai valori glicemici a digiuno – 1 analogo lento la sera o due volte al giorno) che deve essere accompagnato da un algoritmo di correzione.</i>	56% (62/110)	79% (81/102)

I pazienti, non critici e che si alimentano per via orale, in terapia insulinica ad essere stati trattati secondo schema "basal-bolus" sono stati il 56% nell'audit 2016, mentre il 79% nel re-audit 2018.

Anche in questo caso vi è un miglioramento del trattamento molto significativo, in considerazione del fatto che tale metodo è sostenuto dalle evidenze di letteratura.

Ciò significa che l'adozione di un protocollo condiviso medico-infermieristico per il trattamento dell'iperglicemia, che include algoritmi di correzione che gli infermieri possono seguire migliora la gestione della terapia insulinica.

Raccomandazione 23	2016	2018
<i>Il paziente deve essere educato a riconoscere i sintomi dell'ipoglicemia e a portare con sé (dopo la dimissione) istruzioni scritte per poterla correggere prontamente in caso di necessità.</i>	6% (1/17)	0% (0/20)

Tale raccomandazione fa riferimento ai pazienti che hanno avuto episodi di ipoglicemia in regime di ricovero. Nell'audit 2016 il 6% dei pazienti ha ricevuto tale intervento educativo; nel re-audit 2018, invece, dalla documentazione clinica ed infermieristica non emerge registrazione di intervento educativo. Ciò è legato al fatto nella cartella infermieristica viene registrato l'episodio di ipoglicemia senza dettagliare l'intervento educativo che viene di prassi eseguito.

Raccomandazione 25	2016	2018
<i>Durante la fase di ricovero il paziente diabetico autosufficiente deve essere addestrato all'automonitoraggio glicemico e alla gestione della terapia antidiabetica (insulina e/o antidiabetici orali e/o iniettivi) prima della dimissione. Nell'eventualità di un paziente non autosufficiente, l'addestramento va somministrato ai familiari.</i>	5% (6/133)	17% (24/142)

Nell'audit 2016 il 5% dei pazienti diabetici e/o familiari è stato addestrato all'automonitoraggio glicemico e alla gestione della terapia antidiabetica; nel re-audit 2018 il 17% di essi ha ricevuto tale intervento educativo da parte del personale infermieristico delle unità operative coinvolte. Nel restante 83% non vi è registrazione di intervento educativo nella documentazione clinica ed infermieristica. Anche in questo caso i pazienti vengono inviati al Centro Antidiabetico per la continuità assistenziale dopo la dimissione e vengono presi in carico da tale servizio per la fornitura dei presidi e il relativo intervento educativo.

Nella tabella 2 vengono messi a confronto i risultati del re-audit rispetto al precedente. Vengono inoltre indicate le raccomandazioni che hanno subito un miglioramento o un peggioramento o sono rimaste invariate. Le raccomandazioni migliorate sono 12, quelle invariate 2 e quelle peggiorate 6.

Raccomandazioni	Audit 2016		Re- Audit2018		Confronto 2016-2018
	n.	%	n.	%	
Raccomandazione 1:	133/133	100%	148/148	100%	⊖
Raccomandazione 2:	87/133	65%	116/146	79%	+
Raccomandazione 3:	72/131	55%	142/144	99%	+
Raccomandazione 4:	38/45	84%	43/50	86%	+
	31/38	82%	41/43	95%	+
Raccomandazione 5:	111/131	85%	116/125	93%	+
Raccomandazione 6:	45/110	41%	70/102	69%	+
Raccomandazione 7:	62/110	56%	81/102	79%	+
Raccomandazione 11:	2/2	100%	23/36	64%	-
	2/2	100%	15/23	65%	-
	0/2	0%	1/19	5%	+
Raccomandazione 12:	2/2	100%	6/13	46%	-
Raccomandazione 13:	2/2	100%	15/19	79%	-
Raccomandazione 16:	0/2	0%	16/17	94%	+
Raccomandazione 17:	5/5	100%	4/4	100%	⊖
	5/6	83%	4/4	100%	+
Raccomandazione 18:	2/6	33%	0/4	0%	-
Raccomandazione 23:	1/17	6%	0/20	0%	-
Raccomandazione 24:	50/133	38%	57/142	40%	+
Raccomandazione 25:	6/133	5%	24/142	17%	+

Legenda:



: invariato il livello di adesione alla raccomandazione tra il 2016 e il 2018



: miglioramento del livello di adesione alla raccomandazione tra il 2016 e il 2018



: peggioramento del livello di adesione alla raccomandazione tra il 2016 e il 2018

Tabella 2. – Confronto dei risultati audit (2016) e re-audit (2018).

DISCUSSIONE

Alla luce dei risultati ottenuti, è possibile riscontrare un miglioramento nella maggior parte delle raccomandazioni, in particolar modo, nell'adesione al metodo Basal Bolus, rispetto allo Sliding Scale. Nonostante i progressi effettuati rimangono da affrontare ancora alcune aree di inappropriatelyzza; quelle di interesse infermieristico riguardano prevalentemente l'attuazione e la registrazione dell'intervento educativo effettuato dagli infermieri delle unità operative ospedaliere in caso di episodi di ipoglicemia e in preparazione alla dimissione. La programmazione del follow-up presso il Centro Antidiabetico non rappresenta un motivo di delega ad altri servizi di questa importante funzione assistenziale di tipo educativo. I risultati dell'audit sono stati presentati all'équipe che ha individuato come proposta di miglioramento la progettazione di un percorso educativo personalizzato che vada ad analizzare i bisogni dell'assistito e della famiglia nonché le conoscenze e le abilità in loro possesso, sulla base delle quali pianificare l'intervento educativo e valutarne, in un secondo momento, l'efficacia. In azienda ULSS di Treviso è stata anche istituita l'Unità Didattica Infermieristica Estensiva (UDIE), che afferisce al Dipartimento di Medicina Interna. Essa accoglie assistiti provenienti dalle aree mediche in base al sistema Tri.Co. (Triage di Corridoio), che valuta la stabilità clinica e la complessità assistenziale. Si tratta di pazienti a bassa intensità di cura, clinicamente stabili, con diagnosi medica confermata e piano terapeutico definito, con i quali il personale dell'Unità può attuare un piano assistenziale volto allo sviluppo, al mantenimento e/o al recupero della propria autonomia. La "mission" principale, infatti, è quella di promuovere la capacità di autonomia e autocura del paziente e della famiglia, in particolare attraverso interventi di educazione terapeutica per la corretta gestione delle condizioni di malattia cronica, con l'obiettivo di rendere il paziente il più possibile competente nella gestione della propria salute una volta dimesso.

CONCLUSIONI

L'audit clinico si è rivelato un valido strumento per misurare il livello di adesione della pratica clinico-assistenziale alle evidenze scientifiche, ma basandosi su dati retrospettivi, è fondamentale la completezza della cartella clinica. L'audit clinico, infatti, permette di misurare l'aderenza dell'agire professionale alle linee guida e per questo dovrebbe essere incentivata l'applicazione di tale metodo. Analizzando i suoi risultati, si possono individuare le fasi del percorso assistenziale da revisionare, è possibile ben comprendere quali sono le attività infermieristiche sulle quali intervenire, al fine di ottenere i migliori esiti dalle cure infermieristiche.

In altre parole, l'audit clinico valuta la qualità dell'assistenza infermieristica, confrontandola con le migliori evidenze scientifiche disponibili in letteratura individuando le aree di inappropriatelyzza, che necessitano di intervento, agendo indirettamente sugli esiti assistenziali.

Conflitto di interessi

Si dichiara l'assenza di conflitto di interessi.

Finanziamenti

Gli autori dichiarano di non aver ottenuto alcun finanziamento e che lo studio non ha alcuno sponsor economico.

BIBLIOGRAFIA

- Associazione Medici Diabetologi (AMD), Società Italiana di Diabetologia (SID) (2018) *Standard italiani per la cura del diabete mellito 2018* (Internet). Disponibile all'indirizzo: <https://aemmedi.it/standard-di-cura/>.
- Baroncini D, Perrone E, Magrini N (2014) *Audit clinico: uno strumento per favorire il cambiamento*. Contributi per il governo clinico. Volume 7. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.
- Beltramello GP, Manicardi V, Trevisan R (2012) TRIALOGUE *La gestione dell'iperglicemia in area medica. Istruzioni per l'uso*. Il Giornale di AMD 15, 93-100.
- Cartabellotta A (2009) *Audit clinico: questo sconosciuto (I). Saga in tre episodi su uno strumento chiave della ClinicalGovernance*. GIMBEnews, 2(5), 4-5.
- Marcon E (2019) *Gestione del paziente con iperglicemia in area medica: risultati di un re-audit clinico (Tesi di laurea)*. Treviso, Università degli Studi di Padova. Relatore Buffon ML, correlatore Cadorin L, Aa 2018-2019. Vincitrice 1° Premio Tesi OPI Treviso.
- Ministero della Salute (2011). *L'audit clinico* (Internet). Consultato il 10 settembre 2019, disponibile all'indirizzo: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1552_allegato.pdf.

National Institute for Clinical Excellence (NICE). *Principles for best practice in clinical audit*. Oxford: Radcliffe Medical Press; 2002.

Ray-Barruel G, Ullman AJ, Rickard CM, Cooke M (2018) *Clinical audits to improve critical care: Part 2: Analyse, benchmark and feedback*. *Australian Critical Care*, 31:106-109.