Medico 2000 GPG
General Practice Governance

PASSO DOPO PASSO

Alla scoperta di GPG

www.medico2000gpg.it

A cura del Dott. Gaetano D'Ambrosio
MMG (Bisceglie, BT) e Membro del Comitato Scientifico GPG

Prefazione del Dott. Gerardo Medea
MMG (Lonato, BS) e Responsabile Scientifico GPG

Sommario

Prefazione *(A cura del Dott. Gerardo Medea, Responsabile Scientifico GPG)* **1**

Prologo *(A cura del Dott. Gaetano D'Ambrosio, Membro del Comitato Scientifico GPG)* **3**

Capitolo 1. Mi aggiorno costantemente, seguo con attenzione le linee guida, penso di svolgere bene il mio lavoro di medico. Come mi sto comportando in realtà? **5**

Capitolo 2. Scelgo un problema a caso: il diabete. Come sto seguendo i miei pazienti diabetici? Sto facendo tutti i controlli previsti? Sto raggiungendo i target metabolici e pressori? In quali pazienti è necessario operare correttivi alla terapia? **8**

Capitolo 3. Il self-audit sul diabete mellito mi ha fatto notare che ho troppo pochi pazienti diabetici rispetto alla prevalenza dichiarata nelle casistiche ufficiali. Ci sono pazienti diabetici misconosciuti tra i miei assistiti? **12**

Capitolo 4. Ho aderito ad una iniziativa per la gestione integrata dei pazienti con bronco-pneumopatia cronica ostruttiva (BPCO). Devo compilare il registro dei pazienti e preparare una lista di quelli che saranno sottoposti a spirometria nell'ambito di un ambulatorio dedicato a tale patologia **15**

Capitolo 5. Un mio paziente è stato recentemente ricoverato per ictus cerebrale. Nonostante fosse in fibrillazione atriale permanente, non era sottoposto a terapia antitrombotica. Come posso evitare che un episodio del genere si ripeta? **19**

Capitolo 6. La nuova nota 13 ha allargato la prescrivibilità delle statine ai pazienti in prevenzione primaria a rischio moderato e, nello stesso tempo, ha indicato gli obiettivi di cura da raggiungere per ciascuna categoria di rischio. Come mi sto comportando con i miei pazienti? Vi sono ancora problemi di iper-prescrizione o, al contrario, prevalgono i pazienti non sufficientemente protetti? **21**

Capitolo 7. Dalla ASL arrivano continuamente sollecitazioni a ridurre la spesa farmaceutica preferendo i farmaci a brevetto scaduto. E' davvero possibile ottenere significative riduzioni della spesa farmaceutica con questa strategia? In quali settori terapeutici dovrei intervenire per ottenere i risultati più rilevanti? **24**

Capitolo 8. Il distretto mi ha chiesto di preventivare la fornitura di vaccini per l'influenza. Come faccio a identificare i pazienti da vaccinare? **28**

Capitolo 9. Ho partecipato ad un corso aziendale sul tabagismo organizzato in concomitanza con l'apertura di un centro anti-fumo. Si aprono nuove prospettive di intervento. Come identificare i pazienti fumatori e, tra questi quelli a maggior rischio da inviare al centro? **30**

Capitolo 10. Monitorare la pratica professionale rende il lavoro più piacevole e interessante.
Ne ho parlato con i colleghi della mia associazione e li ho "contagiati". Possiamo confrontare i nostri risultati? . **32**

Capitolo 11. Confrontando i miei dati con quelli degli altri colleghi della mia associazione ho notato che il valore degli indicatori nella mia casistica è generalmente più basso rispetto alle mediane del gruppo. E' possibile che ciò sia dovuto al fatto che non ho gli archivi in ordine? **34**

Capitolo 12. Ho ripulito gli archivi ma le prevalenze rimangono inferiori all'atteso. Forse non ho codificato correttamente tutti i pazienti? **36**

Conclusioni **37**

Prefazione

A cura del Dott. **Gerardo Medea**, *Responsabile Scientifico GPG*

Quando circa sei anni fa GPG, primogenito e rivoluzionario “strumento di Governance” per i MMG Italiani, fece sentire i suoi primi vagiti, ci rendemmo subito conto che dovevamo con rapidità affrontare e risolvere un problema cruciale e vitale per il suo successo.

Nel database Medico 2000 di ogni MMG risiedono milioni di micro-informazioni agganciate al singolo paziente o anzi più precisamente al “singolo processo di cura”; dati indispensabili, senza dubbio, per la gestione ragionata dei problemi soprattutto cronici dei nostri assistiti ma incapaci di “dialogare” e mettersi in relazione tra loro, di aggregarsi appropriatamente sì da descrivere le cure erogate per gruppi omogenei di patologia o di complessità del processo assistenziale o di convogliare in algoritmi operativi di supporto alla diagnosi e alla terapia. Insomma, sentivamo il bisogno di dare loro un’anima e, al Medico, un modo completamente nuovo di osservare e riflettere sul suo operato: dal micro-evento all’assistenza nel suo complesso, dal singolo paziente (o problema) ad una strategia di popolazione. Per non guardar più il mondo attraverso il buco di una serratura ma comodamente seduti dietro l’oblò di un’astronave in orbita geostazionaria; dunque una rivoluzione copernicana! E proprio questa è stata la “rivoluzione” GPG. Il nostro problema era, dunque, spiegare e convincere i potenziali utenti che il GPG non è solo report di indicatori, standard, LAP, audit ma fa molto, molto di più… poiché risolve problemi, riduce il rischio di errore, aumenta la sicurezza dei pazienti, semplifica le complessità connaturate alla professione medica specie del MMG. La consultazione del GPG non si dovrebbe svolgere facendo scorrere noiosamente e stancamente le centinaia di videate che lo compongono, bensì mediante una lettura “integrata” dei diversi moduli, secondo percorsi logici, obiettivi professionali, strategie di miglioramento, magari un’idea di ricerca clinica sul campo o forse un personale progetto formativo. E più lo si fa… più il divertimento aumenta. Il testo scritto da Gaetano D’Ambrosio risponde appieno a queste esigenze e leggendolo vi renderete conto, dandoci forse ragione, che il GPG non è un semplice / scontato “estrattore di dati”, ma un vero e proprio “sistema” che integra e completa la cartella Medico 2000, affiancando e assistendo il medico di famiglia nella sua complessa attività clinica. E la nascita del GPG è stata più che mai opportuna e tempestiva, in questo momento in cui siamo di fronte ad un’opzione di cambiamento radicale che trasferirà sulle cure territoriali il compito della “governance” primaria del sistema sanitario, e molte responsabilità ricadranno sulle spalle dei MMG . C’era e ci sarà sempre più bisogno di un strumento che puntasse all’eccellenza professionale basata sul miglioramento continuo della qualità delle cure in relazione alle risorse disponibili e mantenendo il paziente al centro della nostra attività così come viene oggi suggerito di fare nei programmi dei sistemi sanitari moderni ed evoluti.

Prologo

A cura del Dott. **Gaetano D'Ambrosio**, Membro del Comitato Scientifico GPG

Disporre di una buona cartella clinica informatizzata e raccogliere sistematicamente e accuratamente i dati sono condizioni ormai imprescindibili per svolgere il complicato ruolo del Medico di Medicina Generale (MMG). Seguire il paziente nel tempo e prendersi cura di tutti i suoi problemi di salute, molti dei quali assumono il carattere della cronicità, significa considerare in ogni atto medico un numero molto elevato di variabili e ciò richiede necessariamente una gestione efficiente delle informazioni cliniche. Oggi, però, essere Medico di Medicina Generale significa molto di più che soddisfare i bisogni di salute percepiti dall'utenza. Per svolgere in modo moderno questa affascinante professione è necessario:

- Perseguire obiettivi di salute definiti ormai non solo dalle linee guida ma anche dalle disposizioni normative (si veda, per esempio, il testo nella nuova nota 13);
- Essere in grado di documentare l'efficacia e l'efficienza dei processi di cura non solo nel singolo paziente ma nell'intera popolazione di soggetti affidati alle nostre cure;
- Garantire non solo l'efficacia ma anche la sicurezza delle cure;
- Operare rispettando le compatibilità economiche definite dal decisore politico;
- Mantenere aggiornate conoscenze e competenze e definire un proprio percorso formativo basato sui bisogni che emergono dalla pratica quotidiana.

Per tutto questo utilizzare una buona cartella clinica informatizzata è una condizione necessaria ma non più sufficiente. Bisogna dotarsi di altri strumenti che consentano al MMG di andare oltre l'ottica tradizionale del "medico della persona" e di assumere un ruolo da protagonista nel governo clinico delle cure primarie.

GPG **(Figura 1)** è un software di nuova concezione che ha l'ambizione di soddisfare le esigenze professionali del Medico di Medicina Generale deciso ad affrontare le nuove sfide che la professione propone quotidianamente. Cercheremo di valutarne le potenzialità, esaminando alcune esigenze che emergono dalla pratica professionale, per verificare in che modo il software può aiutarci a soddisfarle.

Le schede che seguono sono state organizzate in modo da seguire un filo logico, tuttavia possono essere consultate anche singolarmente. Esse non hanno la pretesa di descrivere in modo operativo ed esaustivo tutte le funzioni di GPG e non ne costituiscono, pertanto, un manuale d'uso e un utile eserciziario.

Figura 1. Schermata principale di GPG: sono rappresentate le sezioni del programma alle quali si farà riferimento nel testo

1. Mi aggiorno costantemente, seguo con attenzione le linee guida, penso di svolgere bene il mio lavoro di medico. Come mi sto comportando in realtà?

Ciascuno di noi, Medici di Medicina Generale, cerca di dare il meglio di sé nella gestione dei singoli pazienti. La migliore terapia di associazione per un paziente iperteso non ancora ben controllato, un completo follow-up per il paziente diabetico in trattamento per la prevenzione delle complicanze micro e macro-vascolari, il controllo mammografico entro i due anni per una donna cinquantenne: sono tutte attività che pratichiamo quotidianamente in ossequio alle linee guida più aggiornate e che ci danno la sensazione di svolgere bene il nostro lavoro. Tuttavia, anche se la "qualità percepita" della nostra attività clinica ci sembra sufficientemente elevata, siamo poi certi di comportarci sempre in modo impeccabile? Siamo sicuri di farlo con "tutti" i pazienti? Siamo certi che i pazienti si attengano a tutte le nostre prescrizioni e che ottengano sempre i risultati sperati dalla terapia?

Non è facile misurare in modo oggettivo la qualità dell'assistenza anche a causa del numero molto elevato di variabili da considerare in un sistema caratterizzato da grande complessità. Per affrontare questo difficile compito ci avvaliamo dei cosiddetti "indicatori di qualità". Un indicatore è un parametro numerico capace di esprimere in modo sintetico un aspetto della cura ritenuto sensibilmente correlato alla qualità. In genere è espresso in forma di rapporto percentuale come, per esempio, la "percentuale di pazienti diabetici che è stata sottoposta a valutazione della microalbuminuria nel corso dell'ultimo anno".

Per essere correlati alla qualità dell'assistenza, gli indicatori devono essere basati sull'evidenza scientifica e riguardare processi di cura che sono nel dominio della categoria professionale alla quale si intende applicarli. GPG è uno strumento che consente una valutazione accurata della qualità dell'assistenza del Medico di Medicina Generale in quanto implementa 85 indicatori, relativi a molteplici aree di competenza, definiti su rigorose basi scientifiche dalla Società Italiana di Medicina Generale. La schermata principale della sezione "Audit Clinico" di GPG ci dà una visione di insieme della qualità dell'assistenza visualizzando in modo grafico e sintetico tutti gli indicatori (**Figura2**). Nella parte superiore della schermata sono rappresentati, sotto forma di un cruscotto analogico, alcuni tra i principali indicatori. Per ognuno di essi sono evidenziate tre aree:

- **Rossa**: l'area critica, caratterizzata da valori al di sotto del livello accettabile di performance (LAP), un ambito in cui è necessario intervenire per migliorare la qualità dell'assistenza.
- **Verde**: l'area dei valori ottimali documenta una performance eccellente.
- **Gialla**: si posizionano in questa area i valori degli indicatori che superano il Livello Accettabile di Performance ma non raggiungono i valori considerati ottimali.

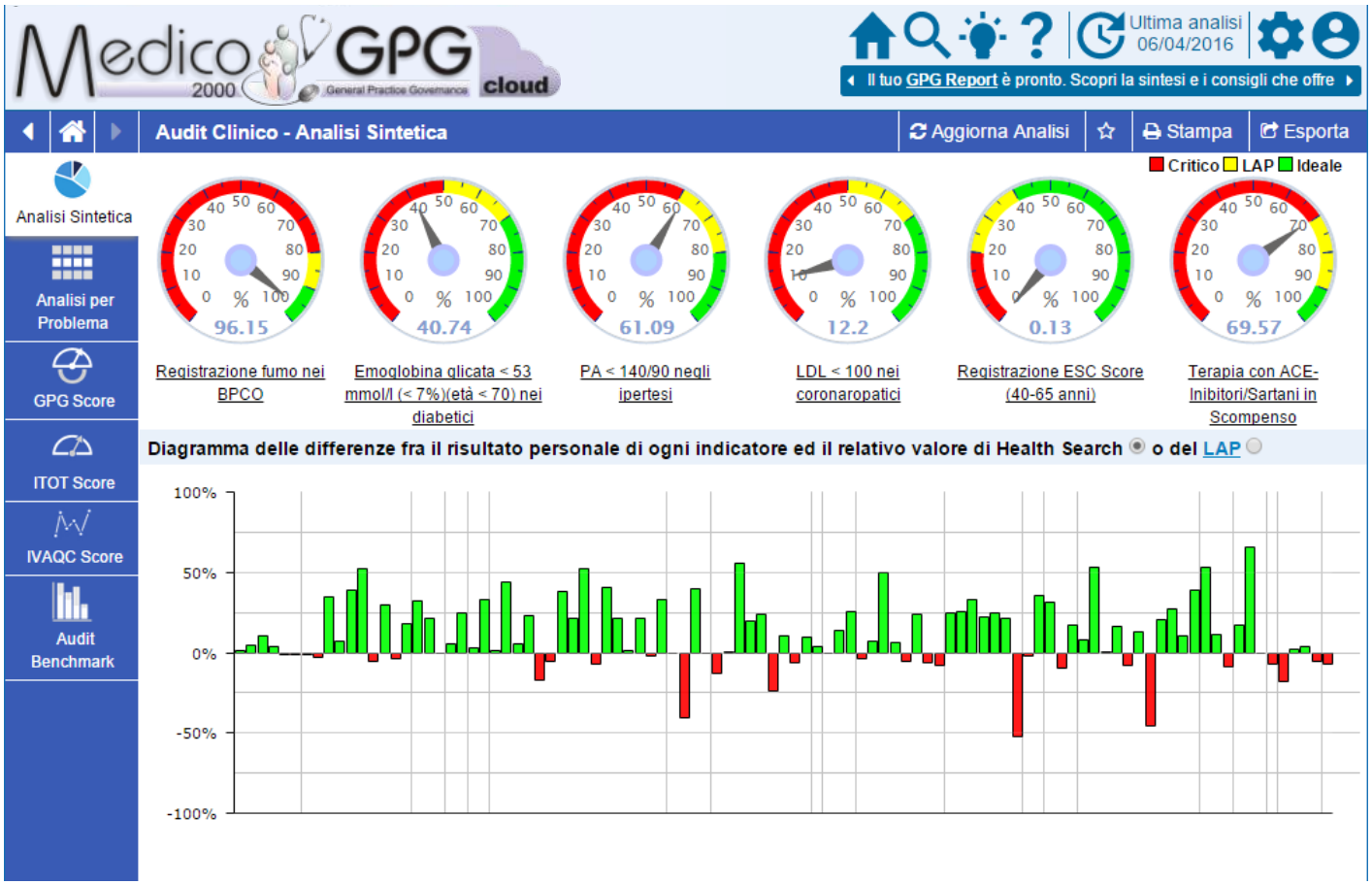


Figura 2: La schermata principale della sezione "**Audit Clinico**" con la rappresentazione degli indicatori

Nella parte bassa della schermata sono rappresentati, sotto forma di istogramma, tutti gli indicatori di GPG. Basta avvicinare il cursore a ciascuna colonna per avere i dettagli riguardanti l'area clinica corrispondente all'indicatore considerato. In questo diagramma ciascuna colonna indica quanto il valore dell'indicatore si discosta dal corrispondente LAP (Livello Accettabile di Performance): la colonnina è verde se il valore supera il LAP, rossa se ricade nell'area critica.

Un'occhiata a questa schermata ci fa rapidamente comprendere che in realtà, quando osservate con obiettività e su tutta la popolazione assistita, le nostre performances professionali sono generalmente tutt'altro che ottimali. Non scoraggiamoci! E' sempre possibile migliorare e GPG ci aiuta molto a farlo. Come? Lo vedremo nei prossimi capitoli.

2. Scelgo un problema a caso: il Diabete. Come sto seguendo i miei pazienti diabetici? Sto facendo tutti i controlli previsti? Sto raggiungendo i target metabolici e pressori? In quali pazienti è necessario operare correttivi alla terapia?

E' una buona idea! Il diabete mellito è una patologia cronica ad alto impatto socioassistenziale per la quale è ampiamente dimostrato che uno stretto controllo dei parametri metabolici e pressori è in grado di modificare significativamente le prospettive di vita e di salute del paziente. E' ampiamente condivisa l'opinione che i pazienti diabetici debbano essere gestiti in modo integrato tra Medici di Medicina Generale e Specialisti Diabetologi e per questo, in moltissime realtà territoriali, sono in sperimentazione modelli assistenziali che invariabilmente richiedono un periodico monitoraggio dei risultati raggiunti. Come procedere? La sezione "Audit Clinico" di GPG, subito dopo la schermata sintetica che abbiamo visto nel capitolo 1, consente di effettuare una analisi per problema. Nella **Figura 3** vediamo elencati gli indicatori relativi al Diabete Mellito tipo 2.

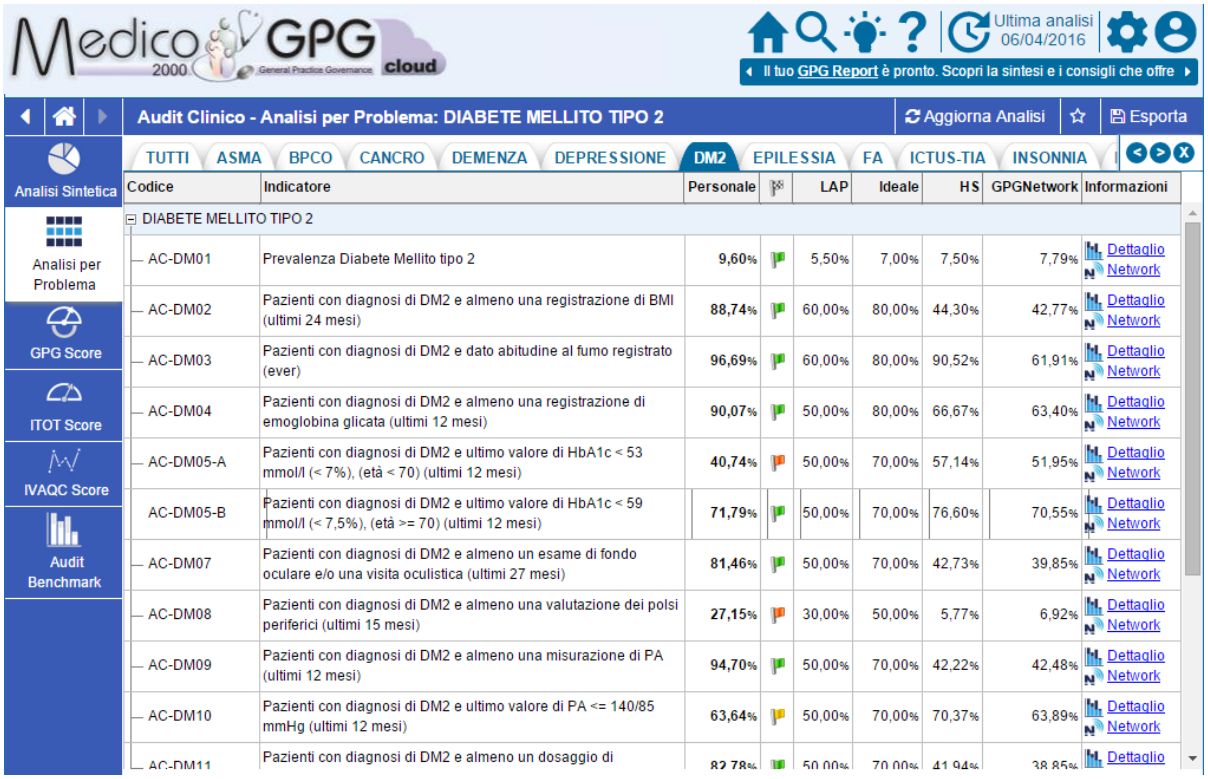


Figura 3. Indicatori per il Diabete Mellito tipo 2. ***LAP:*** *Livello Accettabile di Performance.* ***HS:*** *Health Search*

Il Diabete Mellito è la patologia per la quale è disponibile il maggior numero di indicatori. Questi possono essere classificati in vari modi ma sostanzialmente si distinguono in indicatori di "processo" e di "esito". I primi descrivono cosa facciamo, in quale misura eseguiamo le procedure previste dalle linee guida. I secondi, invece, misurano quali risultati otteniamo in termini di salute. Sono, pertanto,

indicatori di processo: la percentuale di pazienti diabetici con almeno una registrazione di emoglobina glicata negli ultimi 365 giorni (AC-DM03) e la percentuale di pazienti diabetici con almeno una prescrizione di Ace-inibitori/Sartani negli ultimi 365 giorni (AC-13).

Sono indicatori di esito: la percentuale di pazienti diabetici per i quali l'ultimo valore di pressione arteriosa è inferiore a 130/80 mmHg (AC-DM10) e la percentuale di pazienti con ultimo valore di colesterolo LDL<100 mg/dl (AC-DM15).

Anche in questa schermata di GPG è mantenuta la simbologia dei tre colori: le bandierine rosse, gialle e verdi impietosamente ci indicano quali sono gli aspetti dell'assistenza al paziente diabetico nei quali siamo appena sufficienti (gialle) o drammaticamente carenti (rosse). Le bandierine verdi, generalmente minoritarie, indicano i campi nei quali abbiamo fatto davvero un ottimo lavoro.

Confrontarci con LAP e valori ideali, che sono tutto sommato valori astratti, per quanto identificati da chi ha costruito gli indicatori con criteri rigorosi, è l'unico modo che abbiamo per valutare le nostre performance? Sicuramente no e GPG ci offre delle alternative. La prima è rappresentata dalle "mediane" di Health Search, indicate nella schermata della **Figura 3** nella colonna "HS". Questi valori sono ricavati da un noto database della Medicina Generale2 che raccoglie i dati clinici di oltre 900 medici distribuiti su tutto il territorio nazionale. Sono valori "mediani" cioè valori intermedi tra quelli registrati nei singoli medici ma costituiscono un termine di paragone molto interessante perché ricavato direttamente dai dati della pratica professionale.

Un altro confronto molto utile è quello che possiamo fare con noi stessi. Dopo alcuni mesi di utilizzo del programma e dopo aver eseguito ripetute valutazioni sui nostri archivi, abbiamo la possibilità di vedere se stiamo veramente migliorando. Basta cliccare, per ciascun indicatore, sul link "Visualizza" per ottenere una analisi storica del valore dell'indicatore (**Figura 4**).

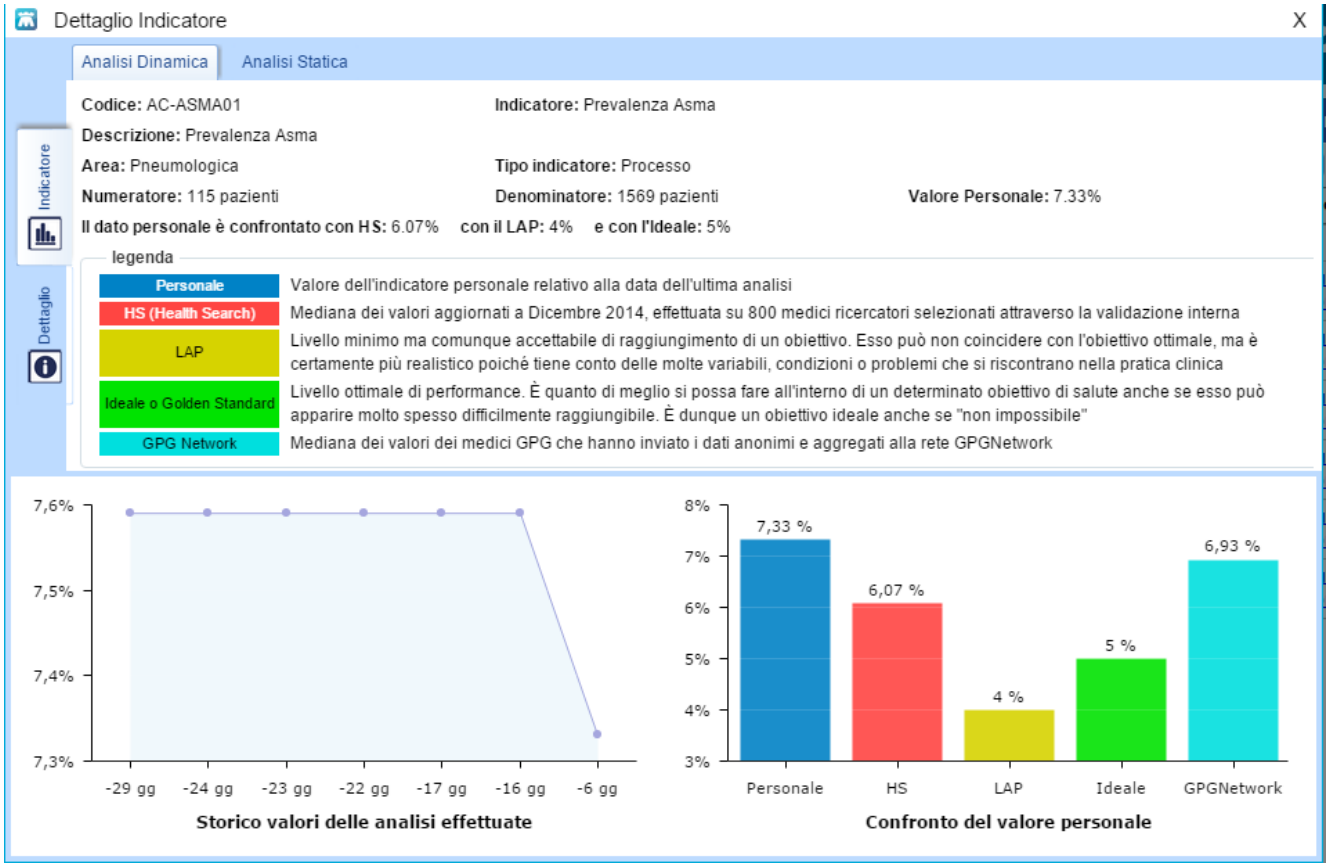
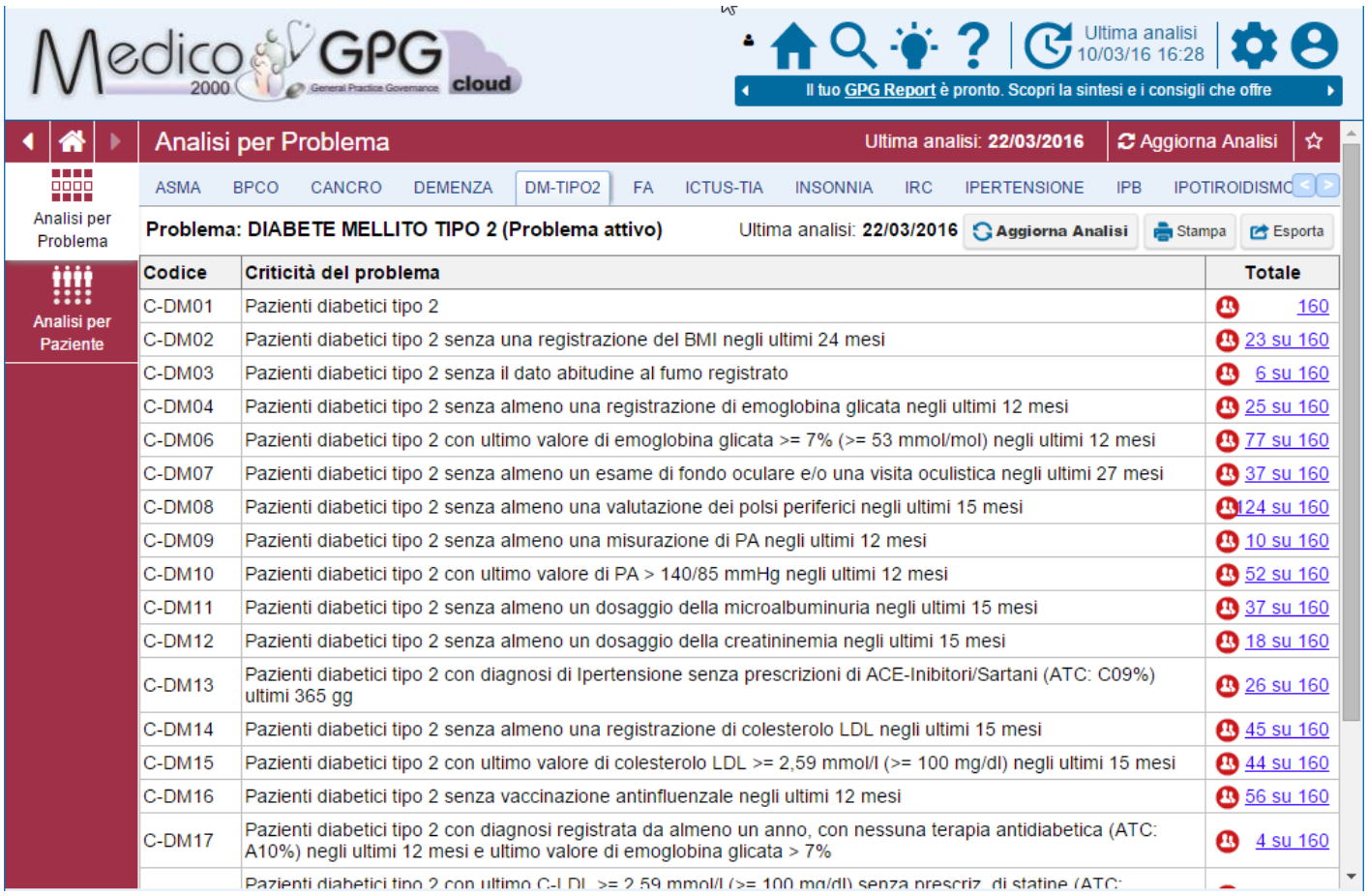


Figura 4. Analisi "storica" dell'andamento di un indicatore relativo al Diabete Mellito tipo 2

La **Figura 4** mostra i risultati ottenuti nella registrazione dei valori di BMI nei pazienti diabetici frutto di un costante impegno del medico che, partendo da una performance sicuramente insufficiente, 52% dei pazienti valutati, nell'arco di alcuni mesi si è avvicinato al LAP con un più presentabile 74%. Come fare per migliorare ancora il livello di registrazione del BMI nei pazienti diabetici? Il fatto stesso di essere consapevoli di una importante carenza sul piano operativo certamente ci stimola a prestare maggiore attenzione alla procedura che risulta deficitaria. GPG ci aiuta a fare di più e a colmare più rapidamente e con maggiore efficacia le nostre carenze operative. La sezione "Criticità e Intervento" ci consente di rivalutare gli stessi indicatori considerati nella sezione "Audit Clinico" sotto un altro punto di vista **(Figura 5)**.

La **Figura 5** elenca gli indicatori relativi al diabete mellito tipo 2 e, per ciascuno di essi, il numero di pazienti per i quali essi non sono soddisfatti. Cliccando sul link "Pazienti" è possibile avere l'elenco nominativo dei diabetici **(Figura 6)** per i quali, per esempio, non è stato registrato il valore del BMI negli ultimi 24 mesi. Questi pazienti possono essere inseriti in un registro di Medico2000. E' possibile generare un avviso che si attiverà tutte le volte che apriremo la cartella e ci ricorderà del dato mancante oppure generare un messaggio di posta elettronica da inviare al paziente per avvertirlo della necessità di eseguire dei controlli e, eventualmente, proporgli una data per un appuntamento.



Codice	Criticità del problema	Totale
C-DM01	Pazienti diabetici tipo 2	160
C-DM02	Pazienti diabetici tipo 2 senza una registrazione del BMI negli ultimi 24 mesi	23 su 160
C-DM03	Pazienti diabetici tipo 2 senza il dato abitudine al fumo registrato	6 su 160
C-DM04	Pazienti diabetici tipo 2 senza almeno una registrazione di emoglobina glicata negli ultimi 12 mesi	25 su 160
C-DM06	Pazienti diabetici tipo 2 con ultimo valore di emoglobina glicata >= 7% (>= 53 mmol/mol) negli ultimi 12 mesi	77 su 160
C-DM07	Pazienti diabetici tipo 2 senza almeno un esame di fondo oculare e/o una visita oculistica negli ultimi 27 mesi	37 su 160
C-DM08	Pazienti diabetici tipo 2 senza almeno una valutazione dei polsi periferici negli ultimi 15 mesi	124 su 160
C-DM09	Pazienti diabetici tipo 2 senza almeno una misurazione di PA negli ultimi 12 mesi	10 su 160
C-DM10	Pazienti diabetici tipo 2 con ultimo valore di PA > 140/85 mmHg negli ultimi 12 mesi	52 su 160
C-DM11	Pazienti diabetici tipo 2 senza almeno un dosaggio della microalbuminuria negli ultimi 15 mesi	37 su 160
C-DM12	Pazienti diabetici tipo 2 senza almeno un dosaggio della creatininemia negli ultimi 15 mesi	18 su 160
C-DM13	Pazienti diabetici tipo 2 con diagnosi di Ipertensione senza prescrizioni di ACE-Inibitori/Sartani (ATC: C09%) ultimi 365 gg	26 su 160
C-DM14	Pazienti diabetici tipo 2 senza almeno una registrazione di colesterolo LDL negli ultimi 15 mesi	45 su 160
C-DM15	Pazienti diabetici tipo 2 con ultimo valore di colesterolo LDL >= 2,59 mmol/l (>= 100 mg/dl) negli ultimi 15 mesi	44 su 160
C-DM16	Pazienti diabetici tipo 2 senza vaccinazione antinfluenzale negli ultimi 12 mesi	56 su 160
C-DM17	Pazienti diabetici tipo 2 con diagnosi registrata da almeno un anno, con nessuna terapia antidiabetica (ATC: A10%) negli ultimi 12 mesi e ultimo valore di emoglobina glicata > 7%	4 su 160
	Pazienti diabetici tipo 2 con ultimo C-LDL >= 2,59 mmol/l (>= 100 mg/dl) senza prescriz. di statine (ATC:	

Figura 5. Individuazione dei pazienti che presentano criticità in relazione ai processi di cura esplorati dai singoli indicatori. Sezione “Criticità e Intervento”

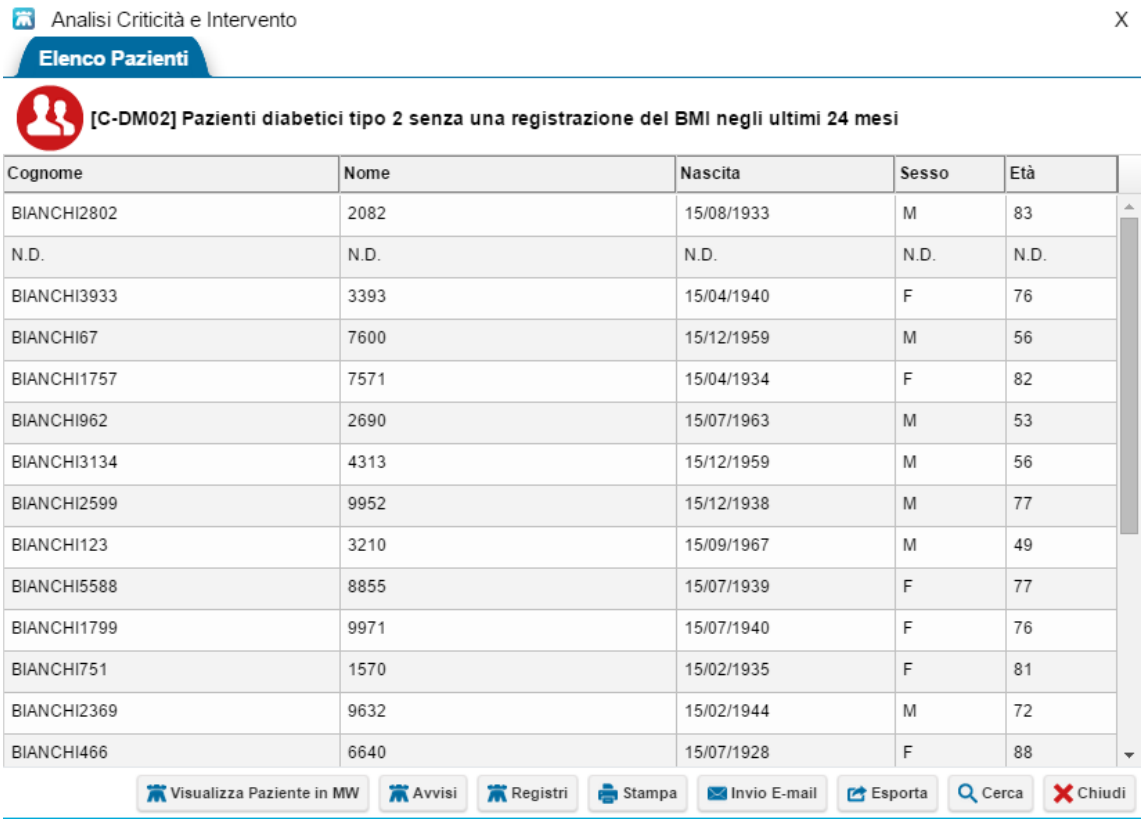


Figura 6. Elenco dei pazienti che presentano situazioni di criticità individuate da un indicatore.

Appare evidente come grazie a questi strumenti possiamo attuare strategie efficaci di medicina di opportunità o di iniziativa che ci consentono di andare ben oltre i risultati ottenibili con il tradizionale approccio clinico basato sulla medicina di attesa

3. Il self-audit sul diabete mi ha fatto notare che ho troppo pochi pazienti diabetici rispetto alla prevalenza dichiarata nelle casistiche ufficiali. Ci sono pazienti diabetici misconosciuti tra i miei assistiti?

La “prevalenza” di una malattia cronica è un indicatore molto importante. E’ data dal rapporto tra il numero di casi osservati ed il numero di soggetti nella popolazione in esame ed è espressione di molte variabili tra cui la suscettibilità ad ammalare, condizionata da fattori genetici ed ambientali, e la sopravvivenza. La prevalenza, inoltre, è evidentemente correlata con il carico assistenziale che la patologia comporta nel particolare contesto esaminato.

Ciascun Medico di Medicina Generale può valutare la prevalenza di una malattia cronica, come per esempio il Diabete Mellito tipo 2 nella propria popolazione assistita, semplicemente dividendo il numero di pazienti con diagnosi di diabete per il numero di assistiti in carico.

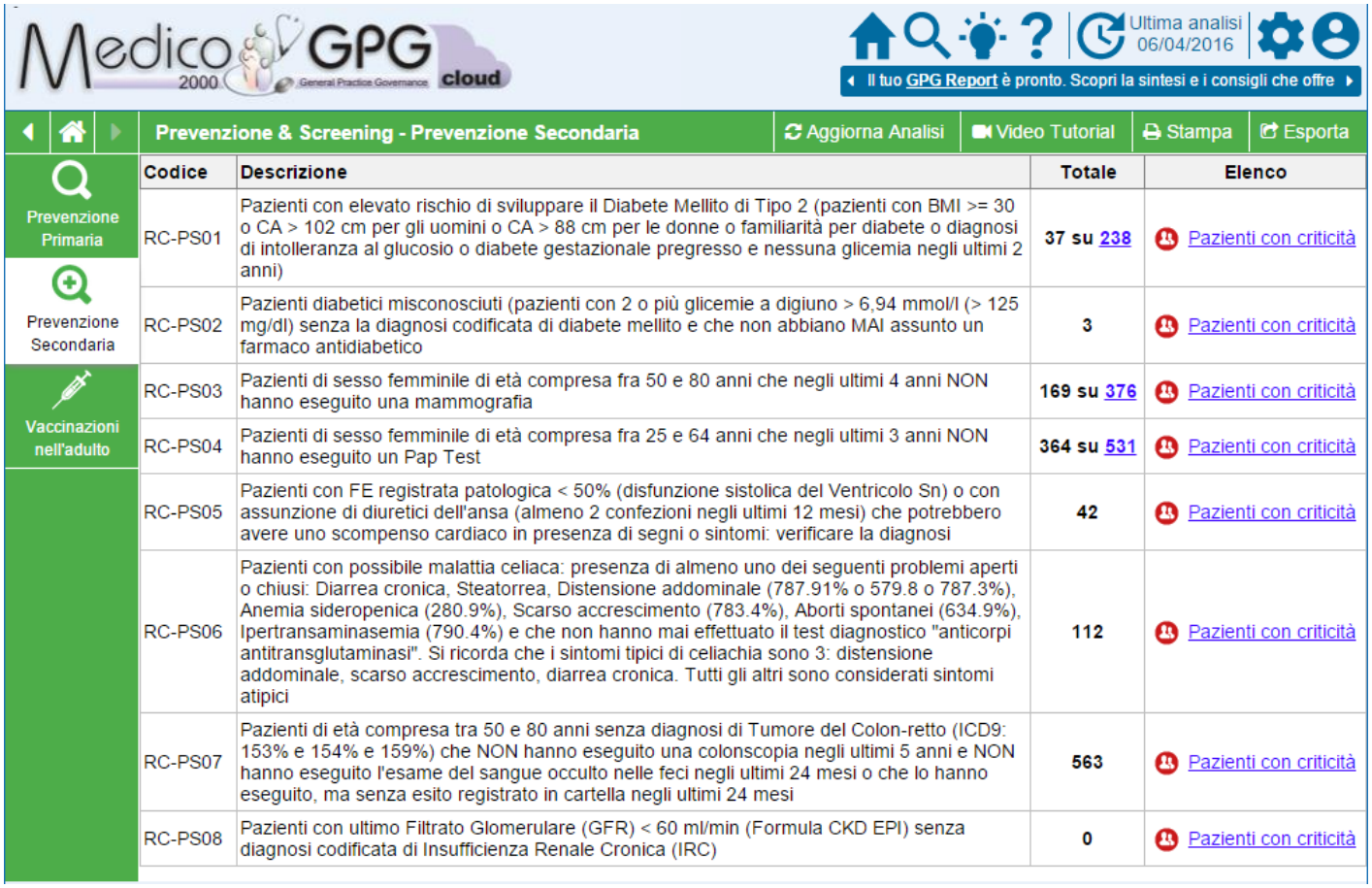
GPG calcola la prevalenza di tutte le patologie croniche prese in esame. Se riscontriamo una prevalenza del diabete inferiore a quanto atteso sulla base dei dati epidemiologici disponibili e del confronto con altri colleghi che operano nello stesso territorio, le ragioni possono essere ricercate*:

- In una particolare composizione della popolazione assistita per sesso e/o fasce di età;
- Nel non aver correttamente identificato tutti i pazienti diabetici;
- Nel non aver inserito la diagnosi codificata di “diabete mellito” nella lista dei problemi in tutti i pazienti in cui abbiamo diagnosticato la patologia.

Siamo certi, infatti, di aver inserito la diagnosi nella lista dei problemi tutte le volte che l’abbiamo formulata? Siamo sicuri di aver formulato la diagnosi tutte le volte che gli esami di laboratorio hanno documentato il soddisfacimento dei criteri diagnostici? Nel caso particolare del diabete mellito tipo 2 la diagnosi può essere formulata se la glicemia a digiuno è uguale o supera per almeno due volte il valore soglia di 126 mg/dl. Può accadere, quindi, che la diagnosi ci sfugga se non abbiamo fatto un esame comparativo dei risultati degli esami di laboratorio e se non abbiamo prestato particolare attenzione a precedenti valori glicemici “sotto-soglia” che comunque evidenziavano un dismetabolismo. La criticità più insidiosa infatti è quella che può derivare da non aver valutato con sufficiente attenzione i pazienti a rischio di sviluppare il diabete mellito, patologia che si manifesta con un continuum di espressioni fenotipiche a partire da condizioni dismetaboliche predisponenti. Sottoporre periodicamente a valutazione clinica e laboratoristica i soggetti con familiarità di primo grado per diabete, gli obesi, soprattutto se con obesità viscerale, i soggetti con alterata glicemia a digiuno (IFG-glicemia compresa tra 100 e 125 mg/dl) o ridotta tolleranza glicidica (IGT) è una attività

di prevenzione secondaria che solo il Medico di Medicina Generale può svolgere con particolare efficacia.

In GPG sono presenti tre indicatori formidabili che ci consentono di affrontare queste criticità. Due, RC-PS01 e RC PS02 **(Figura 7)**, sono reperibili nella sezione “Prevenzione e Screening” →Prevenzione Secondaria”, il terzo, BA01 **(Figura 8)**, si trova nella sezione “Supporti e Ripulitura Archivi” → “Analisi inappropriatezze diagnostiche”.



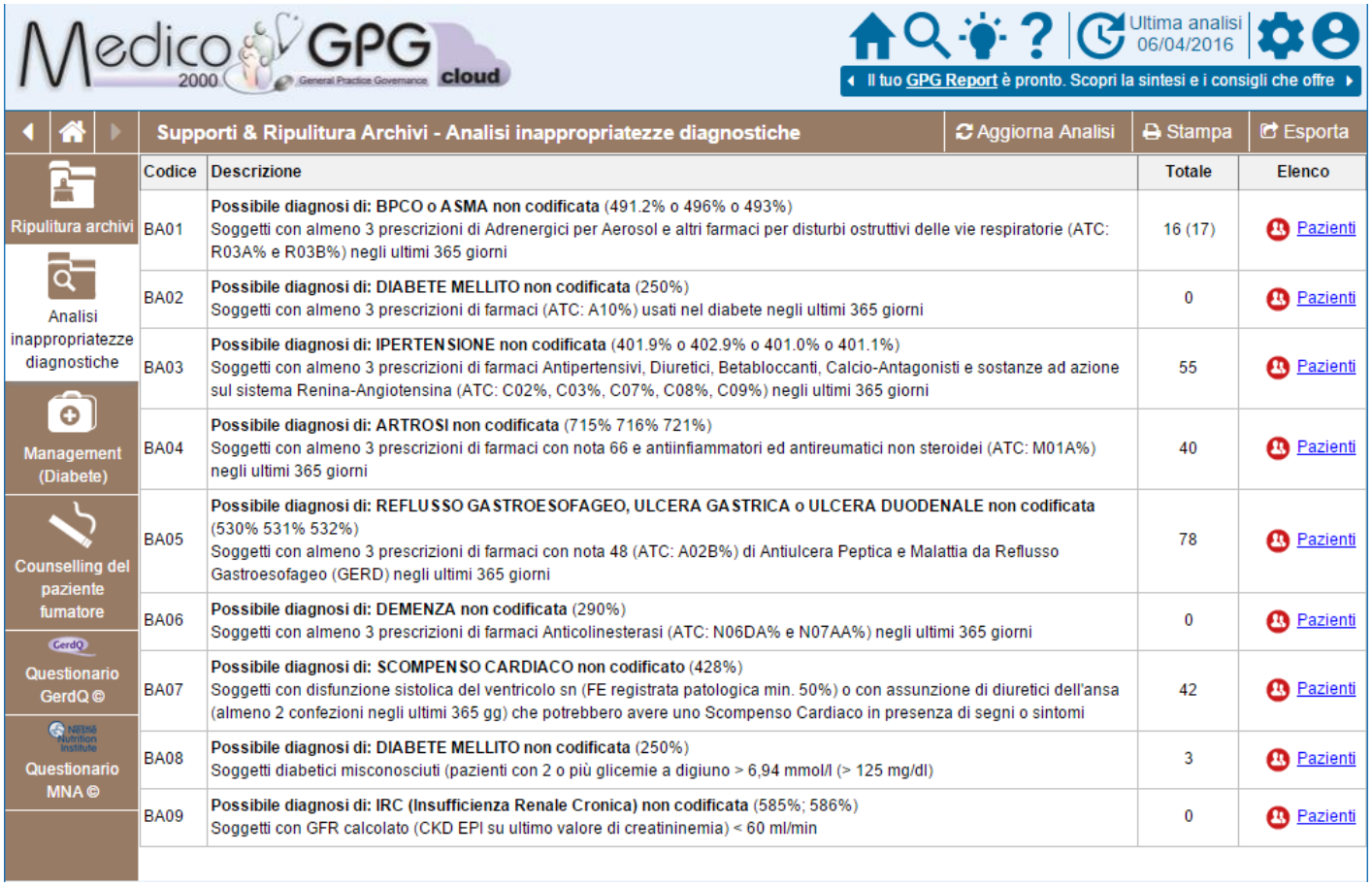
Codice	Descrizione	Totale	Elenco
RC-PS01	Pazienti con elevato rischio di sviluppare il Diabete Mellito di Tipo 2 (pazienti con BMI >= 30 o CA > 102 cm per gli uomini o CA > 88 cm per le donne o familiarità per diabete o diagnosi di intolleranza al glucosio o diabete gestazionale pregresso e nessuna glicemia negli ultimi 2 anni)	37 su 238	Pazienti con criticità
RC-PS02	Pazienti diabetici misconosciuti (pazienti con 2 o più glicemie a digiuno > 6,94 mmol/l (> 125 mg/dl) senza la diagnosi codificata di diabete mellito e che non abbiano MAI assunto un farmaco antidiabetico	3	Pazienti con criticità
RC-PS03	Pazienti di sesso femminile di età compresa fra 50 e 80 anni che negli ultimi 4 anni NON hanno eseguito una mammografia	169 su 376	Pazienti con criticità
RC-PS04	Pazienti di sesso femminile di età compresa fra 25 e 64 anni che negli ultimi 3 anni NON hanno eseguito un Pap Test	364 su 531	Pazienti con criticità
RC-PS05	Pazienti con FE registrata patologica < 50% (disfunzione sistolica del Ventricolo Sn) o con assunzione di diuretici dell'ansa (almeno 2 confezioni negli ultimi 12 mesi) che potrebbero avere uno scompenso cardiaco in presenza di segni o sintomi: verificare la diagnosi	42	Pazienti con criticità
RC-PS06	Pazienti con possibile malattia celiaca: presenza di almeno uno dei seguenti problemi aperti o chiusi: Diarrea cronica, Steatorrea, Distensione addominale (787.91% o 579.8 o 787.3%), Anemia sideropenica (280.9%), Scarso accrescimento (783.4%), Aborti spontanei (634.9%), Ipertransaminasemia (790.4%) e che non hanno mai effettuato il test diagnostico "anticorpi antitransglutaminasi". Si ricorda che i sintomi tipici di celiachia sono 3: distensione addominale, scarso accrescimento, diarrea cronica. Tutti gli altri sono considerati sintomi atipici	112	Pazienti con criticità
RC-PS07	Pazienti di età compresa tra 50 e 80 anni senza diagnosi di Tumore del Colon-retto (ICD9: 153% e 154% e 159%) che NON hanno eseguito una colonscopia negli ultimi 5 anni e NON hanno eseguito l'esame del sangue occulto nelle feci negli ultimi 24 mesi o che lo hanno eseguito, ma senza esito registrato in cartella negli ultimi 24 mesi	563	Pazienti con criticità
RC-PS08	Pazienti con ultimo Filtrato Glomerulare (GFR) < 60 ml/min (Formula CKD EPI) senza diagnosi codificata di Insufficienza Renale Cronica (IRC)	0	Pazienti con criticità

Figura 7. Due indicatori per individuare i pazienti a rischio di sviluppare il Diabete o con Diabete conclamato non diagnosticato

L’indicatore RC-PS01 ci aiuta ad identificare tutti i pazienti a rischio ed in particolare quelli che non sono stati sottoposti alla valutazione della glicemia negli ultimi due anni. Gli indicatori RC-PS02 e BA02 consentono la visualizzazione dei nominativi di eventuali pazienti diabetici con diagnosi non registrata nella lista dei problemi ricercandoli tra quelli che hanno almeno due glicemie con valore superiore o uguale a 126 mg/dl o che hanno ricevuto la prescrizione di farmaci antidiabetici.

Anche per questi indicatori GPG ci dà la possibilità di identificare i singoli pazienti, intervenire sulle loro cartelle, attivare un avviso, mandare un messaggio di posta elettronica, insomma avviare una

serie di procedure che ci consentono di recuperare il terreno perduto. E chissà che tra questi pazienti non ci siano proprio quelli che ci mancano per raggiungere un livello soddisfacente di prevalenza di Diabete Mellito nella nostra popolazione assistita!

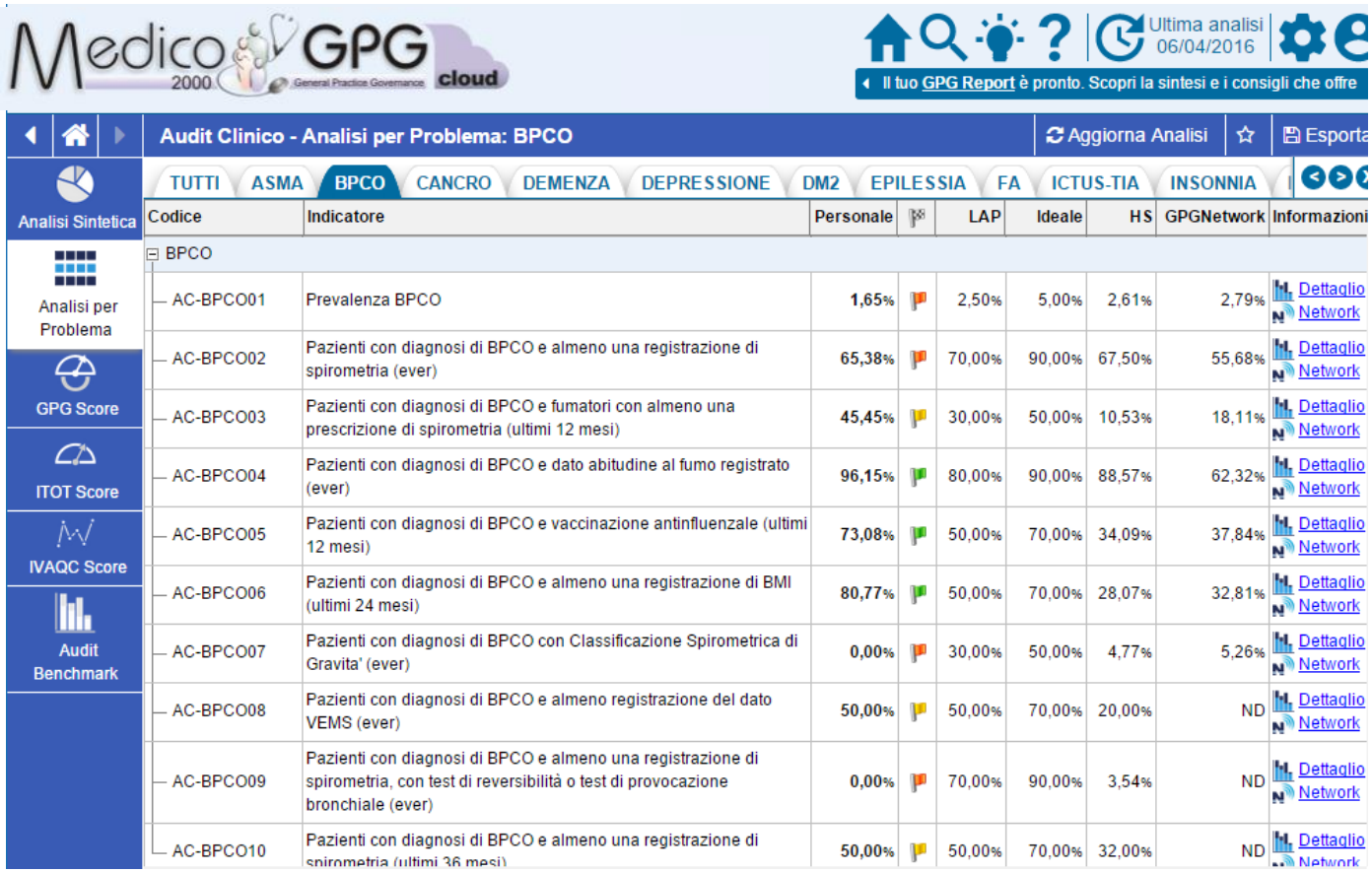


Codice	Descrizione	Totale	Elenco
BA01	**Possibile diagnosi di: BPCO o ASMA non codificata** (491.2% o 496% o 493%) Soggetti con almeno 3 prescrizioni di Adrenergici per Aerosol e altri farmaci per disturbi ostruttivi delle vie respiratorie (ATC: R03A% e R03B%) negli ultimi 365 giorni	16 (17)	Pazienti
BA02	**Possibile diagnosi di: DIABETE MELLITO non codificata** (250%) Soggetti con almeno 3 prescrizioni di farmaci (ATC: A10%) usati nel diabete negli ultimi 365 giorni	0	Pazienti
BA03	**Possibile diagnosi di: IPERTENSIONE non codificata** (401.9% o 402.9% o 401.0% o 401.1%) Soggetti con almeno 3 prescrizioni di farmaci Antipertensivi, Diuretici, Betabloccanti, Calcio-Antagonisti e sostanze ad azione sul sistema Renina-Angiotensina (ATC: C02%, C03%, C07%, C08%, C09%) negli ultimi 365 giorni	55	Pazienti
BA04	**Possibile diagnosi di: ARTROSI non codificata** (715% 716% 721%) Soggetti con almeno 3 prescrizioni di farmaci con nota 66 e antiinfiammatori ed antireumatici non steroidei (ATC: M01A%) negli ultimi 365 giorni	40	Pazienti
BA05	**Possibile diagnosi di: REFLUSSO GASTROESOFAGEO, ULCERA GASTRICA o ULCERA DUODENALE non codificata** (530% 531% 532%) Soggetti con almeno 3 prescrizioni di farmaci con nota 48 (ATC: A02B%) di Antiulcera Peptica e Malattia da Reflusso Gastroesofageo (GERD) negli ultimi 365 giorni	78	Pazienti
BA06	**Possibile diagnosi di: DEMENZA non codificata** (290%) Soggetti con almeno 3 prescrizioni di farmaci Anticolinesterasi (ATC: N06DA% e N07AA%) negli ultimi 365 giorni	0	Pazienti
BA07	**Possibile diagnosi di: SCOMPENSO CARDIACO non codificato** (428%) Soggetti con disfunzione sistolica del ventricolo sn (FE registrata patologica min. 50%) o con assunzione di diuretici dell'ansa (almeno 2 confezioni negli ultimi 365 gg) che potrebbero avere uno Scompenso Cardiaco in presenza di segni o sintomi	42	Pazienti
BA08	**Possibile diagnosi di: DIABETE MELLITO non codificata** (250%) Soggetti diabetici misconosciuti (pazienti con 2 o più glicemie a digiuno > 6,94 mmol/l (> 125 mg/dl)	3	Pazienti
BA09	**Possibile diagnosi di: IRC (Insufficienza Renale Cronica) non codificata** (585%; 586%) Soggetti con GFR calcolato (CKD EPI su ultimo valore di creatininemia) < 60 ml/min	0	Pazienti

Figura 8. La sezione “Analisi inappropriatezze diagnostiche” consente di recuperare molte diagnosi omesse basandosi sulle terapie prescritte ai pazienti.

4. Ho aderito ad una iniziativa per la gestione integrata dei pazienti con bronco-pneumopatia cronica ostruttiva (BPCO). Devo compilare il registro dei pazienti e preparare una lista di quelli che saranno sottoposti a spirometria nell'ambito di un ambulatorio dedicato a tale patologia.

I progetti regionali o aziendali di audit sulla gestione delle patologie croniche sono sempre più frequenti. Essi, infatti, spingono il Medico di Medicina Generale a organizzarsi per svolgere un ruolo che appare sempre più rilevante e che consiste nel garantire, in collaborazione con gli specialisti, livelli adeguati di assistenza ed utilizzo appropriato delle risorse in tutti i pazienti con una particolare patologia. Il primo passo da compiere in questa direzione è costituire un "registro" dei pazienti affetti da BPCO: GPG rende questa operazione molto semplice.



Codice	Indicatore	Personale		LAP	Ideale	HS	GPGNetwork	Informazioni
BPCO								
AC-BPCO01	Prevalenza BPCO	1,65%		2,50%	5,00%	2,61%	2,79%	Dettaglio Network
AC-BPCO02	Pazienti con diagnosi di BPCO e almeno una registrazione di spirometria (ever)	65,38%		70,00%	90,00%	67,50%	55,68%	Dettaglio Network
AC-BPCO03	Pazienti con diagnosi di BPCO e fumatori con almeno una prescrizione di spirometria (ultimi 12 mesi)	45,45%		30,00%	50,00%	10,53%	18,11%	Dettaglio Network
AC-BPCO04	Pazienti con diagnosi di BPCO e dato abitudine al fumo registrato (ever)	96,15%		80,00%	90,00%	88,57%	62,32%	Dettaglio Network
AC-BPCO05	Pazienti con diagnosi di BPCO e vaccinazione antinfluenzale (ultimi 12 mesi)	73,08%		50,00%	70,00%	34,09%	37,84%	Dettaglio Network
AC-BPCO06	Pazienti con diagnosi di BPCO e almeno una registrazione di BMI (ultimi 24 mesi)	80,77%		50,00%	70,00%	28,07%	32,81%	Dettaglio Network
AC-BPCO07	Pazienti con diagnosi di BPCO con Classificazione Spirometrica di Gravita' (ever)	0,00%		30,00%	50,00%	4,77%	5,26%	Dettaglio Network
AC-BPCO08	Pazienti con diagnosi di BPCO e almeno registrazione del dato VEMS (ever)	50,00%		50,00%	70,00%	20,00%	ND	Dettaglio Network
AC-BPCO09	Pazienti con diagnosi di BPCO e almeno una registrazione di spirometria, con test di reversibilità o test di provocazione bronchiale (ever)	0,00%		70,00%	90,00%	3,54%	ND	Dettaglio Network
AC-BPCO10	Pazienti con diagnosi di BPCO e almeno una registrazione di spirometria (ultimi 36 mesi)	50,00%		50,00%	70,00%	32,00%	ND	Dettaglio Network

Figura 9. Gli indicatori relativi al problema BPCO della sezione "Audit Clinico"

L'indicatore AC-BPCO01 **(Figura 9)**, nella sezione "Audit Clinico" → "Analisi per Problema" → "BPCO" ci indica qual è la prevalenza della patologia tra i nostri pazienti; il confronto con il LAP o con il dato di HS ci fa capire se abbiamo classificato come affetti da BPCO un numero adeguato di pazienti. Se vogliamo capire con quale criterio sono stati individuati i pazienti, clicchiamo su

"visualizza" e poi su "Dettaglio" **(Figura 10)** e scopriamo che sono considerati pazienti BPCO quelli che hanno nella lista dei problemi le diagnosi i cui codici ICD9 iniziano per 491.2% (il segno di percentuale significa che da quel punto in poi ci può essere qualsiasi altro carattere) o per 496% o anche una diagnosi non codificata contenente il termine "BPCO". Naturalmente questa stessa procedura operativa è utilizzabile per tutti gli indicatori.

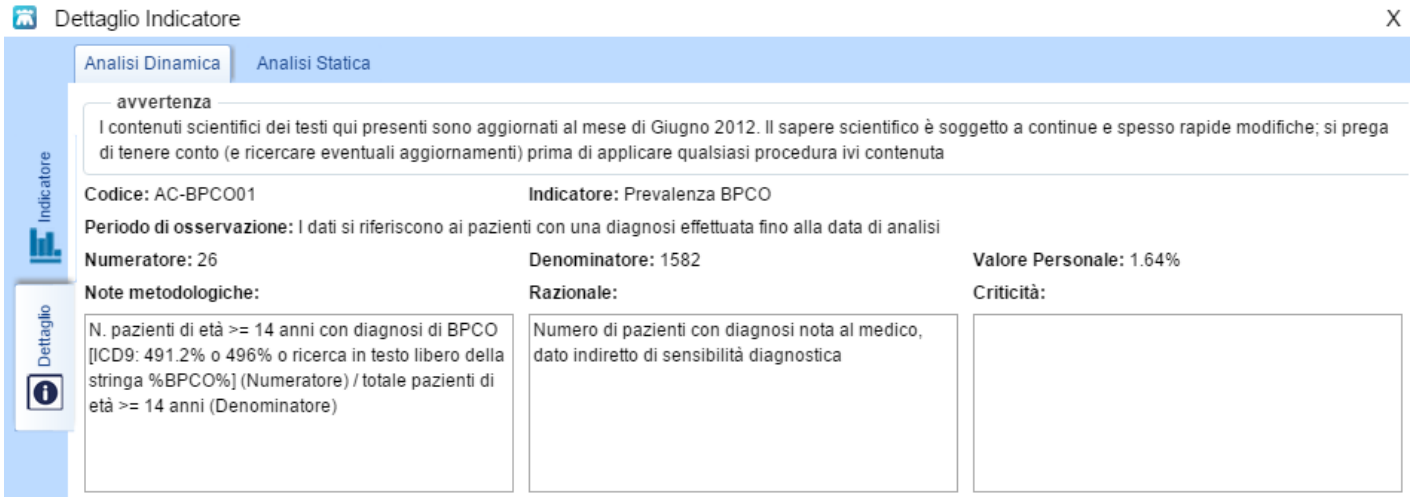


Figura 10: come verificare in che modo è stato costruito un indicatore

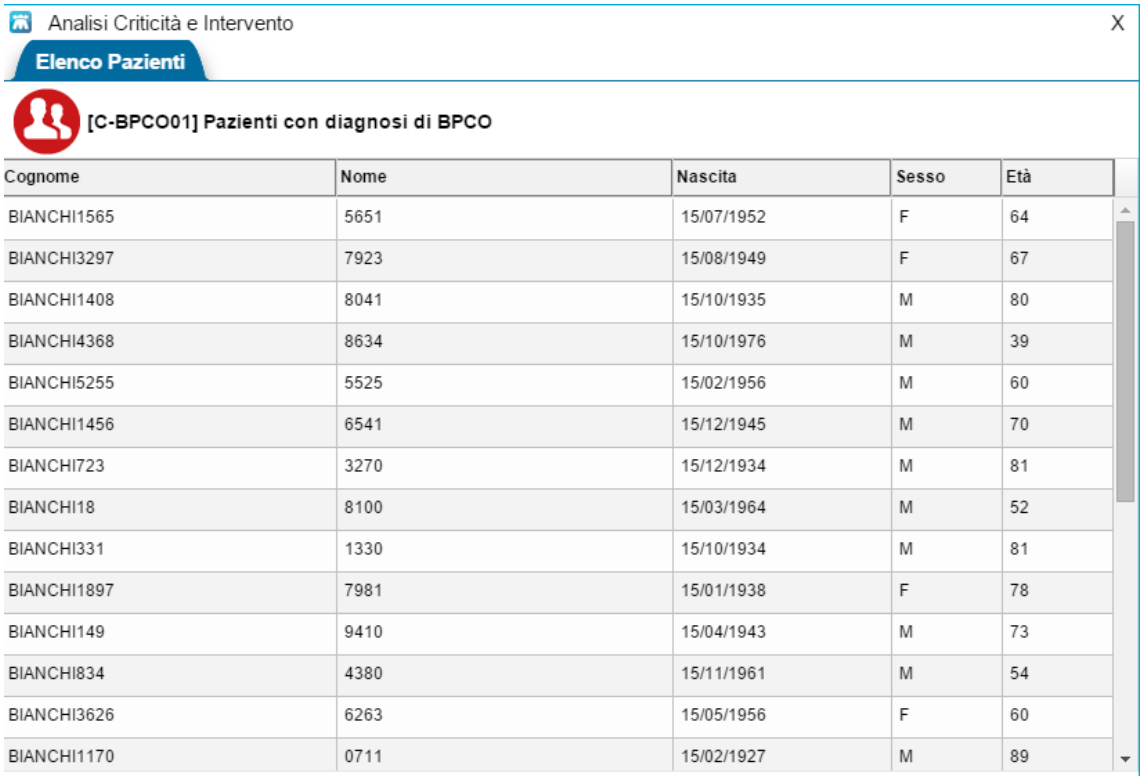
Nel nostro caso è molto utile anche l'indicatore AC-BPCO02 **(Figura 9)** che ci mostra a che punto siamo con la qualità della diagnosi. Molte esperienze di audit, infatti, hanno dimostrato che spesso la diagnosi di BPCO non è effettuata in modo rigoroso, mediante una valutazione funzionale spirometrica, ma soltanto sulla base della sintomatologia clinica o (e questo è anche peggio!) dell'esito di una radiografia del torace. L'obiettivo del nostro progetto è proprio quello di identificare i pazienti che non sono mai stati sottoposti a spirometria e convocarli per verificare la correttezza della diagnosi. L'esame spirometrico, inoltre, è condizione indispensabile per la stadiazione della malattia e, conseguentemente, l'impostazione di una terapia farmacologica appropriata.

Procediamo nel modo seguente. Andiamo in "Analisi Criticità e Intervento"→ "Analisi per Problema" → "BPCO" **(Figura 11)** e consultiamo l'elenco dei pazienti che presentano la diagnosi "BPCO" nella lista dei problemi.

L'elenco può essere stampato, riportato in un foglio di calcolo oppure essere trasferito in un registro di Medico2000. Cliccando sul tasto "Registri", infatti, si apre una procedura di integrazione che consente di trasferire i nominativi dei pazienti identificati nel registro "BPCO" o in un registro personalizzato di Medico2000.

Anche per questa patologia, come per il diabete, può sorgere il dubbio di non aver inserito la diagnosi nella lista dei problemi di alcuni pazienti che, pertanto, non possono essere identificati come affetti

dalla patologia. In questa operazione di “recupero” ci viene incontro l’indicatore BA01 che si trova nella sezione “Supporti e Ripulitura Archivi” → “Analisi inappropriatezze cliniche” **(Figura 8)**.



Cognome	Nome	Nascita	Sesso	Età
BIANCHI1565	5651	15/07/1952	F	64
BIANCHI3297	7923	15/08/1949	F	67
BIANCHI1408	8041	15/10/1935	M	80
BIANCHI4368	8634	15/10/1976	M	39
BIANCHI5255	5525	15/02/1956	M	60
BIANCHI1456	6541	15/12/1945	M	70
BIANCHI723	3270	15/12/1934	M	81
BIANCHI18	8100	15/03/1964	M	52
BIANCHI331	1330	15/10/1934	M	81
BIANCHI1897	7981	15/01/1938	F	78
BIANCHI149	9410	15/04/1943	M	73
BIANCHI834	4380	15/11/1961	M	54
BIANCHI3626	6263	15/05/1956	F	60
BIANCHI1170	0711	15/02/1927	M	89

Figura 11. Come ottenere l’elenco dei pazienti individuati mediante un indicatore

Questo indicatore ricerca tutti i pazienti ai quali sono stati prescritti farmaci respiratori (adrenergici per aerosol, anche in associazione, cortisonici inalatori, anticolinergici inalatori) nel corso dell’ultimo anno ma che non hanno nella lista dei problemi le diagnosi di ASMA o di BPCO. Il risultato di questa ricerca non può ovviamente essere trasferito automaticamente nel registro dei pazienti con BPCO in quanto può contenere pazienti asmatici a loro volta non codificati o pazienti che hanno fatto uso dei farmaci inalatori per altre patologie. Si rende quindi necessaria una rivalutazione manuale delle cartelle dei singoli pazienti che sarà molto utile per rivedere le procedure adottate nei pazienti con patologie respiratorie.

Codice	Criticità del problema	Totale
C-BPCO01	Pazienti con diagnosi di BPCO	26
C-BPCO02	Pazienti con diagnosi di BPCO senza prescrizione di spirometria	9 su 26
C-BPCO03	Pazienti con diagnosi di BPCO e fumatori senza una prescrizione di una spirometria negli ultimi 12 mesi	5 su 26
C-BPCO04	Pazienti con diagnosi di BPCO senza dato abitudine al fumo registrato negli ultimi 12 mesi	15 su 26
C-BPCO05	Pazienti con diagnosi di BPCO senza registrazione della vaccinazione antinfluenzale negli ultimi 12 mesi	7 su 26
C-BPCO06	Pazienti con diagnosi di BPCO senza almeno una registrazione di BMI negli ultimi 24 mesi	6 su 26
C-BPCO07	Pazienti con diagnosi di BPCO e fumatori	6 su 26
C-BPCO08	Pazienti con diagnosi di BPCO con almeno una prescrizione di ICS negli ultimi 12 mesi	6 su 26
C-BPCO09	Pazienti con diagnosi di BPCO con almeno due Ricoveri negli ultimi 12 mesi in Pneumologia, Cardiologia, Medicina Generale, Anestesia e Rianimazione	2 su 26
C-BPCO10	Pazienti con diagnosi di BPCO senza Classificazione Spirometrica di Gravita'	26 su 26
C-BPCO11	Pazienti con diagnosi di BPCO con riacutizzazione negli ultimi 12 mesi	0 su 26
C-BPCO12	Pazienti con diagnosi di BPCO con visita al pronto soccorso negli ultimi 12 mesi	0 su 26

Figura 12. Gli indicatori che si riferiscono al problema BPCO della sezione “Analisi Criticità e Intervento”

Una volta completata la lista dei pazienti con BPCO, individuare quelli non sottoposti a spirometria risulterà ora estremamente semplice. Nella sezione “Criticità e Intervento”, infatti, l’indicatore C-BPCO02 (Figura 12) ci darà l’elenco di questi pazienti e fornirà gli strumenti (Avviso in cartella, Richiamo telefonico, E-mail, ecc.) per intervenire in modo opportunistico o mirato.

A questo punto abbiamo affrontato la parte più importante del nostro progetto di revisione del registro dei pazienti con BPCO, tuttavia, come in ogni audit che si rispetti, è possibile e auspicabile che dopo aver affrontato una criticità si propongano nuove verifiche, nuovi obiettivi, nuovi interventi (ciclo dell’audit, **Figura 13**).

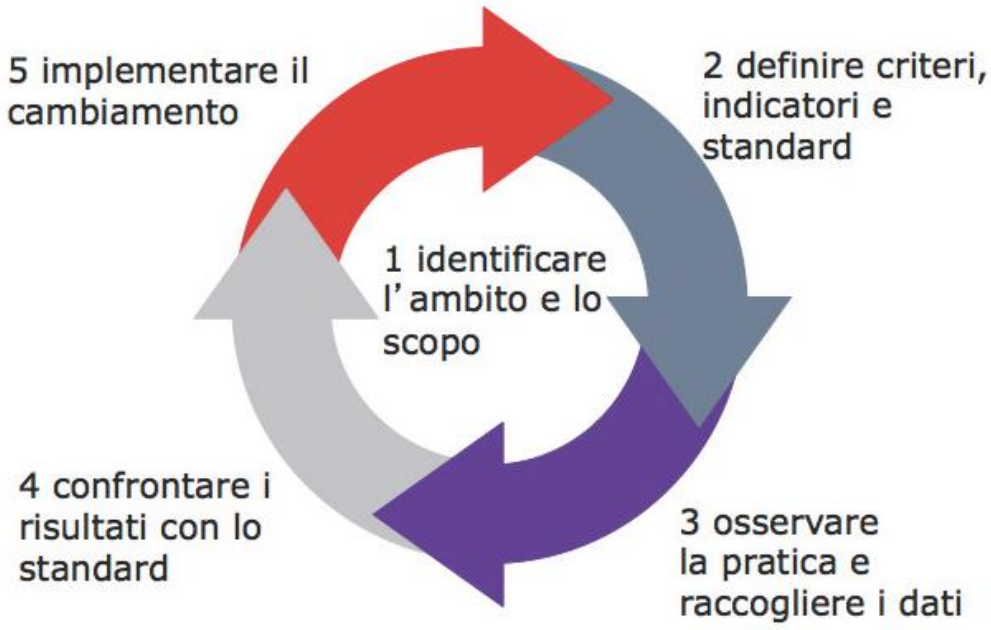


Figura 13. Il ciclo dell'Audit Clinico

Nel nostro caso, per esempio, potremmo voler verificare se nei pazienti con diagnosi di BPCO è stata valutata e registrata l'abitudine al fumo, se è stata praticata la vaccinazione anti-influenzale e/o anti-pneumococcica, se la terapia farmacologica prescritta è appropriata rispetto allo stadio di malattia, se è assunta con continuità. Ovviamente non tutte le valutazioni possono essere eseguite utilizzando le interrogazioni predefinite in GPG. Tuttavia, nel caso si propongano specifiche iniziative di audit o ricerca, è sempre possibile definire e inserire nel programma gli strumenti di valutazione idonei a perseguire gli obiettivi del progetto. La sezione "Supporti e Ripulitura Archivi" contiene già una serie di strumenti costruiti per realizzare rilevanti iniziative a livello Locale, Regionale, Nazionale.

5. Un mio paziente è stato recentemente ricoverato per ictus cerebrale. Nonostante fosse in fibrillazione atriale permanente, non era sottoposto a terapia antitrombotica. Come posso evitare che un episodio del genere si ripeta?

La valutazione periodica dei processi di cura non ha solo l'obiettivo di migliorarne l'efficacia ma anche quello di evitare che errori od omissioni possano determinare un danno per il paziente. La gestione del "rischio clinico", infatti, è una componente fondamentale del governo clinico e riguarda tutte le professioni sanitarie, compresa ovviamente la Medicina Generale.

Un ictus cerebrale è un evento imprevedibile ma non sempre inevitabile. La fibrillazione atriale è una condizione che aumenta in modo drammatico (dl circa 5 volte!) la probabilità di incorrere in un evento cerebrovascolare di tipo ischemico. Tale rischio può essere significativamente contenuto mediante la terapia antiaggregante (ASA a basse dosi) o anticoagulante (TAO fino a INR compreso tra 2 e 3). Tuttavia la decisione di utilizzare la terapia antitrombotica e la scelta tra ASA e TAO (ASA: Acido Acetil-Salicilico; TAO: Terapia Anticoagulante Orale) dipendono dal profilo di rischio tromboembolico del paziente che deve essere sufficientemente elevato per bilanciare l'inevitabile aumento del rischio emorragico indotto dalla terapia. Anche quando è lo specialista a proporre il trattamento, al MMMG resta sempre la responsabilità di verificare che il paziente segua con continuità un regime terapeutico appropriato. Come orientarsi in questo difficile campo? GPG ci viene in aiuto. Innanzi tutto, come abbiamo fatto per Diabete e BPCO, andiamo nella sezione "Audit Clinico", controlliamo la prevalenza della diagnosi "fibrillazione atriale" nei nostri assistiti e confrontiamola con il LAP e la mediana di HS. Se riscontriamo una prevalenza bassa, dobbiamo impegnarci in una azione di screening opportunistico da rivolgere prevalentemente nelle fasce di età più avanzate. La prevalenza della fibrillazione atriale, infatti, aumenta rapidamente con l'età fino a raggiungere il 9% circa negli ultra-ottantenni. In questi pazienti, manovre semplici come la palpazione del polso radiale o l'auscultazione dei toni di Korotktoff durante la misurazione della pressione arteriosa sono strumenti preziosi nelle mani del Medico di Medicina Generale per riconoscere questa importante patologia. Una volta verificata e confermata con l'ECG, la diagnosi di fibrillazione atriale va sempre registrata nella lista dei problemi.

Solo in questo modo, infatti, sarà possibile utilizzare gli strumenti che GPG ci offre per verificare l'appropriatezza della terapia antitrombotica ed in particolare tre preziosi indicatori che ritroviamo sia nella sezione "Criticità e Intervento" → "Fibrillazione Atriale" sia nella sezione "Rischio Clinico" → "Rischio Farmacologico" **(Figura 14)**.

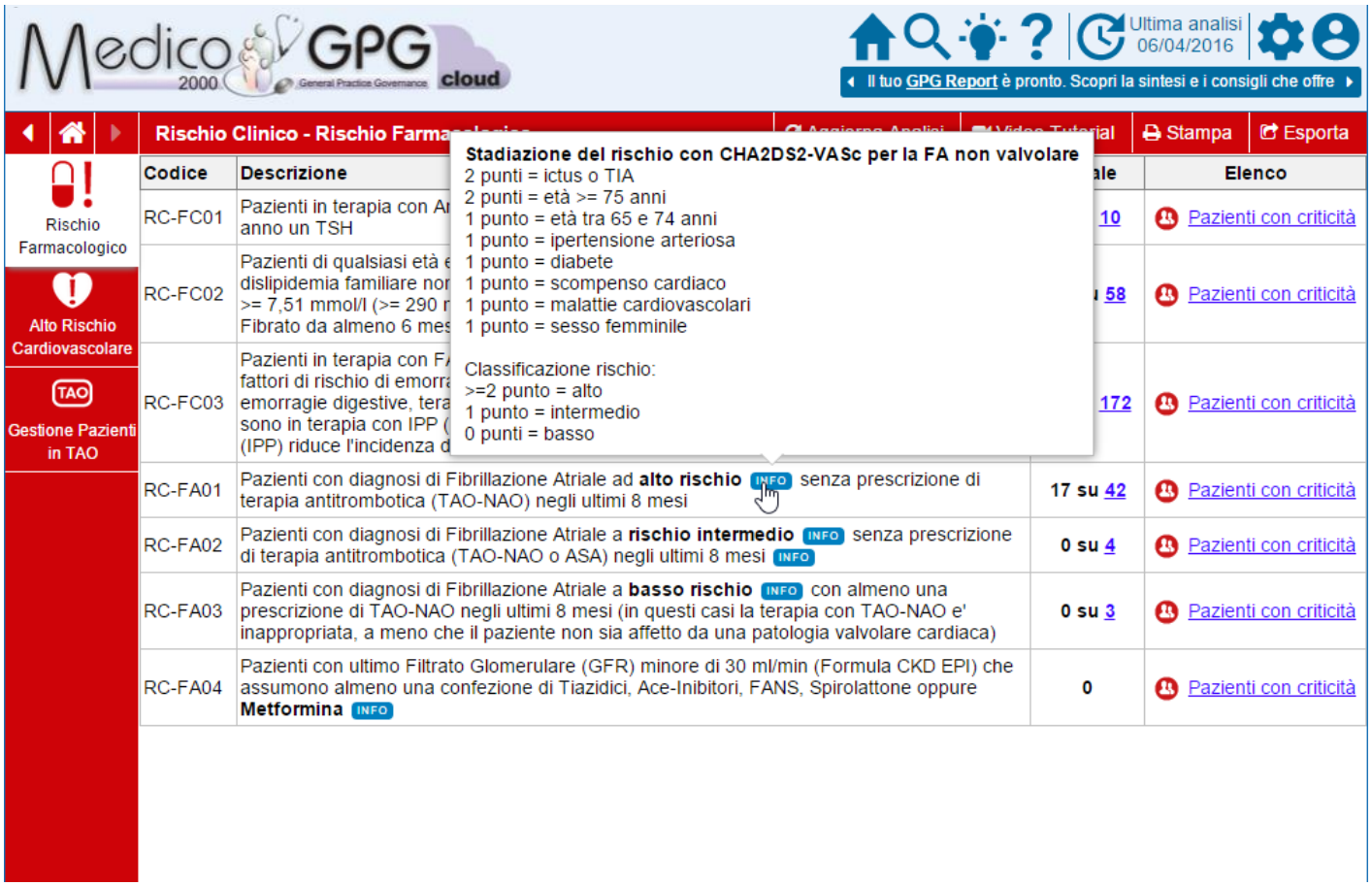


Figura 14. Gli indicatori per valutare l'appropriatezza della terapia antitrombotica nei pazienti con FA

I tre indicatori (C-FA02, C-FA03, C-FA04) eseguono una scansione dei pazienti con fibrillazione atriale e per ciascuno di essi calcolano il profilo di rischio tromboembolico mediante lo score CHA2DS2-VASc *(rif. JAMA. 2001 Jun 13,285(22):2864-70).*

I pazienti ad alto rischio dovrebbero essere necessariamente sottoposti a TAO, a meno di condizioni particolari che ne rendano improponibile la somministrazione. Per questo l'indicatore C-FA02 individua tutti i pazienti ad alto rischio tromboembolico non sottoposti ad alcuna terapia antitrombotica e ci consente di intervenire e correggere un difetto terapeutico che li espone ad un più elevato rischio di eventi. E' lecito pensare che anche il nostro paziente ricoverato per ictus sarebbe stato individuato mediante questo indicatore e avrebbe potuto ricevere la terapia antitrombotica prima che l'accidente cerebro-vascolare si verificasse. Nei pazienti a rischio intermedio è possibile scegliere tra TAO e ASA ma una terapia antitrombotica è comunque opportuna. Nei pazienti a basso rischio, invece, il rischio emorragico connesso con la TAO non è sufficientemente bilanciato da un beneficio in termini di riduzione di eventi cardio-embolici che in questa categoria di pazienti è molto limitato. Per questo l'indicatore C-FA04 individua i pazienti trattati in modo inappropriato e, pertanto, inutilmente esposti al rischio di eventi emorragici. La gestione

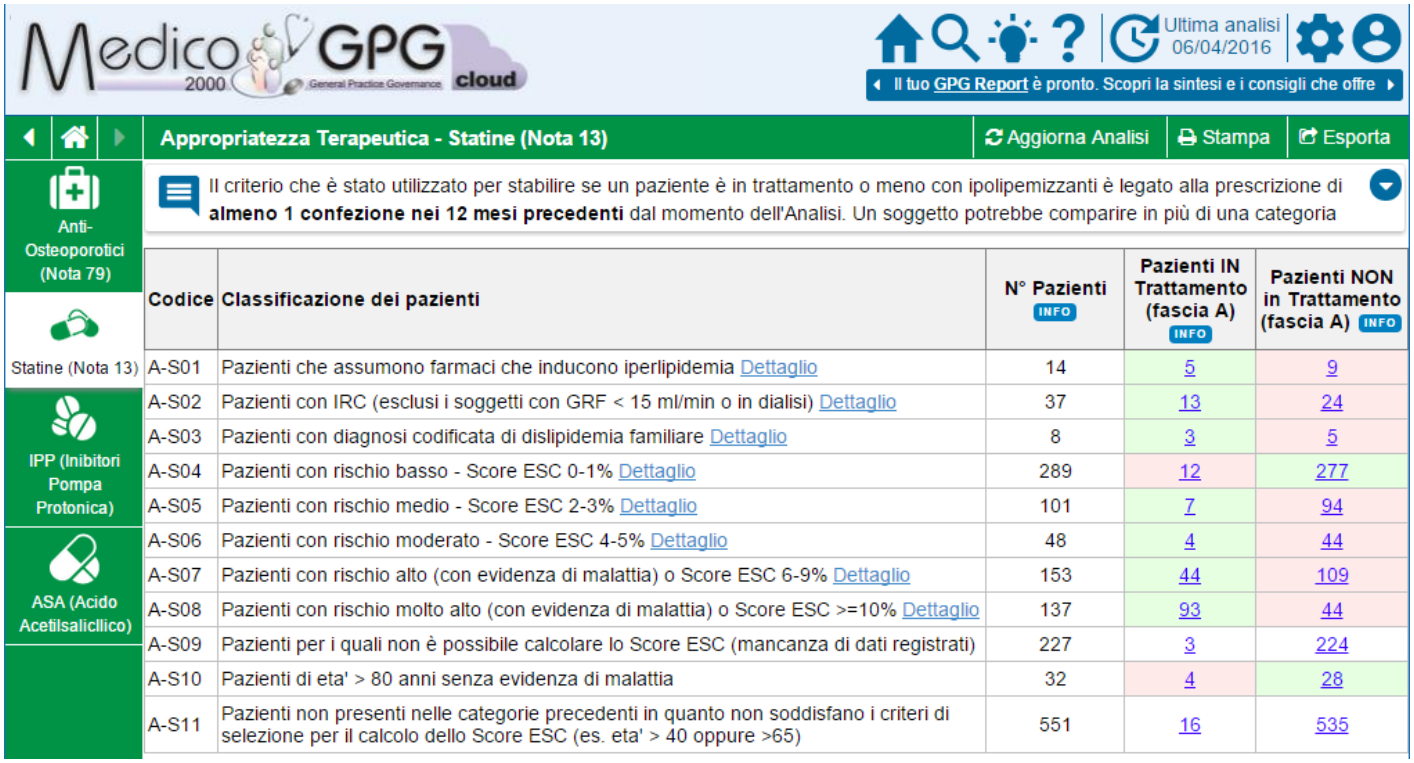
della terapia antitrombotica nel paziente con fibrillazione atriale è un esempio molto interessante di come GPG possa aiutarci a prevenire eventi avversi correlati all'errore medico ma non l'unico. Nella sezione del programma dedicata al "Rischio Clinico" troviamo molti altri indicatori che possono aiutarci a fronteggiare altrettante situazioni problematiche.

6. La nuova Nota 13 AIFA ha allargato la prescrivibilità delle statine ai pazienti in prevenzione primaria a rischio moderato e, nello stesso tempo, ha indicato gli obiettivi di cura da raggiungere per ciascuna categoria di rischio. Come mi sto comportando con i miei pazienti? Vi sono ancora problemi di iper-prescrizione o, al contrario, prevalgono i pazienti non sufficientemente protetti?

Il caso esemplificato nel capitolo precedente, relativo alla mancata prescrizione della terapia antitrombotica in un paziente con fibrillazione atriale ad alto potenziale tromboembolico, ha evidenziato il possibile rischio clinico connesso con la mancata attuazione di una procedura di prevenzione. Situazioni analoghe possono verificarsi nell'ambito della prevenzione degli eventi su base aterotrombotica. In questo campo l'utilizzo delle statine si è rivelato fondamentale ma la terapia è pienamente efficace solo se si raggiungono livelli di colesterolo LDL sufficientemente bassi e calibrati per ciascuna condizione di rischio (cosiddetti "target terapeutici"). La nuova versione della nota 13 ribadisce questo concetto ed individua strategie di intervento ben definite (statine a bassa efficacia statine ad alta efficacia associazione statina / ezetimibe) per ciascuna categoria di pazienti. Ne deriva un algoritmo di trattamento piuttosto complesso la cui implementazione può essere difficilmente realizzata senza una verifica periodica delle procedure adottate e degli obiettivi raggiunti. In questo contesto il rischio maggiore è quello di non offrire al paziente una protezione adeguata e di esporlo alla possibilità di incorrere in eventi cardiovascolari potenzialmente evitabili.

Tale condizione può verificarsi non solo per omissione del trattamento con statine ma anche per il mancato conseguimento dei target terapeutici che, a sua volta, può essere determinato prevalentemente da due fattori: l'inerzia terapeutica del medico (mancato utilizzo di dosaggi elevati o di farmaci a più elevata efficacia) e/o la scarsa aderenza del paziente alla terapia.

Come fare a gestire tanta complessità? GPG ci mette a disposizione uno strumento potentissimo nella sezione "Appropriatezza prescrittiva" → "Statine (Nota 13)" **(Figura 15)**.



Codice	Classificazione dei pazienti	N° Pazienti INFO	Pazienti IN Trattamento (fascia A) INFO	Pazienti NON in Trattamento (fascia A) INFO
A-S01	Pazienti che assumono farmaci che inducono iperlipidemia Dettaglio	14	5	9
A-S02	Pazienti con IRC (esclusi i soggetti con GRF < 15 ml/min o in dialisi) Dettaglio	37	13	24
A-S03	Pazienti con diagnosi codificata di dislipidemia familiare Dettaglio	8	3	5
A-S04	Pazienti con rischio basso - Score ESC 0-1% Dettaglio	289	12	277
A-S05	Pazienti con rischio medio - Score ESC 2-3% Dettaglio	101	7	94
A-S06	Pazienti con rischio moderato - Score ESC 4-5% Dettaglio	48	4	44
A-S07	Pazienti con rischio alto (con evidenza di malattia) o Score ESC 6-9% Dettaglio	153	44	109
A-S08	Pazienti con rischio molto alto (con evidenza di malattia) o Score ESC >=10% Dettaglio	137	93	44
A-S09	Pazienti per i quali non è possibile calcolare lo Score ESC (mancanza di dati registrati)	227	3	224
A-S10	Pazienti di eta' > 80 anni senza evidenza di malattia	32	4	28
A-S11	Pazienti non presenti nelle categorie precedenti in quanto non soddisfano i criteri di selezione per il calcolo dello Score ESC (es. eta' > 40 oppure >65)	551	16	535

Figura 15. Indicatori riguardanti l'appropriatezza prescrittiva delle statine secondo la Nota 13 AIFA

Gli indicatori da A-S01 a A-S06 contemplano le condizioni cliniche previste dalla nota 13 che autorizzano la prescrizione delle statine a carico dei Sistema Sanitario Nazionale. In particolare: A-S04 si riferisce ai pazienti a rischio "intermedio", A-505 ai pazienti a rischio "alto", A-S06 ai pazienti a rischio "molto alto". L'indicatore A-S07, invece, ricerca i pazienti trattati con statine ma che non sono compresi nelle precedenti categorie e che, pertanto, sono trattati verosimilmente in modo non appropriato (ultima riga in basso con sfondo rosa). Un'altra area di inappropriatezza, questa volta per difetto, è rappresentata dall'ultima colonna a destra, costituita dai pazienti che pur rientrando nelle categorie di rischio previste dalla nota 13, non sono sottoposti a trattamento. Cliccando su queste caselle possiamo facilmente identificare i pazienti trattati inappropriatamente per difetto o per eccesso, in modo analogo a quanto abbiamo fatto nel paragrafo 5 a proposito della terapia antitrombotica.

Esaminando questi pazienti, però, non abbiamo esaurito tutti gli aspetti della valutazione di appropriatezza della terapia con statine. Infatti, i pazienti che sono rappresentati nelle caselle a sfondo verde non necessariamente stanno ricevendo un trattamento appropriato. Per esempio, analizziamo i soggetti a rischio elevato (indicatore A-S05) in terapia con statine di primo livello.

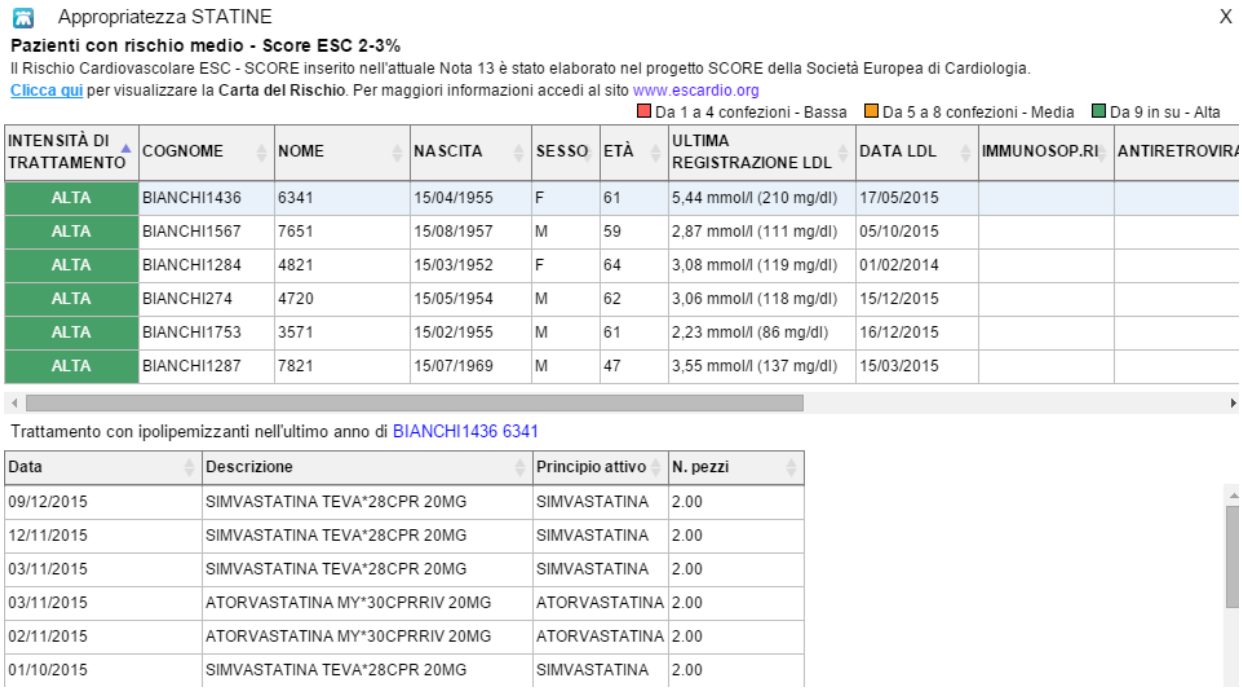


Figura 16. Elenco dei pazienti a rischio cardiovascolare elevato trattati con statine di primo livello

Cliccando sul link corrispondente otteniamo la tabella riprodotta nella **Figura 16** dalla quale appare evidente che solo alcuni pazienti raggiungono, come previsto dalla stessa nota 13, un livello di colesterolo LDL 100 mg/dl. Il motivo potrebbe essere aver utilizzato una statina di primo livello e, quindi, di più bassa efficacia (inerzia terapeutica). Tuttavia, se osserviamo la prima e le ultime due colonne della tabella, notiamo che molti pazienti hanno fatto un uso discontinuo della terapia: ciò si deduce facilmente dal numero di pezzi prescritti in un anno e considerando che la maggior parte delle confezioni di statina contiene 28 dosi pari a 4 settimane di terapia. Nei pazienti a bassa o media intensità di trattamento il mancato raggiungimento del target potrebbe essere dovuto principalmente all'utilizzo discontinuo del farmaco piuttosto che al dosaggio insufficiente o alla scelta della molecola. E' evidente che un'analisi così dettagliata dell'utilizzo delle statine ci consente di effettuare interventi correttivi che vanno nella direzione della appropriatezza prescrittiva e, in ultima analisi, del massimo beneficio per il paziente.

7. Dalla ASL arrivano continuamente sollecitazioni a ridurre la spesa farmaceutica preferendo i farmaci a brevetto scaduto. E' davvero possibile ottenere significative riduzioni della spesa farmaceutica con questa strategia? In quali settori terapeutici dovrei intervenire per ottenere i risultati più rilevanti?

Al di là delle pur legittime sollecitazioni che provengono dalle istituzioni sanitarie, minimizzare i costi dell'assistenza, a parità di risultati in termini di salute, è una azione ad alto contenuto etico in quanto consente di accantonare risorse che possono essere utilizzate per estendere le cure o per accedere a tecnologie terapeutiche innovative. Per il MMG i farmaci a brevetto scaduto (OFF-Patent) rappresentano uno strumento importante per il contenimento dei costi dell'assistenza poiché consentono risparmi rilevanti a fronte di una efficacia generalmente non inferiore a quella di farmaci di più recente immissione in commercio. Oltre a ciò la somministrazione di farmaci più lungamente e più estesamente utilizzati garantisce una maggiore sicurezza della terapia. GPG ci dà la possibilità di valutare la portata di tali principi quando applicati alla nostra personale casistica. Nella sezione "Economia Sanitaria" → "Farmaci equivalenti" troviamo uno strumento che ci consente, pur con qualche approssimazione, di stimare gli effetti di un utilizzo estensivo dei farmaci a brevetto scaduto.

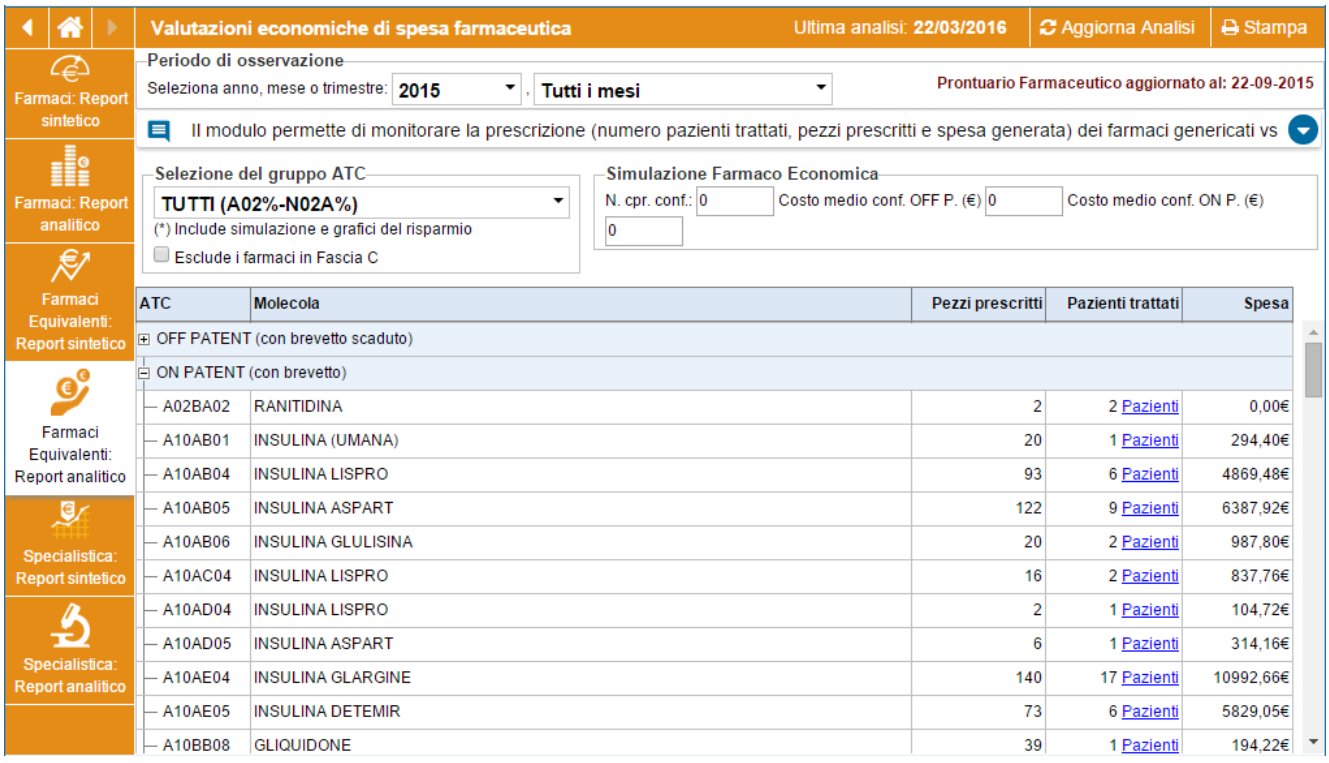


Figura 17. Analisi della spesa farmaceutica relativa ai farmaci con brevetto (ON Patent) rispetto a quelli con brevetto scaduto (OFF Patent)

Analizzando le prescrizioni relative a tutte le classi di farmaci **(Figura 17)**, ci rendiamo conto di come ormai in Medicina Generale l'utilizzo dei farmaci a brevetto scaduto sia divenuto prevalente e di come

questi farmaci costituiscano una significativa fonte di risparmio in quanto consentono di trattare con minori costi un numero molto più elevato di pazienti.

Mediante lo strumento di GPG possiamo approfondire l'analisi alle singole classi di farmaci e verificare per quali di esse vi è eventualmente spazio per un maggiore utilizzo dei farmaci a brevetto scaduto. Nel campo degli anti-ulcera **(Figura 18)**, per esempio, nel quale i farmaci sono ormai quasi tutti genericati (tranne il rabeprazolo), le potenzialità per un ulteriore contenimento dei costi sono davvero irrisorie.

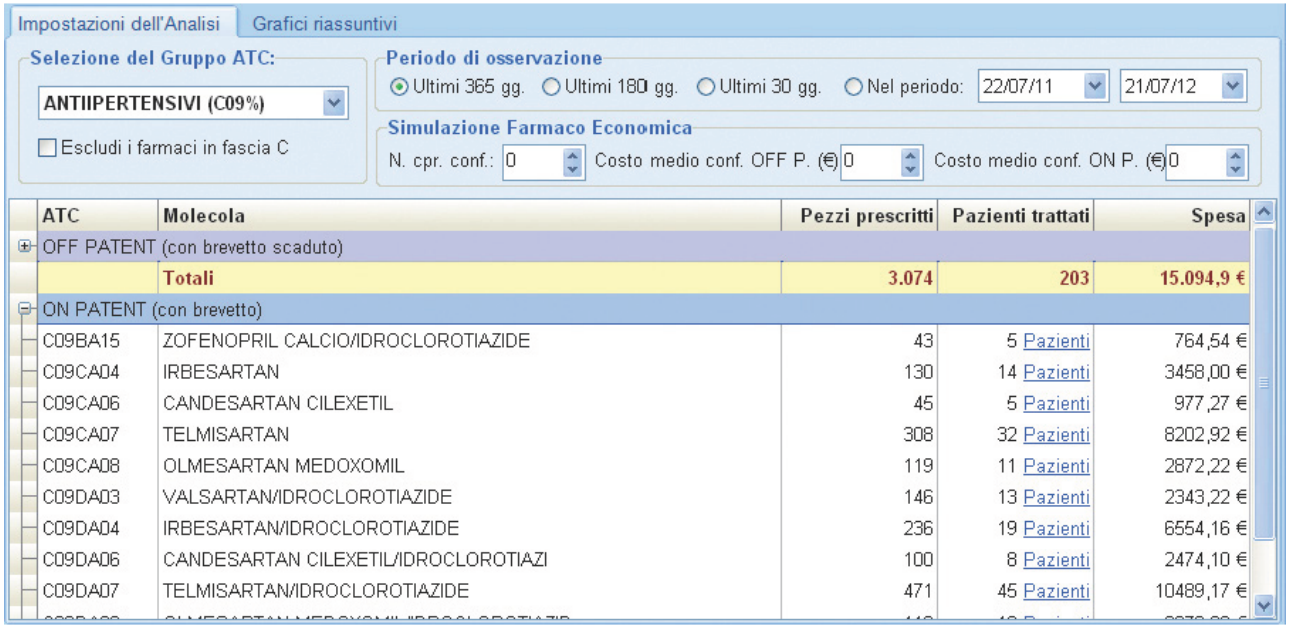
Figura 18. Analisi della spesa farmaceutica relativa ai farmaci anti-secretori

La situazione è piuttosto diversa nel campo dei farmaci antiipertensivi **(Figura 19)** dove esistono un ace-inibitore e diversi Sartani che non hanno ancora perduto il brevetto.

Figura 19. Analisi della spesa farmaceutica relativa ai farmaci anti-ipertensivi

La spesa media per confezione di questi farmaci è stimabile in circa 24 euro mentre la spesa per confezione dei farmaci a brevetto scaduto è notevolmente più bassa (intorno a 5 euro).

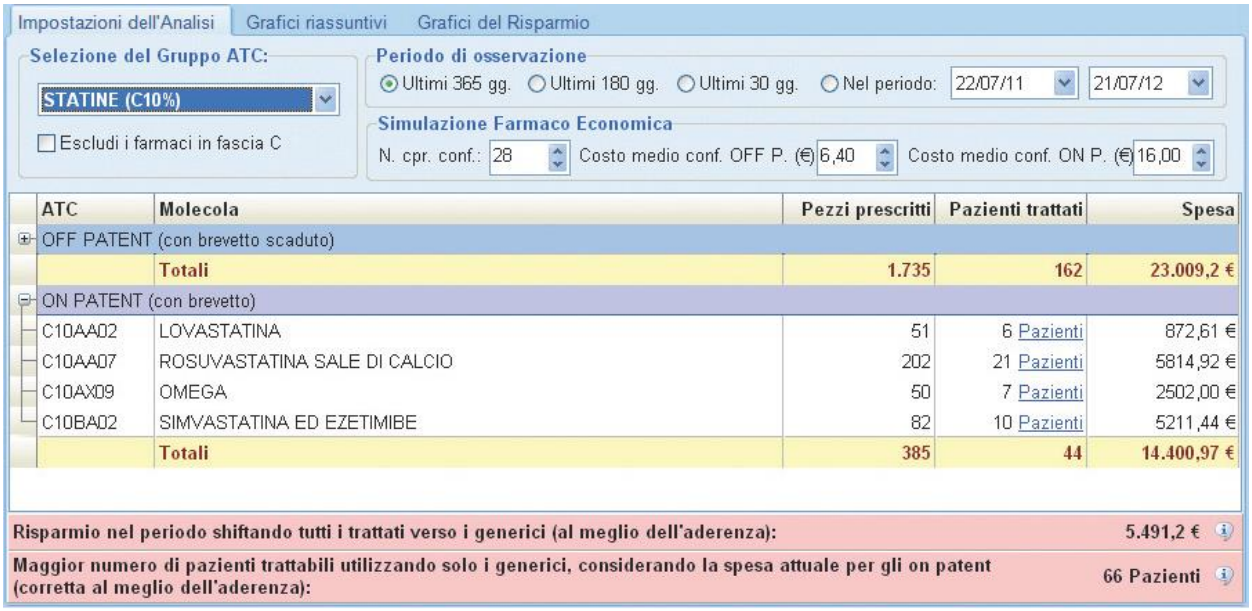
Esplodendo Il gruppo dei farmaci on-patent **(Figura 20)** possiamo vedere quali molecole abbiamo prescritto e a quali pazienti.



ATC	Molecola	Pezzi prescritti	Pazienti trattati	Spesa
OFF PATENT (con brevetto scaduto)				
	Totali	3.074	203	15.094,9 €
ON PATENT (con brevetto)				
C09BA15	ZOFENOPRIL CALCIO/IDROCLOROTIAZIDE	43	5 Pazienti	764,54 €
C09CA04	IRBESARTAN	130	14 Pazienti	3458,00 €
C09CA06	CANDESARTAN CILEXETIL	45	5 Pazienti	977,27 €
C09CA07	TELMISARTAN	308	32 Pazienti	8202,92 €
C09CA08	OLMESARTAN MEDOXOMIL	119	11 Pazienti	2872,22 €
C09DA03	VALSARTAN/IDROCLOROTIAZIDE	146	13 Pazienti	2343,22 €
C09DA04	IRBESARTAN/IDROCLOROTIAZIDE	236	19 Pazienti	6554,16 €
C09DA06	CANDESARTAN CILEXETIL/IDROCLOROTIAZI	100	8 Pazienti	2474,10 €
C09DA07	TELMISARTAN/IDROCLOROTIAZIDE	471	45 Pazienti	10489,17 €

Figura 20. Analisi dettagliata dei farmaci prescritti per il trattamento dell'ipertensione arteriosa

In questo modo possiamo facilmente valutare su quali farmaci e in quali pazienti eventualmente intervenire per produrre un significativo contenimento della spesa. Un'altra area terapeutica interessante da questo punto di vista è rappresentata dai farmaci ipolipemizzanti e in particolare dalle statine **(Figura 21)**.



ATC	Molecola	Pezzi prescritti	Pazienti trattati	Spesa
OFF PATENT (con brevetto scaduto)				
	Totali	1.735	162	23.009,2 €
ON PATENT (con brevetto)				
C10AA02	LOVASTATINA	51	6 Pazienti	872,61 €
C10AA07	ROSUVASTATINA SALE DI CALCIO	202	21 Pazienti	5814,92 €
C10AX09	OMEGA	50	7 Pazienti	2502,00 €
C10BA02	SIMVASTATINA ED EZETIMIBE	82	10 Pazienti	5211,44 €
	Totali	385	44	14.400,97 €

Figura 21. Analisi della spesa farmaceutica per i farmaci ipolipemizzanti

In questo caso GPG consente di stimare che, utilizzando per tutti i pazienti solo farmaci off-patent, si otterrebbe un risparmio di spesa pari a circa il 15% della spesa complessiva per questa classe.

8. Il distretto mi ha chiesto di preventivare la fornitura di vaccini per l'influenza. Come faccio a identificare i pazienti da vaccinare?

La vaccinazione anti-influenzale periodica dei pazienti a rischio è un processo di cura complesso che pone il Medico di Medicina Generale nell'ottica del medico di comunità. Il primo passo consiste nell'identificare la popolazione a rischio e stabilire il numero di dosi necessarie per portare a termine la campagna vaccinale. L'elenco nominativo dei pazienti da vaccinare sarà prezioso in fase di somministrazione se, oltre al tradizionale approccio alla distribuzione su richiesta dei paziente, vorremo attuare un richiamo attivo dei soggetti che tendono, per vari motivi, a sfuggire alla vaccinazione. Nella sezione "Prevenzione e Screening" è presente lo strumento per la Gestione delle vaccinazioni dell'adulto **(Figura 22).**

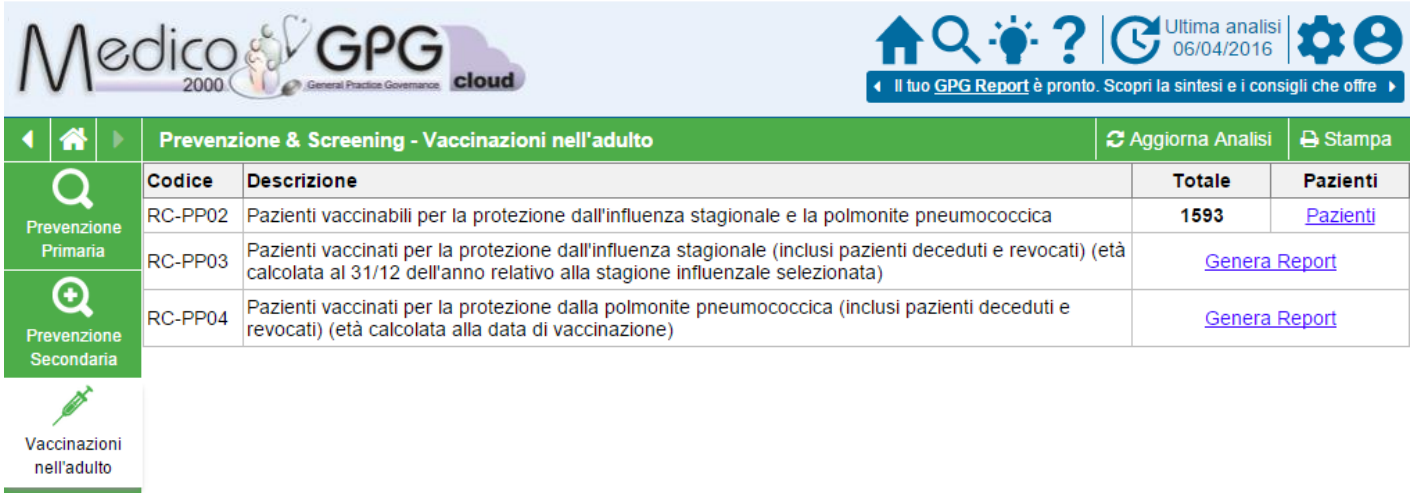
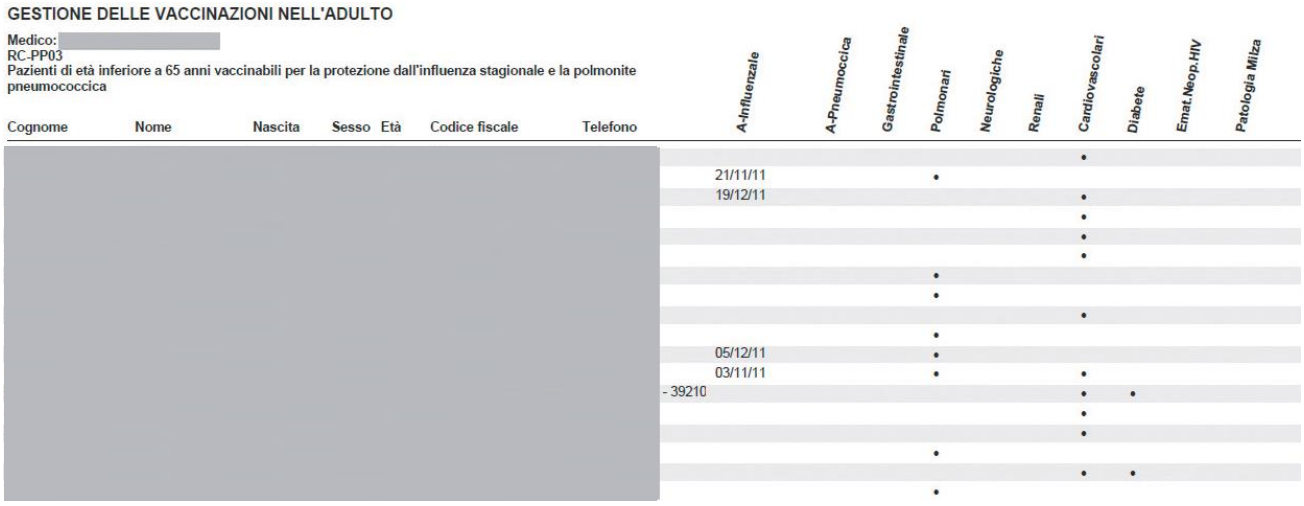


Figura 22. Strumenti per identificare i pazienti da sottoporre a vaccinazione anti-influenzale e/o anti-pneumococcica.

In particolare sono disponibili due procedure dl interrogazione degli archivi di Medico2000 che producono rispettivamente l'elenco dei pazienti ultrasessantacinquenni, per i quali la vaccinazione antiinfluenzale è sempre indicata, e l'elenco dei pazienti di età inferiore a 65 anni per i quali la vaccinazione è indicata in presenza di patologie croniche concomitanti. Non sono, per ovvie ragioni, estraibili dagli archivi di Medico2000 i soggetti a rischio per particolari condizioni sociali o lavorative (familiari di soggetti ad alto rischio, personale di pubblica utilità, ecc.).

Il report, in formato elettronico o cartaceo, contiene i dati anagrafici dei pazienti e le condizioni patologiche per le quali la vaccinazione è indicata **(Figura 23)**.


GESTIONE DELLE VACCINAZIONI NELL'ADULTO

Medico:

RC-PP03

Pazienti di età inferiore a 65 anni vaccinabili per la protezione dall'influenza stagionale e la polmonite pneumococcica

Cognome	Nome	Nascita	Sesso	Età	Codice fiscale	Telefono	A-Influenzale	A-Pneumoccica	Gastrointestinale	Polmonari	Neurologiche	Renali	Cardiovascolari	Diabete	Emat.Neop.HIV	Patologia Mitza
													•			
							21/11/11			•						
							19/12/11						•			
													•			
													•			
													•			
										•						
										•						
													•			
										•						
							05/12/11			•						
							03/11/11			•			•			
							- 39210						•	•		
													•			
													•			
										•						
													•	•		
										•						

Figura 23. Report dei pazienti under 65 a rischio da sottoporre a vaccinazione anti-influenzale e/o anti-pneumococcica

A campagna vaccinale terminata, è possibile generare una reportistica completa **(Figura 24)** in cui i pazienti sono elencati individualmente con l'indicazione della categoria di rischio cui appartengono e del tipo di vaccino che è stato somministrato (nella Figura i campi cognome, nome "data dì nascita" e "codice fiscale" sono stati volutamente compressi od omessi per motivi di riservatezza).

Elenco Pazienti

RP-VA01

Pazienti vaccinati per l'influenza suddivisi per categoria di rischio (elenco nominativo analitico)

Cé	No	Nascit	Ses	Età	Codi	Data	Categoria	Vaccino somministrato	N
						21/11/2011	Affetti da: Diabete mellito ed	INFLEXAL V*1SIR C/A 2011-2012	
						14/11/2011	Adulti affetti da patologie	FLUAD*1SIR 0,5ML C/A 2011-2012	
						19/12/2011	Adulti affetti da patologie	INFLEXAL V*1SIR C/A 2011-2012	
						02/12/2011	Soggetti di età pari o superiore	FLUAD*1SIR 0,5ML C/A 2011-2012	
						16/11/2011	Familiari e contatti di soggetti	INFLEXAL V*1SIR C/A 2011-2012	
						16/11/2011	Familiari e contatti di soggetti	INFLEXAL V*1SIR C/A 2011-2012	
						22/11/2011	Soggetti di età pari o superiore	FLUAD*1SIR 0,5ML C/A 2011-2012	
						11/12/2011	Soggetti addetti a servizi	INFLEXAL V*1SIR C/A 2011-2012	
						16/11/2011	Familiari e contatti di soggetti	INFLEXAL V*1SIR C/A 2011-2012	
						16/11/2011	Soggetti di età pari o superiore	FLUAD*1SIR 0,5ML C/A 2011-2012	

Figura 24. Elenco dei pazienti sottoposti a vaccinazione anti-influenzale con indicazione della categoria di rischio e del topo di vaccino somministrato

Inoltre, è possibile ottenere un report sintetico che contiene il numero di dosi somministrate per fascia di età e per ciascuna delle categorie di rischio.

9. Ho partecipato ad un corso aziendale sul tabagismo organizzato in concomitanza con l'apertura di un centro anti-fumo. Si aprono nuove prospettive di intervento. Come identificare i pazienti fumatori e, tra questi quelli a maggior rischio da inviare al centro?

Contrastare l'uso del fumo di tabacco deve essere un impegno costante per il Medico di Medicina Generale nei confronti di tutti i propri assistiti. Il primo passo è verificare, in qualsiasi occasione, l'eventuale stato di fumatore e registrarlo in cartella. La registrazione del dato è fondamentale perché lo stato di fumatore è un elemento anamnestico di grande importanza sia per attuare interventi di tipo preventivo sia per definire i piani di cura in molte patologie. E' questa la ragione per cui un indicatore riguardante la valutazione dello stato di fumatore è presente nelle procedure di audit clinico relative a: Asma, BPCO, Diabete mellito, Ictus/TIA, Ipertensione, Coronaropatie, Malattia da reflusso gastro-esofageo. A queste categorie, infatti, appartengono i fumatori particolarmente problematici nei confronti dei quali il medico deve esercitare il massimo sforzo. Nelle corrispondenti schede della sezione "Criticità e Intervento" vi sono gli strumenti per identificare i pazienti per i quali lo stato di fumatore non è registrato in cartella.

Una volta accertata la condizione di fumatore, questa deve essere periodicamente rivalutata. Per favorire questo tipo di intervento GPG contiene, nella sezione "Prevenzione e Screening" → "Prevenzione Primaria", una procedura di interrogazione degli archivi che consente di individuare i pazienti fumatori per i quali manca da oltre 2 anni una rivalutazione della abitudine al fumo **(Figura 25)**.

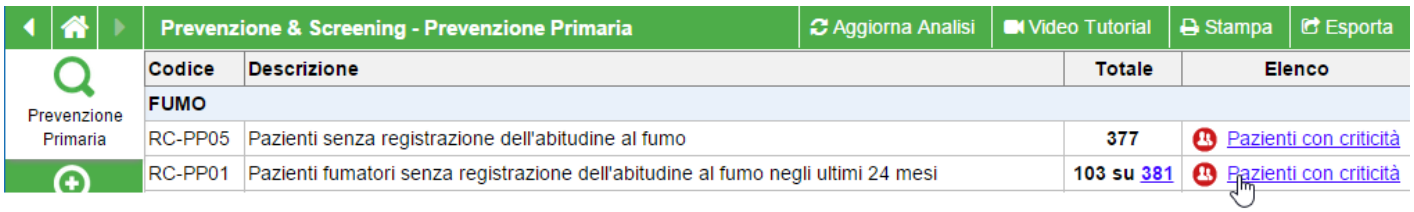


Figura 25. Strumento per la ricerca dei pazienti fumatori per i quali il consumo di tabacco non è stato rivalutato da più di due anni

Lo strumento più potente che GPG mette a disposizione del Medico di Medicina Generale per intervenire sul tabagismo si trova nella sezione "Prevenzione e Screening" ed è intitolato "Counselling del paziente fumatore". Si tratta di una vera e propria guida che aiuta il medico a gestire il paziente, dalla fase di rilevamento dell'abitudine al fumo, alla valutazione dello stato di dipendenza e della motivazione a smettere fino alla proposta di strategie di intervento che vanno da semplici consigli comportamentali all'utilizzo della terapia farmacologica o al ricorso a strutture specialistiche

per la disassuefazione. La procedura è molto articolata e non è riassumibile in un unico schema. Le **figure 26 e 27** rappresentano rispettivamente una fase cruciale della valutazione del paziente fumatore ed uno schema utile sia al medico che al paziente per gestire la terapia con Vareniclina.

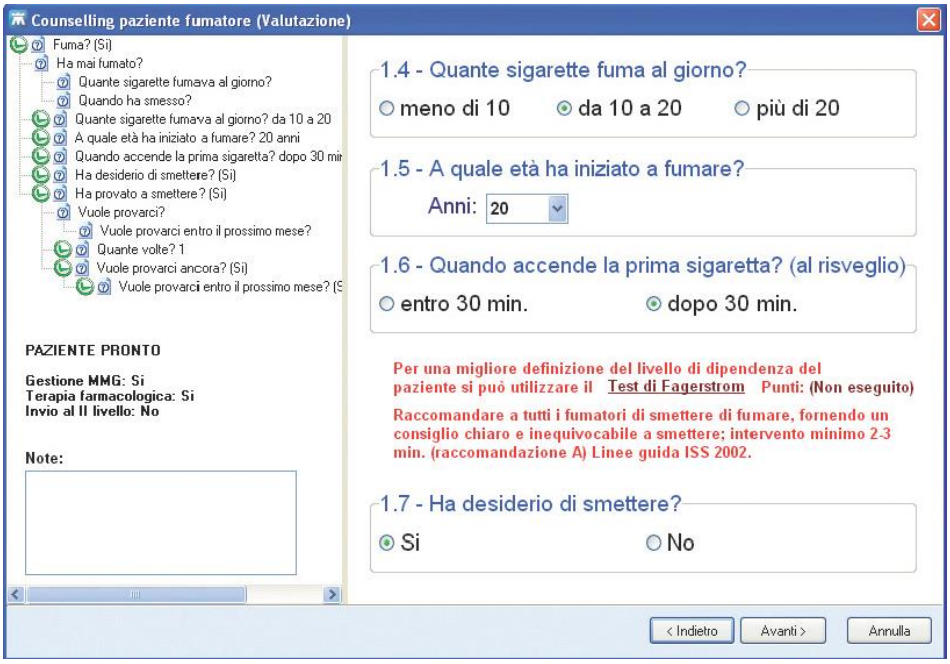


Figura 26. Counselling del paziente fumatore: lo strumento di GPG per aiutare il medico nella gestione del paziente con abitudine tabagica.

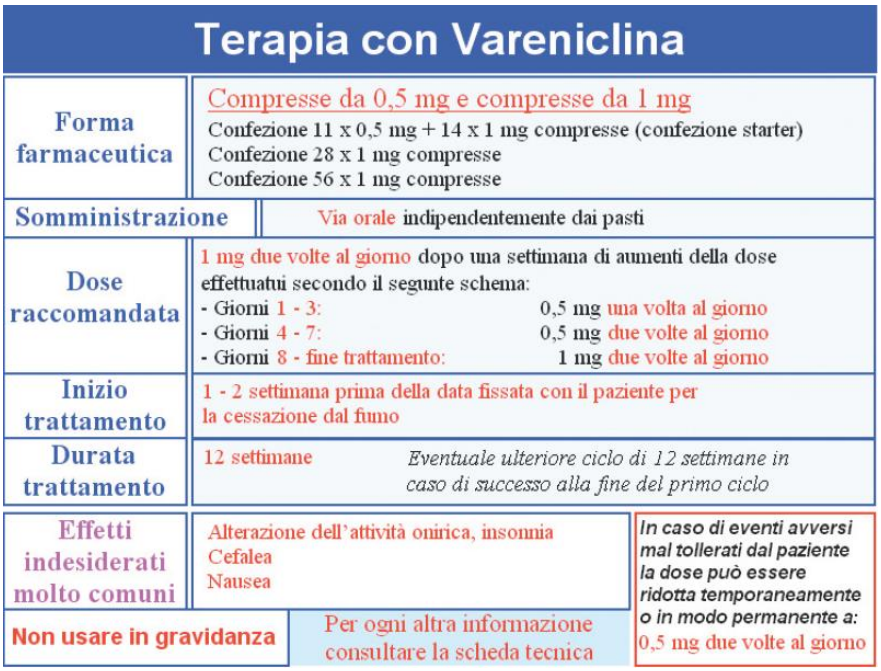


Figura 27. Schema per l'utilizzo della Vareniclina nella disassuefazione dalla Nicotina

10. Monitorare la pratica professionale rende il lavoro più piacevole e interessante. Ne ho parlato con i colleghi della mia associazione e li ho contagiati. Possiamo confrontare i nostri risultati?

Sir William Petty, economista inglese, già nel XIII secolo sosteneva che “Misurare è il primo passo per migliorare”. Dopo aver misurato, però, è necessario confrontare le misure con parametri di riferimento che ci consentano di valutare concretamente a che punto siamo nel nostro percorso di qualità. E’ questa la ragione per la quale, quando definiamo un indicatore è sempre opportuno proporre dei valori di riferimento (livello ottimale e livello accettabile) con i quali confrontarsi **(vedi il capitolo 1)**. Gli “Standard” di riferimento non sono ovviamente valori assoluti e immodificabili ma sono proposti sulla base della letteratura scientifica, delle indicazioni delle società scientifiche, del confronto con istituzioni sanitarie ritenute autorevoli (“benchmarking”). Abbiamo visto **(Figura 3, pag. 10)** come GPG renda possibile questo tipo di confronto riportando, per tutti gli indicatori, gli standard di riferimento proposti dalla SIMG (Società Italiana di Medicina Generale) ed i valori mediani ricavati dal database di Health Search. Per quanto determinati con metodologia rigorosa, però, questi valori di riferimento possono apparire non adeguati alla particolare situazione operativa di ciascun medico e al suo percorso di qualità che potrebbe essere meglio valutato mediante un confronto storico con i dati precedenti **(Figura 4, pag. 12)**. Ancora più interessante e utile può essere il confronto con i colleghi con i quali si condivide un’esperienza di audit clinico. All’interno di un gruppo di lavoro, infatti, possono realizzarsi condizioni ideali perché un processo di revisione periodica della pratica clinica si trasformi in un percorso di formazione e di crescita professionale continue.

Il lavoro di gruppo (ricerca dei riferimenti di letteratura, scelta degli indicatori, valutazione delle performance, definizione delle strategie di miglioramento, ecc.) può essere svolto in modo tradizionale, mediante incontri periodici in una sede fisica, oppure in modo virtuale, sfruttando le potenzialità offerte dalla telematica.

Questa seconda modalità è oggi particolarmente utile, anche quando i componenti del gruppo lavorano in ambiti territoriali ristretti, perché consente di ottimizzare e personalizzare i tempi di lavoro. Tutto ciò è reso possibile dal modulo “Forme Associative” di GPG **(Figura 31)**.

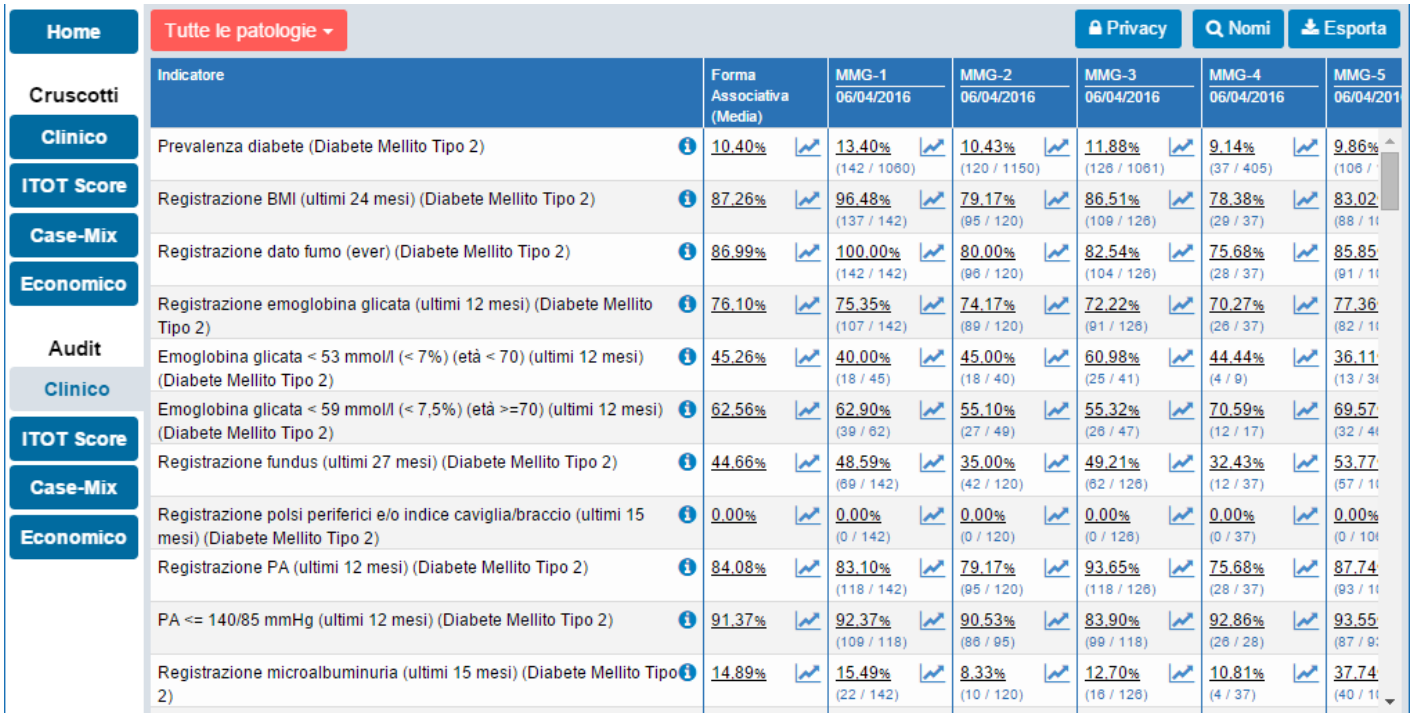


Figura 28. Il modulo “Forme Associative” → “Audit di Gruppo”. I medici partecipanti sono individuati con delle sigle riportate come intestazione delle relative colonne. Ogni riga corrisponde a un indicatore. Le colonne invece riportano la mediana del gruppo e i valori relativi alla popolazione di ciascun medico

Costituito il gruppo di lavoro, i medici partecipanti inviano i dati dei propri indicatori ad un server sicuro dal quale è possibile poi scaricare i valori degli indicatori di tutti i colleghi in modo anonimo. In questo modo ciascun medico può confrontare I propri risultati con quelli degli altri membri del gruppo ed evidenziare particolari criticità. Per esempio, nel caso rappresentato dalla **Figura 31**, il medico N° 4 ha una frequenza di registrazione del dato fumo decisamente più bassa dei suoi colleghi. Il medico N° 5 ha una prevalenza dei pazienti con diagnosi di BPCO significativamente più bassa degli altri. Un risconto di questo tipo, tra colleghi che condividono situazioni epidemiologiche e realtà operative confrontabili, non può non indurre il medico ad una riflessione sulle possibili motivazioni della discrepanza riscontrata e sui possibili interventi da attuare per porvi rimedio.

I valori mediani consentono di definire la posizione complessiva del gruppo e di eseguire controlli senati nel tempo e confronti con eventuali altri gruppi che stanno lavorando sullo stesso argomento. Oltre a ciò, la sezione “Risorse e FAD” mette a nostra disposizione una serie di strumenti, recensioni della letteratura, linee guida, riviste, libri, corsi, ecc., utilissimi per individuare i riferimenti scientifici necessari perché l’audit clinico non si limiti ad una revisione burocratica delle cartelle cliniche ma divenga una occasione reale di formazione continua e di crescita professionale

11. Confrontando i miei dati con quelli degli altri colleghi della mia associazione ho notato che il valore degli indicatori nella mia casistica è generalmente più basso rispetto alle mediane del gruppo. E' possibile che ciò sia dovuto al fatto che non ho gli archivi in ordine?

La "pulizia degli archivi" è l'operazione per la quale periodicamente sono eliminati dalla lista dei pazienti attivi gli assistiti deceduti o revocati. Purtroppo ancora oggi, l'allineamento del database di ciascun medico con gli archivi anagrafici della ASL generalmente non avviene in modo automatico e deve essere effettuato manualmente da ciascun medico. Se si dimentica di compiere tale operazione, a lungo andare ci si ritrova con un numero di pazienti in archivio significativamente più elevato degli assistiti realmente in carico. Questa situazione si ripercuote negativamente sulla valutazione di molti indicatori.

Per molti di essi, infatti, il calcolo è effettuato dividendo il numero di pazienti che ha determinate caratteristiche in un arco temporale definito (generalmente l'ultimo anno) per il totale di pazienti appartenenti ad una certa categoria. Per esempio: numero di pazienti ipertesi con almeno un valore di pressione arteriosa registrata nell'ultimo anno / numero totale di pazienti ipertesi.

Ne deriva che, se deceduti e revocati rimangono nella lista dei pazienti attivi, il numeratore resta inalterato, perché deceduti e revocati non presentano ovviamente dati registrati recentemente, mentre il denominatore è falsamente aumentato. Come risultato otterremo una sottostima del valore dell'indicatore.

Verificare l'esistenza di questo problema è molto facile: basta confrontare il numero di assistiti per i quali la ASL corrisponde la quota capitaria con il numero di pazienti attivi presenti in archivio. In realtà può accadere che anche gli archivi della ASL non siano stati depurati di alcuni soggetti deceduti o trasferiti. In tal caso si rischia di dover restituire quote capitarie percepite indebitamente o, peggio, di essere esposti all'azione giudiziaria e/o alla gogna mediatica.

Nella sezione "Supporti e Ripulitura Archivi", GPG ci mette a disposizione uno strumento potente, denominato "Ripulitura archivi Medico2000" **(Figura 32)**, che ci consente di identificare singolarmente i pazienti che con alta probabilità non sono più nella lista dei nostri assistiti. Vengono, infatti, ricercati i soggetti che pur avendo un'età avanzata o essendo affetti da patologie croniche rilevanti, non hanno avuto alcun contatto con il medico in un arco temporale sufficientemente ampio. Si tratta di pazienti probabilmente deceduti o revocati o, in alternativa, di pazienti cosiddetti "low attenders" ovvero di soggetti che frequentano poco o nulla il nostro ambulatorio anche se, in qualche caso, ne avrebbero grande bisogno. Individuare questi assistiti significa evitare che si sottraggano a

possibili interventi sugli stili di vita, a procedure di prevenzione e, talora, alla cura di importanti malattie.

Una Medicina Generale al passo con i tempi non può limitarsi a rispondere alla domanda di salute che corrisponde ai bisogni percepiti ed espressi dagli assistiti ma deve farsi carico della salute di tutti i soggetti affidati alle proprie cure, compresi quelli che consideriamo, o si considerano, "persone sane". In questa ottica, GPG mette a nostra disposizione una sezione, definita "Prevenzione e Screening", all'interno della quale trovano posto procedure atte a guidare il medico in importanti percorsi di medicina preventiva e di promozione della salute.

Figura 29. Ripulitura Archivi: gli strumenti per individuare i pazienti che potrebbero non essere più nella lista dei nostri assistiti

12. Ho ripulito gli archivi ma le prevalenze rimangono inferiori all'atteso. Forse non ho codificato correttamente tutti i pazienti?

La "ripulitura degli archivi", infatti, generalmente non ha una grande influenza sulla prevalenza delle malattie croniche. Una prevalenza bassa potrebbe dipendere da una scarsa sensibilità diagnostica o, più semplicemente, dal fatto di aver dimenticato di registrare la diagnosi nella lista dei problemi.
Anche in questo caso GPG può essere di grande aiuto. Nella sezione "Supporti e Ripulitura Archivi" troviamo lo strumento "Analisi inappropriatezze diagnostiche", di cui abbiamo già parlato nel capitolo 3 **(Figura 8, pag. 16)**, che consente di recuperare la diagnosi di molti pazienti sulla base delle terapie prescritte. Per esempio, nel caso esemplificato nella **Figura 8**, vi sono due pazienti che hanno ricevuto per almeno 3 volte la prescrizione di un antidiabetico orale: è molto probabile che si tratti di pazienti diabetici ai quali non è stata inserita la diagnosi nella lista dei problemi. Come per altre funzioni simili, è possibile identificarli, inserirli in un registro o attivare un avviso in cartella. Naturalmente non è detto che tutti i pazienti identificati sulla base delle prescrizioni farmaceutiche debbano ricevere la diagnosi corrispondente giacché non tutte le classi di farmaci hanno indicazioni specifiche per una sola patologia. Tuttavia è anche possibile che per alcuni dei pazienti identificati con questa funzione i farmaci siano stati prescritti in modo inappropriato (off-label) come nel caso, per esempio, della metformina somministrata ai pazienti obesi non diabetici.
Effettuare periodicamente l'analisi delle inappropriate codifiche diagnostiche è quindi estremamente utile; omettere la diagnosi in un paziente con patologia cronica significa non solo non poter documentare correttamente la composizione della propria casistica ma anche rischiare di non attuare nei confronti di quel paziente tutte le procedure necessarie per la corretta gestione della sua patologia. D'altro canto, avere pazienti per i quali alcuni farmaci sono stati prescritti in modo inappropriato ci espone a tutti i rischi, clinici e medico-legali, che possono derivare da un uso dei farmaci non conforme a quanto previsto dalle procedure autorizzative.

Conclusioni

Nell'esaminare alcune importanti funzioni di GPG, abbiamo seguito il percorso ideale di un Collega che vuole soddisfare nuove esigenze professionali. Iniziare un percorso di valutazione e miglioramento della qualità dell'assistenza, anche collaborando con altri colleghi, partecipare a progetti di gestione integrata delle patologie croniche, perseguire gli obiettivi di cura proposti dalle linee guida nel maggior numero possibile di pazienti, ridurre il rischio clinico connesso all'errore professionale, ottimizzare la spesa farmaceutica, pianificare interventi di prevenzione attraverso strategie opportunistiche o di medicina di iniziativa: sono tutte attività proprie di un Medico di Medicina Generale che vuole essere non solo la porta di ingresso del Sistema Sanitario ma il principale protagonista dell'area delle cure primarie.

Esaminando le situazioni riportate nei vari capitoli, non abbiamo tuttavia esaurito tutte le potenzialità di GPG; ad esempio non abbiamo volutamente trattato la gestione dei progetti di audit e/o ricerca che sempre più frequentemente sono proposti a livello Nazionale, regionale o locale come parte integrante dei nostri contratti di lavoro; si tratta di progetti con caratteristiche operative specifiche per i quali GPG mette a disposizione estrattori e reportistica costruiti ad hoc.

Un'altra importante sezione è quella dedicata all'informazione e alla formazione. Non ha molto senso valutare la qualità, attuare percorsi di cura, pianificare interventi preventivi se tutto ciò è fatto meccanicamente utilizzando acriticamente uno strumento informatico, per quanto evoluto. Per questo GPG mette a disposizione una specifica sezione, che si configura come un vero e proprio portale, nella quale è possibile trovare letteratura scientifica commentata, articoli, libri, linee guida, "handouts" per i pazienti, fino a veri e propri corsi FAD. Il materiale disponibile in questa sezione è così ampio e vario che non è stato possibile, per ovvie ragioni, esemplificarlo.

Una sezione molto complessa ma anche molto affascinante è quella della simulazione scenari. Attingendo alle informazioni prodotte da grandi trials e da importanti meta-analisi, il software è in grado di simulare gli effetti, in termini di eventi evitati, di importanti processi di cura. In questo modo, per esempio, possiamo stimare quanti infarti, quanti ictus, quante complicanze del diabete potremmo evitare nei nostri pazienti se attuassimo un controllo più stringente della pressione arteriosa, del compenso glicemico, della colesterolemia.

Tutte le sezioni di GPG si arricchiscono continuamente di nuove funzioni, con il contributo degli utenti, che maturano sempre nuove esigenze, e delle stesse istituzioni. E' possibile, pertanto, che quando questo testo sarà letto il GPG disponga di funzionalità che non erano presenti nel momento in cui è stato scritto.

Per conoscere e valutare un software, niente è meglio di una prova sul campo. Se la lettura di queste pagine ti ha incuriosito, vai sul sito Internet www.medico2000gpg.it, scarica la versione dimostrativa e provala. I tuoi commenti, le tue valutazioni e le tue eventuali proposte saranno oltremodo gradite: scrivici alla casella e-mail: assistenza.medico2000gpg@genomedics.it

Sito Internet: www.medico2000gpg.it

Note

www.medico2000gpg.it

Scrivi a:
assistenza.medico2000gpg@genomedics.it